

บทบาทของพยาบาลในการดูแล

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

เนื้องอกสมองขณะผู้ป่วยรู้สติ

(Awake Craniotomy)

วรรณนิศา ชัยวิสุทธิ พย.บ., จันทนา คล้ายเจริญ พย.บ.

หน่วยผ่าตัดประสาทตติยศาสตร์, ฝ่ายการพยาบาล, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร 10700.

การผ่าตัดเนื้องอกสมองขณะผู้ป่วยรู้สติ (awake craniotomy) เป็นความก้าวหน้าและท้าทายของการรักษาโรคเนื้องอกสมอง อาศัยความร่วมมือของทีม ศัลยแพทย์ วัสดุญี พยาบาล และผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยจะต้องตื่นและรับการทดสอบระหว่างการผ่าตัดสมอง เพื่อให้การผ่าตัดสามารถนำเนื้องอกออกให้ได้มากที่สุด โดยรักษาเนื้อสมองส่วนสำคัญไว้ได้ ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและทุพพลภาพหลังการผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัด เพื่อวางแผนการพยาบาล และให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะการประเมินสภาพจิตใจและภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัด เพื่อให้การแก้ไขได้ทันเวลาที่และมีประสิทธิภาพจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

เนื้องอกสมอง (brain tumors) หมายถึง เนื้องอกที่เกิดขึ้นภายในกะโหลกศีรษะ อาจเกิดจากการเจริญเติบโตผิดปกติของเซลล์ประสาทสมอง เยื่อหุ้มสมองต่อมใต้สมอง เซลล์บุโพรงสมอง ตลอดจนความผิดปกติที่มีต้นกำเนิดจากเซลล์ภายในระบบประสาทเอง หรือเกิดจากการแพร่กระจายของมะเร็งจากอวัยวะอื่น¹

อาการและอาการแสดงของเนื้องอกสมอง เช่น ปวดศีรษะ อาเจียน ชัก และการมีเปลี่ยนแปลงของระดับการรู้สึกตัว² นอกจากนี้ยังมีการความผิดปกติของระบบประสาทเฉพาะที่ ซึ่งขึ้นอยู่กับตำแหน่งและขนาดของเนื้องอกนั้น ๆ

การรักษาเนื้องอกสมองในปัจจุบัน มีการนำเทคโนโลยีใหม่ ๆ มาใช้ ทำให้การรักษาได้ผลดีขึ้นและลดภาวะแทรกซ้อนให้น้อยลง เช่น การทำผ่าตัดสมองขณะผู้ป่วยรู้สติเพื่อกำหนดแผนที่สมอง (awake craniotomy and brain mapping) ซึ่งช่วยให้สามารถผ่าตัดเนื้องอกในสมองส่วนที่สำคัญได้โดยปลอดภัย⁴ การผ่าตัดโดยการส่องกล้อง (endoscopic surgery) การใช้เครื่องมือนำวิถี (navigation system) ในการหาตำแหน่งเนื้องอก ทำให้การผ่าตัดมีความแม่นยำสูง มีการตรวจเช็คประสาทสรีรวิทยาาระหว่างผ่าตัด เช่น somatosensory evoked potentials (SSEP), motor evoked potentials (MEP) เพื่อป้องกันความผิดปกติของระบบประสาทหรือความพิการที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัดเนื้องอกสมอง

การผ่าตัดเนื้องอกสมองขณะผู้ป่วยรู้สติเพื่อกำหนดแผนที่สมองเป็นการผ่าตัดระบบประสาทที่มีความท้าทายต่อศัลยแพทย์ วัสดุญี พยาบาล และ

ผู้ป่วย เนื่องจากมีช่วงเวลาที่ผู้ป่วยจะต้องตื่นและรับการทดสอบระหว่างการผ่าตัดสมอง การผ่าตัดชนิดนี้ถือเป็นการผ่าตัดใหญ่และซับซ้อนชนิดหนึ่ง ดังนั้นในโรงพยาบาลห้องผ่าตัดที่ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกสมองขณะผู้ป่วยรู้สึกตัว (awake craniotomy) จึงต้องมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นอย่างดี ตั้งแต่การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และการดูแลอย่างต่อเนื่องหลังผ่าตัด ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

เนื้องอกสมอง (brain tumors)

