

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมอง

อังคณา บุญชู

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลชลบุรี

บทคัดย่อ

โรคเนื้องอกสมองเป็นความผิดปกติด้านการเจริญเติบโตของก้อนเนื้อในสมองหรือในกะโหลกศีรษะ ที่อาจเกิดจากความผิดปกติของเซลล์ต้นกำเนิดในระบบประสาทและสมอง ความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองจากพยาธิสภาพของโรคอื่นที่แพร่กระจายไปสู่สมอง การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อกำจัดเนื้องอกออกเป็นวิธีการหนึ่งของการรักษาเนื้องอกสมองทั้งนี้การผ่าตัดนั้นจะได้ผลมากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับชนิด และตำแหน่งของเนื้องอกสมองว่าจะสามารถกำจัดเนื้องอกออกได้ทั้งหมด หรือกำจัดออกได้บางส่วน และอาจส่งผลกระทบกับผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจหลังผ่าตัด ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการช่วยทีมผ่าตัดรักษาผู้ป่วยให้ประสบผลสำเร็จ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ผู้เขียนจึงมีความสนใจศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมองที่สามารถกำจัดเนื้องอกออกได้ทั้งหมดและกำจัดออกได้บางส่วนซึ่งเป็นการเปรียบเทียบกรณีศึกษา จำนวน 2 ราย

ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยชายไทยอายุ 43 ปี ประวัติ 2 เดือน แขนขาซ้ายอ่อนแรง ปากเบี้ยว หนังตาตก ปวดศีรษะในตอนเช้า 2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการปากเบี้ยว หนังตาตก และมีอาการปวดศีรษะมาก ไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลแหลมฉบังตามสิทธิ แพทย์ส่งตรวจ CT-Scan พบ mass at right frontal lobe size 5.0 x 5.2 x 5.6 cm and brain edema and midline shift 1.2 cm จึงส่งมารักษาต่อที่โรงพยาบาลชลบุรี ในวันที่ 29 เมษายน 2563 และแพทย์ set OR for Right Craniotomy with remove tumor วันที่ 30 เมษายน 2563 ใช้เวลาผ่าตัด 2 ชั่วโมง 5 นาที เสียเลือดทั้งหมด 600 ml หลังผ่าตัด 1 วันผู้ป่วยมีไข้ 38.2 องศา ปวดแผลผ่าตัด ยังมีแขนขาซ้ายอ่อนแรง เกรด 4 ระดับการรับรู้และสัญญาณชีพปกติ ไปหัดทำกายภาพ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านในวันที่ 7 พฤษภาคม 2563 รวมอยู่โรงพยาบาล 9 วัน

กรณีศึกษาที่ 2 หญิงไทย อายุ 53 ปี มาโรงพยาบาลด้วยมีประวัติ 3 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการปวดศีรษะ ชักเกร็ง 4 ครั้ง แขนขาข้างขวาอ่อนแรง มุมปากขวาตก ญาติพามาตรวจวันที่ 19 พฤษภาคม 2563 แพทย์ให้นอนโรงพยาบาลและส่งตรวจ MRI พบ tumor ขนาด 5x6 cm ผู้ป่วยเคยผ่าตัดเนื้องอกสมองแล้วเมื่อวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2563 แพทย์ผ่าตัดเอาก้อนเนื้องอกออกได้บางส่วนมีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูงครั้งนี้แพทย์ Set ผ่าตัด Re Craniotomy with lobectomy left parietal lobe with Partial remove tumor วันที่ 20 พฤษภาคม 2563 ใช้เวลาผ่าตัด 2 ชั่วโมง 45 นาที เสียเลือด 550 ml หลังผ่าตัด 1 วัน มีไข้ 39 องศา ปวดแผลผ่าตัด แขนขาขวาอ่อนแรง เกรด 2 มุมปากขวาตก ระดับการรับรู้และสัญญาณชีพปกติ ไปหัดทำกายภาพ และอนุญาตให้กลับบ้านในวันที่ 27 พฤษภาคม 2563 รวมอยู่โรงพยาบาล 8 วัน

จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าพยาบาลห้องผ่าตัดมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกสมอง อย่างปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและสามารถกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย

คำสำคัญ เนื้องอกสมอง, การผ่าตัดเนื้องอกสมอง, การพยาบาล

Abstract: Nursing care of patients with brain tumors surgery.

Aungkana Boonchu, RN.

Brain tumor is a disorder in the growth of a mass in the brain or in the skull and may be caused by abnormalities of stem cells in the nervous system and brain. As well as impaired function of the brain from pathologies of other diseases that metastasis to the brain. Craniotomy is a method of treating brain tumors. However, the operation will be much effective then depends on the type and the location of the brain tumor that can completely eliminate the tumor or can be partially removed and may affecting the patient's physical and mental post- operation. Therefore, the scrub nurses are an important role in helping the surgical team to treat patients successfully and safe from complications. The author is therefore interested in a comparative study of nursing, brain tumor surgery that can total remove tumors and partial remove tumors, Is a comparison of 2 case studies.

Case study I: Thai male patient, 43 years old. History before coming to the hospital for 2 months. Left arm weakness, Bell's Palsy, drooped left eyelid, headache in the morning. 2 days before coming to the hospital with a Bell's palsy. More drooped left eyelid and had a lot of headaches. The symptoms did not improve and therefore went to Laem Chabang Hospital for treatment as according to rights. The doctor sent a CT-Scan to see that mass at right frontal lobe size 5.0 x 5.2 x 5.6 cm and brain edema and midline shift 1.2 cm. Therefore, refer the patients to treatment at Chonburi Hospital on 29 April 2020. The surge on set OR for Right craniotomy with remove tumor on 30 April 2020. The operation takes 2 hours and 5 minutes. Estimate blood loss 600 ml. 1 Day after the surgery, the patient has a fever of 38.2 degrees. Surgery wound is pain still having weak left arm in 4th grade. Awareness levels and normal vital signs and going to do physical therapy. and go back to home on May 7, 2020, was included in the hospital for 9 days.

