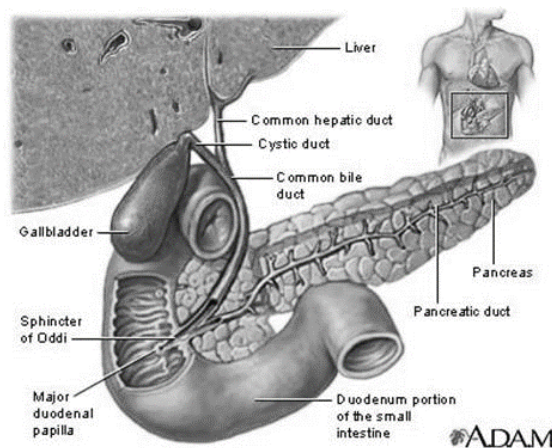


การพยาบาลการพยาบาลผู้ใหญ่ที่มีปัญหาทางระบบทางเดินน้ำดี

ระบบทางเดินน้ำดีมีหน้าที่หลัก คือ ละลายไขมันในลำไส้เพื่อการย่อยและดูดซึมอาหาร ลำเลียงของเสียและสวนที่เหลือไปกำจัดทิ้ง โดยถุงน้ำดี (gallbladder) มีหน้าที่เก็บสะสมน้ำดีที่ถูกสร้างจากเซลล์ตับ เมื่อร่างกายต้องการใช้น้ำดี ถุงน้ำดีจะถูกกระตุ้นให้บีบตัวและขับน้ำดีลงสู่ท่อน้ำดีรวม (common bile duct) และรวมกับท่อน้ำดีอ่อน (pancreatic duct) เรียกว่า ampulla of Vater เปิดเข้าสู่ลำไส้เล็กส่วนต้น บริเวณรูเปิดจะมีหูรูดบังคับการหลั่งน้ำดี เรียกว่า sphincter of oddi (SO) ดังแสดงในรูปที่ 4.1 ถุงน้ำดีจะบีบตัวเพื่อที่จะนำน้ำดีไปลำไส้เล็ก ในขณะที่มีการรับประทานอาหาร ระหว่างมื้ออาหาร หรือระหว่างอดอาหาร เพื่อไม่ให้มีน้ำดีคั่งอยู่ในถุงน้ำดีเพราะอาจเกิดการสะสม แต่ถ้าน้ำดีไม่สามารถหลั่งได้ส่งผลให้ความเข้มข้นของสารประกอบต่าง ๆ ของน้ำดีในถุงน้ำดีเพิ่มขึ้นและมีการตกตะกอน ทำให้เกิดความผิดปกติตามมา เช่น การอักเสบ การติดเชื้อ เป็นต้น ความผิดปกติของทางเดินน้ำดีที่พบบ่อย คือ นิ่วในถุงน้ำดี ถุงน้ำดีอักเสบ (Cholecystitis) นิ่วในท่อน้ำดีรวม (common bile duct stone: CBD stone หรือ Choledocholithiasis) ท่อน้ำดีอักเสบ (cholangitis) และมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma) พยาบาลมีบทบาทสำคัญตั้งแต่การประเมินหาสาเหตุที่จะทำให้เกิดความผิดปกติของทางเดินน้ำดี ร่วมมือกับทีมวิชาชีพในการรักษาเพื่อแก้ไขความผิดปกติของทางเดินน้ำดี การเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาเฉพาะ และให้การพยาบาลก่อนและหลังการผ่าตัดทางเดินน้ำดี



รูปที่ 4.1 แสดงระบบทางเดินน้ำดี

ความผิดปกติของระบบทางเดินน้ำดี

ความผิดปกติของระบบทางเดินน้ำดีที่ต้องรับการรักษาทางศัลยกรรมที่พบบ่อย (Black & Hawks, 2010; Hinkle & Cheever, 2018) มีดังนี้

1. **นิ่วในถุงน้ำดี** (Gall stone หรือ cholelithiasis) ส่วนใหญ่เกิดจากนิ่วในถุงน้ำดีทำให้เกิดการอุดตันน้ำดีไหลลงสู่ common bile duct ไม่ได้ จึงคั่งค้างในถุงน้ำดี เมื่อน้ำดีมีความเข้มข้นมากขึ้นทำให้เยื่อบุผนังน้ำดีระคายเคืองและมีการอักเสบติดเชื้อ นิ่วน้ำดีแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ นิ่วชนิดโคเลสเตอรอล (cholesterol

stones) นิ่วสีน้ำตาลหรือนิ่วชนิดบิลิรูบิน (pigment or bilirubin stones) และนิ่วชนิดผสม (mixed stones) นอกจากนี้ยังมีการอักเสบติดเชื้อแบคทีเรียของถุงน้ำดี

2. ถุงน้ำดีอักเสบ (Cholecystitis) การอักเสบของถุงน้ำดี แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน และถุงน้ำดีอักเสบเรื้อรัง สาเหตุส่วนใหญ่มักเกิดจากนิ่วอุดที่ท่อถุงน้ำดี (cystic duct)

2.1 ถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน (Acute Cholecystitis) เมื่อมีนิ่วไปอุดกั้นท่อถุงน้ำดีทำให้น้ำดีคั่งอยู่ในถุง เคลื่อนน้ำดีจะไประคายเคืองผนังของถุงน้ำดี ทำให้เกิดการอักเสบ การอุดกั้นท่อน้ำดีทำให้ถุงน้ำดีบีบตัวอย่างรุนแรงเพื่อขับน้ำดีออก ทำให้เกิดอาการปวดท้องแบบบิดเฉียบพลัน (biliary colic หรือ colicky pain) และถุงน้ำดีที่อุดกั้นโดยนิ่วทำให้มีแรงดันสูง มีลักษณะโป่งตึง ผนังบวม มีเลือดมาเลี้ยงมาก หลอดเลือดในผนังถุงน้ำดีถูกกดทำให้ขาดเลือดมาเลี้ยงและเน่าตาย ถุงน้ำดีจะกลายเป็นหนองและแตกตามมา ถ้าการอักเสบลุกลามไปที่ท่อน้ำดีรวมจะทำให้จะทำให้ท่อน้ำดีรวมบวมและเกิดการอุดกั้นของทางเดินน้ำดีตามมาได้

2.2 ถุงน้ำดีอักเสบเรื้อรัง (Chronic Cholecystitis) การอักเสบของถุงน้ำดีอักเสบเรื้อรัง ทำให้ผนังถุงน้ำดีมีการหนาตัวและบวม หรือถุงน้ำดีอาจถูกทำลายในผู้ป่วยบางรายอาจเกิดหนองภายในถุงน้ำดี

3. นิ่วในท่อน้ำดีรวม (Common bile duct stone หรือ Choledocholithiasis) เมื่อมีนิ่วอุดตันท่อน้ำดีรวม ทำให้แรงดันในท่อน้ำดีเพิ่มขึ้น ถุงน้ำดีบีบตัวอย่างรุนแรงเพื่อขับน้ำดีออก ทำให้เกิดอาการปวดท้องแบบบิดเฉียบพลัน (biliary colic หรือ colicky pain) อาจทำให้ท่อน้ำดีอุดตันอย่างสมบูรณ์หรือบางส่วนทำให้น้ำดีคั่งในเซลล์ตับและถูกดูดซึมกลับเข้าสู่กระแสเลือด ทำให้เกิดอาการตัวเหลือง ตาเหลือง อุจจาระที่ออกมามีสีซีด ปัสสาวะมีสีเข้ม การอุดตันของนิ่วทำให้น้ำดีคั่งค้างและเกิดการติดเชื้อตามมา

4. ท่อน้ำดีอักเสบ (Cholangitis) มักเกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย ทำให้ผนังบวม มีแผล และเกิดพังผืด ทำให้อาการท่อน้ำดีหนาและแข็ง บางรายมีท่อน้ำดีบวม โตตึงและเกิดหนอง แบคทีเรียไม่สามารถลงไปกำจัดไส้เล็กส่วนต้นได้ แต่แบคทีเรียจะแทรกซึมเข้าไปในกระแสเลือดและเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดตามมา

5. มะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma) เป็นความผิดปกติของเซลล์เยื่อเมือกที่ท่อน้ำดีทั้งในและนอกตับ หากเกิดในท่อน้ำดีในตับ เรียกว่า มะเร็งท่อน้ำดีในตับ (intrahepatic CCA) ส่วนที่เกิดกับท่อน้ำดีนอกตับ เรียกว่า มะเร็งท่อน้ำดีนอกตับ (extrahepatic CCA) มะเร็งมักจะทำให้ท่อน้ำดีตีบตันช้า ๆ และมะเร็งอาจไปอวัยวะใกล้เคียง เช่น ตับ ท่อน้ำดี ต่อม้ำเหลือง ตับอ่อน และลำไส้เล็กส่วนต้น

การรักษาความผิดปกติของทางเดินน้ำดี

การรักษาโดยการใช้ยา และการผ่าตัด (Black & Hawks, 2010; Hinkle & Cheever, 2018) ดังนี้

1. การรักษาด้วยยา มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาอาการปวดจากการหดตัวของถุงน้ำดีและลดการติดเชื้อ กลุ่มยาที่ใช้ในการรักษา ได้แก่

1.1) ยาแก้ปวด เช่น pethidine (50mg) ฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือเข้าเส้นโลหิตทุก 6 ชั่วโมง ไม่ควรให้ morphine เพราะจะไปเพิ่มการหดตัวของหูรูดออดิ (sphincter of oddi) ทำให้มีอาการปวดท้องมากขึ้น

