

Nursing Practice in MISBS **(Minimally invasive skull base surgery)**

โดย

ร้อยเอกหญิงณัฐธา นพดลสกุลชัย

หอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรมและศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

The image features a blue-tinted background. On the left, a stethoscope is shown in sharp focus. On the right, a faint, light-colored profile of a human head is visible. The text 'Minimally invasive skull base surgery' is centered in a bold, dark blue font. A dark blue curved shape is present in the bottom right corner.

**Minimally invasive
skull base
surgery**



Minimally invasive skull base surgery



การผ่าตัดสมองผ่านกล้อง (Endoscopic neurosurgery)

การผ่าตัดแบบใหม่ที่ใช้กล้องแบบเดียวกับที่ใช้ผ่าตัด
ถุงน้ำดีหรือไส้ติ่ง สอดเข้าไปผ่านรูจมูกเพื่อเอาเนื้องอกสมอง
ออก โดยที่ไม่ต้องลงมีดผ่าตัดใด ๆ พิวหนังและไม่ได้เปิด
กะโหลกศีรษะแต่อย่างใด





Minimally invasive skull base surgery



โรคทางสมองที่สามารถรักษาด้วยการผ่าตัดผ่านกล้องส่องเข้าไปทางรูจมูก ส่วนใหญ่จะเป็นการนำเอาเนื้องอกในกลุ่มของต่อมใต้สมองออกมา โดยที่ไม่ต้องทำลายหรือยุ่งเกี่ยวกับเนื้อสมอง ความจริงการผ่าตัดวิธีนี้มีมานานแล้ว เรียกว่า Transsphenoidal surgery เพียงแต่วิธีดั้งเดิมแพทย์อาจจะต้องลงมีดที่เหงือกเหนือฟันบน และสอดเครื่องมือเข้าทางช่องปาก จากนั้นเครื่องมือผ่าตัดจะถูกสอดเข้าไปในโพรงจมูกอีกที่หนึ่งเพื่อเอาเนื้องอกออก แน่นอนว่าวิธีนี้ก็ไม่เห็นรอยแผลเป็นที่ผิวหนัง แต่ในความเป็นจริงผู้ป่วยอาจมีอาการอื่นหลังผ่าตัด เช่น ชาปาก เสียวฟัน ฟันโยก ปากบวมทำให้เคี้ยวอาหารไม่ได้หลายวัน



Minimally invasive skull base surgery



มีวิธีใหม่ที่เรียกเป็นเทอมทางการแพทย์ว่า Endoscopic transnasal transsphenoidal approach คือแทนที่จะลงมีดที่ช่องปากแล้วผ่าตัด โดยใช้กล้องจุลทรรศน์ ศัลยแพทย์ระบบประสาทจะนำกล้องส่องเข้าไปในโพรงจมูกโดยตรง ปลายกล้องจะมีเลนส์และไฟส่องเพื่อให้เห็นที่กำลังอยู่ตรงไหนในโพรงจมูก



Minimally invasive skull base surgery



การผ่าตัดเนื้องอกต่อมใต้สมองผ่านโพรงอากาศสฟีนอยด์ ด้วยกล้องเอ็นโดสโคป (ETSS)

ผู้ป่วยเนื้องอกต่อมใต้สมองมักจะได้รับการผ่าตัดเมื่อเนื้องอกมีขนาดใหญ่
ส่งผลต่อการมองเห็นจากภาวะ เนื้องอกมีขนาดโตขึ้นและไปกดทับเส้นประสาทตา
ร่วมกับภาวะปวดศีรษะ หรือบางรายมีภาวะการหลั่ง
ฮอร์โมนที่ผิดปกติอย่างรุนแรง เช่น adrenal insufficiency



Minimally invasive skull base surgery



การผ่าตัดเนื้องอกต่อมใต้สมองผ่านโพรงอากาศสฟีนอยด์ ด้วยกล้องเอ็นโดสโคป (ETSS)

โดยวัตถุประสงค์ในการผ่าตัดคือ เอาก้อนเนื้องอกออก ทำให้การหลั่งฮอร์โมนที่ผิดปกติกลับสู่ภาวะปกติคงไว้ซึ่งหน้าที่การทำงานตามปกติของต่อมใต้สมอง และลดโอกาสการเป็นซ้ำ ปัจจุบันนิยมใช้วิธีการผ่าตัดผ่านทางจมูกผ่านบริเวณ โพรงอากาศข้างจมูกสฟีนอยด์ (transsphenoidal surgery) เพื่อตัดเลาะเนื้องอกต่อมใต้สมองออกเนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บและสูญเสียเลือดน้อย สามารถหลีกเลี่ยงความเสี่ยงจาก การทำผ่าตัดแบบเปิดกะโหลกศีรษะ



Minimally invasive skull base surgery



ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดเนื้องอกต่อมใต้สมองผ่านโพรงอากาศ สฟีนอยด์ด้วยกล้องเอ็นโดสโคป (ETSS)

สามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

- 1.ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดเนื้องอกต่อมใต้สมองผ่านโพรงอากาศสฟีนอยด์ด้วยกล้องเอ็นโดสโคป ได้แก่ การเกิดเลือดออกซ้ ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้นมีก้อนเลือด ภาวะแทรกซ้อนที่กล่าวมาข้างต้นจะส่งผลกระทบต่ออาจกดเส้นประสาทสมองคู่ที่ I, IV และ V ทำให้เกิดทำให้การมองเห็นลดลงอย่างรวดเร็ว
- 2.ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการหลังฮอร์โมนของต่อมใต้สมองที่ผิดปกติภายหลังผ่าตัดที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ ภาวะเบาจืด



Minimally invasive skull base surgery



เปรียบเทียบวิธีการผ่าตัด

1. การผ่าตัดแบบเปิดกะโหลกศีรษะ

- โคนผม มัก โคนศีรษะจนหมด
- การลงมิดที่ผิวหนัง มักลงเป็นแผลใหญ่ยาวประมาณ 10-20 ซม. ทำให้มีการปวดแผลผ่าตัดมาก และหลังผ่าตัดอาจมีปัญหาร่องการงอกของเส้นผมได้มาก
- ระยะเวลาการผ่าตัด ขึ้นกับความรุนแรงของโรค โดยทั่วไปอยู่ที่ประมาณ 4 ชม. ไปจนถึง 12-20 ชม.
- การเสียเลือดระหว่างผ่าตัด ขึ้นกับความรุนแรงของโรค แต่มักเสียเลือดมากโดยเฉพาะรายที่ต้องเปิดกะโหลกศีรษะใหญ่
- การพักฟื้น ใน ICU อาจนานเป็นเดือน หรือโดยทั่วไปประมาณ 5-10 วัน
- การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ขึ้นกับความรุนแรงของโรค อาจนานเป็นเดือน หรือทั่วไปประมาณ 7-10 วันเพื่อตัดไหม