Case study II: Thai woman 53 years come to the Chonburi Hospital with headache, spasticity 4 times, the right limb is weak, the right mouth corner falls. Relative brings to check on May 19 2020. The physician let to admit and submit MRI examination found that the tumor size 5x6 cm in left parietal lobe. The patient had surgery brain tumor on February 5, 2020 which is partially surgically removed. The patient had congenital diabetes and high blood pressure. For this time, the doctor set surgery Re craniotomy with lobectomy left parietal lobe with partial remove tumor on May 20, 2020 which takes 2 hours 45 minutes and estimate

blood loss 550 ml for surgery. 1 day after surgery, the patient had a fever 39 degrees, surgical pain, the right limb is weak in 2th grade, the right mouth corner falls, awareness levels and vital signs are normal. To practice physical and allowed to go home on May 27, 2020. Included in the hospital for 8 days

This study shows that nurses play an important role in caring for patients with brain tumor surgery. Makes the patient safe, without complications and able to return home safely.

Keywords: Brain tumor, Brain tumor surgery, Nursing

บทนำ

โรคเนื้องอกสมองเป็นความผิดปกติด้านการเจริญเติบโตของก้อนเนื้อในสมองหรือในกะโหลกศีรษะ¹ และอาจเกิดจากความผิดปกติของเซลล์ต้นกำเนิดในระบบประสาทและสมอง ตลอดจนความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองจากพยาธิสภาพของโรคอื่นที่แพร่กระจายไปสู่สมอง เช่น โรคมะเร็งจากอวัยวะต่าง ๆ ได้แก่ ปอด เต้านม เป็นต้น²

อุบัติการณ์การเกิดโรคเนื้องอกสมองของประชากรทั่วโลกพบว่า มีอุบัติการณ์การโดยประมาณ 16 คนต่อแสนประชากรต่อปี³และพบว่าเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 5 ของประเทศสหรัฐอเมริกา⁴ สำหรับประเทศไทยพบร้อยละ 18.71 ต่อแสนประชากรต่อปี โดยแบ่งออกเป็นเนื้องอกชนิดธรรมดา (benign brain neoplasm) มีอัตราอุบัติการณ์ 11.52 คนต่อแสนประชากรต่อปี และ เนื้องอกชนิดร้ายแรง (malignant brain tumor) มีอัตราอุบัติการณ์ 7.19 คนต่อแสนประชากรต่อปี⁵และจากสถิติการผ่าตัดรักษาโรคเนื้องอกสมองของโรงพยาบาลชลบุรี พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเนื้องอกสมองเพิ่มขึ้น คือ 49, 58 และ 69 รายในปี 2560 2561 และ 2562 ตามลำดับโดยผู้ป่วยที่มาใช้บริการอยู่ในเขตบริการสุขภาพที่ 6 ที่มีการส่งต่อมารักษา

การรักษาโรคเนื้องอกสมองโดยวิธีการผ่าตัด เป็นการเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อกำจัดก้อนเนื้องอกออกจากสมองทั้งหมดหรือเอาออกให้มากที่สุดจำเป็นต้องใช้กล้องจุลทรรศน์ร่วมด้วย⁶ ทำให้สามารถมองเห็นจุดเล็กๆในสมองส่วนที่อยู่ลึกได้พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่จะช่วยให้การผ่าตัดเอาเนื้องอกออกจากสมองได้อย่างปลอดภัย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและลดความพิการที่อาจเกิดขึ้นให้น้อยลง⁷ ซึ่งพยาบาลห้องผ่าตัดจะต้องมีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่ได้รับการผ่าตัดอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะในระยะเวลาของการผ่าตัด เพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยผ่าตัดทั้งในระยะผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัดซึ่งพยาบาลห้องผ่าตัดเป็นทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือทั้งผู้ป่วยและทีมสหสาขาวิชาชีพ ต้องประสานงานกับแพทย์ผู้ทำผ่าตัด พยาบาลประจำหอผู้ป่วยและสหสาขาวิชาชีพ ตลอดจนให้การดูแลผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยในระยะเวลาการผ่าตัดด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์

ดังนั้นผู้เขียนจึงสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมองที่สามารถนำออกได้ทั้งหมดและนำออกได้บางส่วน เพื่อให้ผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่ได้รับการผ่าตัดมีความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นทั้งในระยะผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด และสามารถฟื้นฟูกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อกำจัดก้อนเนื้องอก และนำมาวางแผนการพยาบาลต่อไป
2. เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ เพื่อกำจัดก้อนเนื้องอกที่สามารถนำออกได้ทั้งหมดและนำออกได้บางส่วน

บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมอง

พยาบาลห้องผ่าตัดมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทั้งร่างกายและจิตใจ โดยการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมที่จะรับการผ่าตัด ให้การดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดโดยนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล การเตรียมความพร้อมของเครื่องมือผ่าตัด อุปกรณ์ต่างๆให้พร้อมใช้ เพื่อให้การผ่าตัดดำเนินไปอย่างราบรื่น ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

การพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด(Preoperative nursing care)

พยาบาลห้องผ่าตัดเยี่ยมผู้ป่วยล่วงหน้า 1 วันที่ห่อผู้ป่วยก่อนผ่าตัด รวบรวมปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาลก่อนการผ่าตัดและเป็นการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล และลดความวิตกกังวล

วัตถุประสงค์การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

1. เพื่อประเมินสภาพปัญหาต่างๆที่ทำให้ผู้ป่วยมีความไม่พร้อมหรือเสี่ยงต่อการผ่าตัดทำให้มีโอกาสแก้ไขปัญหาก่อนเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย
2. เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ มั่นใจและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
3. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงวิธีการผ่าตัดพอสังเขปและเตรียมเครื่องมือผ่าตัด อุปกรณ์ให้พร้อมใช้สอดคล้องเหมาะสมกับวิธีการผ่าตัด ทีมงานผ่าตัดพร้อมให้บริการผ่าตัด
4. เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับและเข้าใจภาพลักษณ์ของตนเองหลังผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ศึกษาประวัติผู้ป่วยและผลการตรวจร่างกาย รวมถึงประวัติการเข้ารับการผ่าตัด การแพ้ยา โรคประจำตัว ผลการตรวจเลือดก่อนผ่าตัด ผลการเอกซเรย์ สภาพผิวหนัง น้ำหนัก ระดับการรับรู้
2. ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 40 ปีหรือมีประวัติเกี่ยวกับโรคหัวใจมาก่อน
3. การเตรียมผิวหนังบริเวณผ่าตัด
4. จัดน้ำและอาหารทางปากหลังเที่ยงคืน
5. พูดคุยกับญาติโดยการให้ข้อมูลและอธิบายแผนการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ และความจำเป็นของการผ่าตัดเนื้องอกสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา
6. ตรวจสอบเอกสารแสดงความยินยอมเพื่อยืนยันว่าการยินยอมของผู้ป่วยถูกต้อง

การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัดที่ห้องผ่าตัด การพยาบาลแรกรับเมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องรอการผ่าตัด วัตถุประสงค์

1. ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร ระบุตัวผู้ป่วยถูกต้อง
2. ประเมินสภาพความพร้อมของผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ เพื่อวางแผนการพยาบาล
3. ให้กำลังใจเพื่อลดความกลัวและคลายความวิตกกังวล
4. เคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดอย่างถูกต้องเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยและญาติ พร้อมกับประเมินอาการของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัด
2. พุดทักทายผู้ป่วย กล่าวถึงการเยี่ยมผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยจำได้และคุ้นเคย
3. ตรวจสอบเอกสารข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ชื่อ-สกุล เลขประจำตัวผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค หัตถการที่ทำตำแหน่งที่ผ่าตัด จากการสอบถามผู้ป่วย จากป้ายข้อมือ ให้ตรงกับใบ Set ผ่าตัดและตามรายงานการรักษาของแพทย์ เพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดตำแหน่ง ผิดข้าง
4. ตรวจสอบสิ่งที่ต้องนำมากับผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยให้ครบถ้วนตามความต้องการ ตรวจสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทุกชนิด ให้ครบตามแผนการรักษาของแพทย์ ตรวจสอบผลการตรวจทางรังสีวิทยา
5. เปลี่ยนผ้าคลุมตัวผู้ป่วยและสวมหมวกให้กับผู้ป่วย ก่อนนำผู้ป่วยไปนอนรอในห้องผ่าตัด
6. สอบถามความพร้อมของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด เช่น การงดน้ำงดอาหารทางปากอย่างน้อย 8 ชั่วโมง การได้รับสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์
7. ตรวจสอบสิ่งที่ไม่ควรติดมากับผู้ป่วย เช่น ของมีค่าต่าง ๆ ฟันปลอม เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย
8. ตรวจสอบการลงนามยินยอมผ่าตัด

การพยาบาลระยะผ่าตัด (Intraoperative phase)

1. การเตรียมห้องผ่าตัด

การเตรียมงานประจำในห้องผ่าตัด พยาบาลที่อยู่ประจำห้องผ่าตัดเป็นผู้รับผิดชอบในการเตรียมห้องผ่าตัดให้พร้อมใช้งานได้ทันที ได้แก่

1.1 ทำความสะอาดห้องผ่าตัด โดยเริ่มจากโคมไฟก่อนเป็นลำดับแรก โต๊ะวางเครื่องมือ เครื่องใช้เตียงผ่าตัด เครื่องจีไฟฟ้า ฝาผนังห้องเครื่องดูดสารเหลว อ่างล้างมือหน้าห้องผ่าตัดโดยทำความสะอาดจนเช้าทุกวัน เมื่อสิ้นสุดการผ่าตัด

1.2 ตรวจสอบอุปกรณ์ภายในห้องผ่าตัดให้ครบและใช้งานได้ตลอดเวลา ได้แก่ โคมไฟผ่าตัด ไฟเพดาน เครื่องจีไฟฟ้า เครื่องดูดสารเหลว เครื่อง Computer สำหรับดู X-ray

1.3 จัดเตรียมน้ำยาทำลายเชื้อพร้อมทั้งตรวจสอบการหมดอายุของน้ำยา

2. การเตรียมเครื่องมือในการผ่าตัด เครื่องใช้ อุปกรณ์

สมองเป็นอวัยวะสำคัญที่มีผลต่อชีวิตและเชื่อมโยงสัมพันธ์กับอวัยวะอื่นๆ ที่มีผลต่อการดำรงชีพให้เป็นปกติสุขได้ ดังนั้นพยาบาลผ่าตัดซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของทีมผ่าตัด จะต้องมีความรู้ในเรื่องกายวิภาคและพยาธิสภาพของโรค และต้องมีทักษะ ความชำนาญ ในการจัดเตรียม การใช้ อุปกรณ์ เครื่องมือผ่าตัด เพื่อช่วยให้การดำเนินการผ่าตัดเนื้องอกสมองให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยความปลอดภัยสามารถฟื้นฟูสภาพอย่างรวดเร็วโดยเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดเนื้องอกสมอง มีดังนี้

- 2.1 ชุดเครื่องมือทำความสะอาดผิวหนัง
- 2.2 ชุดเครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัด
- 2.3 ชุดเครื่องมือผ่าตัดและอุปกรณ์เฉพาะสำหรับการผ่าตัดเนื้องอกสมอง
 - Set Craniotomy
 - Set Cranio-tome อุปกรณ์เจาะ ตัด กะโหลกศีรษะ
 - Set BUDDE HALO Retractor อุปกรณ์ถ่าง ขยายเนื้อสมอง
 - Set Micro Dissector
 - Set Micro Scissor
 - กล้อง Microscope และอุปกรณ์กล้อง

2.4 การเตรียมเครื่องเย็บ และวัสดุที่ใช้ในการช่วยห้ามเลือด

3. ทำหน้าเป็นพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด (Scrub Nurse) มีหน้าที่

