

การพยาบาลผู้ป่วยนิ่วในท่อน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน
(Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography : ERCP) กรณีศึกษา ๒ ราย

วรรณนา เตชะวีรกาญจน์กุล, พว. *

Wanna Tachaweerakankul, RN. *

บทคัดย่อ

บทนำ นิ่วในท่อน้ำดี (common bile duct stone : CBD stone) เป็นภาวะที่อาจนำไปสู่ cholangitis และ sepsis หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที การส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography : ERCP) เป็นหัตถการสำคัญในห้วงผ่าตัดส่องกล้อง โดยเฉพาะบทบาทของพยาบาลในการเตรียมผู้ป่วย อุปกรณ์และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผู้ป่วย ๒ ราย ที่ได้รับ ERCP โดยเปรียบเทียบลักษณะทางคลินิก ผลการรักษา และการพยาบาลในห้วงผ่าตัดส่องกล้อง

ผลการศึกษา พบว่ามีความแตกต่างกันทั้งอายุ ภาวะโรคร่วม พยาธิสภาพ รวมทั้งความยุ่งยากซับซ้อนแตกต่างกัน กรณีศึกษาที่ ๑ หญิงไทย อายุ ๕๔ ปี มีประวัติความดันโลหิตสูง มาด้วยไข้ ปวดท้อง พบ CBD stone ขนาด ๔ cm ได้รับ ERCP ใส่ plastic stent เพื่อลดการอุดตันท่อน้ำดี และไม่สามารถเอานี้ออกมาได้หมด เนื่องจากนิ่วมีขนาดใหญ่และจำนวนมาก ต้องทำหัตถการซ้ำภายหลังอีก ๔ สัปดาห์ จากการติดตามผู้ป่วยมาตามนัดทำการลากนิ่วได้หมดในคราวหลังนี้ กรณีศึกษาที่ ๒ หญิงไทย อายุ ๓๙ ปี BMI ๓๑.๒๙ kg/m^๒ มาด้วยอาการปวดท้องเรื้อรัง ตรวจพบ CBD stone ขนาด ๑.๔ cm ได้รับ ERCP จากภาวะโรคอ้วน ทำให้การเข้าถึง ampulla ยาก และใช้เวลานานกว่าผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยรายนี้สามารถเอานี้ออกได้หมด โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญ ทั้งในด้านการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย การเตรียมอุปกรณ์ให้สอดคล้องในผู้ป่วยแต่ละราย การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการวางแผนดูแลต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย

ผลสรุป ERCP เป็นหัตถการที่ซับซ้อน ซึ่งต้องการการดูแลอย่างรอบด้านในห้วงผ่าตัดส่องกล้อง พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเตรียมผู้ป่วย อุปกรณ์ การประเมินภาวะเสี่ยง และการเฝ้าระวังหลังหัตถการ เพื่อเพิ่มความปลอดภัยและประสิทธิภาพการรักษา

คำสำคัญ นิ่วในท่อน้ำดี, การพยาบาล

Nursing Care for Patients with Common Bile Duct Stones Undergoing Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP): A Case Study of Two Patients

Wanna Tachaweerakankul, RN.*

Abstract

Introduction: Common bile duct stones (CBD stones) are a condition that can lead to cholangitis and sepsis if not treated promptly. Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography (ERCP) is a critical procedure performed in the endoscopy operating room, with the nurse playing an essential role in preparing patients, managing equipment, and monitoring for complications.

Objective: To study two patients who underwent ERCP by comparing their clinical characteristics, treatment outcomes, and nursing care in the endoscopy operating room.

Results: Differences were observed in age, comorbidities, underlying pathology, and procedural complexity among the cases.

Case ๑: A ๔๔-year-old Thai woman with a history of hypertension presented with fever and abdominal pain. A ๔ cm CBD stone was identified. She underwent ERCP with placement of a plastic stent to relieve biliary obstruction; however, complete stone removal was not achieved due to the large size and multiple number of stones. A repeat procedure was scheduled ๔ weeks later. On follow-up, the patient returned as appointed and complete stone extraction was successfully performed.

Case ๒: A ๓๙-year-old Thai woman with a BMI of ๓๑.๒๙ kg/m² presented with chronic abdominal pain. She was found to have a ๑.๔ cm CBD stone and subsequently underwent ERCP. Due to obesity, access to the ampulla was difficult and required longer procedure time than usual. Complete stone removal was successfully achieved without complications.

Therefore, nurses play a crucial role in preparing patients for the procedure, ensuring that the necessary equipment is appropriately selected for each individual case, monitoring for potential complications, and planning continuous care to ensure patient safety.

Conclusion: ERCP is a complex procedure requiring comprehensive care in the endoscopy operating room. Nurses have a vital role in patient preparation, equipment management, risk assessment, and post-procedure monitoring to enhance safety and treatment effectiveness.

Keywords: common bile duct stones, nursing care

*Advanced Practice Nurse, Vachira Phuket Hospital

E-mail: nunnatae@gmail.com | Tel: ๐๘๖-๙๕๓๖๔๗๙

บทนำ

ระบบทางเดินน้ำดีมีหน้าที่หลัก คือ ละลายไขมันในลำไส้เพื่อการย่อยและดูดซึมอาหารลำเลียงของเสีย และส่วนที่เหลือไปกำจัดทิ้งโดยถุงน้ำดีมีหน้าที่เก็บสะสมน้ำดีที่ถูกสร้างจากเซลล์ตับ เมื่อร่างกายต้องการใช้น้ำดี ถุงน้ำดีจะถูกกระตุ้นให้บีบตัวและขับน้ำดีลงสู่ท่อน้ำดีร่วม (common bile duct) และรวมกับท่อน้ำดีอ่อน (pancreatic duct) เรียกว่า Ampulla of Vater เปิดเข้าสู่ลำไส้เล็กส่วนต้นบริเวณรูเปิดจะมีหูรูดบังคับการหลั่งน้ำดีเรียกว่า Sphincter of Oddi ถุงน้ำดีจะบีบตัวเพื่อที่จะนำน้ำดีไปลำไส้เล็ก ในขณะที่มีการรับประทานอาหาร ระหว่างมื้ออาหาร หรือระหว่างอดอาหาร เพื่อไม่ให้มีน้ำดีคั่งอยู่ในถุงน้ำดีเพราะอาจเกิดการสะสม แต่ถ้าน้ำดีไม่สามารถหลั่งได้ส่งผลให้ความเข้มข้นของสารประกอบต่างๆ ของน้ำดีเพิ่มขึ้น และมีการตกตะกอนทำให้เกิดความผิดปกติตามมา เช่น การอักเสบ การติดเชื้อ เป็นต้น ความผิดปกติของทางเดินน้ำดีที่พบบ่อย คือ นิ่วในถุงน้ำดี ถุงน้ำดีอักเสบ (Cholecystitis) นิ่วในท่อน้ำดี (Common bile duct stone : CBD stone หรือ Choledocholithiasis) ท่อน้ำดีอักเสบ (Cholangitis) และมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma) (พนัส, ๒๕๕๗)