ระบาดวิทยาและสาเหตุ

เนื้องอกสมองชนิดที่พบมากที่สุด คือ glioma³ ในผู้ใหญ่พบเนื้องอกบริเวณ supratentorial ร้อยละ 70 สาเหตุของการเกิดเนื้องอกสมองยังไม่ทราบแน่นอน พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดเนื้องอกสมอง อาทิ ความผิดปกติของพันธุกรรม เช่น ความผิดปกติของโครโมโซมที่ 10,13,17p,22 สัมพันธ์กับการเกิดเนื้องอกสมองชนิด astrocytoma รังสีรักษาเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดเนื้องอก meningioma และ glioma

พยาธิสรีรวิทยา

เนื้องอกสมองมีผลต่อสมอง ได้แก่ ทำลายกดเบียดเนื้อสมอง กดทับเส้นประสาทสมอง ทำให้เกิดภาวะสมองบวม (brain edema) เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่ม (increased intracranial pressure) และภาวะน้ำคั่งในโพรงสมอง (hydrocephalus) เกิดการเคลื่อนตัวของสมอง (brain herniation) เนื้องอกกดทับหลอดเลือดเกิดภาวะขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง (brain infarction) ทำให้เกิดอาการผิดปกติทางระบบประสาท และอาจเสียชีวิตหากไม่ได้รับการรักษา

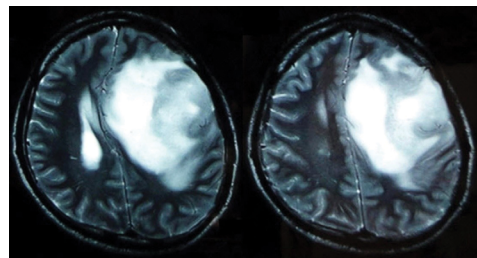
การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะขณะผู้ป่วยรู้สึกตัว (awake craniotomy)

Awake craniotomy คือ การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะโดยผู้ป่วยยังรู้สึกตัวอยู่ เริ่มทำในศตวรรษที่ 19 ใช้ในการผ่าตัดรักษาโรคลมชัก (epilepsy)⁵ การผ่าตัด deep brain stimulation การผ่าตัดเนื้องอกบริเวณ supratentorial เช่น glioblastoma, glioma,

brain metastasis^{6,7,8} เพื่อกำหนดแผนที่สมอง ในประเทศไทยมีการผ่าตัดเนื้องอกสมองขณะผู้ป่วยรู้สึกตัวครั้งแรกในปีพ.ศ. 2543

ข้อดีของการผ่าตัดเนื้องอกสมองขณะผู้ป่วยรู้สึกตัว คือ ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบ general anesthesia ช่วยลดระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล⁹ ใช้ในกรณีที่เนื้องอกสมองอยู่ใกล้ตำแหน่งสมองที่สำคัญเกี่ยวกับภาษาและการเคลื่อนไหว¹⁰ เพื่อช่วยให้การผ่าตัดนำเนื้องอกสมองออกให้ได้มากที่สุด โดยหลีกเลี่ยงความเสียหายต่อเนื้อสมองปกติ

ตำแหน่งของเนื้องอกสมองที่จะพิจารณาทำผ่าตัดแบบ awake craniotomy with functional brain mapping คือ เนื้องอกอยู่ในตำแหน่งใกล้กับสมองส่วนที่สำคัญ (รูปที่ 1) ได้แก่ motor area, sensory area, speech areas (Broca's area, Wernicke's area) ส่วนใหญ่มักทำในเนื้องอกสมองชนิด glioma, glioblastoma multiforme และ ependymoma



รูปที่ 1 การตรวจแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) ของสมองในผู้ป่วยเนื้องอกสมองใกล้สมองส่วนที่สำคัญ ซึ่งมีความจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด awake craniotomy เพื่อป้องกันความผิดปกติทางระบบประสาท