- 3.1 เตรียมตัวเข้าผ่าตัด ได้แก่ การล้างมือ สวมเสื้อผ่าผ่าตัด สวมถุงมือปลอดเชื้ออย่างถูกวิธี
- 3.2 จัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้และวัสดุผูกเย็บ ในการผ่าตัดให้ ครบถ้วน พร้อมใช้งาน
- 3.3 ตรวจสอบเครื่องมือ อุปกรณ์ ผ้าซับโลหิต ของมีคม ร่วมกับพยาบาลช่วยรอบนอกลงบันทึก และตรวจนับให้ครบถ้วน สมบูรณ์ ตั้งแต่ก่อนเริ่มลงมีดผ่าตัด ก่อนเย็บปิดแผลชั้นใน ก่อนเย็บปิดผิวหนัง
- 3.4 ติดอุปกรณ์ช่วยผ่าตัดได้แก่ สายจี้ monopolar สายจี้ bipolar สาย suction โคมไฟ และเลื่อนโต๊ะ Instrument ให้เข้าที่ พร้อมที่จะเริ่มผ่าตัด
- 3.5 วางแผนการส่งเครื่องมือตามขั้นตอนผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ทำความสะอาดเครื่องมือ พร้อมใช้อยู่เสมอจนเสร็จสิ้นการผ่าตัด
- 3.6 ประเมินสภาพผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการผ่าตัด เพื่อให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพสามารถแก้ปัญหาหรือภาวะวิกฤติในระหว่างผ่าตัดได้
- 3.7 สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าว่าแพทย์ต้องการเครื่องมือเครื่องใช้อะไร และจัดส่งทันที
- 3.8 จัดส่งชิ้นเนื้อที่ตัดออกจากผู้ป่วยอย่างถูกวิธี ให้พยาบาลช่วยรอบนอกนำไปบรรจุ พร้อมแจ้งข้อขึ้นเนื้อทุกตำแหน่งให้ถูกต้อง
- 3.9 ดูแลต่อสายระบายเลือด ในระบบปิด ไม่ให้เลื่อนหลุด พร้อมประเมินจำนวนเลือดในภาชนะที่ใส่
- 3.10 ดูแลปิดแผลผ่าตัดโดยเช็ดทำความสะอาดแผลผ่าตัดไม่ให้มีคราบเลือดติดบริเวณบาดแผล
- 3.11 ช่วยแพทย์ปลด Pin skull clamp ประเมินจุดเลือดออกเช็ดทำความสะอาดและ ปิดรูแผล
- 3.12 ดูแลความเรียบร้อย เปลี่ยนผ้าที่เปียก ประเมินสภาพผิวหนัง และปุ่มกระดูก ช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยลงเตียงผู้ป่วย เพื่อนำผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท
- 3.13 ดูแล เก็บแยกเครื่องมือ นับจำนวนให้ครบถ้วน พร้อม pre-cleaning ก่อนส่งหน่วย CSSD

การพยาบาลในระยะหลังผ่าตัด (Postoperative nursing care)

พยาบาลห้องผ่าตัดจะต้องติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่องการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมองมีความสำคัญมากควบคู่ไปกับการรักษาของแพทย์ในการที่จะช่วยลดและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆภายหลังผ่าตัด ตลอดจนช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้กลับคืนสภาพปกติให้เร็วที่สุด

วัตถุประสงค์การเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด

เพื่อประเมินผลหลังให้การพยาบาลขณะผ่าตัด หรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัด ได้แก่ การประเมินการบาดเจ็บต่อเส้นประสาทและเนื้อเยื่อ อาทิเช่น อาการชา ปวดบวม และ แผลกดทับ หรือ ภาวะติดเชื้อของแผลผ่าตัด รวมถึงอาการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของโรค และการผ่าตัด ได้แก่ การเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ความไม่สุขสบายจากเจ็บปวดจากแผลผ่าตัด

การศึกษาผู้ป่วย 2 รายนี้ มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลการผ่าตัดดังนี้**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลก่อนการผ่าตัด**

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ไม่สุขสบายจากการปวดศีรษะ และอาจเกิดภาวะความดันในโพรงสมองสูง
ข้อมูลสนับสนุน: มีก้อนเนื้องอกในสมอง และมีอาการปวดศีรษะ

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยไม่ปวดศีรษะเพิ่มขึ้น ไม่มีอาเจียน คะแนน GCS ไม่ลดลงเกิน 2 คะแนน ความดันโลหิต ไม่สูงกว่า 140/90 mmHg ชีพจรไม่ต่ำกว่า 60 ครั้ง/นาทีและพักผ่อนได้

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพโดยเฉพาะความดันโลหิตและชีพจร ตามมาตรฐาน
2. จัดสภาพแวดล้อมให้สงบ เปิดไฟสลัว และให้พักผ่อนอยู่บนเตียง
3. แนะนำญาติให้นวดบริเวณหลังหรือบริเวณต้นคอเพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อคลายตัว
4. จัดท่านอนยกศีรษะสูงประมาณ 30 องศา ไม่ให้ศีรษะพับเอียง
5. หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้ความดันในสมองเพิ่มขึ้นเช่น การไอ การสั่งน้ำมูก หรือการก้มศีรษะต่ำ

ประเมินผล ผู้ป่วยไม่บ่นปวดศีรษะเพิ่ม พุดคุย ผ่อนคลาย และสามารถพักผ่อนได้สัญญาณชีพและระดับการรับรู้ปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษา

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยบอกว่ากังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็น และกลัวการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมิน

ความวิตกกังวลลดลง สิ้นน้ำเสตขึ้น มีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

กิจกรรมพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยด้วยความเป็นมิตรให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ
2. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด ให้ข้อมูลสภาพหลังผ่าตัด
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อข้องใจและระบายความรู้สึกที่ไม่สบายใจ
4. อธิบายแผนการรักษาพยาบาลเพื่อให้เกิดความมั่นใจ

ประเมินผล ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง พุดคุย ซักถาม มีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลขณะผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง และผิดตำแหน่ง

ข้อมูลสนับสนุน: ตำแหน่งที่ทำการผ่าตัดมีมากกว่า 2 ข้างและไม่สามารถมองเห็นรอยโรคจากข้างนอกได้

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดถูกต้องและปลอดภัย ตามแผนการรักษา

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประสานงานพยาบาลหออภิบาลผู้ป่วยเพื่อรับผู้ป่วยตามใบแจ้งผ่าตัด และตรวจสอบความถูกต้อง
2. ตรวจสอบความถูกต้องซ้ำอีกครั้ง ก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด
3. ตรวจสอบตำแหน่งผ่าตัดให้ตรงกับการรักษาจาก ผลการตรวจ CT Scan หรือผล MRI
4. แพทย์ผ่าตัดต้องเป็นผู้จัดทำผ่าตัด โดยทีมพยาบาลห้องผ่าตัดจะเป็นผู้ช่วยจัดทำผ่าตัด
5. ชาน Sign in Time out เพื่อยืนยันความถูกต้องตัวผู้ป่วย ตำแหน่งผ่าตัด

การประเมินผล ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอย่างถูกต้องและปลอดภัย ตามแผนการรักษา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บจากการจัดทำผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยจัดท่า Supine position จับยึดศีรษะด้วย Pin skull clamp ต่อกับอุปกรณ์ May-filed

