

รายงานการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ และต่างประเทศ
(ระยะสั้นไม่เกิน ๙๐ วัน และ ระยะยาวตั้งแต่ ๙๐ วันขึ้นไป)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ – นามสกุล นางสาวนิภาพร หาสงคราม

อายุ...๒๙.....ปี การศึกษา พยาบาลศาสตร์บัณฑิต

ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน.....พยาบาลห้องผ่าตัด

๑.๒ ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มาใช้บริการด้านการผ่าตัด ซึ่งแบ่งเป็น ๓ ระยะ คือ การพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด การพยาบาลระหว่างการผ่าตัด และการพยาบาล หลังการผ่าตัด โดยอาศัยความรู้ความชำนาญในการส่งเครื่องมือผ่าตัด การพยาบาลรอบนอก การผ่าตัด เพื่อให้การผ่าตัดดำเนินไปด้วยความราบรื่นตลอดระยะเวลาการผ่าตัด กระทั่งผู้ป่วยผ่าตัดปลอดภัย และกลับไปเพื่อรับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่หอผู้ป่วย หรือกลับบ้าน

๑.๓ ชื่อเรื่อง / หลักสูตร ฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลปริศัลยกรรม

เพื่อ ศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล

ทุนส่วนตัว

จำนวนเงิน.....๔๕,๐๐๐.....บาท

ระหว่างวันที่..... ๗ สิงหาคม – ๒๔ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖.....

สถานที่.....คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โรงพยาบาลศิริราช.....

คุณวุฒิ / วุฒิบัตรที่ได้รับ ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลปริศัลยกรรม

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกรอบม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย (โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ)

๒.๑ วัตถุประสงค์

เพิ่มพูนความรู้ ความสามารถ และทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด และการตรวจพิเศษด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง ซึ่งมีปัญหาซับซ้อนในการดูแลสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพในทุกๆระยะของการผ่าตัด สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม สามารถประสานงาน ปฏิบัติงานร่วมกับสหวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒.๒ เนื้อหา

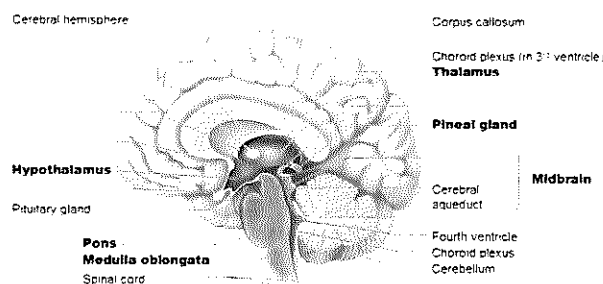
หลักสูตรฝึกรอบมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลปริศัลยกรรมเป็นการอบรมที่ประกอบไปด้วยเนื้อหาในส่วนของนโยบายสุขภาพกับภาวะผู้นำ การพยาบาลการประเมินภาวะสุขภาพ การพยาบาลปริศัลยกรรม และการปฏิบัติการพยาบาลปริศัลยกรรม ซึ่งผู้เข้าอบรมได้เข้ารับการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลปริศัลยกรรมประสาท

ปัจจุบันโรคเนื้องอกในสมองมีอุบัติการณ์การเกิดของโรคทั้งชนิดที่โตช้า และโตเร็วรวมกันโดยประมาณ ๑๘.๗๑ คนต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คนต่อปี โดยจำแนกเป็นเนื้องอกที่โตช้า (benign brain neoplasm) พบได้ ๑๑.๕๒ คนต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คนต่อปี และสำหรับเนื้องอกที่โตเร็ว (malignant brain tumor) พบได้ ๗.๑๙ คนต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คนต่อปี คนส่วนใหญ่ต่างวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคเนื้องอก ถึงแม้จะเป็นเนื้องอกธรรมดาที่ไม่ใช่เนื้อร้าย ก็ไม่สามารถวางใจได้ว่าจะกลายเป็นมะเร็งร้ายหรือไม่ และหากจะต้องผ่าตัดจะสามารถหายขาดได้หรือไม่ ยิ่งถ้าเป็นโรคเนื้องอกในสมองด้วยยิ่งทวีคูณความน่าวิตกกังวลในใจผู้คนเพิ่มขึ้นอีกหลายเท่า เนื่องจากการผ่าตัดเนื้องอกในสมองเป็นการผ่าตัดที่มีความเสี่ยงทั้งระยะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดจึงต้องเตรียมความพร้อมเพื่อที่จะรองรับผู้ป่วยเนื้องอกในสมองที่ต้องได้รับการผ่าตัด ในที่นี้จะนำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกในสมองโดยการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อนำเนื้องอกออก (Craniotomy with tumor removal) โดยมีเนื้อหาดังนี้

กายวิภาคและสรีรวิทยาของสมอง

สมองใหญ่ (cerebrum)

สมองใหญ่ (cerebrum) เป็นส่วนที่ใหญ่ที่สุดของสมอง ประกอบด้วยซีกสมอง (cerebral hemispheres) ทั้งสองข้าง และส่วนท้ายของสมองส่วนหน้า (diencephalon) โดย cerebrum จะตั้งอยู่ในฐานกะโหลกส่วนหน้า (anterior cranial fossa) และฐานกะโหลกส่วนกลาง (middle cranial fossa) และแยกออกจากสมองส่วนหลังด้วยเทนท์อเรียมเซรีเบลโล (tentorium cerebelli) ซึ่งทำหน้าที่เป็นหลังคาของฐานกะโหลกส่วนหลัง (posterior cranial fossa)



ภาพที่ ๑ แสดงส่วนต่างๆ ของสมอง

<https://sites.google.com/site/thenervoussystembcnpy/smxng>

ซีกสมอง (cerebral hemispheres) เป็นส่วนของสมองที่ประกอบเป็นส่วนใหญ่ของสมองใหญ่ ซีกสมอง (cerebral hemispheres) ทำหน้าที่เกี่ยวกับการประสานความรู้สึกขั้นสูงทางด้านจิตใจ เช่น การสั่งการ การตระหนักในความรู้สึก อารมณ์ การเรียนรู้ และความจำ ความฉลาด ความคิดสร้างสรรค์ และภาษา

ส่วนท้ายของสมองส่วนหน้า (diencephalon) เป็นโครงสร้างที่อยู่ตรงกลางของซีกสมองประกอบด้วย ๔ ส่วน ได้แก่ สมองส่วนทาลามัส (thalamus), สมองส่วนไฮโปทาลามัส (hypothalamus), สมองส่วนอีพิทาลามัส (epithalamus) และสมองส่วนซับทาลามัส (subthalamus) ทำหน้าที่ผสมผสานข้อมูลทีผ่านขึ้นมาจากก้านสมอง และไขสันหลังแล้วส่งข้อมูลเหล่านั้นขึ้นไปยังเปลือกสมอง รวมทั้งผสมผสานควบคุมการทำงานส่วนต่างๆ ของร่างกาย