Minimally invasive skull base surgery



เปรียบเทียบวิธีการผ่าตัด

2. การผ่าตัดแบบ Endoscopic transnasal transsphenoidal approach

- ไม่โกนผมเลย หรือโกนแต่น้อยมาก
- ไม่มีการลงมัดที่ผิวหนัง หรือถ้ามีก็เล็กกว่าปกติมากถ้ามีก็ประมาณ 3-5 ซม. (เหริยยุติบาท)
- ขึ้นกับความรุนแรงของโรค โดยทั่วไปอยู่ที่ 40 นาที จนถึง 2-3 ชม.
- ขึ้นกับความรุนแรงของโรค แต่สามารถลดอัตราการเสียเลือดได้มากกว่าวิธีดั้งเดิม ทำให้โอกาสได้รับเลือดเสริมน้อยลง
- อาจไม่ต้องใช้ ICU ผู้ป่วยสามารถอยู่ในห้องพิเศษกับญาติได้ทันทีหลังผ่าตัด หรือถ้าต้องอยู่ ICU ก็ใช้เวลาประมาณ 2-5 วัน
- การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ขึ้นกับความรุนแรงของโรค โดยทั่วไปอยู่ที่ 7 วัน

การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น
หลังผ่าตัดเนื้องอกต่อมใต้สมอง
ผ่านโพรงอากาศสฟีนอยด์



Nursing Practice in MISBS



1. ฝ้าระวังภาวะเลือดออกจากรูขี้ผึ้งและความดันในกะโหลกศีรษะสูง
2. ฝ้าระวังภาวะ pituitary apoplexy
3. ป้องกันและฝ้าระวังการรั่วของน้ำหล่อสมอง
4. ภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ (meningitis)
5. ป้องกันและฝ้าระวังภาวะเลือดกำเดาไหล (epistaxis)
6. จัดการความปวด (pain management)
7. ฝ้าระวังภาวะเบาจืด (Diabetes Insipidus; DI)
8. ภาวะโซเดียมต่ำ (hyponatremia)
9. ภาวะเสียเกลือทางปัสสาวะ (cerebral salt wasting)
10. ภาวะ Adrenal insufficiency

Nursing Practice in MISBS



Nursing Practice in MISBS

- ประเมินสัญญาณชีพ
- ประเมินความผิดปกติทาง ระบบประสาทอย่างสม่ำเสมอทุก 1-2 ชั่วโมง จนกว่า อาการจะคงที่ โดยใช้มาตรวัดกลาสโกว โคม่า หรือ Glasgow coma
- การประเมินการมองเห็น ลานสายตา

Nursing Practice in MISBS

1. ฝ้าระวังภาวะเลือดออกซ้ำและความดันในกะโหลกศีรษะสูง

- ประเมินอาการทางระบบประสาทของ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปรียบเทียบกับ ก่อนผ่าตัดควรทำด้วยการประเมินการมองเห็น ลานสายตา การเคลื่อนไหว ของกล้ามเนื้อลูกตา อย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง
- ดูแลควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดภาวะเลือดออกซ้ำ หรือภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง
- โดยควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยให้อยู่ในระดับปกติ
- ลดปัจจัยกระตุ้น จัดสิ่งแวดล้อมสงบ ลดการกระตุ้น
- ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ให้การแลกเปลี่ยนแก๊ซอยู่ในระดับปกติ

Nursing Practice in MISBS

1. ฝ้าระวังภาวะเลือดออกซ้ำ และความดันในกะโหลกศีรษะสูง

- ดูแลระงับปวด

- ดูแลอุณหภูมิกายให้อยู่ในช่วงปกติ

- ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะ ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง แขนขาอ่อนแรง ปวดศีรษะ อาเจียนพุ่ง ชนาคและปฏิกิริยาของรูม่านตาผิดปกติ ความดันโลหิตสูงขึ้น ความดันชีพจรกว้างขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง รูปแบบการหายใจผิดปกติ

Nursing Practice in MISBS

2. ฝ้าระวังภาวะ pituitary apoplexy

ประเมินอาการและอาการแสดงทางระบบประสาทซึ่งมีลักษณะเฉพาะเจาะจงได้แก่ปวดศีรษะอย่างฉับพลันและรุนแรงมาก ตามองไม่เห็นหรือเห็นภาพผิดไป กล้ามเนื้อลูกตาเป็นอัมพาต หนึ่งตตกม่านตาขยายหรือไม่ตอบสนองต่อแสง (หากพบอาการดังกล่าว ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจวินิจฉัยแยกโรคจากหลอดเลือดสมองโป่งพองแตกโดยการเจาะน้ำไขสันหลังส่งตรวจ หรือการฉีดสารทึบรังสีทางหลอดเลือดแดง และเมื่อยืนยันแล้วว่าผู้ป่วยมีภาวะ pituitary apoplexy และมีการมองเห็นลดลง ระดับความรู้สึกลดลง หรือมีภาวะพร่องทางระบบประสาท แพทย์อาจพิจารณาความเหมาะสมในการให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยควรได้รับการผ่าตัดภายใน 48 ชั่วโมง

Nursing Practice in MISBS

3. ป้องกันและเฝ้าระวังการรั่วของน้ำหล่อสมอง

ดูแลให้ผู้ป่วนนอนศีรษะสูง 30 องศา แนะนำหลีกเลี่ยง การสั่ง
น้ำมูก ไอ จาม เบ่ง หรือก้มหน้าเพื่อป้องกันไม่ให้ความดันในกะโหลกศีรษะ
สูงขึ้นซึ่งจะทำให้มีการรั่วของ CSF

หมั่นสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการมีน้ำหรือของเหลวไหลลงคอหรือ
ไหลออกทางจมูก