นิ่วในท่อน้ำดี (common bile duct stone : CBD stone) เมื่อมีนิ่วอุดตันท่อน้ำดีร่วม ทำให้แรงดันในท่อน้ำดีเพิ่มขึ้น ถุงน้ำดีบีบตัวอย่างรุนแรงเพื่อขับน้ำดีออก ทำให้เกิดอาการปวดท้องแบบบิดเฉียบพลัน (colicky pain) อาจทำให้ท่อน้ำดีอุดตันอย่างสมบูรณ์หรือบางส่วน ทำให้น้ำดีคั่งในเซลล์ตับ และถูกดูดซึมกลับเข้าสู่กระแสเลือด ทำให้เกิดอาการ ตัวเหลือง ตาเหลือง อุจจาระที่ออกมามีสีซีด ปัสสาวะ มีสีเข้ม (สุกิจ ว., ๒๕๖๒) การอุดตันของนิ่วทำให้น้ำดีคั่งค้างและเกิดการติดเชื้อตามมา

ปัจจุบันการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography : ERCP) เป็นวิธีการมาตรฐาน ที่ใช้ในการตรวจประเมิน และรักษาโรคระบบทางเดินน้ำดีและตับอ่อน โดยการใช้กล้องส่องตรวจ ร่วมกับเครื่องเอ็กซเรย์ ระบบ Fluoroscope (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ,๒๕๖๔) โดยการถ่ายภาพรังสี ซึ่งช่วยในการวินิจฉัย และการรักษาที่เกิดการอุดตันของท่อน้ำดี ที่อาจจะเป็นจากท่อน้ำดีอุดตันจากนิ่ว ทำให้เกิดตีชัน (ตัวเหลือง ตาเหลือง) หรืออาการปวดท้องรวมทั้งตับอ่อนอักเสบหรือเกิดการติดเชื้อทางเดินน้ำดี การส่องกล้อง ERCP จึงมีประโยชน์ในการช่วยวินิจฉัย และรักษาโรคที่เกี่ยวกับระบบท่อน้ำดีและ ตับอ่อน ถึงแม้ หัตถการ ERCP จะถูกนำมาใช้ในการวินิจฉัยหรือรักษาโรคระบบทางเดินน้ำดีและตับอ่อนมากขึ้น แต่ด้วยวิธีการที่ใช้ในขณะทำหัตถการ อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ ที่พบบ่อย คือ ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน (Acute pancreatitis) ท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน (Acute cholangitis) และการทะลุของลำไส้เล็ก (สมชาย จ., นฤมล พ. , ๒๕๖๓) ลมในช่องท้องจากการใส่ น้ำ ใส่ลมขณะฟลูออโรสโคป (air insufflation) ส่งผลให้ผู้ป่วยประสบกับอาการ ปวดท้อง แน่นอึดท้อง หลังการทำ ERCP งานวิจัยล่าสุดพบว่า อัตราภาวะแทรกซ้อนหลังทำ ERCP โดยรวมอยู่ที่ ๙.๔ - ๑๕.๙ % และมีอัตราการเสียชีวิตจากหัตถการประมาณ ๐.๒ - ๑.๐ % (Paspatis GA ,Dumonceau JM, Barther M, et al. ๒๐๒๕) ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดคือ ตับอ่อนอักเสบ (pancreatitis) ซึ่งมีอุบัติการณ์เฉลี่ย ๔.๖ % และสูงถึง ๑๔.๑ % ในกลุ่มเสี่ยง (Wang P, Li ZS, Liu F, Ren X, et al. ๒๐๒๓) ส่วนภาวะ Cholangitis พบได้ประมาณ ๒.๕ - ๙.๗ % เลือดออก ๑.๕ - ๕.๑ % และการทะลุ ๐.๕ % (Andriulli A, Loperfido S, Napolitano, et al ๒๐๐๗)

จากการเก็บข้อมูล ผู้ป่วยที่เข้ามารับการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) ของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลศิริราชเกิด ปีงบประมาณ ๒๕๖๕, ๒๕๖๖, ๒๕๖๗ มีจำนวน ๑๕๐, ๑๖๕, ๒๐๗ ราย ตามลำดับ พบว่า การทำหัตถการ ERCP มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ และพบภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้นตามมา เช่นอาการปวดท้อง ภาวะติดเชื้อและลำไส้ทะลุ จากข้อมูลที่ผ่านมาตลอดระยะเวลา ๓ ปี ยังไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง จนถึงขั้นเสียชีวิต พบเพียงภาวะตับอ่อนอักเสบ จำนวน ๓ ราย ได้รับการดูแลรักษาจนพ้นขีดอันตรายได้ ซึ่งสาเหตุต่างๆ เหล่านี้ เกิดจากพยาธิสรีรภาพ ของโรกระบบทางเดินอาหาร ที่มีความยุ่งยากในการสอดใส่อุปกรณ์ ความรู้ ความสามารถ ของพยาบาลผู้ช่วยผ่าตัด และการส่งเครื่องมือ ที่ต้องวางแผนจัดเตรียมเครื่องมืออย่างถูกต้อง เพียงพอ และพร้อมใช้งาน ต้องมีความรู้ด้านกายวิภาคศาสตร์ และสรีรวิทยาของระบบทางเดินอาหาร ขั้นตอนการผ่าตัด และการส่งเครื่องมือที่ถูกต้องตามขั้นตอนการผ่าตัด เพื่อป้องกันความผิดพลาด และความเสี่ยงที่จะเกิดกับผู้ป่วย ทีมบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยทุกหน่วยงาน ก็มีความสำคัญ ในประเทศไทย แนวทางเวชปฏิบัติของกรมการแพทย์ได้ให้ความสำคัญต่อการเตรียมความพร้อม และการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการทำหัตถการ ERCP เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแล และลดภาวะแทรกซ้อน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๖๓) ผู้ป่วยทุกราย มีความวิตกกังวลต่อหัตถการที่ไม่คุ้นเคย อยากทราบข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการส่องกล้องทางเดินอาหาร การเตรียมตัวก่อน ขณะ และหลังการส่องกล้อง ตลอดจน ข้อควรระวัง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้จากการส่องกล้องทางเดินอาหาร ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งเน้นการพัฒนาข้อมูลด้านการพยาบาล ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) เพื่อให้ข้อมูลที่ได้ สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยรายต่อไป ให้มีคุณภาพและเกิดประโยชน์สูงสุด (กาญจนา ทองทับ, ๒๕๖๔)

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยนิ่วในท่อน้ำดี ที่ได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) จำนวน ๒ ราย
๒. เพื่อนำเสนอและใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนิ่วในท่อน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีการส่องกล้องตรวจทางเดินน้ำดีและตับอ่อน

วิธีการศึกษา

๑. เลือกศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography : ERCP) เนื่องจาก เป็นกลุ่มหัตถการที่สำคัญ และเป็นการใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ ร่วมด้วย
๒. ศึกษาเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรคนิ่วในท่อน้ำดี กายวิภาค และสรีรวิทยาของระบบที่เกี่ยวข้อง สาเหตุของโรค ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค อาการ และอาการแสดงของโรค การวินิจฉัยโรค และการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน : ERCP
๓. ศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา ๒ ราย ตามขั้นตอน กระบวนการพยาบาล ประเมิน และรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน แบบบันทึกทางการพยาบาล การรักษาของแพทย์ การสัมภาษณ์ของผู้ป่วยและญาติ

ประเมินผลการพยาบาล และแก้ไข ปรับปรุง แผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหา และตามต้องการของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลง

๔. สรุปผลการศึกษา และอภิปรายผลการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษา ได้ผ่านการขออนุญาตจาก ผู้ป่วย และญาติ ในการนำข้อมูล ไปเป็นกรณีศึกษา โดยขอความยินยอมด้วย วาจา ได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา ข้อมูลที่ได้ไม่มีการละเมิดสิทธิของผู้ป่วย และข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วม จะถูกเก็บเป็นความลับ นำเสนอข้อมูลที่จำเป็นต่อการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ ๑