ซีกสมอง (cerebral hemispheres) ถูกแบ่งทางกายวิภาคศาสตร์ออกเป็น สมองกลีบหน้า (frontal), สมองกลีบข้าง (parietal), สมองกลีบท้ายทอย (occipital), สมองกลีบขมับ (temporal) และสมองกลีบใน (insula lobe) แล้วภายในแต่ละกลีบ ยังถูกแบ่งออกเป็น รอยนูนสมอง (gyrus) และร่องสมอง (sulcus) ต่างๆ ทำหน้าที่ที่สำคัญดังนี้

๑. สมองกลีบหน้า (Frontal lobe) มีเนื้อที่ประมาณ ๑ ใน ๓ ของเปลือกทั้งหมด และมีหน้าที่สำคัญดังนี้

- primary motor area (สมองส่วนสั่งการ) ตรงกับโบรแมน (Bromann area) ๔ เป็นบริเวณที่ตั้งอยู่ด้านหลังของรอยนูนก่อนร่องกลางสมอง (precentral gyrus) เซลล์ประสาทในบริเวณนี้ทำหน้าที่ส่งสัญญาณประสาทสั่งการ (motor) ไปควบคุมการทำงานของร่างกายซีกตรงข้าม ถ้ามีพยาธิสภาพบริเวณนี้จะทำให้เกิดอาการเป็นอัมพาตแบบแข็งเกร็งของร่างกายซีกตรงข้าม (contralateral spastic hemiplegia)

- โบรคา (Broca's area) ตรงข้ามกับบรอดมันน์ (Bromann area) ๔๔, ๔๕ เป็นส่วนที่อยู่ในรอยนูนกลีบหน้าผากส่วนหน้าด้านล่าง (inferior frontal gyrus) ของซีกสมองที่เป็นซีกสมองเด่น (dominant hemisphere) เป็นบริเวณที่มีเซลล์ประสาทที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการพูด ถือเป็นศูนย์ควบคุมกล้ามเนื้อเกี่ยวกับการพูด (motor speech area) ทำหน้าที่ผลิตคำพูด และส่งกระแสประสาท ไปยัง ศูนย์ประสาทสั่งการ (motor area BA. ๔) ที่ควบคุมกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการออกเสียง ถ้ามีพยาธิสภาพที่โบรคา (Broca's area) จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการพูดตะกุกตะกัก พูดไม่คล่อง ที่เรียกว่า motor aphasia

๒. สมองกลีบข้าง (Parietal lobe) มีเนื้อที่ประมาณ ๑ ใน ๕ ของเปลือกสมอง มีหน้าที่สำคัญดังนี้

- สมองส่วนรับความรู้สึก (primary somatosensory area) อยู่ในรอยนูนหลังร่องกลางสมอง (postcentral gyrus) สมองส่วนรับความรู้สึก ประกอบด้วย บรอดมันน์ (Brodman area) ๓, ๒, ๑ ที่มีเซลล์ประสาทที่ทำหน้าที่รับความรู้สึกต่าง ๆ จากร่างกายซีกตรงข้ามถ้ามีพยาธิสภาพบริเวณนี้มีผลทำให้เกิดการสูญเสียการรับสัมผัสการสั่นสะเทือน และการเคลื่อนไหวของข้อของร่างกายซีกตรงข้าม (contralateral hemianesia)

- สมองส่วนรับรสชาติ (primary gustatory area) ตรงกับบรอดมันน์ (Brodman area) ๔๓ ที่อยู่บนส่วนล่างของรอยนูนหลังร่องกลางสมอง (postcentral gyrus) และด้านหน้าสมองกลีบข้างเพอคิวลัม (parietal operculum) เป็นบริเวณที่มีเซลล์ประสาทที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการรับรสอาหาร ถ้ามีพยาธิสภาพบริเวณนี้มีผลทำให้เกิดการสูญเสียการรับรสของลิ้นซีกเดียวกัน (ipsilateral ageusia)

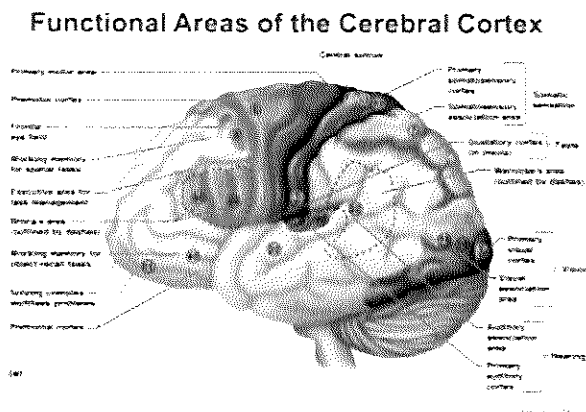
๓. สมองกลีบขมับ (Temporal lobe) มีเนื้อที่ประมาณ ๑ ใน ๔ ของเปลือกสมองมีหน้าที่สำคัญดังนี้

- สมองส่วนรับการได้ยิน (Primary auditory area) ตรงกับบรอดมันน์ (Brodmann area) ๔๑,๔๒ อยู่ในรอยย่นสมองกลีบขมับแนวขวาง (transverse temporal gyrus) เป็นบริเวณที่มีเซลล์ประสาทเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่รับเสียงที่มาจากหูทั้งสองข้าง ถ้ามีพยาธิสภาพข้างเดียวจะทำให้มีความยากในการบอกทิศทาง และตำแหน่งของเสียงที่รับจากหูด้านตรงข้าม ถ้ามีพยาธิสภาพทั้งสองข้างจะทำให้หูหนวก

๔. สมองกลีบท้ายทอย (Occipital lobe) มีเนื้อประมาณ ๑ ใน ๘ ของเปลือกสมองมีหน้าที่สำคัญดังนี้

- บริเวณสมองส่วนรับการรับภาพ (Primary visual area) ตรงกับบรอดมันน์ (Brodmann area) ๑๗ ได้แก่ เนื้อสมองส่วนที่อยู่เหนือ และล่างต่อกับแคลคารีนซัลคัส (calcarine sulcus) เป็นบริเวณที่มีเซลล์ประสาททำหน้าที่เกี่ยวกับการมองเห็น (vision) ถ้าถูกทำลายจะมีผลทำให้ตาบอดของลานสายตา (visual field) ด้านตรงข้ามครึ่งซีก (contralateral homonymous hemianopsia)

- บริเวณสมองรับสี ลักษณะ ขนาดของสิ่งที่มองเห็น (Visual association area) ตรงกับบรอดมันน์ (Brodmann area) ๑๘,๑๙ ที่อยู่รอบ ๆ area ๑๗ มีเซลล์ประสาททำหน้าที่บอกสี ลักษณะ ขนาดของสิ่งที่มองเห็น ถ้ามีพยาธิสภาพบริเวณนี้จะทำให้ไม่สามารถบอกสี ลักษณะของสิ่งที่มองเห็นได้ (visual anosia)



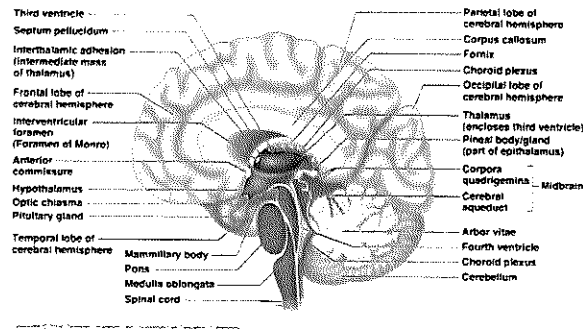
ภาพที่ ๒ แสดงบริเวณที่สำคัญของ ซีกสมอง (cerebral hemispheres)