เกณฑ์การประเมินผล

ไม่มีการบาดเจ็บของเส้นประสาท เส้นเลือด กล้ามเนื้อและผิวหนัง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มและปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการบาดเจ็บ
2. จัดเตรียมอุปกรณ์ช่วยในการจัดท่าให้เพียงพอและเหมาะสมตรวจสอบความพร้อมใช้งาน
3. จัดท่านอนหงาย จับยึดศีรษะด้วย Pin skull clamp ต่อกับอุปกรณ์ May filed หมุนข้อต่อให้แน่น
4. หนุนปุ่มกระดูกต่าง ๆ ด้วยผ้าหนาๆ จัดแขนทั้งสองข้างแนบลำตัว
5. สำรองร่างกายทุกส่วนให้อยู่ในแนวของ Body alignment แยกขาเล็กน้อย
6. หลังผ่าตัด ประเมินอาการบาดเจ็บของเส้นประสาท เส้นเลือด กล้ามเนื้อและผิวหนัง

การประเมินผล ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีการบาดเจ็บของเส้นประสาท เส้นเลือด กล้ามเนื้อและผิวหนัง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypovolemic shock จากการเสียเลือดขณะผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน: มีการผ่าตัดผ่านชั้นต่างๆของศีรษะ และของเนื้อเยื่อ ซึ่งมีเส้นเลือดมาเลี้ยงตั้งแต่ชั้นหนัง

ศีรษะถึงเนื้อสมอง เช่น Superficial temporal A. Middle meningeal A เป็นต้น

เกณฑ์การประเมินผล

ขณะผ่าตัด BP $\geq$ 100/60 mmHg, PR= 60-90 ครั้ง/นาที, ปริมาณ Intake output สมดุล
Hct $\geq$ 30%, เสียเลือดไม่เกิน 500 มิลลิลิตร

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ ตรวจสอบความพร้อมใช้งาน และจัดสำรองให้มีพร้อมใช้
2. เตรียม Xylocain 2 % with adrenalin จำนวน 10 ml. ฉีดเข้าชั้น Subcutaneous
3. ตรวจสอบประสิทธิภาพการทำงานของเครื่อง Suction สามารถปรับเพิ่มและลดแรงดันได้

4. ตรวจสอบประสิทธิภาพการทำงานของเครื่องจีไฟฟ้า สามารถใช้ได้ทั้ง Mono polar และ Bipolar
5. เตรียมอุปกรณ์สำหรับห้ามเลือดให้มีพร้อมใช้งาน
6. เลือกเครื่องมือให้เหมาะสมกับเนื้อเยื่อและตำแหน่งกายวิภาคของศีรษะและสมอง
7. ส่งเครื่องมือตามขั้นตอนการผ่าตัด ด้วยความถูกต้อง รวดเร็ว, อย่างมีทักษะ
8. ประเมินสถานการณ์การเสียเลือด เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างทันที่

การประเมินผล ไม่เกิดภาวะ Hypovolemic shock ขณะผ่าตัด สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ เสียเลือดไม่เกิน 500 ml ความเข้มข้นของเลือด มากกว่า 30 %

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเนื้อสมองส่วนที่ดี

ข้อมูลสนับสนุน: ก้อนเนื้ออกมีขนาดใหญ่ และมีการใช้อุปกรณ์ในการดึงรั้งเนื้อสมอง

เกณฑ์การประเมินผล

เนื้อสมองส่วนที่ดี ไม่ถูกกดทำลาย เนื้อสมองชุ่มชื้นไม่พบเนื้อสมองบวมซ้ำ ไม่มีลักษณะขาดเลือด

กิจกรรมการพยาบาล

1. เตรียมและส่งเครื่องมือตามขั้นตอนผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ และเนื้อสมอง
2. วางคลุมเนื้อสมองส่วนที่ดี ด้วยสำลีแผ่นซัพ NSS ชุ่ม เพื่อป้องกันเนื้อสมองแห้ง
3. เตรียมชุดอุปกรณ์ช่วยถ่างขยายเนื้อสมองและกล้อง Microscope
4. เตรียม Brain spatula ขนาดต่างๆให้เหมาะสมกับขนาดของแผล
5. วาง Cottonoid หรือ Gelfoam คลุมปิดเนื้อสมองส่วนที่ดีที่ดึงรั้งก่อน
6. ปรับระดับความแรง Suction ให้เบาลง
7. ส่งเครื่องมืออย่างระมัดระวัง ไม่ให้เกิดการกระแทก ชนกับ Retractor ที่กำลังใช้งานอยู่
8. ประเมินสภาพเนื้อสมองส่วนที่ดีขาดเลือดไปเลี้ยง

การประเมินผล เนื้อสมองส่วนดี ไม่บวมซ้ำ ไม่มี CFS leakage เนื้อสมองไม่แห้งหรือขาวซีด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 มีโอกาสเกิดการติดเชื้อของแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน: มีแผลผ่าตัดบริเวณศีรษะ, มีรู Pin skull clamp, 3 รูมีการโกนผมศีรษะ, การละเมิดเทคนิคปลอดเชื้อ

เกณฑ์การประเมินผล

ทีมผ่าตัดปฏิบัติงานตามเทคนิคปลอดเชื้อ แผลผ่าตัดติดดี ไม่บวมแดง หรือ มีหนอง

กิจกรรมการพยาบาล

1. เตรียมความพร้อมห้องผ่าตัดและอุปกรณ์ ให้สะอาดและพร้อมใช้งานตามมาตรฐาน
2. ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยเช่น มีบาดแผลถลอกที่ศีรษะ ประวัติสูบบุหรี่
3. ตรวจสอบความปลอดเชื้อของอุปกรณ์ และเครื่องมือผ่าตัด ก่อนใช้งาน
4. ฟอกบริเวณผ่าตัดด้วย 7.5% Povidine scrub และ Paint 10 % Povidine solution 2-4 ครั้ง
5. เปิดอุปกรณ์ เครื่องมือผ่าตัด และส่งเครื่องมือ ด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ
6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Cefazolin 1 gm IV ก่อนทำผ่าตัด 30 นาที
7. ล้างเศษกระดูก ก้อนเลือดที่บาดแผลให้สะอาด ด้วย NSS ก่อนปิดแผลผ่าตัด

8. ดูแลต่อสายระบายเลือด ทำงานต่อเนื่อง ในระบบปิด สายไม่หัก พับงอ หรือเลื่อนหลุด

9. การติดตามเย็บผู้ป่วยที่ห่อผู้ป่วยหลังผ่าตัด 24 – 72 ชม. เพื่อประเมินแผลผ่าตัด

การประเมินผล มีการเตรียมความพร้อมห้องผ่าตัด อุปกรณ์ เครื่องมือ ตามมาตรฐาน แผลผ่าตัดแห้ง ติดดี