หญิงไทย อายุ ๙๔ ปี ส่งต่อมาจาก โรงพยาบาลตะกั่วป่า จังหวัดพังงา ด้วยอาการ ๔ วันก่อนมา มีอาการ ปวดจุกแน่นท้องบริเวณลิ้นปี่ มีไข้ คลื่นไส้ อาเจียน ๑ ครั้ง ๑ วันก่อนมา ปวดท้องมากขึ้น จึงเข้ารับการรักษที่โรงพยาบาลตะกั่วป่า จังหวัดพังงา ได้รับ Antibiotic เป็น Cefazolin กับ Metronidazole ส่ง CT. ผล Acute calculus cholecystitis Acute cholangitis CBD obstruction with multiple impact CHD and CBD total ๔ cm, CBD diameter about ๒.๕ cm. จึงขอส่งตัวมาโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต เพื่อทำ ERCP มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเก๊าท์ รับประทานยาต่อเนื่องไม่ขาด ควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้

แรกรับที่ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต เมื่อวันที่ ๓ ธันวาคม ๒๕๖๗ อุณหภูมิ ๓๕.๓ องศาเซลเซียส ชีพจร ๘๑ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๕๒/๖๘ มิลลิเมตรปรอท ส่ง admit ตึกศัลยกรรมหญิง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เมื่อวันที่ ๓ ธันวาคม ๒๕๖๗ Total bilirubin ๐.๗๗ mg/dl Direct bilirubin ๐.๔๙ mg/d SGOT ๒๙ u/l SGPT ๑๔ u/l Alkaline Phosphatase ๑๑๗ u/l CBC: WBC ๕,๔๖๐ cells/ml HB ๑๑.๐ g/dl HCT ๓๔.๒ % Platelet count ๓๒๕,๐๐๐ cell/m

วันที่ ๔ ธันวาคม ๒๕๖๗ แพทย์ set OR for ERCP with remove stone ได้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ก่อนทำหัตถการ จากการสังเกต และพูดคุย ผู้ป่วยและญาติ มีความวิตกกังวล เนื่องจาก เป็นผู้สูงอายุ และอ่อนเพลียได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค อธิบายขั้นตอนการรักษา และขั้นตอนการส่องกล้อง ERCP พอสังเขป พูดคุยและให้กำลังใจ สร้างสัมพันธภาพ เปิดโอกาสให้ซักถาม ข้อสงสัย จนคลายความวิตกกังวล พร้อมเข้ารับการส่องกล้อง วิสัญญีแพทย์ พิจารณาให้ยาระงับความรู้สึกแบบ General Anesthesia (GA) ทำ time out เพื่อทราบชนิดของหัตถการ เช็กความถูกต้องอีกครั้งก่อนส่องกล้อง เริ่มส่องกล้อง เวลา ๐๙.๒๐ น. ศัลยแพทย์ ส่องกล้องบริเวณกระเพาะอาหาร ใช้สายลวดตัดเปิดท่อทางเดินน้ำดี เพื่อขยายท่อให้กว้างขึ้น ใช้บอลลูนลากนิ่วออกจากท่อทางเดินน้ำดี ได้บางส่วน เนื่องจากนิ่วมีขนาดใหญ่ และมีลักษณะเป็นโคลนจำนวนมาก แพทย์จึงพิจารณาใส่สายระบายในท่อน้ำดี ๒ เส้น ขนาด ๗ Fr. ๗ cm. (into CBD) ขณะส่องกล้อง มีการใส่สายเข้าไปบริเวณท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน บ่อยครั้งด้วย แพทย์จึงพิจารณาใส่สายระบายเข้าท่อน้ำดีอีก ๑ เส้น ขนาด ๕ Fr. ๕ cm. into pancreatic duct (PD.) เพื่อลดภาวะท่อน้ำดีอักเสบ ขณะส่องกล้องไม่มี

การบาดเจ็บของอวัยวะใกล้เคียง สัญญาณชีพคงที่ตลอดการส่องกล้อง วิสัญญีแพทย์ถอดเครื่องช่วยหายใจ หลังการถอดเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจปกติ มีแน่นท้องเล็กน้อย Pain score = ๔/๑๐ คะแนน รวมระยะเวลาส่องกล้อง ๑ ชั่วโมง ๑๐ นาที ผู้ป่วยนอนสังเกตอาการ ที่ห้องพักฟื้น นาน ๑ ชั่วโมง จึงย้ายกลับ ตึกเดิม post diagnosis: Common bile duct stone Operation: ERCP with lithotripsy with stone extraction with biliary and pancreatic stent

วันที่ ๕ ธันวาคม ๒๕๖๗ ติดตามเยี่ยมอาการ ๑ วัน หลังส่องกล้อง ผู้ป่วยมีอาการรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ท้องอืดเล็กน้อย อธิบายให้ผู้ป่วยทราบ ถึงอาการที่อาจเกิดได้หลังการส่องกล้องที่มีการรบกวนท่อน้ำดี ไม่มีอาเจียน หรือไอเป็นเลือด เริ่มรับประทานอาหารอ่อนได้ สัญญาณชีพคงที่ อุณหภูมิ ๓๖ - ๓๗.๓ องศาเซลเซียส ชีพจร ๖๗-๘๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๒๐/๖๑ - ๑๕๐/๖๘ มิลลิเมตรปรอท กระตุ้นผู้ป่วยให้ออกกำลังกาย โดยเดินรอบเตียง ผู้ป่วยทำได้ดี ไม่มีวิงเวียนศีรษะ ให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติ เรื่องการปฏิบัติตน การสังเกตอาการผิดปกติ การรับประทานอาหาร และการมาตามนัดอีก ๔ สัปดาห์ เพื่อส่องกล้องทางเดินน้ำดีและตับอ่อน และลากนิ้ว พร้อมกับเอาท่อระบายทางเดินน้ำดีออก ผู้ป่วยและญาติ เข้าใจ แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านในตอนสาย ๆ ของวันที่ ๕ ธันวาคม ๒๕๖๗ รวมระยะเวลาการรักษา และดูแล ๓ วัน จากการติดตาม ผู้ป่วยมาตามนัดนอนโรงพยาบาลวันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๘ ทำ ERCP with complete stone extraction วันที่ ๖ มกราคม ๒๕๖๘ สามารถลากนิ้วออกได้หมด ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ที่ร้ายแรง refer back โรงพยาบาลตะกั่วป่า for Laparoscopic cholecystectomy : LC ใน ๖ สัปดาห์

กรณีศึกษาครั้งที่ ๒

หญิงไทยอายุ ๓๙ ปี น้ำหนัก ๘๑ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๖๑ เซนติเมตร BMI ๓๑.๒๔ kg/m^๒ มาด้วย ๑ เดือนก่อนมามีอาการปวดท้องลิ้นปี่ เป็นๆหายๆ รับประทานอาหารได้น้อย มีคลื่นไส้ อาเจียน ๑ สัปดาห์ ก่อนปวดท้องมากขึ้น ไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน นอนโรงพยาบาลเพื่อดูอาการ for pain control และได้ ยาปฏิชีวนะเป็น Augmentin ๑,๐๐๐ มิลลิกรัม ครั้งละ ๑ เม็ด เข้า เย็น รวม ๓ วัน อาการทุเลาลงทำ CT abdomen ผล CBD stone ขนาด ๑.๔ cm. with acute cholangitis and fall stone ส่งปรึกษาแพทย์ ที่โรงพยาบาลศิริราชเพื่อทำ ERCP