<https://sites.google.com/site/thenervoussystembcnpy/smxng>

ส่วนท้ายของสมองส่วนหน้า (diencephalon) ประกอบด้วย ๔ ส่วน ได้แก่

๑. สมองส่วนทาลามัส (Thalamus) มีลักษณะคล้ายรูปไข่มีขนาดรวมกันแล้วคิดเป็นพื้นที่ ประมาณ ๘๐% ของส่วนท้ายของสมองส่วนหน้า (diencephalon) ประกอบด้วย ๒ ก้อน โดยอยู่ในแต่ละข้างของซีกสมอง (cerebral hemispheres) หน้าที่ของทาลามัส คือเป็นที่รับถ่ายทอดสัญญาณประสาททั้งรับความรู้สึก (sensory) และสั่งการ (motor system) รวมทั้งสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ (limbic system) ระหว่างเปลือกสมอง กับก้านสมอง และไขสันหลัง

๒. สมองส่วนไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) เป็นส่วนของส่วนท้ายของสมองส่วนหน้า (diencephalon) ที่มีพื้นที่คล้ายรูปสามเหลี่ยมที่อยู่ใต้ต่อไฮโปทาลามิคซัลคัส (hypothalamic sulcus) ซึ่งเป็นร่องที่ใช้แบ่งทาลามัสกับไฮโปทาลามัส ส่วนล่างของไฮโปทาลามัส จะเชื่อมต่อกับต่อมใต้สมอง (pituitary gland) ไฮโปทาลามัส มีบทบาทเกี่ยวข้องกับระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบต่อมไร้ท่อ อารมณ์ ศูนย์ควบคุมการหิว ศูนย์ควบคุมการอิมการนอน การตื่น การดูแลสมดุลของน้ำ การสืบพันธุ์ และการควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย เป็นต้น



ภาพที่ ๓ แสดงส่วนต่าง ๆ ส่วนท้ายของสมองส่วนหน้า (diencephalon)

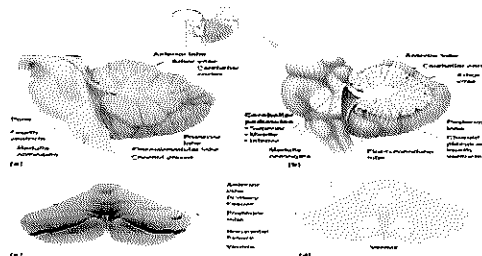
<https://sites.google.com/site/thenervoussystembcnpy/smxng>

๓. สมองส่วนอีพิทาลามัส (Epithalamus) เป็นส่วนท้ายของสมองส่วนหน้า (diencephalon) ที่อยู่เหนือต่อมทาลามัสทางด้านหลัง มีโครงสร้างที่สำคัญ คือ ต่อมไพเนียล (pineal gland) ซึ่งทำหน้าที่ผลิตฮอร์โมนเมลาโทนิน (melatonin) ที่ช่วยยับยั้งการเจริญเติบโตของอวัยวะสืบพันธุ์ไม่ให้เป็นหนุ่มเป็นสาวเร็วเกินไป

๔. สมองส่วนซับทาลามัส (Subthalamus) เป็นส่วนท้ายของสมองส่วนหน้า (diencephalon) ส่วนเดียวที่ไม่สามารถมองเห็นได้จากสมองผ่าซีก ซับทาลามัสเป็นพื้นที่รูปลิ้มอยู่หน้าต่อมทาลามัส และเชื่อมต่อไปด้านข้างของไฮโปทาลามัส มีบทบาทเกี่ยวกับเรื่องระบบการเคลื่อนไหว (motor system)

สมองน้อย (cerebellum)

สมองน้อย หรือสมองส่วนหลังเป็นส่วนของสมองที่ตั้งอยู่ในฐานกะโหลกส่วนหลัง (posterior cranial fossa) โดยจะอยู่ใต้สมองกลีบท้ายทอย (occipital lobe) และอยู่ด้านหลังของก้านสมองลักษณะภายนอกของสมองน้อยประกอบด้วยร่อง (sulcus) ขนาดเล็ก และส่วนนูน (folia) มากมายภายในเปลือกของสมองน้อยมีเซลล์ประสาทที่สำคัญ คือ เซลล์เพอร์คินจี (Purkinje neurons) สมองน้อยทำหน้าที่ร่วมกับสมองใหญ่เพื่อควบคุมการทำงานของเซลล์ประสาทที่เกี่ยวข้องกับระบบการเคลื่อนไหว (motor system) ควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อให้มีการทำงานแบบประสานกัน (co-ordination) และเกี่ยวข้องกับการทรงตัว (equilibrium) ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองน้อย จะมีปัญหาเกี่ยวกับการทรงตัวไม่ดีการทำงานแบบประสานงานกันของกล้ามเนื้อเสียไป



ภาพที่ ๔ แสดงสมองน้อย (cerebellum)

<https://sites.google.com/site/thenervoussystembcnpy/smxng>

เนื้องอกสมอง

เนื้องอกในสมองคือการรวมตัวของเซลล์ที่ผิดปกติในสมอง มีเนื้องอกในสมองหลายชนิดซึ่งอาจเป็นได้ทั้งชนิดที่ไม่ใช่มะเร็ง หรือชนิดที่เป็นมะเร็ง เนื้องอกในสมองบางชนิดอาจถือกำเนิดขึ้นในสมอง ในขณะที่บางชนิดอาจเกิดขึ้นในส่วนอื่น ๆ ของร่างกายก่อนที่จะแพร่กระจายไปยังสมอง ความรุนแรงของเนื้องอกขึ้นอยู่กับตำแหน่ง และอัตราการเติบโตปัจจัยเหล่านี้สะท้อนถึงผลกระทบของเนื้องอกต่อการทำงานของระบบประสาท

อาการ และอาการแสดง

อาการ และอาการแสดงของเนื้องอกสมอง เช่น ปวดศีรษะ อาเจียน ชัก และมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว นอกจากนี้ยังมีอาการความผิดปกติของระบบประสาทเฉพาะที่ ซึ่งขึ้นอยู่กับตำแหน่ง และขนาดของเนื้องอกนั้นๆ

๑. อาการที่เกิดจากเนื้องอกสมองไปรบกวนการทำงานที่ปกติของสมองเฉพาะจุด เช่นอาการปวดศีรษะอาการอ่อนแรงของแขนขา หรือกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าชักกระตุก หรือเกร็งเฉพาะที่ซึ่งอาจเป็นมากถึงขั้นหมดสติได้ อาการที่เกิดจากเส้นประสาทสมองทำงานผิดปกติ เช่น มองเห็นภาพซ้อน หูไม่ได้ยิน ตาพร่ามัว ทรงตัวที่ผิดปกติปวดตามเส้นประสาท หรือชาเฉพาะที่สับสน ความจำผิดปกติ อาการที่เกิดจากภาวะกดทับของฮอโมนจากต่อมใต้สมอง หรืออาการผิดปกติของระบบประสาทสัมผัส ได้แก่ หูแว่ว เห็นภาพหลอน ได้กลิ่นซ้ำ ๆ