สังเกตการกลืนน้ำลายของผู้ป่วยว่าบ่อผิดปกติ

Nursing Practice in MISBS

3. ป้องกันและเฝ้าระวังการรั่วของน้ำหล่อสมอง

การตรวจแยกสารคัดหลั่งจากจมูกโดยคุณลักษณะของน้ำที่ไหลออกจากจมูก อาจตรวจวินิจฉัยโดยวิธี glucosc oxidasc test หรือควรตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมโดยนำตัวอย่างของเหลวส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยัน โดยการหาจุลินทรีย์และ โปรตีน หรือตรวจทางรังสีวินิจฉัยเพื่อยืนยัน เช่น CT หรือ MRI

ให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง งอขาขึ้น ามูก การไอ จาม หรือเบ่ง ถ้าพบว่า CSF รั่ว ผู้ป่วยอาจต้องได้รับการแก้ไขโดยใส่สายระบายCSF ทางช่องกระดูกสันหลัง (lumbar drain)

Nursing Practice in MISBS

4. ภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ (meningitis)

- บันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ประเมินอาการทางระบบประสาททุก 2-4 ชั่วโมงหลังผ่าตัด 24 ถึง 48 ชั่วโมงหรือจนกว่าอาการผู้ป่วยจะคงที่
- ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อตามแผนการรักษา
- ประเมินอาการแสดงของเยื่อหุ้มสมองอักเสบ ได้แก่ ไข้ ปวดศีรษะรุนแรง คอแข็ง (stiff neck) กระสับกระส่าย ซึมลง อาจมีอาการชัก

Nursing Practice in MISBS

4. ภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ (meningitis)

- ใช้เทคนิคปลอดเชื้อในการทำหัตถการหรือดูแลผู้ป่วย
- ป้องกันและประเมินการมีน้ำหล่อสมองและไขสันหลังรั่วซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ
- ติดตามผลการตรวจนับจำนวนเม็ดเลือดขาว(WBC)ในร่างกาย
- แนะนำให้ผู้ป่วยล้างจมูกด้วยน้ำเกลือ(0.9% NaCl) อย่างน้อยวันละ2ครั้ง เพื่อชะล้างสารคัดหลั่งและเลือดเก่าๆ ป้องกันการสะสมของเชื้อแบคทีเรีย และส่งเสริมการหายของแผล

Nursing Practice in MISBS

5. ป้องกันและเฝ้าระวังภาวะเลือดกำเดาไหล (epistaxis)

ให้คำแนะนำผู้ป่วยนอนพักบนเตียง จำกัดกิจกรรมที่ออกแรงเบ่ง
งดการสั่งน้ำมูกเพื่อป้องกันเลือดกำเดาไหล ประเมินเลือดที่ซึมจากจมูกหลัง
ผ่าตัดว่าเป็นเลือดเก่า ซึ่งมีสีดำเป็นลิ่ม หรือเลือดสีแดงพุ่งเป็นสาย ถ้ามีเลือด
ซึมออกทางจมูกผู้ป่วยควรส่งตรวจวินิจฉัย

Nursing Practice in MISBS



6. จัดการความปวด (pain management)

- ประเมินความปวดจากสีหน้าแสดงความเจ็บปวด ทำทางกระสับกระส่าย ผู้ป่วยบ่นปวดให้ประเมินและบันทึกระดับความปวดโดยใช้ Numeric scale หลังผ่าตัด หลังจากนั้น ทุก 3 ชั่วโมง อีก 8 ชั่วโมง และทุก 4 ชั่วโมง จนครบ 72 ชั่วโมง และทุก 8 ชั่วโมงจนผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน
- ควรให้ยาระงับปวดตามแผนการรักษา
- การใช้ความเย็นประคบ
- ส่งเสริมความสบายโดยจัดท่านอนในท่าที่สบาย ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล สอนเทคนิคการผ่อนคลาย

Nursing Practice in MISBS

7. ฝ้าระวังภาวะเบาจืด (Diabetes Insipidus; DI)

- บันทึกปริมาณน้ำเข้าออกอย่างเคร่งครัด หากเริ่มมีปัสสาวะออกมากกว่า 250 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ติดกัน 2-3 ชั่วโมง ควรส่งตรวจความถ่วงจำเพาะของน้ำปัสสาวะ แลมีซเดียมในเลือด
- ดูแลให้ผู้ปวยดื่มน้ำ และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาเพื่อคงระดับโซเดียมและความเข้มข้นของเลือดให้เป็นปกติ
- ดูแลให้ยา DDAVP ตามแผนการรักษา ซึ่งมีทั้งรูปแบบของยาพ่นทางจมูก ยารับประทาน ยาฉีดใต้ผิวหนังหรือฉีดทางหลอดเลือดดำ
- ติดตามและบันทึกสัญญาณชีพทุก 1-2 ชั่วโมง ประเมินอาการทางระบบประสาท การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมหรืออารมณ์

Nursing Practice in MISBS

7. ฝ้าระว่างภาวะเบาจืด (Diabetes Insipidus; DI)

- ประเมินภาวะขาดน้ำ (dehydration) ได้แก่ ทรายน้ำ รีมฝิปาฬหั่ง ตาลึก ความยี้คหยุ่นของฝิวหนั่งลดลงโดยเฉพาะอย่างยี้ง ภาวะหัวใจตันเร็ว และความคั่น โลหิตต่ำลง
- ติดตามผล electrolyte เป็นระยะเพื่อฝ้าระว่างภาวะ โซเดียมในเลือดสูง (hypernatremia) และ โปแทสเซียมในเลือดต่ำ (hypokalemia) จากภาวะปัสสาวะออกมาก
- กรณีผู้ป่วยไ้รับยา Vasopressin สังเคราะห์ (DDAVP) ควรติดตาม บันทีกปริมาณน้ำ ปัสสาวะว่าลดลงหรือไม่ มีภาวะ โซเดียมในเลือดต่ำ มีภาวะน้ำ คั่งใน่างกาย ความคั่น โลหิตสูง มีอาการกระตุกหรือปวดศีรษะ ต้องรับรายงานแพทย์เพื่อปรับลดขนาดของยา

Nursing Practice in MISBS

8. ภาวะโซเดียมต่ำ (hyponatremia)

ประเมินอาการแสดงของภาวะ hyponatremia ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ปวดศีรษะ สับสนซึมลง กล้ามเนื้อกระตุก ชักและไม่รู้สึกรู้ตัว

ประเมินอาการบวม หากมีอาการใดอาการหนึ่งดังกล่าว ต้องรีบรายงานแพทย์ ติดตามและประเมินอาการแสดงของภาวะ SIADH ได้แก่ ระดับ