ขั้นตอนและวิธีการ

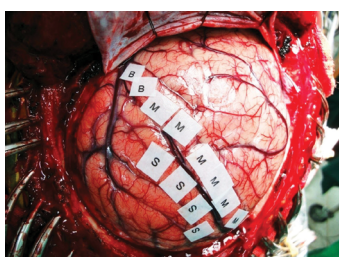
1. ผู้ป่วยที่เหมาะสมสำหรับการผ่าตัดเนื้องอกสมองขณะผู้ป่วยรู้สึกตัว จะต้องรู้สึกตัวและสามารถสื่อสารได้ระหว่างการกระตุ้นผิวสมอง (electrocortical stimulation) ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอันตรายต่อการผ่าตัด เช่น obstructive sleep apnea, morbid obesity
2. เตรียมความพร้อมผู้ป่วยด้านจิตใจ ให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการผ่าตัด อธิบายขั้นตอนการผ่าตัดและการทดสอบระหว่างผ่าตัดที่ผู้ป่วยจะได้รับ
3. จัดทำที่เหมาะสมกับการผ่าตัดโดยให้ผู้ป่วยนอนอยู่ในท่าที่สบาย อุณหภูมิห้องพอเหมาะ

4. ผู้ป่วยรับการฉีดยาชาเฉพาะที่บริเวณเส้นประสาทที่ศีรษะ (scalp nerve block)

5. ผู้ป่วยรับการระงับความรู้สึกแบบ Monitored anesthesia care (MAC)¹¹ ได้ยาสลบและยาระงับปวดผ่านทางหลอดเลือดดำ และได้รับ Oxygen ทาง nasal cannula หรือ facial mask ตลอดการผ่าตัด^{12,13}

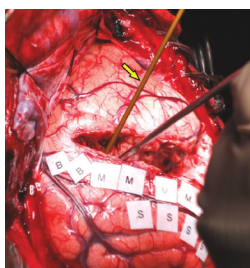
6. ศัลยแพทย์เริ่มการผ่าตัดโดยผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกอยู่ หลังจากผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเสร็จเรียบร้อยแล้วผู้ป่วยจะถูกปลุกเพื่อเตรียมตัวรับการทดสอบทำแผนที่สมอง

7. การทำ electrocortical mapping ใช้ electrode ชนิด bipolar probe นำกระแสไฟฟ้ากระตุ้นโดยตรงที่ผิวสมอง (cerebral cortex)^{14,15} กระแสไฟฟ้าที่ใช้ในการกระตุ้นเริ่มที่ 1 mA (สูงสุดไม่เกิน 10 mA) ความถี่ 50-60 Hz เมื่อสามารถระบุบริเวณของสมองส่วนที่สำคัญให้วางสัญลักษณ์ไว้ที่บริเวณของสมองดังกล่าว (รูปที่ 2)



รูปที่ 2 แสดงบริเวณที่ผ่าตัดหลังทำ electrocortical mapping เพื่อหาสมองส่วนที่สำคัญและวางสัญลักษณ์ไว้บนสมองส่วนดังกล่าว B = Broca's area; M = motor cortex; S = sensory cortex

** หากทำ subcortical stimulation นิยมใช้ monopolar probe เพื่อหาความใกล้ชิดต่อ motor pathway (รูปที่ 3)



รูปที่ 3 แสดงการทำ subcortical stimulation โดยใช้ monopolar electrode (ลูกศร) เพื่อระบุว่าตำแหน่งที่ได้รับการกระตุ้นอยู่ใกล้ motor pathway หรือไม่

Motor mapping

- ทดสอบการเคลื่อนไหวและกำลังของกล้ามเนื้อ โดยให้ผู้ป่วยกำมือ ยกแขน ขา

- การกระตุ้นส่วน motor area ที่ precentral gyrus ของ frontal lobe ข้างหนึ่งอาจทำให้มีการกระตุกบริเวณแขน ขา หรือใบหน้าข้างตรงข้าม (contralateral)¹⁶

Somatosensory mapping

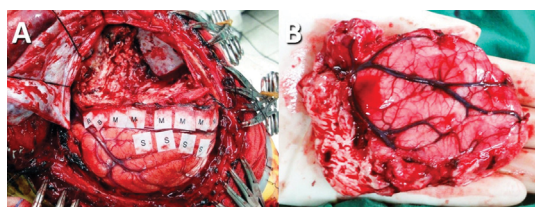
- การกระตุ้นสมองส่วน sensory area ที่ postcentral gyrus อาจทำให้รู้สึกชา

Language mapping

- ใช้ในกรณีที่เนื้องอกอยู่ใกล้ตำแหน่ง Broca's areas (posterior/inferior/frontal lobe of dominant hemisphere) Wernicke's areas (posterior/temporal lobe of dominant hemisphere)¹⁷