๒. อาการที่เกิดจากเนื้องอกสมองรบกวนการทำงานของทั้งสมอง ๒ ซีก อาการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวมักเกิดจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ปวดศีรษะสับสน ซึมลง จนถึงอาจทำให้ผู้ป่วยหมดสติ และเสียชีวิตได้

๓. อาการที่เกิดจากการไหลเวียนของน้ำในสมองผิดปกติ ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน เสียทรงตัว ซึมลง และอาจเสียชีวิตได้ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ทันทั่วถึง

๔. อาการเฉพาะในเด็กเล็กที่กระหม่อมยังไม่ปิดอาจทำให้ขนาดศีรษะโต มีพัฒนาการล่าช้า

เนื้องอกสมองอาจแบ่งได้เป็น ๒ กลุ่มใหญ่ ได้แก่

เนื้องอกในสมองชนิดปฐมภูมิ

เนื้องอกชนิดนี้เกิด และพัฒนาขึ้นในสมอง หรือในเนื้อเยื่อใกล้เคียง เช่น เส้นประสาทสมอง หรือต่อมไพเนียล เนื้องอกเป็นผลจากการกลายพันธุ์ของดีเอ็นเอที่ทำให้เซลล์เติบโต และแบ่งตัวได้มากขึ้นอย่างผิดปกติ เซลล์ที่ผิดปกติเหล่านี้ยังคงมีชีวิตอยู่ต่อไปในขณะที่เซลล์ปกติจะถูกทำลาย และตายการรวมตัวของเซลล์ที่ผิดปกติเหล่านี้ส่งผลให้เกิดเนื้องอก อย่างไรก็ตามเนื้องอกปฐมภูมิที่สมองมักไม่ค่อยเกิดขึ้นในผู้ป่วยผู้ใหญ่เนื้องอกในสมองชนิดทุติยภูมิ หรือเนื้องอกที่แพร่กระจายไปยังส่วนอื่น ของร่างกายพบได้บ่อยกว่าในผู้ใหญ่ เนื้องอกในสมองชนิดนี้สามารถแบ่งได้ตามชื่อของเซลล์ที่เกี่ยวข้อง เช่น

๑. เนื้องอกสมองกลิโอมา (Glioma) เนื้องอกชนิดนี้พัฒนาในสมองหรือไขสันหลัง

๒. เนื้องอกของเยื่อหุ้มสมอง (Meningioma) เนื้องอกของเยื่อหุ้มสมองเป็นเนื้องอกที่เกิดจากเยื่อหุ้มสมอง และไขสันหลัง เนื้องอกในสมองชนิดนี้มักไม่ค่อยเป็นมะเร็ง พบได้ประมาณ ๒๕ เปอร์เซ็นต์ของเนื้องอกสมอง มักพบในช่วงอายุ ๔๐-๖๐ ปี เพศหญิงพบได้บ่อยกว่าเพศชาย

๓. เนื้องอกประสาทหู (Acoustic neuroma หรือ Vestibular schwannoma) เนื้องอกชนิดนี้เกิดขึ้นที่เส้นประสาทซึ่งทำหน้าที่ในการควบคุมสมดุลและการได้ยิน

๔. เนื้องอกต่อมใต้สมอง (Pituitary adenoma) เนื้องอกต่อมใต้สมองเป็นเนื้องอกในสมองชนิดหนึ่ง ที่พัฒนาในต่อมใต้สมองบริเวณฐานของสมอง ซึ่งมีผลต่อฮอร์โมนของต่อมใต้สมองทำให้เกิดผลกระทบทั่วร่างกาย

๕. เนื้องอกมะเร็งสมอง (Medulloblastomas) เนื้องอกในสมองที่เป็นมะเร็งในเด็กที่พบบ่อยที่สุดนี้เริ่มต้นที่ส่วนหลังส่วนล่างของสมอง และมีแนวโน้มที่จะแพร่กระจายผ่านน้ำไขสันหลัง

๖. เนื้องอกจากเซลล์สืบพันธุ์ต้นกำเนิด (Germ Cell Tumors) เนื้องอกในสมองชนิดนี้อาจก่อตัวขึ้นในช่วงวัยเด็กที่บริเวณอัมตะ หรือรังไข่ ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายอาจได้รับผลกระทบจากเซลล์สืบพันธุ์รวมทั้งสมอง

๗. เนื้องอกใกล้ต่อมใต้สมอง (Craniopharyngiomas) เนื้องอกในสมองที่ไม่เป็นมะเร็งชนิดหายากที่เกิดขึ้นใกล้กับต่อมใต้สมองบริเวณที่หลังฮอร์โมนที่ทำงานหลายอย่างของร่างกาย การพัฒนาของเนื้องอกชนิดนี้อาจส่งผลกระทบต่อต่อมใต้สมองและโครงสร้างอื่น ๆ ที่อยู่ใกล้กับสมอง

เนื้องอกในสมองชนิดทุติยภูมิ

เนื้องอกในสมองทุติยภูมิเกิดจากมะเร็งที่แพร่กระจายจากส่วนอื่น ๆ ของร่างกายไปยังสมอง เนื้องอกในสมองประเภทนี้มักเกิดกับผู้ที่เคยเป็นมะเร็งมาก่อน ทั้งนี้เนื้องอกในสมองระยะแพร่กระจายอาจเป็นสัญญาณของการเกิดมะเร็งจากส่วนอื่นของร่างกายได้อีกด้วย

ลักษณะที่แตกต่างจากมะเร็งของอวัยวะชนิดอื่นในร่างกายคือ

๑. ก้อนเนื้องอกมีการเจริญเติบโต และมีการลุกลามเฉพาะที่ไปกดเนื้อสมองส่วนต่าง ๆ และรวมทั้งกดเบียดทำลายหลอดเลือดเลี้ยงสมองปกติ จนทำให้เกิดอันตรายต่อการเผาผลาญพลังงานของเซลล์สมองเริ่มตั้งแต่ระยะแรกของการเกิดเนื้องอกสมองจนถึงระยะสุดท้ายของโรค

๒. จากลักษณะทางกายวิภาคทำให้เนื้องอกสมองปฐมภูมิเกิดเฉพาะที่ ไม่ค่อยแพร่กระจายไปสู่อวัยวะส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย เนื่องจากในเนื้อเยื่อสมองไม่มีระบบท่อน้ำเหลือง ทำให้การกระจายของมะเร็งไม่มีการแพร่กระจายผ่านท่อน้ำเหลือง

๓. การแพร่กระจายของเซลล์เนื้องอกสมอง หรือมะเร็งจะเกิดได้จากวิธีการฝังตัว และหลุดกระจายของเซลล์ไปตามระบบการไหลเวียนน้ำหล่อเลี้ยงสมองหรือน้ำไขสันหลัง (Cerebrospinal fluid [CSF])

๔. อันตรายของเนื้องอกสมองจะรุนแรงเหมือนกับมะเร็งทั่วไป แม้จะมีลักษณะทางกายวิภาคเป็นเนื้องอกธรรมดาก็ตาม เพราะเนื้องอกมีการเจริญเติบโตไปกดเบียดเนื้อสมองที่มีความอ่อนนุ่ม กดเบียดหลอดเลือด ทำให้เกิดหลอดเลือดแตก การไหลเวียนของระบบน้ำหล่อเลี้ยงสมองผิดปกติเกิดการคั่งของระดับความดันในกะโหลกศีรษะสูงผิดปกติได้