โซเดียมในเลือด < 120 mEq/L

ระดับ serum osmolarity < 280 mOsm/kg

ระดับ urine osmolarity > 100 mmol/kg

ระดับ urine sodium > 20 mEq/L

ปัสสาวะออกน้อยกว่า 400-500 มิลลิลิตรต่อวัน

Nursing Practice in MISBS

8. ภาวะโซเดียมต่ำ (hyponatremia)

- การพยาบาลผู้ป่วย SIADH ต้องดูแลให้ผู้ป่วยจำกัดน้ำดื่มและสารน้ำเข้าร่างกายไม่เกิน 500-1000 มิลลิลิตรต่อวัน ตามแผนการรักษาของแพทย์
- ติดตามผลอิเล็กโทรไลต์ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับเกลือเม็ด (NaCl) ทางปาก
- ถ้ามีภาวะโซเดียมต่ำอย่างรุนแรง ($\text{Na}^+ < 120 \text{ mEq/L}$) ควรดูแลให้ได้รับ hypertonic saline ชนิด 3% NaCl ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์และอาจดูแลให้ได้รับยาขับปัสสาวะร่วมด้วย

Nursing Practice in MISBS

9. ภาวะเสียเกลือทางปัสสาวะ (cerebral salt wasting)

ประเมินภาวะปริมาณสารน้ำในร่างกาย ได้แก่ มีภาวะปริมาณสารน้ำของร่างกายลดลง (hypovolemia) น้ำหนักตัวลดลง ระดับความดันในหลอดเลือดดำกลาง (CVP) ต่ำ ความดันโลหิตในท่ายืนต่ำ ค่าhematocrit สูง ปลายมือปลายเท้าเย็น หัวใจเต้นเร็วมีอาการของการขาดน้ำ กระจายน้ำ ความตึงตัวของผิวหนังลดลง ดวงตาเหี่ยวแห้ง ไม่มีเหงื่อออก เยื่อบุผิวแห้ง อ่อนเพลียปวดศีรษะ capillary refill เพิ่มขึ้นในรายที่มีอาการรุนแรงผู้ป่วยอาจมีอาการง่วงซึม ระดับความรู้สึกตัวลดลง ชัก และหมดสติได้ ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Nursing Practice in MISBS

10. ภาวะ Adrenal insufficiency

ประเมินอาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีภาวะadrenal insufficiency ได้แก่อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ หน้ามืดตาลาย ความดันโลหิตต่ำ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน น้ำหนักลด กล้ามเนื้ออ่อนแรง

ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

morning cortisol level (< 10 g/dL)

ระดับโซเดียมต่ำ (Na + < 136 mEq/L)

ระดับโปแทสเซียมสูง (K + > 5.6 mg/dL)

ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (Blood glucose < 70 mg/dL.)

Nursing Practice in MISBS

10. ภาวะ Adrenal insufficiency

- ประเมินปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่อาจทำให้มีความต้องการcortisol เพิ่มมากขึ้น เช่น ภาวะเครียดจากการผ่าตัด มีไข้ หรือติดเชื้อ
- การพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะขาดฮอร์โมนcortisol ได้แก่ ดูแลให้ได้อย่างตามแผนการรักษา เช่น รับ Hydrocortisone หรือ Dexamethasone หรือยา prednisolone เนื่องจากยาเหล่านี้เป็นยาสเตียรอยด์ ต้องเฝ้าระวังการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร
- ดูแลให้ได้รับอาหารอย่างเพียงพอเพื่อรักษาระดับอิเล็กโทรลัยท์และระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติ
- บันทึกและประเมินสัญญาณชีพ สารน้ำ เข้าออกร่างกาย

DEPARTMENT OF SURGERY

PHRAMONGKUTKLAO HOSPITAL



แผนกศัลยกรรมประสาท
(Division of Neurosurgery)





แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรค pituitary tumor ที่ได้รับการผ่าตัด “Endoscopic Endonasal Transsphenoidal surgery”

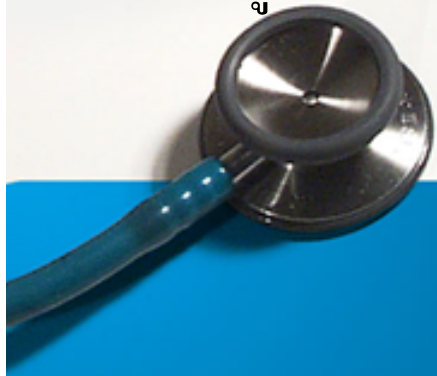
เนื้องอกต่อมใต้สมองเป็นเนื้องอกระบบประสาทส่วนกลางที่พบบ่อยเป็นอันดับที่3 รองจาก เนื้องอกglioma และเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง (meningioma) ตามลำดับ จากการรายงานข้อมูลความชุกของเนื้องอกในสมองทุกชนิดในประเทศไทยจากข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช)มีข้อมูลบางส่วนที่รายงานจำนวนผู้ป่วยที่เกี่ยวกับโรคเนื้องอกต่อมใต้สมองว่ามีจำนวน253 ราย 383 รายและ 551 รายในปี พ.ศ. 2548 พ.ศ. 2553 และพ.ศ. 2557ตามลำดับ(Vecerasarn, Yuthagovit, & Chailorrat, 2016) ข้อมูลนี้ ก็ทำให้เห็นว่าแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยเนื้องอกต่อมใต้สมองในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด





แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรค pituitary tumor ที่ได้รับการผ่าตัด “Endoscopic Endonasal Transsphenoidal surgery”

จากสถิติ รพ.รร.6 ตั้งแต่ปี พศ.2559-2562 มีจำนวนผู้ป่วยโรคเนื้องอกต่อมใต้สมองเข้ารับการรักษามาก โดยมียา 29 ราย, 25 ราย, 21 ราย และ 29 รายตามลำดับ ปัจจุบันยังไม่มีแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรค pituitary tumor ที่ได้รับการผ่าตัด Endoscopic Endonasal Transsphenoidal surgery ของ รพ.รร.6 ดังนั้น แผนกพยาบาลศัลยกรรม และ หน่วยศัลยกรรมประสาท กองศัลยกรรม รพ.รร.6 จึงพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรค pituitary tumor ที่ได้รับการผ่าตัด Endoscopic Endonasal Transsphenoidal surgery เพื่อเป็นแนวปฏิบัติในการดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม





แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคpituitary tumor ที่ได้รับการผ่าตัด “Endoscopic Endonasal Transsphenoidal surgery”

วัตถุประสงค์:

1. เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคpituitary tumor ที่ได้รับการผ่าตัดEndoscopic Endonasal Transsphenoidal surgery ของ รพ.รร.6
2. เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคpituitary tumor ที่ได้รับการผ่าตัดEndoscopic Endonasal Transsphenoidal surgery





แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรค pituitary tumor ที่ได้รับการผ่าตัด

“Endoscopic Endonasal Transsphenoidal surgery”

ตัวชี้วัดของโครงการ:

ข้อที่	ตัวชี้วัด
1.	ผู้ป่วย pituitary tumor กลุ่มที่ได้รับการผ่าตัด Endoscopic Endonasal Transsphenoidal surgery ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการดูแล ผู้ป่วยโรค pituitary tumor ที่ได้รับการผ่าตัด Endoscopic Endonasal Transsphenoidal surgery ร้อยละ 100
2.	ผู้ป่วย pituitary tumor ที่ได้รับการผ่าตัด Endoscopic Endonasal Transsphenoidal surgery มี Length of stay 3 วัน
3.	ร้อยละของผู้ป่วย เกิดภาวะเลือดกำเดาไหล (Epistaxis) ภายหลังการผ่าตัด Endoscopic Endonasal Transsphenoidal surgery เป็น 0
4.	ร้อยละของผู้ป่วย เกิดภาวะเบาจืด (Diabetes insipidus) ภายหลังการผ่าตัด Endoscopic Endonasal Transsphenoidal surgery เป็น 0
5.	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการมองเห็นลดลง ภายหลังการผ่าตัด Endoscopic Endonasal Transsphenoidal surgery เป็น 0
6.	ร้อยละของการเกิดการผ่าตัดซ้ำภายใน 24 ชั่วโมง (Re-operative within 24 hr.) เป็น 0



แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคpituitary tumor ที่ได้รับการผ่าตัด “Endoscopic Endonasal Transsphenoidal surgery”

ผลที่คาดว่าจะได้รับ:

1. ได้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคpituitary tumor ที่ได้รับการผ่าตัด
Endoscopic Endonasal Transsphenoidalsurgery
2. ผู้ป่วยpituitary tumor กลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดEndoscopic Endonasal
Transsphenoidal surgery ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคpituitary
tumor ที่ได้รับการผ่าตัดEndoscopic Endonasal Transsphenoidal surgery ร้อยละ
100
3. สามารถนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคpituitary tumor ที่ได้รับการ
ผ่าตัดEndoscopic Endonasal Transsphenoidalsurgery ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปใช้
เพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้





แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรค pituitary tumor ที่ได้รับการผ่าตัด “Endoscopic Endonasal Transsphenoidal surgery”

บทที่ 3 วิธีดำเนินการ

- กลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยโรค pituitary tumor ที่ได้รับการผ่าตัด Endoscopic Endonasal Transsphenoidal surgery
- สถานที่ : กองศัลยกรรม รพ.พระมงกุฎเกล้าฯ
- ระยะเวลา : 1 มิถุนายน 2563 – ปัจจุบัน





แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรค pituitary tumor ที่ได้รับการผ่าตัด

“Endoscopic Endonasal Transsphenoidal surgery”

กรุงเทพมหานคร 10110

Tel. 93918, 99492 , 089-896-5078

Care Map for Pituitary tumor ที่ได้รับการผ่าตัด Endoscopic Endonasal Transsphenoidal surgery

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> สติ๊กเกอร์ผู้ป่วย </div>	Gender <input type="radio"/> male <input type="radio"/> female Ageyears Diagnosis..... Operation..... Underlying disease..... GCS: E...V...M... / pupil:...../..... motor power: $\begin{matrix} + \\ \\ + \end{matrix}$ Date of admission.....time..... Date of operation.....time.....
---	---

Aspect of care	Pre-op phase ER/OPD...../ ward..... Date...../...../.....	Post-op day 0 Ward..... Date...../...../.....	Post-op day 1 Ward..... Date...../...../.....
Desired outcome	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับ <ul style="list-style-type: none"> - Disease process - Signs and symptom of pituitary tumor - Treatment method - Type and duration of surgery - Prepare for surgery - Possible complication - Activity/ support to release pain - ผู้ป่วยได้รับการเตรียมตัวร่างกาย จิตใจ สำหรับรับการผ่าตัด Endoscopic Endonasal Transsphenoidal surgery by nurse. - ผู้ป่วยได้รับการประสานสิทธิ์เรียบร้อย 	<ul style="list-style-type: none"> - Stable V/S, N/S, pupil, motor power - No neuro deficit - Absent of complication : <ul style="list-style-type: none"> - Cerebrospinal fluid leakage - Epistaxis - Diabetes insipidus - มองเห็นลดลง - การได้กลิ่นลดลง - Hyponatremia (SIADH) - Pituitary apoplexy - Cerebral vasospasm - Pain well managed - Normal Laboratory post-op - Breathe easily 	<ul style="list-style-type: none"> - Stable V/S, N/S, pupil, motor power - No neuro deficit - Absent of complication : <ul style="list-style-type: none"> - Cerebrospinal fluid leakage - Epistaxis - Diabetes insipidus - มองเห็นลดลง - การได้กลิ่นลดลง - Hyponatremia (SIADH) - Pituitary apoplexy - Cerebral vasospasm - Breathe easily - Discharge
assessment	<ul style="list-style-type: none"> - O ชักประวัติและตรวจร่างกาย - O 1. hormonal insufficiency - จาก TSH: hypothyroidism - จาก ACTH: adrenal insufficiency - O 2. hormonal hypersecretion - TSH: ต่อมไทรอยด์เป็นพิษ ตาโปน โจรสัน - O 3. Mass effect: visual impairment, pituitary apoplexy/ headache, ซึม, การมองเห็นแย่ลง, IICP, กด hypothalamus - O ประเมินลานสายตา : confrontation by doctor - O ประเมินการตกตะกอน : กลิ่นกาแฟ/alcohol by doctor 	<ul style="list-style-type: none"> - General appearance - V/S q 15 min x 4times ,30 minx2 times then 1 hr. until awake then q 4 hr. - GCS, pupil, Motor power q 1-2 hr. until awake then q 4 hr. - Resp. pattern & SpO2 q 12 hr. keep >95% - Assess pain q 4 hr. using pain scale 0-10 - Assess pain q 4 hr. using pain scale 0-10 - Observe Complication: Epistaxis, DI, Cerebrospinal fluid leakage, Pituitary apoplexy , Hyponatremia(SIADH) , Meningitis ,Cerebral vasospasm - Record Urine output q 2-4 hr. & I/O q 8 hr. 	<ul style="list-style-type: none"> - General appearance - V/S q 4 hr. - GCS, pupil, Motor power q 4 hr. - Resp. pattern & SpO2 q12 hr. keep >95% - Assess pain q 4 hr. using pain scale 0-10 - Assess epistaxis/ CSF leak, wound - Urine output q 2-4 hr. & I/O q 8 hr. - Assess <u>Di: DX: If</u> - Urine sp.gr.<1.003, - Urine output >250 ml/hr.x 3 ครั้งติดต่อกัน - Serum Na > 148 mEq/L. - No glycosuria