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 เสี่ยงต่อเกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากเซลล์สมองได้รับบาดเจ็บ

ข้อมูลสนับสนุน

ก่อนเนื้องอกมีขนาดใหญ่ ขณะผ่าตัดมีการกดเนื้อสมอง หลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีไข้

เกณฑ์การประเมินผล

ความดันโลหิตไม่เกิน 140/90 mmHg ชีพจรไม่ต่ำกว่า 60 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย ไม่เกิน 37.5 °C
จำนวนน้ำเข้า - ออกจากร่างกายสมดุล ไม่เกิดการคั่งของ CO₂ ในเลือด GCS ไม่ลดลงเกิน 2 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

1. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ ประเมิน Glasgow Coma Scale ตามมาตรฐานการพยาบาล
2. ติดตามค่า CO₂ ดูแลให้ได้รับ O₂ Canular 3 LPM
3. วัดและบันทึกปริมาณน้ำเข้า - ออก ทุก 2 - 4 ชม.
4. จัดท่านอนยกศีรษะสูงประมาณ 30 องศา ไม่ให้ศีรษะพับเอียง
5. บริหารยา Dilantin 100 mg IV ทุก 8 ชม. Dexamethasone 4 mg ทุก 8 ชม.
6. ดูแลการได้รับ 0.9 %NSS 1000 ml rate 80 ml/hr ทางหลอดเลือดดำ
7. จัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการพักผ่อน

การประเมินผล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ค่า SpO₂ = 100 สัญญาณชีพ และระดับการรับรู้ไม่ลดลง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยบ่นปวดแผล, แผลผ่าตัดยาว, คะแนนความเจ็บปวดมากกว่า 5 คะแนน

เกณฑ์การประเมิน

ความเจ็บปวด น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3/10 คะแนนพักผ่อนได้

กิจกรรมพยาบาล

1. จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศาและจัดสภาพแวดล้อมเงียบและสงบ
2. ฝึกการผ่อนคลายโดยการให้ผู้ป่วยหายใจเข้า - ออกอย่างช้า ๆ ลึก ๆ
3. บริหารยาแก้ปวด Morphine 10 mg in NSS 100 ml. drip 5 ml/hr ตามแผนการรักษาและอธิบายกลไกการออกฤทธิ์ สังเกตอาการตอบสนองและผลข้างเคียงของยา
4. ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล

ประเมินผล ผู้ป่วยมีความเจ็บปวด 3 คะแนนนอนพักผ่อนได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 10 ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและอาการที่เป็นอยู่

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยและญาติซักถามอาการหลังจากผ่าตัดจากพยาบาลเมื่อเข้าเยี่ยม

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตนได้

กิจกรรมพยาบาล

1. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดหัวมาก อาเจียน ชักเกร็ง การเคลื่อนไหวช้าลง ระดับการรับรู้ลดลง แผลผ่าตัดอักเสบมีหนองไหล ต้องรีบมาพบแพทย์ก่อนนัด
2. ให้คำแนะนำการรับประทานยาครบ 5 หมู่ งดการดื่มเหล้า งดการสูบบุหรี่
3. ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยาตามแผนการรักษา
4. ให้คำแนะนำการออกกำลังกายบำบัดต่อเนื่อง ระวังการลื่นล้ม
5. ให้คำแนะนำการดูแลความสะอาดร่างกาย และการพักผ่อน

ประเมินผล ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ถูกต้องทั้ง 5 ข้อ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 11 วิดกกังวลเกี่ยวกับการรักษาโรคเนื้องอกสมองและอาการที่เป็นอยู่

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยซักถามเกี่ยวกับการผ่าตัดและบอกว่าหมอพูดว่าอาจต้องไปฉายแสง หรือให้คีโม มีแขนขาข้างขวาอ่อนแรง เกรด 2 ลิ้นแข็ง พูดช้า ริมฝีปากข้างขวาตก กลัวเป็นภาระของครอบครัว

กิจกรรมพยาบาล

1. พูดให้กำลังใจ และแนะนำให้รักษาต่อเนื่อง รวมถึงการสังเกตอาการผิดปกติผิดปกติ เช่น ปวดหัวมาก อาเจียน ชักเกร็ง ระดับการรับรู้ลดลง แผลผ่าตัดอักเสบมีหนองไหล ต้องรีบมาพบแพทย์ก่อนนัด
2. ให้คำแนะนำการดื่มน้ำ และรับประทานยาครบ 5 หมู่
3. ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยาตามแผนการรักษา ยาเบาหวาน และยาความดัน ตามแผนการรักษา
4. ให้คำแนะนำการออกกำลังกายต่อเนื่อง ระวังการลื่นล้ม
5. ให้คำแนะนำการดูแลความสะอาดร่างกาย และการพักผ่อน

ประเมินผล

ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลงแสดงสีหน้าสดชื่น แจ่มใส มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะของโรค และแผนการรักษาพยาบาลต่อไป

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยชายไทยอายุ 43 ปี ประวัติ 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล แขนขาซ้ายอ่อนแรง ปากเบี้ยว หนึ่งตาตก ปวดศีรษะในตอนเช้า 2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการปากเบี้ยว หนึ่งตาตก และมีอาการปวดศีรษะมาก ไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลแหลมฉบังตามสิทธิ แพทย์ส่งตรวจ CT-Scan พบ mass at right frontal lobe size 5.0 x 5.2 x 5.6 cm and brain edema and midline shift 1.2 cm จึงส่งมารักษาต่อที่โรงพยาบาลชลบุรี ในวันที่ 29 เมษายน 2563 และแพทย์ set OR for Right Craniotomy with remove tumor with repair dura วันที่ 30 เมษายน 2563 ใช้เวลาผ่าตัด 2 ชั่วโมง 5 นาที

ขณะผ่าตัดสามารถปิดคั้นกะโหลกศีรษะได้ เสียเลือดทั้งหมด 600 ml ใส่สายระบายเลือดชนิด tube drain ต่อลงถุงเลือด มีชิ้นเนื้อ ส่ง 1 ถุง หลังผ่าตัดผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท และสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ในวันรุ่งขึ้น วันที่ 1-2 หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีไข้ 37.8 -38.2 องศา ปวดแผลผ่าตัดและได้รับยาตามแผนการรักษา ไม่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงยังมีแขนขาซ้ายอ่อนแรงเกรด 4 ระดับการรับรู้และสัญญาณชีพปกติ ไม่มีอาการชักเกร็ง ไปหัดทำกายภาพ และอนุญาตให้กลับบ้านในวันที่ 7 พฤษภาคม 2563 รวมอยู่โรงพยาบาล 9 วันและนัดมาตรวจติดตามการรักษาอีก 2 สัปดาห์