- การกระตุ้นส่วน speech area ขณะที่ผู้ป่วยพูดหรืออ่านหนังสือ¹⁵ หากมีอุปสรรคในการพูดหรืออ่าน ให้ทำเครื่องหมายที่ตำแหน่งนั้นและเก็บเนื้อสมองส่วนนั้นไว้

8. เมื่อศัลยแพทย์กำหนดแผนที่สมองส่วนที่สำคัญได้แล้ว จะทำการนำเนื้องอกออก (รูปที่ 4) ระหว่างนี้สามารถทำการทดสอบได้ตลอด หากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงสามารถหยุดได้ตลอดเวลา หลังจากนำเนื้องอกออกได้มากที่สุดและไม่ทดสอบผู้ป่วยแล้ว วิสัญญีแพทย์จะเพิ่มระดับยาเพื่อเพิ่มการระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยเพื่อให้ศัลยแพทย์ทำการเย็บปิดแผล



รูปที่ 4 รูป A แสดงบริเวณที่ผ่าตัดหลังการตัดเนื้องอกออกพร้อมกับเก็บสมองส่วนที่สำคัญไว้ รูป B ส่วนของสมองที่เป็นเนื้องอกซึ่งถูกตัดออก

ภาวะแทรกซ้อน

ภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดเนื้องอกสมองขณะผู้ป่วยรู้สึกตัว มีโอกาสเกิดเช่นเดียวกับการผ่าตัดเปิดสมองทั่วไป ขึ้นอยู่กับขนาด ตำแหน่ง และชนิดของเนื้องอก รวมถึงอายุและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยด้วย¹⁸ เช่น การสูญเสียหน้าที่ของสมอง (neurological deficit), สมองบวม (brain swelling), เลือดออกในสมอง (hemorrhage), ติดเชื้อ(infection) ในระหว่างการผ่าตัดเนื้องอกสมองแบบ awake craniotomy อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อทางเดินหายใจอุดตัน (airway obstruction), สั่น (shivering), สับสน กระสับกระส่าย (agitation), เจ็บปวดและชัก (seizures) ซึ่งอาจทำให้ต้องใช้ general anesthesia

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกสมองขณะผู้ป่วยรู้สึกตัว (awake craniotomy)

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกสมองขณะผู้ป่วยรู้สึกตัว แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

1.1 การเตรียมการผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดเตรียมทีม ห้องผ่าตัด และวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือพิเศษต่างๆ สำหรับผ่าตัดให้พร้อมใช้ ติดต่อประสานงานกับหอผู้ป่วยและศูนย์เปลเพื่อรับผู้ป่วยถูกคน ปลอดภัย และตรงตามกำหนดเวลาผ่าตัด¹

1.2 การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ โดยแนะนำตนเอง บอกชื่อและสถานที่ปฏิบัติงาน¹ ให้การต้อนรับผู้ป่วยด้วยท่าทีสุภาพ ให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นและไว้วางใจ พร้อมทั้งแนะนำสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยคุ้นเคยกับสภาวะแวดล้อมในห้องผ่าตัด

1.3 การป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดหัตถการ โดยการตรวจสอบชื่อ นามสกุลและเลขที่ภายในประจำตัวผู้ป่วยให้ถูกต้องตรงตามตารางการผ่าตัด

1.4 การประเมินความพร้อมทางด้านร่างกาย โดยสอบถามประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ประวัติการได้รับการผ่าตัด การแพ้ยา แพ้อาหาร การ

งดน้ำ งดอาหาร รวมทั้งตรวจสอบอุปกรณ์ที่ติดตัวมา กับผู้ป่วย เช่น ฟันปลอม หากพบว่ามีอุปกรณ์ติดมากับผู้ป่วยให้ถอดออกและนำฝากไว้กับญาติหรือส่งคืนไปที่หอผู้ป่วย ประเมินสภาพร่างกายทั่วไป ได้แก่ สัญญาณชีพ การเคลื่อนไหว กำลังของกล้ามเนื้อ สังเกตสภาพผิวหนังบริเวณที่จะทำผ่าตัด ว่ามีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อและลงบันทึก

1.5 การเตรียมความพร้อมด้านอุปกรณ์และเอกสาร ตรวจสอบความยินยอมในการผ่าตัดจากหนังสือแสดงเจตนาขอรับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดให้ถูกต้องและครบถ้วน และตรวจสอบการทำ marking site จากใบระบุตัวผู้ป่วย ฟลิ้มเอ็กซ์เรย์ การจองเลือด และส่วนประกอบของเลือด ยาและเวชภัณฑ์ตามแผนการรักษา