แอดมิตที่โรงพยาบาลศิริราช วันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๖๘ อุณหภูมิ ๓๖.๕ องศาเซลเซียส ชีพจร ๘๓ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๐๗/๕๓ มิลลิเมตรปรอท ส่ง admit ตึกศัลยกรรมหญิง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Total bilirubin ๓.๐๙ mg/dl Direct bilirubin ๒.๓๔ mg/d SGOT ๙๒ u/l SGPT ๖๔ u/l Alkaline Phosphatase ๑๙๒ u/l CBC: WBC ๔,๙๒๐ cells/ul HB ๑๐.๙ g/d HCT ๓๓.๒ % Platelet count ๔๒๕,๐๐๐ cell/ul

วันที่ ๒๔ มีนาคม ๒๕๖๘ แพทย์ set OR for ERCP with remove stone under General Anesthesia (GA) การทำ ERCP ในผู้ป่วยที่มี BMI สูง/โรคอ้วน ทำให้การใส่ scope เข้าสู่ duodenum ยากขึ้นเนื่องจากแรงกดจากผนังหน้าท้องและไขมันช่องท้องมาก การระบุตำแหน่ง Ampulla ใช้เวลานานกว่าปกติ ศัลยแพทย์ส่องกล้อง ใช้อุปกรณ์มาตรฐานในการลากนิ้วออกมาได้หมด ขณะส่องกล้องพบ Ampulla mass

จึงได้ทำการเอาชิ้นเนื้อบางส่วนออกมาส่งตรวจ ขณะส่องกล้องตรวจรักษา ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงเกิดขึ้น รวมระยะเวลาส่องกล้อง ๔๐ นาที ผู้ป่วยนอนสังเกตอาการที่ห้องพักฟื้นนาน ๑ ชั่วโมงจึงย้ายกลับตึกเดิม
Post diagnosis: CBD stone with mass at ampulla Operation: ERCP with sphincterotomy and ballone extraction with biopsy at ampulla

วันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๘ ติดตามเยี่ยมอาการ ๑ วัน ช่วยเหลือตัวเองได้ ท้องอืดเล็กน้อย ไม่มีอาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด เริ่มรับประทานอาหารอ่อนได้ สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ ๓๖.๙ องศาเซลเซียส ชีพจร ๖๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๐๐/๖๐ มิลลิเมตรปรอท แนะนำวิธีการปฏิบัติตัว และสังเกตอาการผิดปกติ การรับประทานอาหารและมาตามนัดอีก ๔ สัปดาห์ เพื่อเจาะเลือด LFT และฟังผลชิ้นเนื้อ รวมระยะเวลาการรักษาและดูแล ๓ วัน วันที่ ๒๒ เมษายน ๒๕๖๘ ผู้ป่วยมาตามนัดติดตามผลชิ้นเนื้อ Negative for granuloma, dysplasia and malignancy ผลเลือด LFT ปกติ ไม่ปวดท้อง ท้อง ไม่มีตัวตาเหลือง รับประทานอาหารได้

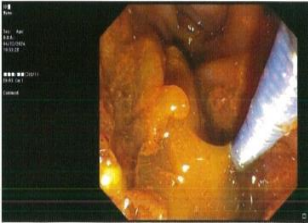
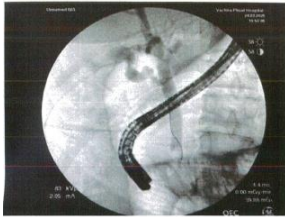
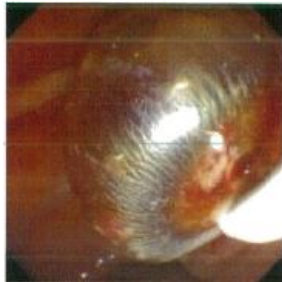
ตารางที่ ๑ ตารางเปรียบเทียบข้อมูลส่วนตัวและประเมินสภาพผู้ป่วยผ่าตัดและการรักษา

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
๑. ข้อมูลส่วนตัว	เพศหญิงอายุ ๙๔ ปี น้ำหนัก ๔๕ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๕๐ เซนติเมตร	หญิงอายุ ๓๙ ปี น้ำหนัก ๘๑ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๖๑ เซนติเมตร BMI ๓๑.๒๔ kg/m ^๒	กรณีศึกษาที่ ๑ เป็นผู้สูงอายุ ๙๔ ปี และมีโรคประจำตัวเป็นวัยที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ระวังการลื่นหกล้มและการรับรู้ต้องพูดคุยพร้อมกับญาติในเรื่องการเตรียมตัวก่อนและหลังผ่าตัด กรณีศึกษาที่ ๒ มีภาวะอ้วน ไม่มีโรคประจำตัว
๒. อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลตะกั่วป่า จังหวัดพังงาด้วยอาการ ๔ วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ปวดจุกแน่นบริเวณลิ้นปี่ คลื่นไส้อาเจียน ๑ ครั้ง ๑ วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ปวดท้องบริเวณใต้ชายโครงขวามากขึ้น	ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลเอกชนด้วยอาการ ๑ เดือน ก่อน มีอาการปวดท้องลิ้นปี่ เป็นๆหายๆ มีคลื่นไส้ อาเจียน ๑ สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ปวดท้องมากขึ้น	กรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย มาด้วยอาการที่เหมือนกันคือปวดแน่นท้องบริเวณลิ้นปี่ คลื่นไส้อาเจียน แต่ระยะเวลาในการปวด กรณีศึกษาที่ ๑ ปวดแบบเฉียบพลันกว่าและมีไข้ร่วมด้วย
๓. โรคร่วมของผู้ป่วย	๒๐ ปีก่อนเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเกาต์ รักษาที่โรงพยาบาลตะกั่วป่า รับประทานยาต่อเนื่องมาตลอดไม่ขาดยา	ปฏิเสธโรคประจำตัว	กรณีศึกษาที่ ๑ มีโรคความดันโลหิตสูงโรคเกาต์ ซึ่งในวันก่อนผ่าตัด แพทย์วิสัญญี มีการตรวจเยี่ยมอาการ ถ้าความดัน $\geq 140/90$ มิลลิเมตรปรอท ให้ Enalapril (๕ mg) ๑ เม็ด เช้าวันผ่าตัด ดื่มน้ำตาม ๓๐ ml ซึ่งวันก่อนผ่าตัดความดัน ๑๒๗/๖๐ มิลลิเมตรปรอท

ตารางที่ ๑ ตารางเปรียบเทียบข้อมูลส่วนตัวและประเมินสภาพผู้ป่วยผ่าตัดและการรักษา (ต่อ)