๕. เนื้องอกสมองส่วนใหญ่เกิดจากเซลล์เนื้อเยื่อของสมอง (Primary brain tumor) มากกว่าเนื้อเยื่อที่กระจายมาจากส่วนอื่น หรือมะเร็งในร่างกายส่วนอื่น ๆ และเนื้อเยื่อที่เกิดในสมองเองนั้นสามารถเกิดเป็นเนื้องอกชนิดร้าย หรือแบบโตช้าหรือไม่ร้ายแรงก็ได้

ปัจจัยเสี่ยงที่อาจเกิดเนื้องอกในสมอง

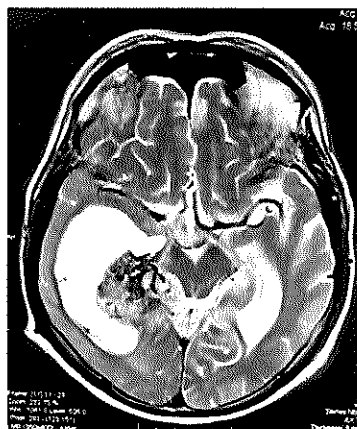
สาเหตุของเนื้องอกในสมองยังไม่ชัดเจน อย่างไรก็ตามมีแนวโน้มความสัมพันธ์ระหว่างเนื้องอกในสมองและปัจจัยบางอย่างรวมถึงการได้รับรังสี และประวัติของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นเนื้องอกในสมอง

๑. ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องทางตรง ได้แก่ มีประวัติการได้รับการฉายรังสี (ionizing radiation) การที่ร่างกายมีภูมิคุ้มกันด้านทอนบกพร่อง เช่น การติดเชื้อ HIV การที่ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ (organ transplantation) ส่วนปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องทางอ้อม แต่ยังไม่มีความชัดเจนทางพยาธิวิทยา ได้แก่ การที่ได้รับคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (electromagnetic fields) เช่น การใช้โทรศัพท์มือถือ การใช้สารเคมีบางชนิด อาชีพที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ โรงงานอุตสาหกรรม หรือเกษตรกรที่ได้รับยาฆ่าแมลง
๒. ปัจจัยทางพันธุกรรม (genetic risk factor) เกิดจากความผิดปกติของยีน ซึ่งอาจพบได้ในโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม
๓. ปัจจัยร่วมทางสิ่งแวดล้อมและพันธุกรรม เช่น สารก่อมะเร็งหรือสารเคมีที่ปนเปื้อน

การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมของโรคเนื้องอกสมอง

นอกจากการซักประวัติและตรวจร่างกายระบบประสาทโดยละเอียด การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมของโรคเนื้องอกสมองที่สำคัญมีดังนี้

๑. การตรวจภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) ของสมอง บอกข้อมูลที่เป็น กระดูก (bone), เลือด (blood) ได้ดีเป็นการตรวจที่ใช้เวลาน้อยเหมาะสำหรับตรวจภาวะฉุกเฉิน บอกรายละเอียดได้น้อยกว่าการตรวจภาพแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) ของสมอง
๒. การตรวจภาพแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) ของสมอง มีประโยชน์ในการบอกรายละเอียดบริเวณฐานของกะโหลกศีรษะส่วนหลัง (posterior cranial fossa), ไขสันหลัง (spinal cord) ได้ดีกว่าการตรวจภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) แต่ใช้เวลาในการตรวจนานกว่า การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) และการตรวจภาพแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) ช่วยให้เห็นเนื้องอกและพยาธิสภาพทั้งใน และนอกเนื้องอกได้ดีขึ้น แต่มีข้อห้ามกรณีการทำงานของไตไม่ดี และสตรีตั้งครรภ์
๓. การตรวจคลื่นไฟฟ้าของสมอง (EEG) ใช้ตรวจในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการชัก
๔. การตรวจเลือดเพื่อหาระดับฮอร์โมนของต่อมใต้สมอง ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีเนื้องอกบริเวณต่อมใต้สมอง
๕. การตรวจวัดสายตาและลานประสาทตา (visual acuity, visual fields)
๖. การตรวจระดับของการได้ยิน (audiogram)



ภาพที่ ๕ แสดงผลตรวจ MRI พบก้อนเนื้องอกบริเวณ Intraventricular tumor

<https://sites.google.com/site/thenervoussystembcnpy/smxng>

การรักษา

การรักษามีวัตถุประสงค์เพื่อลดจำนวนเซลล์เนื้องอกให้มากที่สุด เมื่อจำนวนเซลล์เนื้องอกลดลงจะทำให้ชะลอระยะเวลาที่เนื้องอกจะกลายเป็นเนื้องอกชนิดร้ายแรง

การรักษาโรคเนื้องอกสมองมีรายละเอียดดังนี้

๑. การผ่าตัด เป็นวิธีหลักของการรักษาเนื้องอกสมอง หลักการพิจารณา ได้แก่ การผ่าตัดเอาเนื้องอกออกให้มากที่สุด โดยมีการสูญเสียหน้าที่ของระบบประสาทน้อยที่สุด (maximal safe resection) โดยเฉพาะในเนื้องอกชนิดที่มีระดับความรุนแรงน้อย (low grade glioma) อุปสรรคที่สำคัญในการผ่าตัดผู้ป่วยกลุ่มนี้คือการจำแนกเนื้องอกกับเนื้อสมองปกติซึ่งทำได้ยาก และการที่เนื้องอกแทรกอยู่ในบริเวณเนื้อสมองที่สำคัญ (eloquent area) เช่น เนื้อสมองส่วนควบคุมการเคลื่อนไหวร่างกาย ส่วนรับความรู้สึก และส่วนความเข้าใจภาษาเป็นต้น บริเวณสมองดังกล่าวหากถูกตัดออกไปพร้อมกับเนื้องอกจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องหรือพิการอย่างถาวรภายหลังการผ่าตัด ดังนั้นการผ่าตัดเนื้องอกสมองกลุ่มนี้จึงต้องใช้วิธีผ่าตัดเนื้องอกสมองแบบรู้สึกตัว (awake craniotomy) การผ่าตัดเนื้องอกสมองบางชนิดใช้วิธีผ่าตัดเพื่อตัดเนื้องอกบางส่วนมาตรวจ (tumor biopsy) โดยอาจใช้วิธีการเจาะรูผ่านกะโหลกศีรษะ (Stereotactic biopsy) หรือการผ่าตัดส่องกล้อง (endoscopic biopsy) ขึ้นกับตำแหน่งของเนื้องอก แล้วส่งตรวจชิ้นเนื้อแบบไฟรอส เช่น แช่แข็ง (Frozen section) ใช้ในกรณีที่สงสัยเนื้องอกกลุ่มกลีโมา (glioma) หรือเนื้องอกของระบบน้ำเหลือง (lymphoma) เนื่องจากตอบสนองต่อการรังสีรักษา และยาเคมีบำบัด เพื่อหลีกเลี่ยงการผ่าตัดใหญ่โดยไม่จำเป็น