Aspect of care	Pre-op phase	Post-op day 0	Post-op day 1
assessment		Assess <u>Di: DX: If</u> - Urine sp.gr.<1.003, - Urine output >250 ml/hr.x 3 ครั้งติดต่อกัน - Serum Na > 148 mEq/L. - No glycosuria	O ประเมินลานสายตา : confrontation by doctor O ประเมินการตกตะกอน : กลิ่นกาแฟ/alcohol by doctor
Lab	O CBC , Electrolyte, LFT, BUN, Cr, Coagulation , HIV ,FT4 , TSH O Cross match for PRC 2 unit O other.....	O Hct , Electrolyte stat at Ward after post-op. O CBG stat then q 6 hr. O if มีภาวะ DI : ส่ง sp.gr., Urine osmolarity, serum osmolarity, Electrolyte q 6 hr. O Lab / Investigate pm. as clinical status	O serum Na OD O Lab / Investigate pm. as clinical status.....
Other test	O CT scan brain O MRI brain time of flight (TOF) O EKG 12 lead O CXR	O Imaging as indicated O other.....	O CT scan O other.....
Consultation	O consult อายุรแพทย์ต่อมไร้ท่อ เมื่อ: O hormonal insufficiency O hormonal hypersecretion O ภาวะ DI ตั้งแต่วันที่รับการผ่าตัด O adrenal insufficiency	O ส่งไป consult แพทย์หู คอ จมูก (หลังส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด) เพื่อสั่ง off packing O other.....	
Nutrition	O NPO after midnight	Pre-op: O IV: 0.9%NSS 1000ml sig 100 ml/hr. start at 06.00 น. Post-op: O Regular diet O IV: 0.9%NSS 1000ml sig 100 ml/hr.	O Regular diet
Medication	O Transxene(5mg) 1 tab oral hs. Prepare to OR O Ceftriaxone 2 gm., iladin solution nasal drop 0.05%,ADR 1 amp, Ephedrine nasal drop 0.5%	Pre-op: O Hydrocortisone 100mg, sig vein at 06.00 am.(if pt. have adrenal insufficiency) O Pseudoephedrine(60) 1 tab oral 06.00 O Fexofenadine(60)1 tab oral 0600 O Celecoxib(200)1tab at 06.00 am.(avoid in U/D heart) Post-op: O Ceftriaxone Sig 1 gm v q 12hr. x 24 hr. O Amoxy clavulanate acid(625mg)1 tab oral TID or Levofloxacin 500mg oral ODx10 days.. O Transamine Sig 500 mg v q 6 hr. O Pseudoephedrine(60) Sig 1tab TID pc. O Prednisolone(5) Sig 2 tab BID pc. x 5 day O Omeprazole Sig 1 tab BID ac.	O Amoxy clavulanate acid(625mg)1 tab oral TID or Levofloxacin 500mg oral ODx10 days. O Pseudoephedrine(60) Sig 1tab TID pc. O Prednisolone(5) Sig 2 tab BID pc. x 5 day O Omeprazole Sig 1 tab BID ac. O Mucilin Sig 1 SF BID pc. O Dextrometoprophan Sig 1 tab TIDpc. O Fexofenadine (180mg). Sig 1 tab OD pc.เช้า O Lorazepam 0.5 mg Sig 1 tab hs. O Vitamin A 25,000 oral daily only 5-7 day O Vitamin C 500 mg 1 tab BID O Zinc sulfate 220 mg/day 1 tab oral pc O iladin 0.025% Sig 1 drop both nasal TID x 5 day



แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรค pituitary tumor ที่ได้รับการผ่าตัด

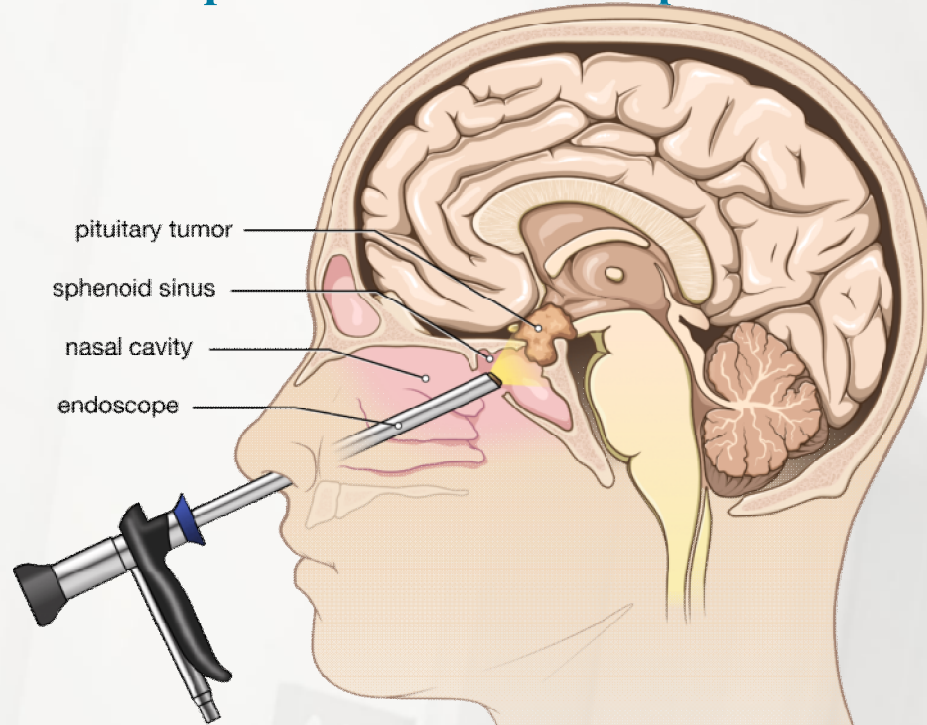
“Endoscopic Endonasal Transsphenoidal surgery”