กรณีศึกษาที่ 2 หญิงไทย อายุ 53 ปี มาโรงพยาบาลด้วยมีประวัติ 3 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการปวดศีรษะ ชักเกร็ง 4 ครั้ง แขนขาข้างขวาอ่อนแรง มุมปากขวาตก ลิ้นแข็งพูดช้าลง ญาติพามาตรวจโรงพยาบาลชลบุรี วันที่ 19 พฤษภาคม 2563 แพทย์ให้นอนโรงพยาบาลและส่งตรวจ MRI พบ tumor ขนาด 5x6 cm ผู้ป่วยเคยผ่าตัดเนื้องอกสมองแล้วเมื่อวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2563 แพทย์ผ่าตัดเอาก้อนเนื้องอกออกได้บางส่วนมีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูงครั้งนี้แพทย์ Set ผ่าตัด Re Craniotomy with Lobectomy left parietal lobe with Partial remove tumor ในวันที่ 20 พฤษภาคม 2563 ใช้เวลาผ่าตัด 2 ชั่วโมง 45 นาที เสียเลือด 550 ml ขณะผ่าตัดไม่สามารถปิดคั้นกะโหลกศีรษะได้ใส่สายระบายเลือดชนิด tube drain ต่อลงถุงเลือด มีชิ้นเนื้อ ส่ง 1 ถุง หลังผ่าตัดผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท และสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ในวันรุ่งขึ้น หลังผ่าตัด 1 วัน มีไข้ 39 องศา ปวดแผลผ่าตัด แขนขาขวาอ่อนแรง เกรด 2 มุมปากขวาตก ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด ระดับการรับรู้และสัญญาณชีพปกติ ไม่มีอาการชักเกร็ง ไปหัดทำกายภาพ และอนุญาตให้กลับบ้านในวันที่ 27 พฤษภาคม 2563 รวมอยู่โรงพยาบาล 8 วัน

จากการศึกษาดังกล่าว สามารถสรุปเปรียบเทียบการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมอง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมอง

เรื่อง	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	ผลการเปรียบเทียบ
ชนิดของเนื้องอกในสมอง (Classification of brain tumor) และตำแหน่งของเนื้องอก	เป็นชนิด Meningioma เนื้องอกที่ส่วนมากจะอยู่นอกสมองมีส่วนฉีกติดกับ Dura	เป็นชนิด Astrocytoma มักเกิดในกลีบสมองใหญ่	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายเป็นเนื้องอกต่างชนิดกัน เกิดในตำแหน่งที่ต่างกัน ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด
อาการและอาการแสดง ได้แก่ - ปวดศีรษะ, อาเจียน - ชัก เกร็ง แขนขาอ่อนแรง เป็นอัมพาตครึ่งซีก การทรงตัว มองเห็นเป็นภาพซ้อน พูดจาติดขัด ปากเบี้ยว	- ศีรษะ - แขนขาซ้ายอ่อนแรง เกรด 4 - หน้าตาตก - ปากเบี้ยว	- ปวดศีรษะ - ชักเกร็ง 4 ครั้ง - แขนขาข้างขวาอ่อนแรง เกรด 2 - ลิ้นแข็ง พูดช้า - มุมปากขวาตก	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีอาการและอาการแสดงรุนแรงตามชนิด ขนาด และตำแหน่งของก้อนเนื้องอกที่ไปเบียดกด

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมอง (ต่อ)

เรื่อง	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	ผลการเปรียบเทียบ
การตรวจวินิจฉัย ผลX-ray MRI ผลการตรวจชิ้นเนื้อ	CT-Scan พบ mass at right frontal lobe size 5.0 x 5.2 x5.6 cm and brain edema and midline shift 1.2 cm ผลชิ้นเนื้อ ระบุชนิด Atypical Meningioma (WHO 2016 GRADE II)	MRI พบ Recurrent tumor at left parietal lobe ขนาด 5 x6 cm ผลชิ้นเนื้อ ระบุชนิด Astrocytoma grade II (WHO 2016 GRADE II)	ผู้ป่วยรายที่ 1 Tumor มีขนาดใหญ่ และเบียดแกนสมอง มีภาวะสมองบวมเป็นชนิด meningioma ก้อนอยู่ติดกับ dura ผู้ป่วยรายที่ 2 Tumor มีขนาดใหญ่เกิดขึ้นอีก ผู้ป่วยเคยผ่าตัดเอาออกแล้ว เป็นชนิดAstrocytomaเนื้องอกเกิดจากเซลล์ ที่ผิดปกติในเนื้อสมองเอง
การผ่าตัดรักษา ระยะเวลาผ่าตัด การเสียเลือดขณะผ่าตัด อาการหลังผ่าตัด	- Right Craniotomy with Total Tumor removal with repair dura มีการตัด dura ติดมากับก้อนเนื้องอก และใส่ dura เทียม - ใช้เวลาผ่าตัด 2 ชม. 5 นาที - EBL = 600 ml - ปิดคั่นกะโหลก - ใส่ tube drain ต่อลงถุงเลือด - มีชิ้นเนื้อตรวจ 1 ก้อน - On endotracheal tube ส่งกลับหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท	- Left Craniotomy with Partial Tumor removal with Lobectomy left parietal - ใช้เวลาผ่าตัด 2 ชม. 45 นาที - EBL = 550 ml - ไม่ปิดคั่นกะโหลก - ใส่ tube drain ต่อลงถุงเลือด - มีชิ้นเนื้อตรวจ 1 ก้อน - On endotracheal tube ส่งกลับหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท	ผู้ป่วยรายที่ 1 meningioma จัดเป็นเนื้องอกชนิด extra axial brain neoplasm เนื้องอกเจริญมาจาก arachnoid cap cellเป็นชนิดโตช้า (benign) ถ้าสามารถผ่าตัดเอาออกได้หมดถือว่าหายขาดได้ ผู้ป่วยรายที่ 2 Astrocytomaเนื้องอกเกิดจากเซลล์ ที่ผิดปกติในเนื้อสมองเองการรักษาส่วนใหญ่คือการผ่าตัดเอาเนื้องอกออกให้ได้มากที่สุดโดยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด อาจต้องตามด้วยการฉายแสงและเคมีบำบัด