๒. รังสีรักษา มีบทบาทสำคัญในการรักษาเนื้องอกสมองโดยทั่วไปมะเร็งสมองที่ร้ายแรงมักจะไวต่อการรังสีรักษา รังสีรักษาช่วยยืดอายุผู้ป่วย หรือยืดเวลาในการกลับเป็นซ้ำของเนื้องอก พิจารณารังสีรักษาในเนื้องอกที่แพร่กระจาย และตอบสนองต่อการรังสีรักษา หรือเนื้องอกที่ผ่าตัดได้ไม่หมดเนื่องจากใกล้อวัยวะที่สำคัญ

๓. ยาเคมีบำบัด เพื่อควบคุมหรือทำลายเซลล์มะเร็งโดยตรงบางครั้งอาจมีผลข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปากอักเสบ และผมร่วง เป็นต้น

๔. การรักษาด้วยยา เช่น ยากลุ่ม steroid ซึ่งลดภาวะบวมของสมองได้ดี การให้ฮอร์โมนทดแทนในเนื้องอกต่อมใต้สมอง

๕. กายภาพบำบัด ในผู้ป่วยที่ต้องการการกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อนำเนื้องอกออก (Craniotomy with tumor removal)

การพยาบาลแบ่งเป็น ๓ ระยะ ดังนี้

การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด (Pre-operative care)

๑. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินระดับการรับรู้ของผู้ป่วย สัญญาณชีพ และอุณหภูมิของร่างกายทุก ๑๕ นาที

๒. ประเมินอาการผู้ป่วยทางระบบประสาท (neurological sign) ด้วยการประเมินระดับการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Scale) ถ้าคะแนนของผู้ป่วยลดลงเกิน ๒ คะแนนให้รายงานแพทย์ทันที และประเมินขนาดของรูม่านตาประเมินทุก ๑ ชั่วโมง (ขนาดรูม่านตาปกติ ๒-๓ มิลลิเมตร และมีปฏิกิริยาต่อแสง)

๓. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง(ICP) เช่นปวดศีรษะมาก อาเจียนพุ่ง (projectile vomiting) โดยไม่มีอาการคลื่นไส้ นำตาพร่ามัว ชักเกร็งกระตุก ลักษณะการหายใจที่เปลี่ยนแปลง หายใจลำบาก หายใจหอบเหนื่อยและไม่สม่ำเสมอ (cushing's triad) ถ้าพบอาการดังกล่าวให้รายงานแพทย์ทันที เนื่องจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงหากไม่ได้รับการแก้ไขทันที่ผู้ป่วยจะซึมลง หมดสติ แขนขาเกร็ง และเสียชีวิตในที่สุด

๔. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนศีรษะ สูง ๓๐ องศา เพื่อเพิ่มการไหลกลับของหลอดเลือดดำจากศีรษะเข้าสู่หัวใจได้ดี ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยพับเอียงศีรษะมากเกินไป เพื่อป้องกันการอุดตันการไหลกลับของเลือดดำบริเวณคอ ซึ่งทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของความดันในกะโหลกศีรษะ (intracranial pressure; ICP)

๒. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุพลัดตกเตียง

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และยกเหล็กข้างเตียงทั้งสองข้างขึ้นทุกครั้ง เมื่อกระทำกิจกรรมต่างๆ กับผู้ป่วยเสร็จแล้ว

๒. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย วางแผนการพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยด้วยการบอกผู้ป่วยทุกครั้ง เมื่อจะปฏิบัติการพยาบาล แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าถ้าต้องการความช่วยเหลือให้บอกเจ้าหน้าที่ทุกครั้ง

๓. ดูแลเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยความระมัดระวัง โดยดูแลไม่ให้แขนขายื่นออกนอกเปลนอน ใช้แผ่นรองช่วยในการเลื่อนตัวผู้ป่วยจากเปลนอนมายังเตียงผ่าตัด

๓. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับกระบวนการผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยด้วยการทักทายโดยใช้คำพูดที่สุภาพเหมาะสมต่อการเข้าใจ และมีการแนะนำตนเอง อธิบายข้อสงสัย และให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ และระบายความรู้สึกที่มีความไม่สบายใจเกี่ยวกับการผ่าตัด

๒. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงขั้นตอนการรักษาเกี่ยวกับการผ่าตัด และการได้รับการระงับความรู้สึก

๓. ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด บุคลากรที่ทำงานในห้องผ่าตัด เช่น ลักษณะการแต่งกายของเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดจะเป็นชุดสีเขียว สีฟ้า และวิสัญญีจะเป็นสีเทา อุณหภูมิในห้องผ่าตัดจะมีความเย็นมากกว่าอุณหภูมินอกห้องผ่าตัด ท่าที่ใช้ในการผ่าตัด (Position) การดูแลหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลงได้

๔. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงสภาพร่างกายหลังออกจากห้องผ่าตัด เช่น มีการใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ และมีสายให้สารละลายทางหลอดเลือดดำติดตัวตามออกมาด้วย

๕. ดูแลจัดสภาพแวดล้อมให้มีบรรยากาศที่เงียบสงบงดการส่งเสียงดัง มีแสงสว่างที่พอเหมาะ จัดระยะห่างของเปลนอนให้มีความเหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน เกิดการผ่อนคลาย และลดความวิตกกังวล

๖. แจ้งให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล และไม่เปิดเผยร่างกายของผู้ป่วยเกินความจำเป็น รวมทั้งช่วยพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยตามประกาศรับรองสิทธิของผู้ป่วยเพื่อเป็นการให้ความเคารพในฐานะความเป็นบุคคลของผู้ป่วย

การพยาบาลระยะผ่าตัด (Intraoperative Nursing Care)

๑. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสูญเสียเลือดมากในขณะผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

๑. พยาบาลช่วยเหลือรอบนอกขานแจ้งข้อมูลการจางเลือดของผู้ป่วยให้กับทีมศัลยแพทย์และวิสัญญีรับทราบ พร้อมทั้งประเมินโอกาสสูญเสียเลือดจากการผ่าตัดจากทีมศัลยแพทย์ ในขั้นตอนการทำการระบุ ตำแหน่งผ่าตัด (surgical safety checklist)
๒. เผ่าระวัง ติดตามสัญญาณชีพ ชีพจร ค่าความดันโลหิต ในขณะผ่าตัด
๓. ประสานงานกับธนาคารเลือด จัดเตรียมเลือดไว้ให้พร้อมใช้ได้ในทันทีที่วิสัญญีแพทย์ต้องการ
๔. จัดเตรียมผ้าซับโลหิต ให้พร้อมใช้ทันทีเมื่อเกิดภาวะเลือดออก (active bleeding)
๕. ประสานงานกับวิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาลในการประเมินภาวะการสูญเสียเลือด โดยดูจากบันทึกการล้างน้ำ ปริมาณเลือดในผ้าซับเลือด และถังดูดเลือด เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัดต่อไป