Aspect of care	Pre-op phase	Post-op day 0	Post-op day 1
Medication		<ul style="list-style-type: none"> O Mucillin Sig 1 SF BID pc. O Dextrometrophan Sig 1 tab TID pc. O Fexofenadine (180mg). Sig 1 tab OD pc.เช้า O Lorazepam 0.5 mg Sig 1 tab hs. O Vitamin A 25,000 oral daily only 5-7 day O Vitamin C 500 mg 1 tab BID O Zinc sulfate 220 mg/day 1 tab oral pc O Iliadin 0.025% Sig 1 drop both nasal TID x 5 day 	
Nursing intervention	<ul style="list-style-type: none"> O vital signs , Neurological status O ชั่งน้ำหนัก, วัดส่วนสูง O ประวัติโรค ประจำตัว..... O ประวัติการใช้ยาเพื่ออาหาร, ประวัติผ่าตัด O Complete surgical checklist O ดูแลส่งตรวจและติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Chest X-ray, EKG หากผล มีปกติ รายงานแพทย์เพื่อวางแผนการรักษา และส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง O ตรวจสอบสิทธิ์การรักษา/ประเมินค่าใช้จ่าย แจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบ O Inform consent O เตรียมความพร้อมผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ O ให้ความรู้ และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน-หลังผ่าตัด และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย 	<p>Pre-op:</p> <ul style="list-style-type: none"> O nasal irrigate at morning/ clean nose O การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด และเอกสารประสานงานกับทีมห้องผ่าตัดและวิสัญญี <p>Post-op:</p> <ul style="list-style-type: none"> O observe V/S, GCS, pupil, Motor power (กล่าวใบ Assessment) O Bed rest head up 30° O O2 supplement: cannula 3-5 LPM O Assess pain and pain management O observe complication (กล่าวใบ Assessment) O Avoid สิ่งน้ำหนักแรงๆ แขนงขมุก 	<ul style="list-style-type: none"> O V/S as usual O GCS, pupil, Motor power as usual O O2 supplement O avoid สิ่งน้ำหนักแรงๆ แขนงขมุก O Record urine output q 2-4 hr. & I/O q 8 hr. O กระตุ้น ambulate
Discharge planning	<ul style="list-style-type: none"> O Assess potential discharge needs 	<p>O Patient information after awake by doctor.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - result of surgery and limitations after surgery - activity release pain O <p>O Patient information even in a next step about by doctor.:</p> <ul style="list-style-type: none"> O Activity O Self-care O Home Medication O Lab test/ treatment 	<p>O Information & focus medication and follow up:</p> <ul style="list-style-type: none"> O post-op day 3 นัดมา off packing โนซูล โดยแพทย์ ENT O 2 wks. x 3 ครั้ง follow up แพทย์ ENT ดูแล โนซูล และล้างขมุก O 2 wks. follow up แพทย์ศัลยกรรมประสาท ประเมินอาการทั่วไป ตรวจตา ประเมินการมองเห็น ฟังผลข้างเนื้อ O 1 month follow up แพทย์ Endocrine มาตรวจฮอร์โมน O 3 month repeat MRI ประเมินว่าก้อนเนื้องอกยังเหลืออยู่หรือไม่ ถ้ายังมีเหลืออยู่ ถ้าอยู่ในตำแหน่งผ่าตัดได้ก็ผ่าตัด หรือถ้าไม่สามารถผ่าตัดได้ส่งต่อเพื่อฉายรังสี
ปัญหาที่พบ			

<p>Discharge summary:</p> <p>Date of discharge..... time.....</p> <p>GCS: E...V...M....</p> <p>Pupil:...../.....</p> <p>motor power: $\begin{matrix} + \\ \\ + \end{matrix}$</p> <p>Length of stay.....day</p> <p>ปัญหาที่พบ.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>O Neuro deficit.....</p> <p>.....</p> <p>O Complication:</p> <ul style="list-style-type: none"> O Cerebrospinal fluid leakage (น้ำไขสันหลังรั่ว) O Epistaxis (เลือดกำเดาไหล) O Diabetes insipidus (ภาวะเบาจัด) O Hyponatremia จากภาวะ SIADH (ภาวะโซเดียมต่ำ) O Pituitary apoplexy (เลือดออกในก้อนเนื้องอกต่อมใต้สมอง) O Meningitis (เชื้อหุ้มสมองอักเสบ) O Cerebral vasospasm (ภาวะหลอดเลือดสมองหดเกร็ง) O IICP (ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง) O การมองเห็นลดลง O การได้ยินลดลง O ความผิดปกติของการหลังข้อมือไม่ต่อมใต้สมอง
--	--



แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรค pituitary tumor ที่ได้รับการผ่าตัด “Endoscopic Endonasal Transsphenoidal surgery”



แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรค pituitary tumor ที่ได้รับการผ่าตัด
“Endoscopic Endonasal Transsphenoidal surgery”





แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรค pituitary tumor ที่ได้รับการผ่าตัด “Endoscopic Endonasal Transsphenoidal surgery”

วิธีการดำเนินงาน:

กิจกรรมการดำเนินงาน	ระยะเวลาดำเนินงาน				
	มิ.ย.63	ก.ค.63	ส.ค.63	ก.ย.63	ต.ค.63
1.พบพ.อ.นายแพทย์ธนกรเทียนศรีและ พ.ท.หญิง อรชร ภาศาวัตต์ที่ปรึกษาโครงการเพื่อปรึกษาในการคัดเลือก เรื่องที่จะนำมาพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง	↔				
2.ขอคำปรึกษาและข้อเสนอแนะจากพยาบาลในไอซียู ศัลยกรรมจำนวน 20คน เพื่อรวบรวมเรื่องที่ต้องการเรียนรู้ปรับปรุง และนำมาพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง	↔				
3.ค้นคว้าความรู้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวแนวทางการการพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกสมองรวบรวมเนื้อหาความรู้แนวทางการการพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกสมอง และจัดทำเป็นแผนภูมิ	↔				
4.ปรึกษาสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องได้แก่ ทีมแพทย์ ENT และ ทีมแพทย์ Endocrine และในการสร้างแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรค pituitary tumor ที่ได้รับการผ่าตัดEndoscopic Endonasal Transsphenoidal surgery		↔			
5.สร้างแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรค pituitary tumor ที่ได้รับการผ่าตัดEndoscopic Endonasal Transsphenoidal surgery		↔	↔		



แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรค pituitary tumor ที่ได้รับการผ่าตัด “Endoscopic Endonasal Transsphenoidal surgery”

วิธีการดำเนินงาน:

กิจกรรมการดำเนินงาน	ระยะเวลาดำเนินงาน				
	มิ.ย.63	ก.ค.63	ส.ค.63	ก.ย.63	ต.ค.63
8. นำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรค pituitary tumor ที่ได้รับการผ่าตัด Endoscopic Endonasal Transsphenoidal surgery ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยและ เก็บข้อมูลผู้ป่วย				↔	
7. วิเคราะห์ข้อมูล					↔
8. ประเมินผลและสรุปผล โครงการนำเสนอกองการพยาบาล					↔





แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรค pituitary tumor ที่ได้รับการผ่าตัด

“Endoscopic Endonasal Transsphenoidal surgery”

ผลการดำเนินโครงการเมื่อนำไปปฏิบัติใช้กับผู้ป่วยตั้งแต่ปี 2563- ส.ค.2565

เครื่องชี้วัดตัวสำคัญ	Goal	ปี 63 N=4	ปี 64 N=2	ปี 65 N=7
1) ผู้ป่วย pituitary tumor กลุ่มที่ได้รับการผ่าตัด Endoscopic Endonasal Transsphenoidal surgery ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรค pituitary tumor ที่ได้รับการผ่าตัด Endoscopic Endonasal Transsphenoidal surgery	100%	100% (4)	100% (2)	100% (7)
2) ผู้ป่วย pituitary tumor ที่ได้รับการผ่าตัด Endoscopic Endonasal Transsphenoidal surgery มี Length of stay 3 วัน	LOS 3 วัน	LOS= 3.75 (วัน)	LOS= 28 (วัน)	LOS= 7.14 (วัน)
3) ผู้ป่วยเกิดภาวะเลือดกำเดาไหล (Epistaxis) ภายหลังการผ่าตัด Endoscopic Endonasal Transsphenoidal surgery	0%	0% (4)	0% (2)	0% (7)



แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรค pituitary tumor ที่ได้รับการผ่าตัด “Endoscopic Endonasal Transsphenoidal surgery”

ผลการดำเนินโครงการเมื่อนำไปปฏิบัติใช้กับผู้ป่วยตั้งแต่ปี 2563- ๒๕๖๕

4) ผู้ป่วยเกิดภาวะเบาจืด(Diabetes insipidus) ภายหลังการผ่าตัด Endoscopic Endonasal Transsphenoidal surgery	0%	0% (4)	0% (2)	28.57% (2)
5) ผู้ป่วยมีการมองเห็นลดลงภายหลังการผ่าตัด Endoscopic Endonasal Transsphenoidal surgery	0%	0% (4)	0% (2)	0% (7)
6) เกิดการผ่าตัดซ้ำภายใน 24 ชั่วโมง (Re-operative within 24 hr.)	0%	0% (4)	0% (2)	0% (2)





แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรค pituitary tumor ที่ได้รับการผ่าตัด “Endoscopic Endonasal Transsphenoidal surgery”

สรุปประเด็นที่ได้จากการจัดทำโครงการ

จากการรวบรวมความรู้เรื่อง สาเหตุ พยาธิสภาพ สรีรวิทยา อาการ อาการแสดง การวินิจฉัย การรักษา ผู้ป่วยโรค pituitary tumor ที่ได้รับการผ่าตัด Endoscopic Endonasal Transsphenoidal surgery และได้ปรึกษาสหวิชาชีพร่วมกันพัฒนาผลงาน ทำให้ได้เกิดเป็นแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรค pituitary tumor ที่ได้รับการผ่าตัด Endoscopic Endonasal Transsphenoidal surgery ของ รพ.รร.6 ขึ้น และนำไปใช้ในการปฏิบัติดูแลได้จริงตั้งแต่เริ่มต้น admit, ก่อนผ่าตัด, ภายหลังการผ่าตัด จนถึงวันที่ผู้ป่วยกลับบ้าน ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง คาดเดาสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังผ่าตัด และสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด นอกจากนี้ยังสามารถลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยได้



แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรค pituitary tumor ที่ได้รับการผ่าตัด “Endoscopic Endonasal Transsphenoidal surgery”

สรุปประเด็นที่ได้จากการจัดทำโครงการ

อย่างไรก็ตามแม้ว่าผู้ป่วยจะมี LOS มากกว่าที่คาดไว้ และพบภาวะเบา
จืด (Diabetes insipidus) หลังการผ่าตัดคิดเป็นร้อยละ 28.57 แต่ผู้ป่วยก็
สามารถได้รับการรักษาได้เร็วขึ้น และพบว่าผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการดูแลตาม
แนวปฏิบัติฯ ไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ ภาวะเลือดกำเดา
ไหล (Epistaxis) และการมองเห็นลดลง รวมถึงเกิดการผ่าตัดซ้ำ ภายใน 24 ชั่วโมง
(Re-operative within 24 hr.)





แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรค pituitary tumor ที่ได้รับการผ่าตัด “Endoscopic Endonasal Transsphenoidal surgery”

สรุปประเด็นที่ได้จากการจัดทำโครงการ

จากผลการศึกษาข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรค pituitary tumor ที่ได้รับการผ่าตัด Endoscopic Endonasal Transsphenoidal surgery มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรค pituitary tumor ที่ได้รับการผ่าตัด Endoscopic Endonasal Transsphenoidal surgery สามารถทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็ว และมีคุณภาพ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย และยังเป็นการพัฒนา ศักยภาพของพยาบาลผู้ดูแล อีกทั้งยังมีส่วนช่วยให้บุคคลากรทางการแพทย์ตระหนัก ถึงการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น เกิดเป็นความร่วมมือกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพอีกด้วย





Thank you