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมอง (ต่อ)

เรื่อง	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	ผลการเปรียบเทียบ
การพยาบาลก่อนผ่าตัด ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 1. มีโอกาสเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง 2. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษา 3. เสี่ยงต่อการผ่าตัดผิดข้างผิดตำแหน่ง 4. เสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากการจัดทำผ่าตัด 5. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypovolemic shock 6. เสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเนื้อสมองส่วนดี 7. เสี่ยงต่อการเกิดแผลผ่าตัดติดเชื้อ	- CT-Scan พบ mass at right frontal lobe size 5.0 x 5.2 x5.6 cm and brain edema and midline shift 1.2 cm และมีอาการปวดศีรษะ Pain score = 4 - ผ่าตัดครั้งแรก	- ผู้ป่วยปวดศีรษะ แผลผ่าตัดเดิมมีก้อนนูนออกมา MRI พบ tumor ขนาด 5x6 cm มีชักกระตุกใบหน้า - ให้ Valium 10 mg IV stat prn เมื่อมีชักเกร็ง - Dilantin 100 mg IV ทุก 8 ชม - ผ่าตัดครั้งที่ 2	กรณีศึกษาครั้งที่ 1 จะมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด เพราะเป็นการผ่าตัดครั้งแรก กรณีศึกษาครั้งที่ 2 เคยมีประสบการณ์การผ่าตัดแต่กังวลกลัวไม่หายต้องผ่าตัดอีก ผู้ป่วยรายที่ 1 - ขณะผ่าตัด ผ่าตัด BP = 98/60 - 110/70 mmHg, PR = 60-80 ครั้ง/นาที Intake = 1,537 ml Output = 1,100 ml EBL = 600 ml Hct ลดจาก 31.2% เหลือ 27.1% ให้ PRC 2 unit - สามารถนำก้อน Tumor ออกได้ทั้งหมด ผู้ป่วยรายที่ 2 แพทย์ผ่าตัดเข้าแผลเดิมมีก้อนนูนเห็นชัด-ขณะผ่าตัด BP = 129/72 - 148/84 mmHg, Intake = 2,650 ml Output = 860 ml EBL = 600 ml ไม่ได้ให้เลือด - สามารถเอาก้อนเนื้องอกออกได้บางส่วนและมีการตัดกลับเนื้อสมองส่วนข้าง (Pariatal lobe) ออก

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมอง

เรื่อง	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	ผลการเปรียบเทียบ
การพยาบาลหลังผ่าตัด ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 8. เสี่ยงต่อเกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากเซลล์สมองได้รับบาดเจ็บ 9. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดที่ศีรษะ 10. ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดที่ถูกต้องและกังวลกับอาการที่เป็นอยู่	ก่อนเนื้องอกมีขนาดใหญ่ ขณะผ่าตัดมีการกดเนื้อสมอง หลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีไข้ 37.8 - 38.2°C แผลผ่าตัดยาวมากกว่า 15 cm, ความเจ็บปวด 6/10 คะแนน Morphine 10 mg in NSS 100 ml. drip 5 ml/hr - แขนขาซ้ายอ่อนแรงเกรด 4	มีการตัดกลีบเนื้อสมองส่วนข้าง (Parietal lobe) ขณะนำก้อนเนื้องอกบางส่วนออกมีไข้ 38.7 - 39°C แผลผ่าตัดยาวมากกว่า 20 cm ยังไม่หายกดขยับตัว, ความเจ็บปวด 6/10 คะแนน Morphine 4 mg / 2ml mm ทุก 6 ชม - แขนขาขวาอ่อนแรงเกรด 2 ลั้นแข็ง พูดไม่ชัด	กรณีศึกษาครั้งที่ 1 ไม่มีความวิตกกังวลเรื่องโรค เพราะการผ่าตัดสามารถเอาก้อนเนื้องอกออกได้หมด ส่วนกรณีศึกษาครั้งที่ 2 มีความวิตกกังวลมาก เนื่องจากต้องทำการรักษาต่อเนื้องอกและมีโรคร่วม - ทั้ง 2 ราย ปวดแผลหลังผ่าตัด ทั้ง 2 ราย กลับกลับมาเป็นซ้ำ และกลัวเดิน ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ - ตั้งใจกลับมาทำกายภาพบำบัดตามนัด

สรุป

การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อกำจัดเนื้องอกออกเป็นวิธีการรักษาเนื้องอกสมองโดยตรงทั้งนี้ การผ่าตัดนั้นจะได้ผลมาน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับชนิด และตำแหน่งของเนื้องอกสมองว่าจะสามารถกำจัดเนื้องอกออกได้ทั้งหมด หรือกำจัดออกได้บางส่วน และส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจหลังผ่าตัด ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการช่วยทีมผ่าตัดรักษาผู้ป่วยให้ประสบผลสำเร็จปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นทั้งในระยะผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด และสามารถฟื้นฟูผู้ป่วยกลับบ้านและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. American Brain Tumor Association. Tumor Grading and Staging. [อินเทอร์เน็ต] 2014. [เข้าถึงเมื่อ 25 พ.ค. 2563]. Retrieved from <http://www.abta.org/brain-tumor-information/diagnosis/gradingstaging.html>.
2. อรรถพร บุญเกิด. โรคเนื้องอกสมอง (Brain tumor). [อินเทอร์เน็ต]. 2559. [เข้าถึงเมื่อ 25 พ.ค. 2563] สืบค้นจาก https://www.rama.mahidol.ac.th/surgery/sites/default/files/public/pdf/PDF_neuro/4.pdf.

3. World Health Organization. World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland, 2017.
4. Ostrom, Q. T., Gittleman, H., Fulop, J., Liu, M., Blanda, R., Kromer, C., & BarnholtzSloan, J. S. CBTRUS statistical report: primary brain and central nervous system tumors diagnosed in the United States in 2008-2012. *Neuro Oncol*, 2015, 1093-1189.
5. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส จำกัด, 2557.
6. พิมพ์ฉัตร ทรัพย์มีชัย. ปัจจัยทำนายสภาวะส่วนบุคคล ความทุกข์ทรมานจากอาการและพฤติกรรม การจัดการต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 25 พ.ค. 2563]. สืบค้นจาก: http://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2018/TU_2018_5814032040_10679_11254.pdf.
7. คำปิ่น แก้วกนก. การพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกสมองระหว่างการผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป: กรณีศึกษา. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์, 2562, 83-102.