๒. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของผิวหนัง กล้ามเนื้อ และเส้นประสาทจากการจัดท่าผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินสภาพผิวหนัง และร่างกายผู้ป่วยก่อนดูแลการจัดท่าผ่าตัด เช่น ความชุ่มชื้นของผิวหนัง ภาวะทุพโภชนาการ เป็นต้น เพื่อพิจารณาในการเลือกใช้อุปกรณ์ช่วยจัดท่าผ่าตัด
๒. การจัดเตรียมอุปกรณ์เพื่อการจัดท่าตะแคงกึ่งคว่ำ (Park bench position) ให้เพียงพอและเหมาะสมกับขนาดตัวผู้ป่วย และตรวจสอบสภาพความพร้อมใช้ทุกครั้งก่อนใช้งาน
๓. ช่วยศัลยแพทย์จัดท่าผ่าตัดผู้ป่วยในท่าตะแคงกึ่งคว่ำ (Park bench position) ด้วยความระมัดระวัง โดยใช้หมอนหนุนไว้ใต้รักแร้ของผู้ป่วย และยึดให้แน่นกับเตียงด้วยเทปผ้า ๒ นิ้ว เพื่อไม่ให้หมอน เลื่อนหรือลื่น โดยก่อนติดเทปผ้ากับหมอน ให้วางก๊อช เพื่อไม่ให้ผิวหนังของผู้ป่วยที่สัมผัสกับหมอนโดยตรงเกิดการบาดเจ็บลดการเสียดสีโดยตรง
๔. จัดแขนวางบนที่พิงแขน (arm posturing device) โดยใช้แผ่นฟองน้ำรองบริเวณข้อศอก และใช้ผ้ารัดแขนอีกครั้งเพื่อป้องกันการบาดเจ็บเส้นประสาทมือ (ulnar nerve) และเส้นประสาทแขน (brachial plexus)
๕. ใช้ที่พยุงตัว (body support) ที่ยึดติดกับเตียงผ่าตัดโดยรองผ้าระหว่างผิวหนังผู้ป่วยสัมผัสกับที่พยุงตัว เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ที่หน้าอก หลัง สะโพก และก้น ดันตัวผู้ป่วยให้อยู่ในท่านอนตะแคงกึ่งคว่ำ ตรวจสอบข้อต่อต่าง ๆ ให้แน่น
๖. ใช้หมอนใบเล็กรองบริเวณใต้ข้อเข่า และข้อเท้าเพื่อไม่ให้กดกับเตียงผ่าตัด ลดการกดทับ เส้นประสาทส่วนปลายของขา (Common perineal) และหมอนรองขา ๒ ใบ สอดระหว่างขาทั้ง ๒ ข้าง
๗. ระมัดระวังขณะมีการปรับเลื่อนเตียงผ่าตัด ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยด้วยการรัดตัวผู้ป่วยพร้อมขานด้วยเสียงที่ดังเพื่อทวนคำสั่งขณะที่มีการปรับเลื่อนเตียงผ่าตัด
๘. หลังการผ่าตัด ตรวจสอบสภาพผิวหนังว่ามีรอยแดง หรือรอยจากการกดทับของอุปกรณ์จัดท่าผ่าตัด

๓. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

๑. จัดเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัด และตรวจสอบการผ่านการฆ่าเชื้อของเครื่องมืออุปกรณ์ทุกครั้ง ตามมาตรฐานของการทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ
๒. ในขณะผ่าตัดการเปิดผ้าปลอดเชื้อ และอุปกรณ์ที่จะใช้ในการผ่าตัดต้องระมัดระวังไม่ให้เกิดการปนเปื้อน (contamination) ตรวจสอบเครื่องมือให้ครบถ้วนพร้อมใช้งาน

๔. ดูแลสายระบายน้ำไขสันหลังไม่ให้สาย หัก พับ งอ ตั้ง ๑๐ เซนติเมตรน้ำ เหนือรูหูวางระดับขอบเตียงล่าง และดูแลให้น้ำไขสันหลังระบายลงถุงรองรับระมัดระวังการเลื่อนหลุดของสายสายระบายน้ำไขสันหลัง
๕. ส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย และการผ่าตัดให้ครบถ้วน โดยเฉพาะปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างผ่าตัด และการดูแลสายระบายน้ำไขสันหลังเพื่อให้การดูแลต่อเนื่องต่อไป

๒. ผู้ป่วยมีภาวะไม่สุขสบายจากการปวดแผลผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินระดับความเจ็บปวดว่ามากน้อยเพียงใด สอบถามตำแหน่ง ระยะเวลา และระดับความรุนแรงของอาการปวด อธิบายพยาธิสภาพของอาการปวดให้ผู้ป่วยทราบเพื่อความเข้าใจ และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติอย่างถูกต้อง
๒. ดูแลให้การพยาบาลอย่างเบามือ และนุ่มนวล เพื่อลดการกระทบเทือนบริเวณแผลผ่าตัด ช่วยเหลือผู้ป่วยในการเปลี่ยนท่า หรือเคลื่อนไหวร่างกาย
๓. ดูแลให้ได้รับยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ และสังเกตอาการข้างเคียงของยา

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อตนเอง

๑. วิเคราะห์นโยบายสุขภาพระบบบริการสุขภาพของประเทศ และบทบาทของพยาบาลในการดูแลอย่างต่อเนื่อง และครอบคลุมในการพยาบาลปริศลยกรรมได้
๒. อธิบายบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดในการบริหารจัดการในห้องผ่าตัดได้
๓. วิเคราะห์ความเสี่ยง และระบบบริหารจัดการความเสี่ยงในห้องผ่าตัดมีทักษะการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในห้องผ่าตัดโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ได้
๔. มีทักษะในการประเมินภาวะสุขภาพขั้นสูง วิเคราะห์ปัญหา และความต้องการของผู้มารับการผ่าตัด และครอบครัว วางแผนการพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม และต่อเนื่องในทุกระยะของการผ่าตัดบนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์
๕. มีทักษะในการเตรียมการใช้ และดูแลรักษาเครื่องมือพิเศษที่ใช้ในศัลยกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ
๖. ประสานงาน และปฏิบัติงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ และพยาบาลสาขาอื่น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
๗. วิเคราะห์ปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาล และจัดทำโครงการกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน

๑. ผู้เข้าอบรมสามารถนำความรู้ที่ได้จากการอบรมทั้งภาคทฤษฎี และการปฏิบัติมาบูรณาการใช้ในหน่วยงาน และนำมาถ่ายทอดให้กับบุคลากรทางการพยาบาลให้มีความรู้ ความเข้าใจ และร่วมกันพัฒนาการพยาบาลด้านการพยาบาลปริศลยกรรมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
๒. สร้างพัฒนานวัตกรรมนำมาใช้ในหน่วยงาน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้การพยาบาล

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑ การปรับปรุง

ในปัจจุบันศาสตร์และเทคโนโลยีทางด้านศัลยกรรม มีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว และต่อเนื่อง รวมถึงแพทย์ได้รับการฝึกฝนวิทยาการ และเทคโนโลยีใหม่ ๆ เพิ่มมากขึ้น จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพ และทักษะความรู้ความสามารถของพยาบาลให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง และปฏิบัติงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะ ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ และพยาบาลสาขาอื่น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยปรับปรุง หรือมีแผนการพัฒนา ศักยภาพของพยาบาลโดยการส่งเข้าฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องให้ครอบคลุมทุกสาขาที่โรงพยาบาลมีการให้บริการผู้ป่วย