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
๔. แบบแผนพฤติกรรม สุขภาพ	มีโรคความดันโลหิตสูงและ โรคเก๊าท์ต้องรับประทานยา เป็นประจำทุกวัน	ไม่มีโรคประจำตัว ใช้ชีวิตประจำวันปกติ	กรณีศึกษาที่ ๑ มีโรคประจำตัว ความดัน โลหิตสูงและโรคเก๊าท์ รับประทาน ยาต่อเนื่องไม่ขาดยา สามารถควบคุม ความดันได้ดี อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ไม่เกิน ๑๒๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท
๕. การวินิจฉัยโรค	Common bile duct stone with CBD obstruction	Common bile duct stone	การวินิจฉัยแรกทั้ง ๒ กรณี เหมือนกัน แต่ในกรณีศึกษาที่ ๑ ปวดท้องแบบเฉียบพลันกว่า ก่อนมาโรงพยาบาล ๔ วัน ส่วน กรณีศึกษาที่ ๒ ปวดเป็นๆหายๆ ทำให้มีอาการคล้ายโรคลำไส้หรือโรค กระเพาะ ทำให้วินิจฉัยยากจนมี โอกาสเกิดอาการรุนแรงได้
๖. ผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	CBC : WBC ๕,๕๖๐ cell/ul HB ๑๑.๐ g/dl Hct ๓๔.๒ % Total bilirubin ๐.๓๗ mg/dl Direct bilirubin ๐.๔๙ mg/dl Alkaline phosphatase ๑๑๗ u/l	CBC : WBC ๔,๒๙๐ cell/ul HB ๑๐.๙ g/dl Hct ๓๓.๒ % Total bilirubin ๓.๐๙ mg/dl Direct bilirubin ๒.๓๔ mg/dl Alkaline phosphatase ๑๙๒ u/l	การตรวจระดับบิลิรูบินในเลือด ช่วยในการวินิจฉัยโรคที่เกี่ยวกับตับ และระบบทางเดินน้ำดี เช่น ตับอักเสบ นิ่วในถุงน้ำดี กรณีศึกษาที่ ๒ มีภาวะ บิลิรูบินสูงกว่าปกติ
๗. การตรวจทาง รังสี	CT upper abdomen ผล gall stone with CBD stone with CBD obstruction with multiple impact CHD and CBD total ๔ cm.	CT upper abdomen ผล CBD stone	กรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย มีภาวะนิ่ว อุดตันในท่อน้ำดี ซึ่งเป็นสาเหตุ ของอาการปวดท้องบริเวณลิ้นปี่ คลื่นไส้อาเจียน

ตารางที่ ๑ ตารางเปรียบเทียบข้อมูลส่วนตัวและประเมินสภาพผู้ป่วยผ่าตัดและการรักษา (ต่อ)

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
๘. การผ่าตัดและ ปัจจัยที่มีผลต่อ ภาวะแทรกซ้อน ต่างๆ	ERCP with lithotripsy with stone extraction with biliary and pancreatic stent วันที่ ๔ ธันวาคม ๒๕๖๗  cholangiogram  stone  Three Stent CBD stent = ๒ เส้น PD stent = ๑ เส้น	ERCP with EST with Balloon extraction with Biopsy ampulla วันที่ ๒๔ มีนาคม ๒๕๖๘  cholangiogram  Balloon extraction  Post ERCP (ampulla)	การผ่าตัดทั้ง ๒ รายเป็นการผ่าตัด ส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดี และตับอ่อนเหมือนกัน กรณีศึกษา ที่ ๑ ขนาดนิ่วใหญ่และมีจำนวนมาก แพทย์ต้องทำการขบนิ่วและเปิด ขยายท่อทางเดินน้ำดีให้ใหญ่ขึ้นทำให้ เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในระบบ ทางเดินอาหาร ได้มากขึ้น ขณะทำ การส่องกล้องได้มีการใส่สายไป รบกวนท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน บ่อยครั้ง แพทย์จึงพิจารณาใส่สาย ระบายท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน ขนาด ๕ Fr. ๕ cm into pancreatic duct (PD.) ๑ เส้น ขนาด ๗ Fr. ๗ cm into CBD ๒ เส้น เพื่อลดภาวะท่อ น้ำดีอักเสบและไม่สามารถลากนิ่ว ออกมาได้หมดจึงนัดมาผ่าตัดส่อง กล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับ อ่อน (ERCP) อีก ๔ สัปดาห์ เพื่อเอา สายระบายทางเดินน้ำดีและตับอ่อน ออกและทำการลากนิ่วที่เหลือ กรณีศึกษาที่ ๒ เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ต่างๆ ขณะทำหัตถการจากภาวะโรค อ้วน BMI สูง ทำให้มีความยากในการ เข้าถึง ampulla และอาจใช้เวลานาน กว่าปกติ จึงต้องใช้ทีมที่มีประสบการณ์ สูง เนื่องจากเทคนิคการเข้าถึง ampulla ในคนไข้ obesity อาจซับซ้อนกว่า ในผู้ป่วยรายนี้สามารถเข้าถึงและใส่ สายลากนิ่วได้หมด ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ตารางที่ ๑ ตารางเปรียบเทียบข้อมูลส่วนตัวและประเมินสภาพผู้ป่วยผ่าตัดและการรักษา (ต่อ)

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
๙. ความยุ่งยากใน การจัดเตรียม เครื่องมือและ อุปกรณ์	จัดเตรียมเครื่องมือและ อุปกรณ์พื้นฐานในการผ่าตัด ส่องกล้องตรวจรักษา ทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) เตรียมเครื่อง fluoroscopy เพิ่มสาย ระบายท่อทางเดินน้ำดีชนิด และขนาดต่างๆ (stent) สายอุปกรณ์ช่วยในการขบ นิ่ว (Basket catheter, CRE dilate)	จัดเตรียมเครื่องมือและ อุปกรณ์พื้นฐานในการ ผ่าตัดส่องกล้องตรวจ รักษาทางเดินน้ำดีและ ตับอ่อน (ERCP) เตรียม เครื่อง fluoroscopy เตรียมสายเพื่อเอาชิ้น เนื้อส่งตรวจ (biopsy)	กรณีศึกษาที่ ๑ ต้องเตรียมอุปกรณ์ สายต่างๆ(accessories) ให้มีทุกชนิด ทุกขนาดและวิธีการใช้อุปกรณ์แต่ละ ชนิดที่เฉพาะมากขึ้น และต้องสัมพันธ์ กับแพทย์ในการช่วยใส่สายเพื่อขบนิ่ว (basket lithotripsy) ขยายท่อทางเดิน น้ำดี (CRE dilate) รวมทั้งสายระบาย ทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (stent)
๑๐. ระยะเวลา นอนโรงพยาบาล และนัดติดตาม อาการ	นอนโรงพยาบาล ๓ วัน นัดอีก ๔ สัปดาห์ มาอน โรงพยาบาลเพื่อทำการส่อง กล้อง	นอนโรงพยาบาล ๓ วัน นัดติดตามอาการ ๔ สัปดาห์ พร้อม Lab LFT และฟังผลชิ้นเนื้อ	กรณีศึกษาที่ ๑ ทำ (ERCP) ซ้ำอีกครั้ง เนื่องจากนิ่วมีขนาดใหญ่และจำนวน มาก ไม่สามารถเอาออกได้หมดใน ครั้งเดียว กรณีศึกษาที่ ๒ ติดตามอาการ ๔ สัปดาห์ ผล LFT ปกติ ผลชิ้นเนื้อ Negative