1.6 การเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจ ประเมินความกลัว ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการเข้ารับการผ่าตัด ผลการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด พร้อมทั้งอธิบายและให้คำแนะนำเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยกลัวและรู้สึกกังวลตามการรับรู้ของผู้ป่วยในขอบเขตที่เหมาะสม³ แนะนำการปฏิบัติตัวในการเข้ารับการผ่าตัด ที่ผู้ป่วยจะต้องตื่นระหว่างการผ่าตัดเพื่อทดสอบการทำงานของสมอง อธิบายเกี่ยวกับการทดสอบที่ผู้ป่วยจะได้รับขณะทำแผนที่สมอง การจัดทำผ่าตัดโดยยึดศีรษะด้วยหมุดยึดผู้ป่วยไม่ควรขยับหรือส่ายศีรษะ ให้สื่อสารด้วยการพูด การดูแลหลังการผ่าตัดอย่างใกล้ชิด ในหอผู้ป่วยวิกฤต การเข้าเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด รวมถึงเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติสอบถามข้อมูลในส่วนที่วิตกกังวล โดยทีมผ่าตัดให้ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในห้องผ่าตัด ให้กำลังใจ สร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการพัฒนาทางด้านอุปกรณ์และเทคนิคการผ่าตัดที่มีความก้าวหน้า ความร่วมมือระหว่างทีมผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยมากขึ้น

2. การพยาบาลระยะผ่าตัด

2.1 การตรวจสอบผู้ป่วยให้ถูกคน ถูกข้าง ถูกตำแหน่งร่วมกับศัลยแพทย์และทีมวิสัญญี โดยใช้แบบ Surgical Safety Checklist และปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยโดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิขณะผ่าตัด แจ้งผู้ป่วยทุกครั้งก่อนปฏิบัติการพยาบาล

2.2 การจัดท่าร่วมกับศัลยแพทย์และทีมผ่าตัด ศัลยแพทย์เลือกบริเวณที่จะทำผ่าตัด ส่วนใหญ่จัดทำนอนหงายเอียงศีรษะเล็กน้อย โดยให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่ผ่อนคลายและสบายที่สุด และป้องกันการกดทับที่บริเวณปุ่มกระดูก จัดสายสวนปัสสาวะไม่ได้มีการดื่งรังอธิบายความจำเป็นที่ต้องคาสายสวนปัสสาวะและความไม่สุขสบายที่อาจเกิดขึ้น ให้ผู้ป่วยได้รับยาชาเฉพาะที่ (scalp nerve block)

2.3 ควบคุมอุณหภูมิห้องผ่าตัดให้ได้ 20-25 องศาเซลเซียส ความชื้นสัมพัทธ์ร้อยละ 50-55³ จัดหาผ้าห่มอุ่นให้ผู้ป่วยเพื่อให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายตลอดการผ่าตัด

2.4 ทบทวนสิ่งที่ จะทำการทดสอบผู้ป่วยขณะผ่าตัดอีกครั้ง เน้นย้ำเรื่องการสื่อสารโดยการพูด ไม่พยักหน้าหรือส่ายศีรษะ หากผู้ป่วยมีความไม่สุขสบายเกิดขึ้นให้แจ้งกับทีมผ่าตัดได้ตลอดเวลา

2.5 การเตรียมผิวหนังบริเวณผ่าตัด ควรใช้เครื่องโกนผมชนิดคิลไฟฟ้า โกนใกล้เวลาที่จะทำผ่าตัดมากที่สุด เพื่อลดโอกาสการติดเชื้อ และทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อให้เหมาะสมกับตำแหน่งที่ทำผ่าตัด

2.6 ทีมผ่าตัดล้างมือแบบ surgical hand washing และใช้ sterile technique โดยเคร่งครัด ตรวจสอบเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดให้ปลอดเชื้อตามมาตรฐานของเครื่องมืออื่น ๆ พร้อมทั้งดูแลผู้ป่วยขณะผ่าตัดให้อยู่ในภาวะปลอดเชื้อตลอดเวลา

2.7 ระยะเวลาทำ brain mapping เตรียม Ringer lactate solution (LRS) แชนเจนไว้สำหรับ irrigate กรณีผู้ป่วยชักระหว่างการทดสอบ¹⁹ เตรียมยาชาเฉพาะที่ชนิดที่มี epinephrine ผสม (นิยมใช้ bupivacaine)^{20,21,22} ให้พร้อมใช้เมื่อผู้ป่วยมีระดับความเจ็บปวดที่มากขึ้น ใช้อาจาสุภาพ อ่อนโยน พูดคุย ชักถามผู้ป่วยเสมอ สร้างกำลังใจและให้ความมั่นใจกับผู้ป่วย ว่าอยู่ในความดูแลของทีมผ่าตัดและปลอดภัยตลอดการทำผ่าตัด เพื่อลดความวิตกกังวลขณะทำการทดสอบ พร้อมทั้งบอกความคืบหน้าของการผ่าตัดให้ผู้ป่วยทราบเป็นระยะ

2.8 ตรวจสอบเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วยให้ครบถ้วนก่อนสิ้นสุดกระบวนการผ่าตัด พร้อมทั้งเก็บสิ่งส่งตรวจอย่างถูกต้องตามวิธีและถูกคน

2.9 ทำความสะอาดแผลผ่าตัดและร่างกายหลังเสร็จสิ้นการผ่าตัด เคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงผ่าตัด

ด้วยความนุ่มนวล ปลอดภัย ประเมินสภาพผู้ป่วยหลังเสร็จสิ้นการผ่าตัด บันทึกการสูญเสียเลือด ภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด อาการและอาการแสดงที่ควรเฝ้าระวัง เช่น การตกเลือดหลังผ่าตัด ชัก พร้อมทั้งส่งต่อข้อมูลไปยังหอผู้ป่วยวิกฤตเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง

3. การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

3.1 จัดให้ผู้ป่วยนอนหงายศีรษะสูง 15-30 องศา เพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ และดูแลไม่ให้นอนทับแผลผ่าตัดหรือเกิดการดื่งรังสายท่อระบายต่าง ๆ ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท จำนวนสารน้ำเข้า-ออก แผลผ่าตัด และจำนวนเลือดที่ออกจากท่อระบาย จนกว่าจะอยู่ในเกณฑ์ปกติ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ เกลือแร่ ยาแก้ชัก ยาระงับปวด และยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา อีกทั้งต้องเฝ้าระวังภาวะเลือดออกและการติดเชื้อภายหลังผ่าตัด

3.2 เปิดโอกาสให้ญาติเข้าเยี่ยมผู้ป่วยหลังการผ่าตัดในหอผู้ป่วยวิกฤตได้ทันทีตามข้อปฏิบัติของหอผู้ป่วย พร้อมทั้งตอบข้อซักถามของผู้ป่วยและญาติ

3.3 ดูแลให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองมากขึ้น สอนและทบทวนการปฏิบัติตัวเรื่องการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ เปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมง ระวังไม่ให้สายระบายต่าง ๆ พับงอหรือเลื่อนหลุด ห้ามดึงสายและแกะเกาแผล ให้ผู้ป่วยประเมินความปวดด้วยตนเอง และสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว มีของเหลวไหลออกจากแผล

3.4 วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในระยะแรก สอนและทบทวนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลแผล การสังเกตสิ่งผิดปกติต่าง ๆ เช่น ปวดศีรษะรุนแรง อาเจียน ซึมลง ชัก มีไข้สูง การรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด ในรายที่มีอาการแขนขาอ่อนแรง ส่งปรึกษากายภาพบำบัด

3.5 กิจกรรมส่งเสริมด้านจิตใจ ประสานให้ผู้ป่วยและญาติพบแพทย์ เพื่อรับฟังการดำเนินของโรคและแผนการรักษา และมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล ให้กำลังใจ แสดงท่าทีเข้าใจ มีการพูดคุยซักถามอย่างสม่ำเสมอ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ใช้สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจตามความต้องการอย่างเหมาะสม ช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจแก่ครอบครัวผู้ป่วย และจัดหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

เอกสารอ้างอิง

1. นลินี พสุคันธัก, เพ็ญ ภิญโญภาสกุล. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ:บริษัท ธนาเพรส จำกัด; 2557.
2. Longo DL. 369 Seizures and Epilepsy. Harrison's principles of internal medicine. 18th ed. New York: McGraw-Hill, 2012.p.3258.
3. Park Bong Jin, Kim Han Kyu, Sade Burak, Lee Joung H. Epidemiology. In: Lee Joung H. Meningiomas: Diagnosis, Treatment, and Outcome. New York: Springer; 2009.p.11.
4. Sanai N, Berger MS. Operative techniques for gliomas and the value of extent of resection. Neuro Rx 2009;6:478-86.
5. Sahjpaul RL. Awake craniotomy: Controversies, indications and techniques in the surgical treatment of temporal lobe epilepsy. Can J Neurol Sci 2000;27:S55-63.
6. Burchiel KJ, Clarke H, Ojemann GA, Dacey RG, Winn HR. Use of stimulation mapping and corticography in the excision of arteriovenous malformations in sensorimotor and language-related neocortex. J Neurosurg 1989;24:322-7.
7. Duffau H, Capelle L, Sichez JP, Faillot T, Abdenmour L, Lawkoun JD, et al. Intra-operative direct stimulations of the central nervous system: The Salpatriere experience with 60 patients. Acta Neurochir (Wien) 1999;141:1157-67.
8. Luders JC, Steinmetz MP, Mayberg MR. Awake craniotomy for microsurgical obliteration of mycotic aneurysms: Technical report of three cases. J Neurosurg 2005;56(1 Suppl):E201.
9. Ibrahim GM, Bernstein M. Awake craniotomy for supratentorial gliomas: why, when and how? CNS Oncol 2012.p.71-83
10. Tarapore PE, Tate C, Findlay AM, Honma SM, Mizuiri D, Berger MS. Preoperative multimodal motor mapping: A comparison of magnetoencephalography imaging, navigated transcranial magnetic stimulation, and direct cortical stimulation. J Neurosurg 2012;117 (2):354-62.
11. American Society of Anesthesiologists (ASA) Distinguishing monitored anesthesia care (MAC) from moderate sedation/analgesia (conscious sedation) 2009. Available from: <http://www.asahq.org>. Accessed January 10, 2016.
12. Keifer JC, Dentchev D, Little K, Warner DS, Friedman AH, Borel CO. A retrospective analysis of a remifentanyl/propofol general anesthetic for craniotomy before awake functional brain mapping. Anesth Analg 2005;101:502-8.
13. Tijero T, Ingelmo I, García-Trapero J, Puig A. Usefulness of monitoring brain tissue oxygen pressure during awake craniotomy for tumor resection. J Neurosurg Anesthesiol 2002;14:149-52.
14. Shinoura N, Yamada R, Tabei Y, Saito K, Suzuki Y, Yagi K. Advantages and disadvantages of awake surgery for brain tumours in the primary motor cortex: institutional experience and review of literature. Br J Neurosurg 2011;25(2):218-24.
15. Lesser RP, Arroyo S, Crone N, Gordon B. Motor and Sensory Mapping of the Frontal and Occipital Lobes. Epilepsia 1998;39:69-80.
16. Silverstein J. Mapping the Motor and Sensory Cortices: A Historical Look and a Current Case Study in Sensorimotor Localization and Direct Cortical Motor Stimulation. Neurodiagn J 2012;52(1):54-68.
17. Hamberger MJ, Cole J. Language Organization and Reorganization in Epilepsy. Neuropsychology Review. 2011;21(3):240-51.
18. Nicolato A, Gerosa MA, Fina P, Iuzzolino P, Giorgiutti F, Bricolo A. Prognostic factors in low-grade supratentorial astrocytomas: A uni-multivariate statistical analysis in 76 surgically treated adult patients. Surgical Neurology 1995; 44(3):208-21.
19. Sartorius CJ, Berger MS. Rapid termination of intraoperative stimulation-evoked seizures with application of cold Ringer's lactate to the cortex. J Neurosurg 1998;88:349-51.
20. Costello TG, Cormack JR, Mather LE, LaFerlita B, Murphy MA, Harris K. Plasma levobupivacaine concentrations following scalp block in patients undergoing awake craniotomy. Br J Anaesth 2005;94:848-51.
21. Audu PB, Wilkerson C, Bartkowski R, Gingrich K, Viscusi E, Andrews D. Plasma ropivacaine levels during awake intracranial surgery. J Neurosurg Anesthesiol 2005;17:153-5.
22. Scott DB, Lee A, Fagan D, Bowler GM, Bloofield P, Lundh R. Acute toxicity of ropivacaine compared with that of bupivacaine. Anesth Analg 1989;69:563-9.