๓.๒ การพัฒนา

ในการเข้าฝึกอบรมหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลปริศัลยกรรม มีความครบถ้วนของเนื้อหาด้านการพยาบาลปริศัลยกรรม กระบวนการพยาบาลแบบองค์รวมในทุกระยะของการผ่าตัด การดูแลรักษาเครื่องมือ และอุปกรณ์ที่ใช้ในนวัตกรรมทางศัลยกรรม การวางแผนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพการ ปฏิบัติการพยาบาลปริศัลยกรรม รวมถึงความรู้ด้านนโยบายสุขภาพ และการพยาบาล

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

หน่วยงานควรมีการจัดส่งพยาบาลเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาล ปริศัลยกรรมอย่างต่อเนื่องครอบคลุมทุกสาขา เพื่อเป็นการพัฒนาบุคลากรให้มีองค์ความรู้ ทักษะความสามารถ ที่เพิ่มมากขึ้นทันต่อการเปลี่ยนแปลง และความก้าวหน้าด้านปริศัลยกรรม และสามารถถ่ายทอดองค์ความรู้ที่ได้มา เผยแพร่ให้แก่บุคลากรทั้งใน และนอกหน่วยงานได้

ลงชื่อ.....*นางสาว ทาสงคราม*.....ผู้รายงาน
(นางสาวนิภาพร ทาสงคราม)

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

เป็นประโยชน์ไม่เสียค่าใช้จ่าย
ผู้บังคับบัญชา

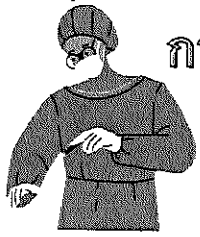
ลงชื่อ.....*นางจิตติมา พุ่มอินทร์*.....หัวหน้าฝ่าย
(.....หัวหน้าพยาบาล.....)

ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มการดำเนินงานการพยาบาล

ส่วนที่ ๖ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป

นางสาว นกประไพ วัฒนสิน

ลงชื่อ.....*นางฉัตร ปานอกกุล*.....หัวหน้าส่วนราชการ
(นางฉัตร ปานอกกุล)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสินธร



การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลปริศัลยกรรม (การพยาบาลปริศัลยกรรมประสาท) การพยาบาลปริศัลยกรรม



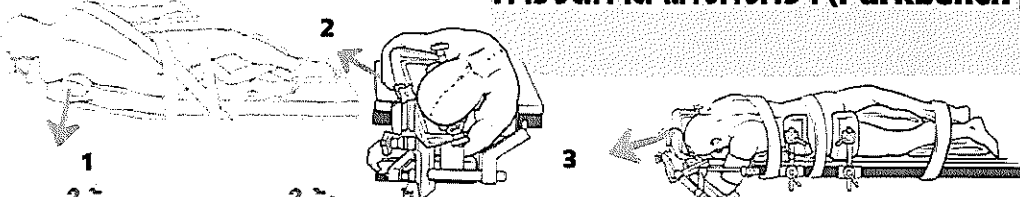
- ปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม
- ใช้กระบวนการพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้งระยะก่อนการผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด
- การประเมินภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ
- การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในห้องผ่าตัด
- การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดที่มีปัญหาซับซ้อน
- พัฒนารูปแบบในการให้การพยาบาลปริศัลยกรรม เช่น การบริหารจัดการ เครื่องมือ การจัดการทรัพยากรอย่างเหมาะสม คุ่มค่า คุ่มทุน
- ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วย

ศัลยกรรมประสาท

การผ่าตัดสมองขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่มีพยาธิสภาพ การจัดทำที่ดี และเหมาะสมจะช่วยให้ศัลยแพทย์เข้าถึงตำแหน่งที่มีพยาธิสภาพได้ง่าย และทำให้การผ่าตัดเป็นไปได้อย่างดี ดังนั้นการจัดท่าผ่าตัดจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก เพื่อให้การจัดท่าผ่าตัดปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน จึงควรมีแนวปฏิบัติในการจัดทำผ่าตัด ดังตัวอย่าง

การจัดท่าตะแคงกึ่งคว่ำ (Parkbench position)

การจัดท่าตะแคงกึ่งคว่ำ PARKBENCH POSITION ประกอบด้วย



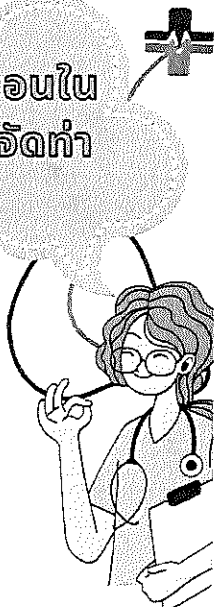
1. ใช้หมอนหนุนใต้รักแร้ (Axillary roll)

หมอนบริเวณใต้รักแร้เพื่อป้องกันการกดทับของลำตัวกับเตียงผ่าตัด ใช้อุปกรณ์สำหรับ รองรับร่างกาย (Body support) หมอนบริเวณ หน้าอก (Sternum) หลัง กระดูกเชิงกราน (iliac crest) และก้นของผู้ป่วย เพื่อป้องกันไม่ให้ตัวผู้ป่วยเลื่อนล้ม จัดให้เข้าทั้งสองข้างอยู่ในท่าจอ แล้วใช้หมอนหนุนระหว่างขา ทั้งสองข้าง และใช้หมอนรองบริเวณ กระดูก Fibular(กระดูกบริเวณน่อง) และตาตุ่ม

2. จัดแขน ที่อยู่ด้านบนวางไว้บนที่พยักแขน (arm posturing device) โดยใช้แผ่นฟองน้ำรองบริเวณข้อศอก และใช้ผ้ารัดแขนอีกครั้ง เพื่อป้องกันแขนตก

3. ทำการยึดพยุงศีรษะ: พยาบาลช่วยเหลือรอบนอกถึงที่รองศีรษะของเตียงผ่าตัดออก และช่วยศัลยแพทย์ ต่อตัวยึดพยุงศีรษะ: (Mayfield skull clamp) หมุนข้อต่อให้แน่น ส่วนแขนด้านล่าง จะพันออกนอกเตียงผ่าตัดใช้ที่รองรับแขน (Arm-Sling) เพื่อช่วยในการพยุงแขนใช้ ฟองน้ำรองระหว่างข้อศอกกับเตียงผ่าตัด ระวัง !! การเสียดสีและการกดทับของ เส้นประสาท Ulnar(เส้นประสาทริบความรู้สึกบริเวณมือ)

ขั้นตอนใน
การจัดท่า



การนำไปใช้ในหน่วยงาน

1. นำประสบการณ์ที่ได้รับระหว่างการศึกษาอบรม มาพัฒนาตนเอง และเผยแพร่ความรู้ ในหน่วยงานให้มีทักษะในการให้การพยาบาลเฉพาะทางปริศัลยกรรมประสาทให้ดียิ่งขึ้น
2. นำโครงการนวัตกรรม เช่น การจัดทำท่าผ่าตัดระบบประสาท มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน

น.ส.นิภาพร หาสงคราม พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ หน่วยงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสิรินธร