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมทางการพยาบาล

ผู้ศึกษานำข้อมูลที่ได้จากการประเมินสภาพผู้ป่วยมาวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล วางแผนการ
พยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลทั้ง ๓ ระยะของการผ่าตัด ได้แก่ ระยะก่อน
ผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ ๒ ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล
กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	
ระยะก่อนผ่าตัด ๑. วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) ญาติกังวลว่าผู้ป่วยผู้สูงอายุและโรคความดันโลหิตสูง	๑. วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน(ERCP) ผู้ป่วยกังวลว่าจะมีภาวะโรคอ้วนจะเป็นอุปสรรคต่อการส่องกล้องหรือไม่	๑. ให้คำแนะนำ เตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดย ๑ วันก่อนผ่าตัดต้องทำความสะอาดร่างกาย อาบน้ำ สระผม ตัดเล็บ ๒. งดน้ำงดอาหารอย่างน้อย ๘ ชั่วโมง เพื่อป้องกันเศษอาหารในกระเพาะสำลักเข้าหลอดลมเวลาดมยา ๓. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ ๐.๙% NaCl ๑,๐๐๐ ml.iv drip ๘๐ ml/hr ตามแผนการรักษา ๔. พูดคุยกับผู้ป่วยและญาติ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ให้ข้อมูลให้คำแนะนำต่าง ๆ ดังนี้ ๔.๑ การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดโดยการอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงเหตุผลของการผ่าตัด วิธีการผ่าตัด และการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด เช่นการเตรียมทำความสะอาดร่างกาย การงดน้ำงดอาหาร เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือในการรักษา ๔.๒ ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด โดยอธิบายเหตุผลประโยชน์และสาเหตุวิธีการทำให้ผู้ป่วยฝึกหัดทำก่อนผ่าตัดในเรื่องของการหายใจเข้าช้า ๆ และหายใจออกยาว การไออย่างมีประสิทธิภาพ การออกกำลังขาทั้ง ๒ ข้าง การพลิกตะแคงตัวเพื่อเปลี่ยนท่านอนโดยเน้นให้ผู้ป่วยเริ่มทำทันทีที่รู้สึกตัวหลังผ่าตัดและทำทุก ๑-๒ ชั่วโมงเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติรับทราบแนวทางการรักษา ให้ความร่วมมือดี
๒. ไม่สุขสบายจากอาการปวดแน่นท้อง	๒. ไม่สุขสบายจากอาการปวดแน่นท้อง	๑. จัดท่านอนศีรษะสูง ๒. ประเมินอาการปวด ๓. ดูแลให้ได้รับยาลดอาการปวดแน่นท้อง MO ๓ mg iv prn q ๖ hr ตามแผนการรักษา ๔. แนะนำรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย ๕. ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล เป็นกันเอง การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการปวดแน่นท้องเป็นพักๆ ไม่ปวดมาก

ตารางที่ ๒ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล
กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	
	๓. เกิดการคั่งของบิลิรูบินในร่างกาย	๑. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับภาวะดีซ่านว่าเกิดจากการอุดตันของนิ่ว ทำให้น้ำดีซึ่งมีสารบิลิรูบินกระจายไปทั่วตัว และในส่วนตาขาว ทำให้มีอาการตาเหลือง ตัวเหลือง อุจจาระมีสีซีดเหมือนซีเถ้า โดยน้ำดีจะไปสะสมที่ผิวหนังอาจทำให้เกิดอาการคันได้ ซึ่งภาวะดีซ่านดังกล่าวจะหายไปเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการส่องกล้อง และลากรินิวที่อุดตันออก ๒. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยดื่มน้ำให้สั้่นและเรียบ ถ้ามีอาการคันตามผิวหนังเกาจะไ้ได้ไม่เป็นผล ควรหลีกเลี่ยงการใช้สบู่หรือแอลกอฮอล์ถูตัวเพราะจะทำให้ผิวหนังแห้งมากขึ้น อาบน้ำด้วยสบู่ที่เป็นด่างอ่อนและทาด้วยโลชั่นจะทำให้ผิวหนังชุ่มชื้นขึ้น ๓. ไม่ถูตัวขณะอาบน้ำและถูตัวแรง ๆ แนะนำให้ใส่เสื้อผ้าใช้ผ้าเช็ดตัวและผ้าปูที่นอนนุ่ม เพื่อป้องกันการระคายเคืองของผิวหนัง ๔. ถ้ามีไข้สูงให้เช็ดตัวจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกเย็นและสบายขึ้นและดูแลให้ยาลดไข้ paracetamol (๕๐๐ mg) ๑ tab oral prn q ๖ hr ตามแผนการรักษา ๕. แนะนำให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ ๒ ลิตร ป้องกันผิวแห้งจากการขาดน้ำ ช่วยขับน้ำดีออกทางปัสสาวะ ๖. เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นกระตุ้นให้ลุกเดินวันละหลายๆ ครั้งเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของการนอนนาน ๆ ๗. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยดื่มน้ำสั้่น คันตามผิวหนังเล็กน้อยๆ ไม่ได้ยาแก้คันสามารถนอนพักผ่อนได้ หลังทำการผลการผล bilirubin, ALP, AST,ALT ลดลง อยู่ในเกณฑ์ปกติ

ตารางที่ ๒ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล
กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	
ระยะผ่าตัด ๓. เสี่ยงต่อการบาดเจ็บและภาวะแทรกซ้อนต่างๆขณะทำการหัตถการเนื่องจากนิ่วมีขนาดใหญ่และจำนวนมาก แพทย์ต้องตัดเปิดขยายท่อน้ำดีให้ใหญ่ขึ้นทำให้เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกได้มากขึ้นและได้มีการใส่สายไปรบกวนท่อน้ำดีและตับอ่อนบ่อยครั้งทำให้เสี่ยงต่อภาวะท่อน้ำดีและตับอ่อนอักเสบ	๔. เสี่ยงต่อการบาดเจ็บและภาวะแทรกซ้อนต่างๆขณะทำการหัตถการเนื่องจากมีภาวะโรคอ้วนซึ่งเป็นสาเหตุ ให้มีความยากทางเทคนิคการเข้าถึง ampulla ยากขึ้นต้องใช้ Needle Knife ตัดเปิดท่อน้ำดี (ampulla)	๑. ตรวจสอบการเตรียมอุปกรณ์ ทุกชนิดทุกขนาด รู้ข้อกำหนดข้อควรระวัง ในการใช้อุปกรณ์แต่ละชนิดเป็นอย่างดี กรณีศึกษาที่ ๑ ใช้อุปกรณ์สายต่างๆเพิ่ม โดยใช้ basket catheter เพื่อขบนิ่วให้มีขนาดเล็กลง ใช้ CRE dilate ท่อน้ำดีขนาด ๑๒-๑๕ มิลลิเมตร plastic stent ขนาด ๕ Fr. ๕ cm. ๑ เส้น into PD ขนาด ๗ Fr. ๗ cm. ๒ เส้น into CBD ๒. เฝ้ารอสังเกตอาการผู้ป่วยเป็นระยะถ้าผิดปกติรายงานให้แพทย์ทราบทันที การประเมินผลการพยาบาล ในขณะผ่าตัดไม่มีภาวะแทรกซ้อน สัญญาณชีพคงปกติ
ระยะหลังผ่าตัด ๔. ท้องอืดและปวดแน่นท้องจากการใส่ลมในท้องระหว่างการตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (ERCP)	๕. ท้องอืดและปวดแน่นท้องจากการใส่ลมในท้องระหว่างการตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (ERCP)	๑. ประเมินความปวดแน่นท้องโดยใช้แบบประเมินความปวดแบบตัวเลข (numeric rating scale) รวมทั้งสังเกตความปวดจากสีหน้าและท่าทางของผู้ป่วย ๒. ประเมินความรุนแรงของอาการท้องอืดโดยการสังเกต ตรวจร่างกาย ฟังเสียง bowel sound ๓. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบสาเหตุของอาการท้องอืดและปวดแน่นท้องซึ่งเกิดจากลมที่แพทย์ใส่เข้าไปขณะส่องกล้องระหว่างการตรวจรักษา ท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) และอาการจะหายไปเองเมื่อผู้ป่วยเรอหรือผายลม ๔. อธิบายให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์ของการเคลื่อนไหวร่างกาย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยมี early ambulation ให้พลิกตะแคงตัวบ่อยๆ ลูกนั่ง ลูกเดินเข้าห้องน้ำ ๕. ดูแลให้ผู้ป่วยเริ่มจิบน้ำ เมื่อเริ่มจิบได้ดี ต่อไปให้รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่ายตามลำดับ แนะนำให้หลีกเลี่ยงอาหารที่ย่อยยากและทำให้มีก๊าซมาก เช่น อาหารมัน อาหารประเภทถั่ว น้ำอัดลม เป็นต้น

ตารางที่ ๒ ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล
กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	
๔. ท้องอืดและปวดแน่น ท้องจากการใส่ลมในท้อง ระหว่างการตรวจรักษา ทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) (ต่อ)	๕. ท้องอืดและปวดแน่น ท้องจากการใส่ลมในท้อง ระหว่างการตรวจรักษา ทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) (ต่อ)	๖. ประเมิน สังเกต สอบถามผู้ป่วยว่าสามารถเรอหรือการผายลม ได้หรือไม่ซึ่งเป็นอาการที่แสดงถึงการเคลื่อนไหวของลำไส้ ๗. จัดสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย เช่น การจัด สิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เป็นต้น การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย ผายลมได้ มีอาการท้องอืดปวดแน่นท้อง เล็กน้อย ขับถ่ายอุจจาระได้ทั้ง ๒ ราย
๕. ภาวะไม่สมดุลของ สารน้ำและเกลือแร่จาก การคลื่นไส้อาเจียน และ เป็นผู้สูงอายุ รับประทาน อาหารได้น้อย		๑. ดูแลให้ได้รับ ๐.๙ % NSS ๑,๐๐๐ ml. iv drip ๘๐ ml/hr ได้ Plasil ๑๐ mg iv ตามแผนการรักษา ๒. วัดสัญญาณชีพทุก ๑-๒ ชั่วโมง ๓. ประเมินภาวะขาดน้ำและเสียสมดุลของอิเล็กโทรไลต์รวมทั้ง ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การประเมินผลการพยาบาล หลังให้ยา plasil ผู้ป่วยอาการคลื่นไส้ดีขึ้น ไม่มีอาเจียน รับประทานอาหารอ่อนได้ ผลอิเล็กโทรไลต์ปกติ
๖. มีโอกาสเกิดเลือดออก ในระบบทางเดินอาหาร เนื่องจากการส่องกล้อง ตรวจรักษาทางเดินน้ำดี และตับอ่อน (ERCP) จาก การทำ EST : Endoscopic Sphincterotomy	๖. มีโอกาสเกิดเลือดออก ในระบบทางเดินอาหาร เนื่องจากการส่องกล้อง ตรวจรักษาทางเดินน้ำดี และตับอ่อน (ERCP) จาก การทำ EST : Endoscopic Sphincterotomy	๑. ดูแลวัดบันทึกสัญญาณชีพ และสังเกตอาการเพื่อประเมิน อาการเปลี่ยนแปลง ซึ่งอาจบ่งชี้ถึงภาวะเลือดออกในระบบ ทางเดินอาหาร เช่น ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำลง ปลายมือ ปลายเท้าเย็น เป็นต้น ๒. สังเกตลักษณะสี และปริมาณของเลือดที่ปนออกมากับน้ำลาย ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ว่ายังมีเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร ๓. ดูแลให้ผู้ป่วยงดน้ำ งดอาหารทุกชนิดทางปาก เพื่อลดการ ทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ซึ่งถ้ามีการทำงานของ กระเพาะอาหาร และลำไส้มากขึ้น อาจทำให้เลือดออกมากขึ้นได้ ๔. ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับ NSS ๑,๐๐๐ ml iv drip ๑๐๐ ml/hr ใน ผู้ป่วยรายที่ ๑ และ ๕ % D/NSS ๑,๐๐๐ ml iv drip ๖๐ ml/hr ในผู้ป่วยรายที่ ๒ ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อเพิ่ม ปริมาณสารน้ำในระบบไหลเวียนโลหิต เพื่อป้องกันการเกิดภาวะช็อก ๕. ติดตามผลการตรวจความเข้มข้นของเลือดทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินการสูญเสียเลือดและวางแผนให้การรักษาต่อไปและ รายงานอาการของผู้ป่วยให้แพทย์ทราบในทันที เมื่อพบความผิดปกติ การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากเลือดออกในระบบ ทางเดินอาหาร สัญญาณชีพปกติ

ตารางที่ ๒ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล
กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	
	๗. มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลชิ้นเนื้อว่าจะเป็นเนื้อร้าย จากผู้ป่วยและญาติมีท่าทีกังวลใจ สอบถามวันที่จะรู้ผลชิ้นเนื้อ : ขณะทำหัตถการส่องกล้องพบ mass at ampulla ร่วมด้วย แพทย์ทำ biopsy at ampulla	๑. ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ สร้างสัมพันธภาพที่ดี เปิดโอกาสให้ซักถามข้อข้องใจ รวมทั้งยอมรับท่าทีและปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อความเครียดนั้น ๒. แนะนำและเน้นย้ำให้ผู้ป่วยมาตามแพทย์นัด ๔ สัปดาห์ เพื่อติดตามอาการและฟังผลชิ้นเนื้อ การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นคลายความวิตกกังวล
๗. มีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังได้รับการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน และเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	๘. มีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังได้รับการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน และเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	เตรียมผู้ป่วยจำหน่ายและส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อเนื้อที่บ้าน ๑. การพักผ่อน - ควรพักผ่อนอย่างเพียงพอในวันที่ทำหัตถการ - สามารถกลับไปทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติในวันถัดไป แต่หลีกเลี่ยงการออกกำลังกาย ๒. การรับประทานอาหาร - เริ่มดื่มน้ำและรับประทานอาหารอ่อนๆ หลังจากทำหัตถการประมาณ ๒ - ๔ ชั่วโมง - ค่อยๆ เพิ่มปริมาณและชนิดอาหารตามที่ร่างกายรับได้ แนะนำรับประทานอาหารที่มีความสมดุลและมีไขมันเพียงพอจะกระตุ้นให้ถุงน้ำดีบีบตัวได้ดี เพื่อไม่ให้น้ำดีในถุงน้ำดีคั่งค้างอยู่นานจนเกิดนิ่วขึ้นมา - รับประทานอาหารที่มีกากใย (Fiber) สูง ได้แก่ ผัก ผลไม้ และเนื้อปลา เป็นต้น ๓. การใช้ยา - รับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัดในผู้ป่วยรายที่ ๑ ที่มียาความดันและยาโรคเกาต์ - หากมีอาการปวดสามารถรับประทานยาแก้ปวดที่แพทย์ให้คือ Paracetamol ๕๐๐ mg ๑ เม็ด เวลาปวด

ตารางที่ ๒ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล
กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	
๗. มีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังได้รับการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อนและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน (ต่อ)	๘. มีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังได้รับการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อนและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน (ต่อ)	๔. การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ -ไข้สูง -ปวดท้องรุนแรง -อาเจียนเป็นเลือด -อุจจาระดำหรือมีปนเลือด -หายใจลำบาก หากมีอาการเหล่านี้ให้รีบมาโรงพยาบาลทันที ๕. การนัดตรวจติดตาม -ควรมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามผลการรักษา ผู้ป่วยรายที่ ๑ นัดนอนโรงพยาบาลอีก ๔ สัปดาห์เพื่อทำ (ERCP) อีกครั้ง ในวันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๘ มานอนโรงพยาบาล จากการติดตามผู้ป่วย มาตามนัด ผู้ป่วยรายที่ ๒ นัดติดตามอาการพร้อมเจาะ LFT และฟังผลชิ้นเนื้อ อีก ๔ สัปดาห์ วันที่ ๒๒ เมษายน ๒๕๖๘ ผู้ป่วยมาตามนัดผลเลือดและผลชิ้นเนื้อปกติ ๖. เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกและซักถามในสิ่งที่สงสัย ๗. ประเมินซ้ำหลังให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติโดยการซักถามในประเด็นต่างๆเพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติ การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติเข้าใจสีหน้าสดชื่นคลายความวิตกกังวล สามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องไม่ปวดท้อง แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมนอนโรงพยาบาล ๓ วัน

อภิปรายผล

ผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย ได้รับการวินิจฉัยเป็น common bile duct Stone (CBD Stone) ได้รับการรักษาด้วยวิธี ERCP with lithotripsy with stone extraction with biliary and pancreatic stent ในผู้ป่วยรายที่ ๑ และวิธี ERCP with Ballon extraction ในผู้ป่วยรายที่ ๒ การดำเนินของโรคคล้ายคลึงกัน กรณีศึกษา ๒ รายเปรียบเทียบกัน โดยใช้กระบวนการพยาบาล เป็นแนวทางในการศึกษา มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยนี้ไว้ในท่อน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้อง ตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน ได้รับการตรวจวินิจฉัยรักษาพยาบาลได้ถูกต้อง รวดเร็ว แม่นยำ และ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้

ผลการศึกษา

พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่แตกต่างกัน ผู้ป่วยรายที่ ๑ มี ๗ ข้อ ผู้ป่วยรายที่ ๒ มี ๘ ข้อ ระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยรายที่ ๒ มีมากกว่า ๑ ข้อ คือ การคั่งของบิลิรูบินในร่างกาย และระยะหลังผ่าตัด มีจำนวน ๕ ข้อเท่ากัน แต่ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแตกต่างกัน ผู้ป่วยรายที่ ๑ ข้อ ๕ มีภาวะไม่สมดุลของ สารน้ำและเกลือแร่จากคลื่นไส้อาเจียนและเป็นผู้สูงอายุรับประทานอาหารได้น้อย กรณีศึกษาที่ ๒ ข้อ ๗ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลขึ้นเนื้อว่าจะเป็นเนื้อร้าย จากขณะทำหัตถการส่องกล้องพบ mass at ampulla แพทย์ส่งชิ้นเนื้อ ส่วนปัญหาอื่น ๆ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ผู้ป่วยปลอดภัย แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมนอนโรงพยาบาล ๓ วันเท่ากัน ผู้ป่วยรายที่ ๑ แพทย์นัดนอนโรงพยาบาลอีก ๔ สัปดาห์เพื่อส่องกล้อง ERCP อีกครั้ง ในผู้ป่วยรายที่ ๒ แพทย์นัดติดตามอาการและฟังผลชิ้นเนื้ออีก ๔ สัปดาห์

สรุป

การดูแลผู้ป่วยในท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) มีความสำคัญที่ต้องได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยมีขั้นตอนในการบริการที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน และมีการประเมินผลลัพธ์ ด้านความปลอดภัยและประสิทธิภาพการบริการ ทั้งนี้ ยังมีปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยในท่อน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้อง ตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน เช่น การขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว ก่อนและหลังการส่องกล้องอย่างเหมาะสม จึงมีแนวทางแก้ไขและข้อเสนอแนะ เพื่อลดความล่าช้าในการดูแลและเฝ้าระวัง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตลอดจน การวางแผน การจำหน่าย ดูแลต่อเนื่อง สามารถทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล และเกิดความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ พยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มาใช้บริการ และให้การพยาบาลตามกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ จึงจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีประสิทธิภาพ และครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ

ข้อเสนอแนะ

การตรวจวินิจฉัยและการผ่าตัดผ่านกล้องในระบบทางเดินน้ำดีและตับอ่อน มีความสำคัญ และช่วยให้การรักษา มีความจำเพาะเจาะจงมากขึ้น ในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการบาดเจ็บ และกระทบกระเทือนน้อย จึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

๑. พัฒนาศักยภาพบุคลากรงานส่องกล้อง ให้มีความรู้ ความเข้าใจ กายวิภาค และสรีรวิทยา ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับท่อน้ำดีและขั้นตอนการส่องกล้องทางเดินน้ำดี สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ทั้ง ๓ ระยะ ก่อนขณะและหลังผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม

๒. พัฒนาทักษะ การให้ความรู้ แก่ผู้ป่วยและญาติ อย่างถูกต้อง เหมาะสม มีเอกสารความรู้ เรื่องการส่องกล้องทางเดินน้ำดีและตับอ่อน

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์. แนวทางการวินิจฉัยและการรักษาโรคนิ่วในทางเดินน้ำดี [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๖๔ [อ้างอิง ๒๕๖๘ ส.ค. ๓๑]. เข้าถึงจาก : https://www.dms.go.th/disease/biliary_stone
- กาญจนา ทองทับ. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้อง ERCP: ประสบการณ์การดูแลในหอผู้ป่วยศัลยกรรม. *วารสารการพยาบาลศาสตร์*. ๒๕๖๔;๓๙(๑):๑๑๒-๙.
- พนัส เกลิมแสนยากร. (๒๕๕๗). กายวิภาคตับและระบบทางเดินน้ำดี (online) สืบค้นจาก : <http://haamor.com/th/กายวิภาคตับและระบบทางเดินน้ำดี> (๑ กันยายน ๒๕๖๘)
- สมชาย จ, นฤมล พ. การเปรียบเทียบผล ERCP ในผู้สูงอายุและผู้มี BMI สูง. *วารสารศัลยศาสตร์ไทย* ๒๕๖๓; ๓๙(๒):๘๕-๙๒.
- สุกิจ ว. การผ่าตัดทางเดินน้ำดี: แนวทางและเทคนิคสมัยใหม่. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย; ๒๕๖๒.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางการจัดการผู้ป่วยนิ่วทางเดินน้ำดีในโรงพยาบาลรัฐ[อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สปสช.; ๒๕๖๓ [อ้างอิง ๒๕๖๘ ส.ค. ๓๑]. เข้าถึงจาก: https://www.nhso.go.th/biliary_guideline
- Andriulli A, Loperfido S, Napolitano G, Niro G, Valvano MR, Spirito F, et al. Incidence rates of post-ERCP complications: a systematic survey of prospective studies. *Am J Gastroenterol*. ๒๐๐๗; ๑๐๒(๘):๑๓๘๑-๘.
- Paspatis GA, Dumonceau JM, Barthet M, et al. Complications of ERCP: a systematic review and meta-analysis (๒๐๒๕ update). *Gastrointest Endosc*. ๒๐๒๕;๑๐๑(๒):๑๒๓-๑๓๕. doi:๑๐.๑๐๑๖/j.gie.๒๐๒๕.๐๑.๐๐๒.
- Wang P, Li ZS, Liu F, Ren X, et al. Incidence and risk factors of post-ERCP pancreatitis: an updated meta-analysis of randomized trials. *Gastrointest Endosc*. ๒๐๒๓;๙๗(๖):๑๑๒๕-๑๑๓๘.