1.2) ยาปฏิชีวนะ ซึ่งในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของทางเดินน้ำดี อาจทำให้เกิดการคั่งค้างของน้ำดี และนำมาสู่การติดเชื้อของถุงน้ำดีและทางเดินน้ำดี แพทย์จะมีการให้ยาปฏิชีวนะในกลุ่ม ampicillin หรือ cephalosporin

1.3) ยาลดการคั่งของน้ำดีบริเวณผิวหนัง ได้แก่ cholestyramine (questran) เป็นยาที่จับกับเกลือน้ำดีเพื่อขับเกลือน้ำดีออกทางอุจจาระในผู้ป่วยที่มีอาการดีซ่าน ชนิดดูดตันจะช่วยลดการคั่งของเกลือน้ำดีบริเวณผิวหนัง ทำให้อาการคันรุนแรงลดลง

2. การเอานิวออกโดยไม่ผ่าตัด

2.1) การใช้ยาสลายนิ่วในถุงน้ำดี ที่ใช้ได้แก่ chenodeoxycholic acid (CDCA) หรือ ursodeoxycholic acid (UDCA) เหมาะสำหรับนิ่วชนิดโคเลสเตอรอลขนาดไม่เกิน 10 มิลลิเมตร และไม่มีภาวะแทรกซ้อน

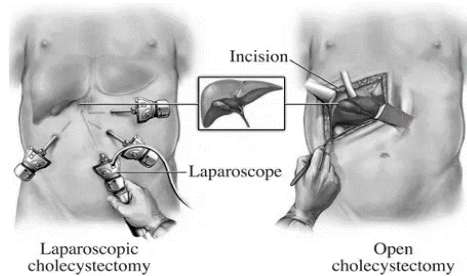
2.2) การชบนิ่วด้วยคลื่นเสียงสั่นสะเทือนภายนอกในร่างกาย (extracorporeal shock wave lithotripsy/ESWT) อาจใช้ทำในผู้ป่วยบางกลุ่ม โดยใช้ ultrasound เพื่อที่จะชบนิ่วให้แตก ด้วย shock wave และ computerized lithotripter นิ่วที่เคลื่อนลงมาก็จะมีโอกาสมาติดและทำให้เกิดการอุดตันทางเดินน้ำดีจนเกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีอาการรุนแรงได้ นอกจากนี้หลังการรักษาผู้ป่วยยังต้องรับประทานยาสลายนิ่วต่อเนื่องไปอีกอย่างน้อย 2 ปี

2.3) การใส่โครงลวดถ่างขยาย (Biliary Stenting) โดยวิธีการส่องกล้องทางเดินน้ำดี (ERCP) เพื่อลดการอุดตันของท่อน้ำดี เป็นการรักษาแบบประคับประคองในรายที่ไม่สามารถทำการผ่าตัดได้ โครงลวดที่ใช้ในการถ่างขยายอาจเป็นโลหะหรือท่อพลาสติก

3. การรักษาด้วยการผ่าตัด พยาธิสภาพที่ต้องผ่าตัด คือ นิ่ว เนื้องอกและการตีบแคบของท่อน้ำดี เพื่อให้หน้าดีสามารถระบายได้ ภาวะแทรกซ้อนที่มักพบหลังผ่าตัด ได้แก่ เลือดออกจากแผลผ่าตัด การรั่วของน้ำดีจากท่อน้ำดี น้ำดีเข้าไปในช่องท้องเกิดการระคายเคืองและการอักเสบของเยื่อช่องท้อง ตัวเหลืองตาเหลืองจากการอุดตัน ตีบแคบของท่อน้ำดี (สงศรี รัตนมาลาวงศ์ และอารญา โถวรุ่งเรือง, 2558) การผ่าตัด มี 2 วิธี ดังนี้

3.1) การผ่าตัดส่องกล้องเอาถุงน้ำดีออก (laparoscopic cholecystectomy: LC) ซึ่งปัจจุบันเป็นวิธีที่นิยมเนื่องจากมีแผลผ่าตัดที่เล็กลง แต่ก็มีค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นและต้องมีศัลยแพทย์ที่เชี่ยวชาญเฉพาะ ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานได้ 2-3 วัน วิธีการผ่าตัด ภายหลังผู้ป่วยดมยาสลบแพทย์จะใส่กล้องเจาะรูเล็ก ๆ บริเวณหน้าท้อง 4 จุด ขนาดของรูประมาณ 0.5 ซม. 3 ตำแหน่ง และขนาด 1 ซม. ที่สะดืออีก 1 ตำแหน่ง และใส่แก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ความดันต่ำ เพื่อช่วยให้มีเนื้อที่ว่างที่จะทำให้ศัลยแพทย์มองเห็นอวัยวะต่าง ๆ ในช่องท้องได้อย่างชัดเจนและผ่าตัดถุงน้ำดีออก หากมีนิ่วในท่อน้ำดีก็สามารถเอานิวออกได้ หลังผ่าตัดอาจทำให้แก๊สคาร์บอนไดออกไซด์กดกระบังลมเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน และปวดไหล่ได้ ภาวะแทรกซ้อนอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ทางเดินน้ำดี การบาดเจ็บของหลอดเลือด อวัยวะในช่องท้องได้ (ธวัชชัย ตูลวรรธนะ, 2015) ดังแสดงในรูปที่ 4.2 (A)

3.2) การผ่าตัดเปิดเอาถุงน้ำดีออก (Open cholecystectomy: OC) ในปัจจุบันแพทย์จะเลือกใช้ในการผ่าตัดถุงน้ำดีที่มีอาการอักเสบมากหรือแตกทะลุในช่องท้อง หรือในกรณีทำผ่าตัดส่องกล้องไม่สำเร็จ โดยผู้ป่วยจะได้รับการดมยาสลบทั่วร่างกาย และแพทย์ดำเนินการผ่าตัด หลังผ่าตัดผู้ป่วยจะมีแผลผ่าตัดยาวประมาณ 10 ซม. ได้สายโครงด้านขวาในแนวเฉียง และใส่สาย NG tube เพื่อระบายสิ่งคัดหลั่งออกจากกระเพาะอาหาร ดังแสดงในรูปที่ 4.2 (B)



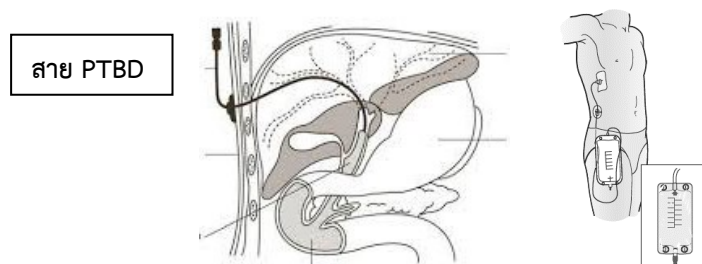
(A)

(B)

รูปที่ 4.2 แสดงการผ่าตัดส่องกล้องและการผ่าตัดเปิดเอาถุงน้ำดีออก

จาก <https://ac127.wordpress.com/2013/09/21/>

3.3) การผ่าตัดทำทางระบายน้ำดีออกมาภายนอก (percutaneous transhepatic biliary drainage: PTBD) เป็นท่อระบายน้ำดีภายในตับในผู้ป่วยที่มีอาการตีตันจากการอุดตันของทางเดินน้ำดี เป็นการรักษาในผู้ป่วยที่น้ำดีอุดตันและไม่สามารถทำการรักษาผ่านทาง endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) ได้สำเร็จ และเป็นการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งตับทุกชนิด



รูปที่ 4.3 แสดงการผ่าตัดทำทางระบายน้ำดีออกมาภายนอก

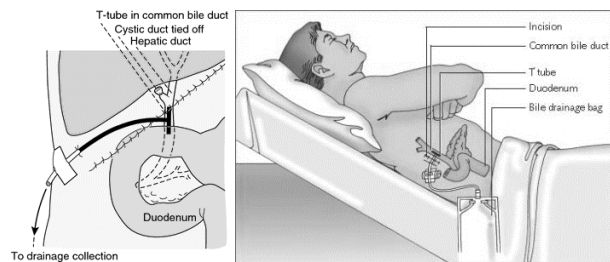
จาก <http://irg.am/arm/specialists/ir-interventions/artaqin-mmxs>

การเตรียมผู้ป่วยก่อนทำ PTBD การทำหัตถการ PTBD ที่แผนกเอ็กซเรย์ แพทย์จะอยู่ทางด้านขวาของผู้ป่วย ดังนั้น จึงแนะนำให้สารน้ำที่แขนซ้าย เพื่อให้สายเคาะระหว่างทำหัตถการ การเตรียมผู้ป่วยเหมือนกับการเตรียมผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทั่ว ๆ ไป คือ

- งดน้ำและอาหารก่อนตรวจอย่างน้อย 6 ชั่วโมง(ยกเว้นยาความดัน)
- ให้สารน้ำชดเชยระหว่างงดน้ำและอาหาร ซึ่งอาจให้เป็น 5% DN/2
- ให้อาปฏิชีวนะเพื่อลดการติดเชื้อโดยครอบคลุมเชื้อที่อยู่ในทางเดินน้ำดี อาจให้เป็น
- ceftriaxone 1 g iv ก่อนทำหัตถการ 1 ชั่วโมง

- ถ้าพนักงานที่ท้องผู้ป่วยมีขนเยอะ แนะนำ clean & shave พนักงานที่ท้องส่วนบน รวมถึง บริเวณชายโครงขวาด้วย

3.4) การผ่าตัดสำรวจท่อน้ำดี (CBD exploration) เพื่อเอานิ่วในท่อน้ำดีออก และจะมีการใส่ T-tube ซึ่งมีรูปร่างคล้ายตัวอักษรที (T) เพื่อเป็นท่อออกสู่ภายนอกร่างกายโดยแขนทั้งสองทำมุมฉากกับท่อน้ำดีรวม (common bile duct) ปลายด้านบนรับน้ำดีจากตับ (hepatic duct) ผ่านสู่ปลายอีกด้านลงสู่ duodenum (ส่งศรี รัตนมาลาวงศ์ และอารญา โถรุ่งเรือง, 2558)



รูปที่ 4.3 แสดงการผ่าตัดคาสาย T-tube

จาก <https://www.pinterest.at/pin/180073685077057638/>; <https://nursekey.com/t-tube-care/>

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดระบบทางเดินน้ำดี ที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะเลือดออกหลังผ่าตัด การรั่วของน้ำดีจากท่อน้ำดี (bile leakage) น้ำดีเข้าไปอยู่ในช่องท้อง (bile peritoneal) เกิดการระคายเคือง การอักเสบ และติดเชื้อในเยื่อช่องท้องทำให้มีอาการปวดท้อง กดเจ็บ ท้องอืด ตัวตาเหลือง (jaundice) จากการอุดตันหักพับของท่อระบายน้ำดี (T-tube drain) หรือการอุดตัน ดีบแคบของท่อน้ำดีทำให้เกิดภาวะตัวเหลืองตาเหลือง ปัสสาวะจะมีสีเหลืองเข้ม

การพยาบาลผู้ใหญ่ที่มีปัญหาในระบบทางเดินน้ำดี

1. การประเมินสภาพ (assessment) โดยการซักประวัติและตรวจร่างกาย การวิเคราะห์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แยกตามสาเหตุของความผิดปกติ สรุปดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 แสดงการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (อุษาวดี อัครวิเศษ, 2555; Black & Hawks, 2010; Hinkle & Cheever, 2018)

| ความผิดปกติ | การซักประวัติ | การตรวจร่างกาย | การตรวจทางห้องปฏิบัติการ |
|--|--|--|---|
| นิ่วในถุงน้ำดี (Gall stone) | <p>ซักประวัติอาการปวดท้องมีลักษณะเป็นๆหายๆ ปวดบริเวณใต้ลิ้นปี่ หรือใต้ชายโครงขวา ร้าวไปไหล่ขวา ใต้สะบักขวา แน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด อาหารไม่ย่อย โดยเฉพาะหลังรับประทานอาหารมัน ซักประวัติสาเหตุของการเกิดนิ่วในถุงน้ำดี ได้แก่ เพศหญิง ประวัติการใช้ยา เช่น ยาคุมกำเนิด ยาลดไขมัน โรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน</p>  <p>ตำแหน่งอาการปวดนิ่วในถุงน้ำดี</p> <p>จาก www.ehealthstar.com, hubpages.com</p> | <p>ชั่งน้ำหนัก พบว่า มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน (BMI > 25 kg/m²) มีตาเหลือง มีไข้ หนาวสั่น ปวดท้อง กดเจ็บบริเวณถุงน้ำดี (murphy's sign) โดยวางมือบริเวณถุงน้ำดี ให้ผู้ป่วยหายใจเข้าลึกๆ และหายใจออกโดยผู้ตรวจยังวางมือไว้ที่เดิม ผู้ป่วยจะเจ็บมากและกลั้นหายใจ</p> | <p>พบ WBC และ PMN สูงมาก ส่วนLFT มี ALP, AST, Bilirubin สูงขึ้นเล็กน้อย</p> |
| ถุงน้ำดีอักเสบ (Cholecystitis) | <p>มีประวัติอาการปวดท้อง แน่นท้อง เป็นๆ หายๆ หลังรับประทานอาหารมัน ท้องอืด อาการปวดรุนแรงเป็นพักๆ ตรงบริเวณใต้ลิ้นปี่ หรือใต้ชายโครงขวา อาจปวดมากร้าวไปที่ไหล่ขวา ใต้สะบักขวา อาการปวดบิดเฉียบพลัน (biliary colic) ในผู้ป่วยรายที่มีนิ่วอุดตันที่ cystic duct มีตาเหลือง ตัวเหลือง ปัสสาวะสีเข้ม</p> | <p>มีอาการปวดท้องรุนแรงเฉียบพลัน บริเวณใต้ชายโครงขวา ปวดแบบบิด มีไข้ คลื่นไส้ อาเจียน กดเจ็บใต้ชายโครงขวา</p> | <p>ตรวจพบ WBC และ PMN สูงมาก ส่วนLFT มี ALP, AST, Bilirubin สูงขึ้นเล็กน้อย</p> |
| นิ่วในท่อน้ำดีร่วม (Common bile duct stone) | <p>ปวดท้องตื้อๆหรือบิด (colicky) ที่บริเวณชายโครงขวาหรือลิ้นปี่ อาจร้าวไปหลังหรือสะบักขวาได้ มักเกิดอาการหลังรับประทานอาหารมื้อหนักๆ หรืออาหารมันมาก</p> | <p>กดเจ็บบริเวณชายโครงขวามาก มีไข้ หนาวสั่น ตัวตาเหลือง ปัสสาวะสีเข้ม อุจจาระสีซีด คันตามผิวหนัง</p> | <p>พบ WBC สูง ระดับ bilirubin, alkaline phosphatase (ALP), aspartate aminotransferase (AST), alanine aminotransferase (ALT) สูง</p> |

| ความผิดปกติ | การซักประวัติ | การตรวจร่างกาย | การตรวจทางห้องปฏิบัติการ |
|--|--|--|--|
| ท่อน้ำดีอักเสบ (Cholangitis) | มีประวัติ ปวดท้องบริเวณลิ้นปี่หรือใต้ชายโครงด้านขวา อาการท้องอืด อาหารไม่ย่อย การคลื่นไส้อาเจียน | ไข้ หนาวสั่น ตัวเหลืองตาเหลือง กดเจ็บที่บริเวณ ชายโครงขวา ตัวเหลือง ตาเหลือง พบในกลุ่มที่มี นิ่วในทางเดินน้ำดีและมีการอุดตันของท่อ ทางเดินน้ำดี | พบ WBC สูง, ระดับ bilirubin , ALP และ AST สูง |
| มะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma) | <ul style="list-style-type: none"> - ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางเดินน้ำดี ท่อน้ำดีอักเสบเรื้อรัง ลำไส้อักเสบเรื้อรัง - พฤติกรรมการรับประทานอาหารเนื้อสัตว์ดิบๆ สุกๆ พยายามไปไม่ในดับ การสัมผัสสารเคมี - อาการปวดท้องใต้ชายโครงขวา หรือท้องด้านขวาบน (right upper quadrant) ใต้ชายโครง ปวดท้องแบบตื้อๆ อาจมีอาการปวดหลังและไหล่ร่วมด้วย - อูจจาระสีซีด หรือสีเทา - ปัสสาวะมีสีเข้ม - มีไข้ไม่ทราบสาเหตุ เหนื่อย อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน - อาการคันตามผิวหนัง (Pruritus) อูจจาระสีซีด อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ผอมลง น้ำหนักลด | ตัวเหลือง ตาเหลือง (Jaundice) คลำพบก้อนใน ท้อง คลำพบตับ หรือคลำพบต่อมน้ำเหลือง มีไข้ มีภาวะท้องมาน (ascites) | <ul style="list-style-type: none"> - การทำงานของตับผิดปกติ (Liver function test) ได้แก่ ระดับ direct bilirubin, ALP, gamma-glutamyl transferase (GGT) สูง ถ้ามีการอุดตันทางเดินน้ำดี amino transferases เช่น AST, ALT, albumin, prothrombin time [PT] อาจปกติหรือผิดปกติ ในรายที่มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังกระดูก พบแคลเซียมสูง (hypercalcemia) - การตรวจสารบ่งชี้มะเร็ง (Tumor markers) ได้แก่ carbohydrate antigen 19-9 (CA 19-9) พบสูงกว่า 100 U/mL (ค่าปกติ < 40 U/mL) และ CEA สูง |

1.3) การตรวจพิเศษและการพยาบาลก่อนและหลังการตรวจ

1.3.1) การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasonography) เป็นการใช้คลื่นเสียงความถี่สูงผ่านทรานสดิวเซอร์ที่เป็นหัวตรวจ ผู้ตรวจวางทรานสดิวเซอร์บนผิวหนังบริเวณช่องท้องด้านบน (upper abdomen) เพื่อตรวจหาความผิดปกติของระบบทางเดินน้ำดี คลื่นเสียงผ่านเข้าไปในอวัยวะแล้วสะท้อนกลับมาเป็นภาพ

การปฏิบัติการพยาบาลก่อนตรวจ

- อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการตรวจและการปฏิบัติตัวในการตรวจ โดยไม่มีความเจ็บปวดใช้เวลาตรวจ 10-20 นาที เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและผู้ป่วยให้ความร่วมมือ
- งดน้ำและอาหาร อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงก่อนการตรวจ เพื่อให้เวลาถุงน้ำดีกักเก็บน้ำดีถุงน้ำดีจะขยายออก ทำให้เห็นพยาธิสภาพของถุงน้ำดีได้ชัดเจน และเพื่อลดปริมาณลม เศษอาหารในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก ซึ่งจะทำให้ช่วยเห็นตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดีได้ชัดเจน ผลการตรวจจะพบการขยายของท่อน้ำดีและขนาดที่เปลี่ยนแปลงไป หรือพบนิ่วในทางเดินหรือถุงน้ำดี

การปฏิบัติการพยาบาลหลังตรวจ ในผู้ป่วยรายที่ไม่พบความผิดปกติแพทย์อาจให้เริ่มรับประทานอาหารได้ แต่ในรายที่พบความผิดปกติของทางเดินน้ำดีอาจยังต้องงดน้ำและอาหารไว้ก่อนขึ้นอยู่กับแผนการรักษาของแพทย์

1.3.2) การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computed tomography scan: CT scan) ที่บริเวณช่องท้องด้านบนหรือ CT upper abdomen โดยมีการนำสารทึบรังสี (contrast media) ซึ่งมีส่วนประกอบของไอโอดีน มาใช้ช่วยในการตรวจเพื่อให้เห็นอวัยวะที่ตรวจได้ชัดเจน วิธีการให้สารทึบรังสีอาจให้ทางหลอดเลือดดำ การดื่ม หรือการสวนทางทวารหนัก สารทึบรังสีทำให้เกิดภาวะไตวายได้ โดยสารจะขับออกทางปัสสาวะ ในขณะที่ตรวจผู้ป่วยนอนบนเตียงตรวจและเข้าเครื่องตรวจคล้ายอุโมงค์

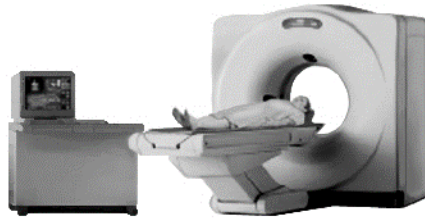
การปฏิบัติการพยาบาลก่อนตรวจ

- การให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอน วิธีการตรวจ การปฏิบัติตัวในขณะที่ตรวจ โดยเวลาตรวจประมาณ 30 นาที และอธิบายถึงผลข้างเคียงของสารทึบรังสีที่พบบ่อย คือ คลื่นไส้ อาเจียน ร้อนทั่วร่างกาย หรืออาจมีอาการแพ้ ได้แก่ ผื่นแดง คัน ใจสั่น หายใจไม่สะดวก หากมีอาการให้แจ้งพยาบาล ในขณะที่ตรวจให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกและกลืนหายใจ เพื่อให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือ
- ให้ผู้ป่วยเซ็นยินยอมเข้ารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ภายหลังให้ข้อมูล และอธิบายในสิ่งที่ผู้ป่วยสงสัย
- ชักประวัติการแพ้สารทึบรังสี ไอโอดีนหรืออาหารทะเล เนื่องจากสารทึบแสงมีส่วนประกอบของไอโอดีน หากมีต้องรายงานแพทย์
- ตรวจสอบผลการตรวจ Creatinine ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์ เนื่องจากสารทึบรังสีอาจทำให้เกิดไตวายได้

การปฏิบัติการพยาบาลหลังตรวจ

- ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำ 2,000-3,000 มล. ในผู้ป่วยรายที่ไม่ได้ดื่มน้ำและอาหารกระตุ้นให้ดื่มน้ำ ส่วนในผู้ป่วยที่ดื่มน้ำและอาหารดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ เนื่องจากสารทึบรังสีจะถูกขับออกทางปัสสาวะ

- บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าออก หากปัสสาวะน้อยกว่า 400 มล. ใน 24 ชม. ให้รายงานแพทย์
- สังเกตอาการแพ้สารทึบรังสีที่อาจเกิดภายใน 2-6 ชั่วโมงหลังตรวจ ได้แก่ อาการผื่นแดง คัน หายใจไม่สะดวก หัวใจเต้นเร็ว หากมีให้รายงานแพทย์
- บันทึกในรายงานกายพยาบาล (สุปาณี เสนาดิสัย, วรรณภา ประไพพานิช, 2560)



*ADAM.

รูปที่ 4.3 แสดงการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์

จาก <http://eclinicalworks.adam.com/content.aspx?productId=39&pid=1&gid=003330&print=1>

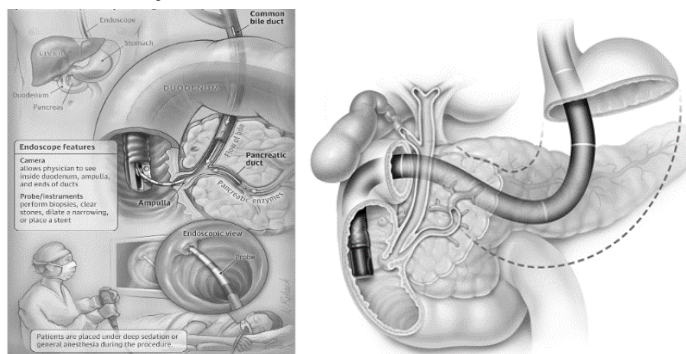
1.3.3) การตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic resonance imaging: MRI) เป็นการตรวจวินิจฉัยโรคด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าเป็นเครื่องมือที่ได้ภาพรายละเอียดและชัดเจนกว่าการตรวจวิธีอื่น จะพบว่ามี การอุดตันของท่อในตับอ่อนหรือท่อน้ำดีจาก นิ้ว เนื่องจาก ถุงน้ำหรือฝี

การปฏิบัติการพยาบาลก่อนตรวจ

- การให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอน วิธีการตรวจ การปฏิบัติตัวในขณะที่ตรวจ โดยเวลาตรวจประมาณ 30-90 นาที และเป็นการตรวจที่มีผลข้างเคียงน้อยมาก เพื่อให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือ
- ตรวจสอบข้อห้ามในการตรวจ ได้แก่ ผู้ที่มีโลหะอยู่ภายในร่างกาย เช่น เครื่องกระตุ้นหัวใจ แผลผ่าตัดที่เย็บลวด การมีเหล็กตาม ต้องรายงานแพทย์ เพราะคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าจะทำให้อุปกรณ์เหล่านี้เคลื่อนจากตำแหน่งเดิมและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์จะทำให้อุณหภูมิสูงขึ้นที่น้ำคร่ำและตัวเด็กทำให้เกิดอันตราย ผู้ป่วยที่สับสนนอนไม่นิ่ง และผู้ป่วยที่อาการไม่คงที่ ให้รายงานแพทย์ เพื่อป้องกันการเกิดอันตรายกับผู้ป่วย
- ให้ผู้ป่วยเซ็นยินยอมเข้ารับการตรวจหลังให้ข้อมูลและอธิบายในสิ่งที่ผู้ป่วยสงสัย
- ให้ผู้ป่วยถอดเครื่องประดับ เช่น นาฬิกา สร้อย ต่างหู กิ๊บ เข็มกลัดติดเสื้อ ฟันปลอม เครื่องช่วยฟัง โทรศัพท์มือถือ และสิ่งของที่เป็นโลหะทุกชนิด เช่น กุญแจ ปากกา บัตรที่มีแถบแม่เหล็ก ฯลฯ เพื่อให้ผลการตรวจชัดเจน
- ให้ผู้ป่วยปัสสาวะก่อนไปห้องตรวจเพื่อความสะดวกสบายเนื่องจากการตรวจใช้เวลาานาน

การปฏิบัติการพยาบาลหลังตรวจ ผู้ป่วยสามารถมีกิจกรรมได้ตามปกติ และบันทึกการตรวจในรายงานการพยาบาล

1.3.4) การส่องกล้องทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (Endoscopic retrograde cholangiopancreatography: ERCP) เป็นวิธีการตรวจท่อทางเดินน้ำดี (biliary system) และท่อน้ำย่อยตับอ่อน (pancreatic duct) โดยการส่องกล้อง (endoscope) ผ่านทางปากผ่านหลอดอาหาร กระเพาะ ลำไส้เล็กจนถึง ampulla of vater จากนั้นฉีดสารทึบรังสีเข้าไปในท่อทางเดินน้ำดีรวม (common bile duct) หรือท่อตับอ่อนแล้วบันทึกภาพเอกซเรย์ ผลตรวจอาจพบว่ามี เนื้องอก มีการตีบ หรือมีนิ่วในท่อน้ำดี ถุงน้ำของท่อน้ำดี การอักเสบของท่อน้ำดี (Black & Hawks, 2010) และยังสามารถตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) บริเวณที่สงสัยว่าจะมีพยาธิสภาพส่งตรวจได้ และให้การรักษาโรคทางเดินน้ำดีและตับอ่อนในผู้ป่วยบางราย เช่น การคล้องหรือขบนิ่วในทางเดินน้ำดีออก (stone removal) การใส่ท่อระบายน้ำดีคาไว้ (biliary stent) เป็นต้น ดังแสดงในรูปที่ 4.3



รูปที่ 4.3 แสดงการส่องกล้องตรวจและรักษาท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน

จาก <https://www.pinterest.com/pin/309129961920017112/>; <http://www.nkc-psu.org/new/index.php/service/procedure/10-endoscopic-retrograde-cholangio-pancreatography-ercp>

การปฏิบัติการพยาบาลก่อนและหลังตรวจส่องกล้องทางเดินน้ำดีและตับอ่อน

1. การปฏิบัติการพยาบาลก่อนการตรวจ ดังนี้

1.1 การเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจ โดย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอน วิธีการตรวจ ตั้งแต่แพทย์เริ่มพ่นยาชาที่คอทำให้บริเวณในคอไม่มีความรู้สึก ½-1 ชั่วโมง อาจรู้สึกแสบ บริเวณลำคอ ผู้ป่วย จะได้รับการจัดท่านอนตะแคงซ้าย ใส่อุปกรณ์กันลิ้นตก (oral airway) ทำขณะใส่คือแหงนศีรษะและเงยคาง ขณะแพทย์ใส่อุปกรณ์เข้าไปในปากให้ผู้ป่วยกลืน ระยะเวลาการตรวจ ½-1 ชั่วโมงเพื่อคลายความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือในขณะที่แพทย์ทำการตรวจ

1.2 การเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย โดย

- 1) ถ้าผู้ป่วยได้ยาละลายลิ่มเลือด ให้งดยา 7 วันก่อนทำการส่องกล้อง
- 2) ชักประวัติการแพ้สารทึบรังสี ไอโอดีนหรืออาหารทะเล หากมีต้องรายงานแพทย์
- 3) ดูแลให้ผู้ปวยงดอาหารและน้ำดื่มทุกชนิดทางปากก่อนตรวจ 8 ชั่วโมง ยกเว้นยา ลดความดันโลหิตถ้าต้องรับประทานให้ดื่มน้ำเพียงเล็กน้อย เพื่อป้องกันการสำลัก

- 4) ดูแลให้ผู้ป่วยแปรงฟัน และบ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปาก เพื่อป้องกันการติดเชื้อของช่องปากและทางเดินหายใจส่วนต้น ถอดฟันปลอมในเช้าวันตรวจเพื่อป้องกันฟันปลอมหลุดอุดตันทางเดินหายใจ
- 5) ให้ผู้ป่วยถอดเครื่องประดับที่เป็นโลหะออก เนื่องจากถ้ามีการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า โลหะจะเป็นตัวนำไฟฟ้าและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้
- 6) ดูแลให้ยา และสารน้ำก่อนเข้ารับการรักษาตามแผนการรักษา
- 7) แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยปัสสาวะก่อนไปห้องตรวจ

2. การปฏิบัติการพยาบาลหลังการตรวจ

2.1 ติดตามอาการแสดงการแพ้สารที่บ่งชี้ ได้แก่ ผื่นนูน ลมพิษ คลื่นไส้ อาเจียน ในรายที่แพ้รุนแรงมีอาการ anaphylactic shock ได้แก่ หลอดลมหดเกร็ง ความดันโลหิตต่ำ หากมีต้องรีบรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาแก้แพ้

2.2 วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง จากนั้นวัดทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนสัญญาณชีพคงที่ เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการตรวจ เช่น การทะลุของทางเดินอาหาร การมีเลือดออก ภาวะขาดออกซิเจน ถ้ามีความผิดปกติของสัญญาณชีพควรรายงานแพทย์

2.3 อธิบายให้ผู้ผู้ป่วยทราบว่า จะชาในลำคอประมาณ 1-2 ชม. ตรวจดู Gag reflex มีวิธีการตรวจโดย โดยใช้ไม้กัดลิ้นแตะผนังคอหรือกวาดโคนลิ้น ถ้าผู้ป่วยมีอาการขย้อนแสดงว่า gag reflex ปกติ จึงจะให้ผู้ผู้ป่วยจิบน้ำ ถ้าไม่สำลักจึงดื่ม น้ำ อาหารมื้อแรกควรจัดเป็นอาหารอ่อนไม่ร้อนเกินไป เพื่อป้องกันการเจ็บคอ แต่ในบางรายอาจยังต้องงดน้ำและอาหารต่อตามแผนการรักษาของแพทย์

2.4 สังเกตอาการตับอ่อนอักเสบและการติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่ มีไข้ต่ำ ๆ อาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน หากมีอาการให้รายงานแพทย์

2.5 ดูแลให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อในท่อทางเดินน้ำดีตามแผนการรักษาของแพทย์

การประเมินภาวะสุขภาพตามแบบประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แนวคิดของ NANDA-I ในแบบแผนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แบบแผนที่ 2 ภาวะโภชนาการ (nutrition) ในด้านสารน้ำและเกลือแร่ แบบแผนที่ 5 การรับรู้และความเข้าใจ (perception and cognitive) ในด้านการรับรู้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 แบบแผนที่ 9 ความทนและการปรับตัวต่อความเครียด (coping/stress tolerance) แบบแผนที่ 11 ความปลอดภัย/การป้องกัน (safety/protection) ในเรื่องการติดเชื้อ การบาดเจ็บทางร่างกาย การควบคุมอุณหภูมิ และแบบแผนที่ 12 ความสุขสบาย (comfort) ในด้านความสุขสบายทางร่างกาย

2. การวินิจฉัยการพยาบาล (nursing diagnosis) และการวางแผนการพยาบาล (planning)

นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินสภาพมาวินิจฉัยปัญหาการพยาบาล วางแผนการพยาบาล การตั้งเกณฑ์ผลลัพธ์ (nursing outcome) การปฏิบัติการพยาบาล (nursing intervention) และการประเมินผล ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัดที่พบบ่อย

1) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ปวดเฉียบพลันเนื่องจากการหดเกร็งของท่อน้ำดีจากการอักเสบ ติดเชื้อ หรืออุดตันของท่อน้ำดี

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยบอกปวดท้องมาก นอนงอตัว สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง มีความดันโลหิตสูงขึ้น หายใจเร็ว ชีพจรเต้นเร็ว สีหน้าไม่สุขสบาย pain score 8 คะแนน

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย บรรเทาอาการปวดท้อง

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น ไม่บอกปวดท้อง pain score น้อยกว่า 3 คะแนน สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ พักผ่อนได้

การปฏิบัติการพยาบาล

1. ประเมินลักษณะการปวด ตำแหน่ง ระดับความรุนแรงของการปวด อาการไม่สุขสบาย อื่นๆ และความต้องการการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความไม่สุขสบาย
2. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนและนอนท่า fowler's position (ศีรษะสูง 45-60 องศา) บริเวณเข่างอ 15-20 องศา เพื่อลดแรงดันของกระบังลมต่อบริเวณที่อักเสบและช่วยให้ลดอาการปวด
3. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อลดการกระตุ้นความเจ็บปวด
4. ใช้เทคนิคการควบคุมความปวดด้วยวิธีอื่น ๆ ร่วมกับการให้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยเลือกใช้ตามความพอใจ ได้แก่ เช่น การหายใจเข้าและลึกเพื่อลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อและลดความเจ็บปวด การจินตนาการเป็นภาพ (visual imagery and distraction) เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวด การดูทีวีหรือหนังเรื่องที่ชอบ การอ่านหนังสือ ฟังดนตรีหรือการคุยกับคนในครอบครัว การสะกดจิตตนเองเพื่อระงับอาการปวดเทคนิคการผ่อนคลาย การทำสมาธิ การเบี่ยงเบนความสนใจ การสัมผัส การนวดหลัง เพื่อส่งเสริมให้พักผ่อน
5. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา
6. ดูแลให้ดื่มน้ำและอาหารตามแผนการรักษา เพื่อลดการกระตุ้นการหลั่งน้ำดีและลดอาการปวด และให้ผู้ป่วยบ้วนปากหรือแปรงฟันเพื่อให้ปากชุ่มชื้นเกิดความสุขสบาย
7. ในรายที่รับประทานอาหารได้ดูแลให้อาหารไขมันต่ำ

การประเมินผล ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น ไม่ปวดท้อง pain score น้อยกว่า 3 คะแนน สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ พักผ่อนได้

2) ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล เกิดการติดเชื้อของทางเดินน้ำดี

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยปวดชายชายโครงด้านขวาไปไหล่ มีไข้ หนาวสั่น อุณหภูมิ 39⁰ซ
ผลตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้อง พบ ท่อน้ำดีรวมขยายตัว และพบนิ่วในถุงน้ำดี

ผลลัพธ์ทางการแพทย์พยาบาล

เกณฑ์การประเมินผล ไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อในทางเดินน้ำดี
สัญญาณชีพปกติ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติ

การปฏิบัติการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อในทางเดินน้ำดี
2. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา
3. บันทึกสัญญาณชีพ ทุก 4 ชม.
4. ถ้ามีไข้ ลดไข้โดยการทำ tepid sponge จัดสิ่งแวดล้อมให้ถ่ายเท เปิดพัดลม ทมผ้า บาง ๆ ให้ผู้ป่วย
5. ดูแลให้ได้รับน้ำเพียงพอ อาจเป็นสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของ แพทย์ ถ้าหากผู้ป่วยไม่ดื่มน้ำและอาหารทางปากกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอย่างน้อย 3,000 มล.ต่อวัน

3) ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล เสี่ยงต่อภาวะการขาดสารน้ำและเกลือแร่เนื่องจากการย่อย และการดูดซึมผิดปกติ

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยอ่อนเพลีย ได้รับการงดน้ำและอาหาร ผลตรวจ Na 135 mmol/L, K 3 mmol/L, Cl 100 mmol/L, CO₂ 24 mmol/L

ผลลัพธ์ทางการแพทย์พยาบาล ผู้ป่วยมีสารน้ำและเกลือแร่สมดุล

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ ปริมาณน้ำเข้า/น้ำออก คือ 1,500 มล./ 1,350 มล. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผลตรวจอิเล็กโทรไลต์ Na 135-145 mmol/L, K 3.5-5 mmol/L, Cl 96-113 mmol/L, CO₂ 22-26 mmol/L

การปฏิบัติการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรคและความจำเป็นในการงดน้ำ และอาหารทางปากและให้สิทธิในการตัดสินใจ ให้ความรู้ในการอธิบายและตอบข้อสงสัยโดยไม่แสดงอาการเรงรีบหรือเบื่อหน่าย
2. ประเมินภาวะขาดน้ำและสารอาหาร เช่น ลิ้นแห้ง ปากแตก เยื่อปากแห้ง โดยใช้ไม้พัน สำลึชุปน้ำเช็ดบริเวณเยื่อช่องปาก ลิ้น กระพุ้งแก้มและริมฝีปากเพื่อให้เกิดความชุ่มชื้น
3. ใส่สายยางจากจมูกสู่กระเพาะอาหารตามแผนการรักษา ดริงสายยางให้เหมาะสม หลีกเลี่ยงการกดและระคายเคืองจมูก
4. ดูแลและทำความสะอาดช่องปากบ่อย ๆ โดยเฉพาะหลังอาเจียน

5. ดูแลให้ยาแก้คลื่นไส้อาเจียนตามแผนการรักษา
6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำและโพแทสเซียมตามแผนการรักษา และจัดบันทึกจำนวนน้ำเข้าออก รวมทั้งสี ลักษณะและจำนวนของน้ำที่ดูออกมาจากกระเพาะอาหาร เพื่อประเมินความสมดุลของสารน้ำ
7. บันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชม.
8. ติดตามประเมินปริมาตรน้ำเข้า-ออก ทุก 4-8 ชม. และรายงานแพทย์ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 มล./กก./ชม.
9. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินภาวะขาดสารน้ำและอิเล็กโทรลัยท์ รวมทั้งติดตามผลการตรวจ blood urea nitrogen และ creatinine เพื่อดูการทำงานของไต ระบบไหลเวียนเลือด เป็นต้น

การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ ปริมาณน้ำเข้า/น้ำออก คือ 1,500 มล./ 1,350 มล. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผลตรวจอิเล็กโทรไลต์ Na 136 mEq/L, K 4 mEq/L, Cl 100 mEq/L, CO₂ 24 mEq/L

4) **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล** ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากการพรัองความรู้ก่อนและหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน ผล CT abdomen พบ gall stone ผู้ป่วยจะเข้ารับการผ่าตัดเอาถุงน้ำดีออก (cholecystectomy) ผู้ป่วยบอกว่า “ไม่ทราบว่าต้องดูแลตนเองอย่างไรในการผ่าตัด และหลังผ่าตัดมาจะเป็นอย่างไร” มีสีหน้าวิตกกังวล

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

- 1) ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามและสาธิตย้อนกลับในเรื่อง การหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ การเคลื่อนไหวโดยเร็ว การควบคุมความปวด
- 2) ผู้ป่วยมีความพร้อมในการเข้ารับการผ่าตัด
- 3) ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ ปอดแฟบ ปอดอักเสบ หลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน ท้องอืด ท้องผูก เป็นต้น

การปฏิบัติการพยาบาล

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการ ผลการผ่าตัด วิธีการและผลของการได้ยาระงับความรู้สึกอย่างคร่าวๆ สภาพผู้ป่วยและอุปกรณ์ที่จะติดตัวมาหลังผ่าตัด
2. อธิบายวิธีการเตรียมตัวของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ร่วมกับแผนการรักษาของแพทย์ประกอบด้วย

- การทำความสะอาดร่างกายตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า ได้แก่ อาบน้ำ สระผม ด้วยสบู่หรือน้ำยาทำลายเชื้อ ตัดเล็บ ลบสีทาเล็บเพื่อใช้ประเมินสีเล็บดูการไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลาย (capillary filling time) เป็นต้น

- การงดอาหารและน้ำทางปากก่อนผ่าตัด 6-8 ชั่วโมง หรือหลังเที่ยงคืนก่อนวันผ่าตัด เพื่อให้ทางเดินอาหารว่าง ป้องกันการสำลักอาหารเข้าระบบทางเดินหายใจ

- ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา

- ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ก่อนไปห้องผ่าตัด (pre-medication) เช่น ยาคลายวิตกกังวล ยาลดความดันโลหิตสูง ซึ่งจะให้ดื่มหรือน้ำน้อยที่สุดไม่เกิน 30 มล. ก่อนไปห้องผ่าตัด และบันทึกเวลาที่ให้ยา หลังให้ยาระวังผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุจากการง่วงซึม

- การเตรียมส่งตรวจและการเจาะเลือดเพื่อเตรียมเลือดก่อนผ่าตัดตามแผนการรักษา และหากผลการตรวจเลือดผิดปกติต้องรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาแก้ไขก่อนผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด

- การเตรียมยาและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการผ่าตัดตามแผนการรักษา

- การเซ็นต์ไบยินยอมการผ่าตัดโดย โดยต้องให้ข้อมูลการผ่าตัด ผลดี ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ก่อนเซ็นต์ไบยินยอมการผ่าตัด และมีญาติสายตรงเซ็นต์เป็นพยาน เพื่อป้องกันปัญหาทางกฎหมาย

- ให้ผู้ป่วยฝึกของมีค่า และถอดเครื่องประดับ อุปกรณ์ต่างๆ เช่น คอนแทคเลนส์ ฟันปลอม ที่ติดฟัน เครื่องกระตุ้นหัวใจ หากมีอุปกรณ์ที่ถอดออกไม่ได้ให้รายงานแพทย์หรือวิสัญญีแพทย์และบันทึกในแผ่นรายการตรวจสอบอุปกรณ์ก่อนเข้าห้องผ่าตัดให้ชัดเจน เนื่องจากการใส่เครื่องประดับและอุปกรณ์ต่างๆอาจทำให้เกิดความไม่ปลอดภัยในการผ่าตัด เช่น ไฟดูด ไฟไหม้ขณะใช้เครื่องจี้ ทางเดินหายใจอุดกั้นจากฟันปลอมหลุด เป็นต้น

4. สอนการออกกำลังกายบนเตียง (bed exercise) ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนลุกออกจากเตียงและเดินโดยเร็วเพื่อเป็นการเตรียมสภาพผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยมีการนอนราบมานาน ซึ่งเมื่อมีการเปลี่ยนท่าอาจทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่าได้ (postural hypotension and orthostatic hypotension) ประกอบด้วย การหายใจเข้าออกลึกๆ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การออกกำลังกายท่าทั้ง 2 ข้าง การพลิกตะแคงตัวบนเตียง และการลุกออกจากเตียงและการเดินโดยเร็ว (รายละเอียดอยู่ในบทที่ 1 การพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัด)

5. การควบคุมและบรรเทาอาการปวด โดยอธิบายถึงวิธีการประเมิน และการควบคุมความปวดของผู้ป่วย (รายละเอียดอยู่ในบทที่ 1 การพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัด)

การประเมินผล ผู้ป่วยตอบคำถามและสาธิตย้อนกลับในเรื่อง การหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ การเคลื่อนไหวโดยเร็ว การควบคุมความปวด ผู้ป่วยมีความพร้อมในการเข้ารับการผ่าตัด สัญญาณชีพก่อนผ่าตัดปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะหลังผ่าตัดที่พบบ่อย

1) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ปวดเฉียบพลันเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน หลังผ่าตัด open cholecystectomy วันที่ 1 มีแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง ใต้ชายโครงขวาแนวเฉียง ผู้ป่วยบอกปวดแผลมาก นอนนิ่งไม่เคลื่อนไหวร่างกาย สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง มีความดันโลหิตสูงขึ้น หายใจเร็ว ชีพจรเต้นเร็ว สีหน้าไม่สุขสบาย pain score 10 คะแนน

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย บรรเทาอาการปวดแผล

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น ไม่บอกปวดแผล pain score น้อยกว่า 3 คะแนน สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ชยับตัวบนเตียงได้

การปฏิบัติการพยาบาล

- ประเมินความปวดโดยใช้ numeric rating scale, verbal rating scale, face scale ร่วมกับประเมิน สีหน้า ท่าทาง หากยังไม่พินจากยาสลบให้ประเมินจากสัญญาณชีพ
- ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาโดยให้ morphine ทางหลอดเลือดดำและสังเกตอาการแทรกซ้อน คือ กตการหายใจ RR < 12 ครั้ง/นาที คลื่นไส้ อาเจียน หลังได้รับยา 30-60 นาที ประเมินความปวดซ้ำ
- การจัดทำศีรษะสูง หรือท่า semi fowler's position เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อน ลดความตึงของแผลที่ท้อง
- สอนให้ประคองแผลเวลาไอหรือขยับตัวเพื่อลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อการสิ้นสะเกือนแผล
- แนะนำการใช้เทคนิคผ่อนคลาย เช่น หายใจเข้าออกลึก ๆ ลึก ๆ และการเบี่ยงเบนความสนใจ
- ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนและช่วยเหลือในการทำกิจกรรม เช่น การพลิกตะแคงตัว การเช็ดตัว
- จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ลดการกระตุ้นผู้ป่วย
- แนะนำให้ทำ early ambulation (รายละเอียดอยู่ในบทที่ 1 การพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัด) เพื่อให้เลือดไหลเวียนดี แผลผ่าตัดหายเร็ว

การประเมินผล :ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น นอนหลับพักได้ พลิกตะแคงตัวบนเตียงเอง ปวดแผลเล็กน้อยเวลาขยับตัว คะแนนความปวด 3 คะแนน

2) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล: เสี่ยงต่อภาวะเลือดออก

ข้อมูลสนับสนุน มีประวัติเสียเลือดในท้องผ่าตัด 400 มล. แผลหน้าท้องมีเลือดซึม เล็กน้อย สารเหลวจากท่อระบายสีแดงสด ปริมาณ 50 มล.

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล เพื่อลดภาวะเลือดออก และให้ปริมาณเลือดไหลเวียนไปเลี้ยงร่างกายเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล ปริมาณเลือดที่ออกจากท่อระบายทรวงอกน้อยกว่า 400 มล./ชม. ใน 1 ชม., 200 มล./ชม.X 2 ชม., 100 มล./ชม. X 4 ชม. ไม่มีเลือดออกที่แผลผ่าตัด รู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ ชีพจรส่วนปลายแรง, capillary filling test <2 วินาทีผิวหนังอุ่นผล Hb, Hct. ปกติ ค่า CVP 6-12 มม.ปรอท ปัสสาวะออกมากกว่า 0.5 มล./กก./ชม.

การปฏิบัติการพยาบาล

- บันทึกสัญญาณชีพทุก ½ -1 ชม. ใน 12 ชม.แรก หลังจากนั้น ทุก 1 ชม.
- ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา
- สังเกตและบันทึกปริมาณเลือดที่ออกจากแผลผ่าตัดและสายระบาย เช่น ท่อระบาย gastric content ถ้าปริมาณเลือดที่ออกจากท่อระบายเป็นเลือดสด >400 มล./ชม. ใน 1 ชม., 200 มล./ชม.X 2 ชม., 100 มล./ชม. X 4 ชม. หรือมีภาวะ hypovolemia เช่น ความดันโลหิตต่ำ ปลายมือปลายเท้าเย็น ให้รีบรายงานแพทย์
- ดูแลการทำงานของสายระบายให้มีประสิทธิภาพ (รายละเอียดในบทที่ 2 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีท่อระบาย)
- ดูแลสายที่ใส่เข้าไปในกระเพาะอาหารต้องลงถุงพร้อมสังเกตสี และจำนวนของน้ำที่ถูกดูดออกมา
- ดูแลให้ผู้ป่วยบ้วนปากและฟัน เนื่องจากอาจเกิดปากแห้งจากการงดน้ำและอาหาร เพื่อให้เกิดความสบาย
- วัด CVP ตามแผนการรักษา
- ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อน และระวังการกระทบกระเทือนแผลผ่าตัด
- ดูแลให้สารน้ำและเลือด PRC, FFP ทดแทนตามแผนการรักษา
- ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hct. Hb

การประเมินผล : ผู้ป่วยมีปริมาณเลือดที่ออกจากท่อระบาย 20 มล./ชม. สีแดงจางๆ ไม่มีเลือดออกที่แผลผ่าตัด รู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ ชีพจรส่วนปลายแรง, capillary filling test 2 วินาทีผิวหนังอุ่นผล Hb, Hct. ปกติ ค่า CVP 7 มม.ปรอท ปัสสาวะออก 50 มล./ชม.

5) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสารน้ำและเกลือแร่ไม่สมดุล

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปิดตัดถุงน้ำดีออก วันที่ 2 ยังงดน้ำและอาหารทางปาก มี gastric content จาก NG tube สีเขียว ออก 100 มล./เวร อ่อนเพลีย การเคลื่อนไหวของลำไส้ 1-2 ครั้งต่อนาที

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมีสารน้ำและเกลือแร่สมดุล

เกณฑ์การประเมินผล ไม่มีอาการและอาการแสดงของ 1) ภาวะขาดน้ำ คือ ปากแห้ง กระหายน้ำ ผิวหนังขาดความตึงตัว อ่อนเพลีย ซีพจรเต้นเร็ว ปัสสาวะมีความถี่จำเพาะมากกว่า 1.030 2) ภาวะโซเดียมต่ำ คือ คลื่นไส้ อาเจียน สับสน สั่น อ่อนเพลีย มีตะคริว และ 3) ภาวะโพแทสเซียมต่ำ คือ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ซีพจรเต้นไม่สม่ำเสมอ คลื่นไส้ อาเจียน ซึ่มลงลำไส้มีการเคลื่อนไหวลดลง ปริมาณน้ำเข้าและน้ำออกสมดุล สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผลตรวจอิเล็กโทรไลต์ ปกติ Na 135-145 mmol/L, K 3.5-5 mmol/L, Cl 96-113 mmol/L, CO₂ 22-26 mmol/L

การปฏิบัติการพยาบาล

- ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ คือ ปากแห้ง กระหายน้ำ ผิวหนังขาดความตึงตัว อ่อนเพลีย ซีพจรเต้นเร็ว ปัสสาวะมีความถี่จำเพาะมากกว่า 1.030
- ฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะโซเดียมต่ำ คือ คลื่นไส้ อาเจียน สับสน สั่น อ่อนเพลีย มีตะคริว อาการโพแทสเซียมต่ำ คือ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ซีพจรเต้นไม่สม่ำเสมอ คลื่นไส้ อาเจียน ซึ่มลงลำไส้มีการเคลื่อนไหวลดลง
- บันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง
- ดูแลให้สารน้ำและสารอาหารทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา
- สังเกตสี ลักษณะ ปริมาณของสารเหลว (content) ที่ออกจาก NG tube ท่อระบาย ลักษณะอุจจาระปัสสาวะ ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์
- บันทึกจำนวนปัสสาวะทุก 4-8 ชั่วโมง ถ้าออกน้อยกว่า 0.5 มล./กก./ชม. ต้องรายงานแพทย์
- สังเกตและติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น อิเล็กโทรไลต์

การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ ปริมาณน้ำเข้า/น้ำออก คือ 1,500 มล./ 1,350 มล. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ยังไม่มีการตรวจอิเล็กโทรไลต์

6) **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล:** รูปแบบการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ/การขับเสมหะไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากปอดแผดผ่ตัดที่หน้าท้อง

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยหายใจเร็วตื่น อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที นอนนิ่งไม่ขยับตัว มีเสียงเสมหะในลำคอ

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ

เกณฑ์การประเมินผล ไม่มีอาการกระสับกระส่าย หอบเหนื่อย ใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ เขียว ขณะหายใจกล้ามเนื้อทรวงอกกับกล้ามเนื้อหน้าท้องเคลื่อนไหวสัมพันธ์กัน สัญญาณชีพปกติ อัตราการหายใจ 12-20 ครั้ง/นาที O₂sat มากกว่า 95% เสียงหายใจปกติ

การปฏิบัติการพยาบาล

- อธิบายสาเหตุและผลกระทบของการขับเสมหะหรือการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ
- จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่า semi-fowler's position หรือในท่านอนศีรษะสูง (fowler's position) เพราะในท่านี้จะช่วยให้กล้ามเนื้อกะบังลมลดต่ำและทำให้หดรัดตัวได้แรงดีส่งผลให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่
- ให้ผู้ป่วยใช้มือประสานกันพยุงแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง ใช้หมอนหรือผ้าสะอาดวางบนแผลและใช้มือ 2 ข้างวางทับอีกครั้งเพื่อช่วยลดการสะท้อนบริเวณแผลผ่าตัด
- สอนการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ และฝึกหายใจโดยใช้อุปกรณ์ (Incentive spirometer) (รายละเอียดอยู่ในเรื่องสอนการออกกำลังกายบนเตียง ในบทที่ 1 การพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัด)
- ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา
- ประเมินอาการของภาวะพร่องออกซิเจน การทำงานของปอด โดยฟังเสียง และประเมินการหายใจ ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์
- บันทึกสัญญาณชีพ, O₂ sat ทุก 4 ชม.
- ดูแลความสะอาดปากและฟัน
- ติดตามผลการตรวจ CXR, ABG

การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีอาการกระสับกระส่าย หายใจไม่หอบเหนื่อย สัญญาณชีพปกติ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที O₂sat มากกว่า 99% เสียงหายใจปกติ

7) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล: เสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด มีแผลหน้าท้องเป็นแผลเปิดยังไม่เย็บแผล มีท่อระบาย สิ่งคัดหลั่งสีขาวขุ่นชุ่มชื้น มีไข้ (BT 39°C) ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC พบ WBC 15,000 cell/cumm., Neutrophil 80 cell/cumm., Lymphocyte 15 cell/cumm.

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อของแผลผ่าตัด และส่งเสริมกระบวนการหายของแผล

เกณฑ์การประเมินผล สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.5-37.4⁰ซ ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที หายใจ 12-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90-140/60-90 มม.ปรอท CBC พบ WBC 5,000-10,000 cell/cumm. , Neutrophil 50-75 cell/cumm., Lymphocyte 20-30 cell/cumm. แผลที่หน้าท้องไม่มีการอักเสบ ปวด บวม แดง ร้อน ไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อในช่องท้อง ได้แก่ ปวดท้องหรือสัมผัสท้องแล้วปวด ท้องอืดหรือแน่นท้อง ไข้ คลื่นไส้และอาเจียน เบื่ออาหาร ถ่ายเหลว ลักษณะสารคัดหลั่งจากท่อระบายสีปกติ มีปริมาณลดลง

การปฏิบัติการพยาบาล

- สังเกตอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ได้แก่ แผลที่หน้าท้องไม่มีการอักเสบ ปวด บวม แดง ร้อน

- ประเมินลักษณะสิ่งคัดหลั่งที่ออกจากแผลผ่าตัดและท่อระบายทั้ง สี กลิ่น ปริมาณ หากผิดปกติ ได้แก่ สิ่งคัดหลั่งสีน้ำตาล แดงคล้ำ สีเขียวคล้ายน้ำดี ให้รายงานแพทย์

- ดูแลความสะอาดร่างกายของผู้ป่วย

- ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา

- วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชม.

- บันทึกน้ำเข้า-น้ำออกทุก 8 ชั่วโมง

- หากมีไข้ ดูแลเช็ดตัวลดไข้ และกระตุ้นให้ดื่มน้ำมากกว่า 3,000 มล./วัน (หากไม่มีข้อจำกัด) จัดสิ่งแวดล้อมให้อากาศถ่ายเท ดูแลให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษา

- ในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ และในช่วงแรกควรเป็นอาหารที่อ่อนโยนง่าย เพราะผู้ป่วยอาจยังมีอาการท้องอืดภายหลังการผ่าตัด ให้คำแนะนำผู้ป่วยให้รับประทานอาหารเพื่อส่งเสริมกระบวนการหายของแผล โดยเน้นการรับประทานสารอาหารในหมู่ ดังนี้ โปรตีน เช่น ไข่ ปลา คาร์โบไฮเดรต และอาหารที่มีไขมันต่ำ เช่น ข้าว แป้ง น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันดอกทานตะวัน หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารทอด มัน ครีม นม เนย มาร์การีน ถั่ว ซีอิ๊วโกแลต โดยค่อยๆปรับเพิ่มไขมันทีละน้อยถ้าไม่มีอาการแน่นท้อง ผักที่มีสีส้ม สีเหลือง และเขียวเข้ม เช่น แครอท ผักโขม ข้าวโพด มันฝรั่ง ฟักทอง คะน้า เป็นต้น

- ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC

- ดูแลทำความสะอาดแผลผ่าตัดที่มีท่อระบาย เพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ลดจำนวนเชื้อโรคและการระคายเคืองผิวหนัง ช่วยส่งเสริมการหายของแผล

- ดูแลท่อระบายไม่ให้หักพังงอ ติดพลาสติก ยึดสายให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม และจัดสายท่อระบายให้ตึงพอดี ไม่ตึงรั้ง การ擠บรูด (milking) สายท่อระบาย (วิธีการดูแลท่อระบายแต่ละชนิด รายละเอียดในบทที่ 2 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีท่อระบาย)

การประเมินผล ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 37.0°C ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/60 มม.ปรอท แผลที่หน้าท้องแห้งดี ไม่มี ปวด บวม แดง ร้อน ท้องยังอืด ไม่มีคลื่นไส้และอาเจียน สารคัดหลั่งจากท่อระบายสีเหลืองใส ปริมาณ 10-20 มล.ใน 8 ชม.

8) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เสี่ยงต่อการสูญเสียความสมบูรณ์ของผิวหนังจากการระคายเคืองจากการรั่วซึมของน้ำดี

ข้อมูลสนับสนุน มีน้ำดีรั่วซึม ชุ่มก้อซ ผิวหนังรอบท่อระบาย t-tube บวมแดง

ผลลัพธ์การพยาบาล คงไว้ซึ่งความสมบูรณ์ของผิวหนังและป้องกันการรั่วซึมของน้ำดี

เกณฑ์การประเมินผล ผิวหนังรอบท่อระบายสะอาดไม่มีผื่น/ บวม/ แดง หรือบวมแดงลดลง

การปฏิบัติการพยาบาล

- สังเกตอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อที่ผิวหนังรอบๆ T-tube ว่ามีการอักเสบปวด บวม แดง ร้อน สิ่งคัดหลั่งที่ออกจากแผลหรือไม่ ป้องกันการรั่วซึมของน้ำดีที่อาจระคายเคืองต่อผิวหนัง
- สังเกตและบันทึกปริมาณ สีของน้ำดีที่ออกจากท่อระบาย T-tube โดยปกติ น้ำดีอาจออกมากใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ประมาณ 300-500 มล. และลดลงน้อยกว่า 200 มล. หลังผ่าตัด 3-4 วัน
- รายงานแพทย์หากมีความผิดปกติ ได้แก่ น้ำดีเพิ่มมากขึ้นหลังจากก่อนหน้านั้นมีปริมาณลดลง น้ำดีมีกลิ่นผิดปกติ หรือเป็นหนอง
- ดูแลให้ท่อระบาย T-tube ต่อดึงและให้ถุงอยู่ต่ำกว่าแผลเนื่องจากระบบการไหลของ T-tube ใช้หลักแรงดึงดูดโลกทำให้น้ำดีระบายได้ดี และเพื่อป้องกันการไหลย้อนกลับของน้ำดี
- จัดให้ผู้ป่วยนั่งในท่า fowler's position หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง เพื่อ T-tube ระบายได้ตามแรงโน้มถ่วงและกล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัวผู้ป่วยสบายขึ้น
- ทำความสะอาดแผลรอบ T-tube ทุกวันเพื่อป้องกันการติดเชื้อ
- ดูแลสาย T-tube ไม่ให้หัก พับ งอ ระวังการดึงรั้ง เลื่อนหลุด เพื่อให้ น้ำดีระบายได้ดีและป้องกันการเลื่อนหลุดของสายระบายน้ำดี

การประเมินผล ผิวหนังรอบท่อระบายสะอาดไม่มีผื่น/ บวม/ แดง

9) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ขาดความรู้ในการดูแลตนเองที่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยบอกว่า *ไม่ทราบว่าต้องดูแลตนเองอย่างไร*

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองที่บ้าน

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามหรือบอกเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เรื่อง เรื่อง ความผิดปกติของระบบน้ำดี การดูแลแผล การรับประทานยาและอาหาร การออกกำลังกาย การจัดสิ่งแวดล้อม การมาตรวจตามนัดและอาการผิดปกติที่ต้องมาก่อนนัด

การปฏิบัติการพยาบาล

1. วางแผนร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเมื่อกลับบ้านในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่าตัดและได้รับการให้ยา แนะนำการดูแลตนเองเกี่ยวกับอาหาร กิจกรรมที่ควรงดการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ เช่น ผู้ป่วยที่มีการอักเสบของถุงน้ำดีเรื้อรังแนะนำให้รับประทานไขมันต่ำและลดน้ำหนัก อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง เช่น เนื้อติดมัน อาหารทอด บันทึกอาหารที่รับประทานแต่ละวันและชั่งน้ำหนักตัวทุกสัปดาห์

2. กรณีผู้ป่วยมี T- tube drain ติดตัวกลับบ้าน

- อธิบายให้ทราบจุดประสงค์ของการใส่ T-tube

- แนะนำการรักษาความสะอาดผิวหนังรอบท่อระบายน้ำดีด้วยน้ำเกลือปราศจากเชื้อทุกวัน

และสังเกตผิวหนังรอบสายระบายว่ามีลักษณะผิดปกติ บวมแดง มีหนอง ผิดปกติควรกลับมาพบแพทย์

- ให้น้ำออกจากถุงรองรับวันละ 1 ครั้ง และให้เช็ดด้วยแอลกอฮอล์ก่อนและหลังน้ำดีออกจากของถุง
 - วางถุงรองรับน้ำดีต่ำกว่าตัวเสมอ
 - แนะนำให้บันทึกลักษณะ สี จำนวนของน้ำดีที่ไหลออกในแต่ละวัน และนำผลการบันทึกมาให้แพทย์ดูเมื่อมาพบแพทย์ตามนัด
 - แนะนำให้ทำความสะอาดแผลที่อนามัยใกล้บ้านวันละ 1 ครั้ง
3. แนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร ควรรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำในระยะแรกหลังผ่าตัด หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารทอด มัน ครีม นม เนย มาร์การีน ถั่ว ช็อกโกแลต โดยค่อยๆปรับเพิ่มไขมันทีละน้อยถ้าไม่มีอาการแน่นท้อง
4. แนะนำการใช้ยา อาการข้างเคียงของยา และอธิบายให้เห็นความสำคัญของการใช้ยาตามแผนการรักษา เช่น ปฏิชีวนะ
5. ควรออกกำลังกายตามความสามารถที่จะทำได้ สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ ตามปกติ แต่ไม่ควรยกของหนัก 6 สัปดาห์หลังผ่าตัด หลีกเลี่ยงการทำงานหนักในระยะแรกหลังผ่าตัด 3 เดือน
6. แนะนำผู้ป่วยที่ผ่าตัดโดยการส่องกล้องว่าสามารถมีกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติและกลับไปทำงานได้ภายใน 2-3 วัน
7. แนะนำผู้ป่วยและญาติสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ เช่น มีไข้โดยไม่ทราบสาเหตุ เจ็บบริเวณชายโครง ปวดแน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ตัวเหลือง ตาเหลือง ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม อุจจาระสีซีด น้ำดีมีสีผิดปกติมีกลิ่นเหม็นและขุ่น ไหลไม่สะดวกและออกจำนวนน้อย ถ้ามีอาการดังกล่าวเพียงอาการเดียวหรือหลายอาการควรรีบมาพบแพทย์ก่อนกำหนด
8. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบความสำคัญของการมาพบแพทย์ตามนัด และมาตามนัดทุกครั้ง
9. ให้ความสอถามสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัววิตกกังวลให้ข้อมูลจัดหาเอกสารหรือข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อนำไปทบทวนและเป็นแนวทางในการดูแลตนเองที่บ้าน

การประเมินผล ผู้ป่วยตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัด เรื่อง ความผิดปกติของระบบน้ำดี การดูแลแผล การรับประทานยาและอาหาร การออกกำลังกาย การจัดสิ่งแวดล้อม การมาตรวจตามนัดและอาการผิดปกติที่ต้องมาก่อนนัด

สรุป การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางศัลยกรรมระบบทางเดินน้ำดี ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด โดยการประเมินหาสาเหตุของความผิดปกติ การดูแลเพื่อบรรเทาอาการปวด การลดการติดเชื้อ การดูแลเพื่อให้เกิดความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ การเตรียมความพร้อมในการตรวจวินิจฉัย และการผ่าตัดรวมทั้งการดูแลภายหลังผ่าตัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิด การฟื้นฟูสภาพ และการให้ความรู้ผู้ป่วยในการดูแลตนเองที่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

- ธวัชชัย ตูลวรรณนะ. (2015). วิธีการผ่าตัดถุงน้ำดีที่ปลอดภัยโดยวิธีส่องกล้อง เพื่อป้องกันการเกิดภัยอันตรายต่อท่อทางเดินน้ำดี. *Journal of Medicine and Health Sciences*, 22(1); 49-57.
- ศิริรัตน์ ปานอุทัย และทิพาพร วงศ์หงส์กุล. (2562). *การปฏิบัติการพยาบาลทางอายุรกรรม*. เชียงใหม่: สิ่งพิมพ์และบรรณภัณฑ์ สมาร์ท โคตรตั้ง แอนด์ เซอร์วิส จำกัด.
- ส่งศรี รัตนมาลาวงศ์ และอารญา โถวรุ่งเรือง. (2558). *คู่มือปฏิบัติการพยาบาลทางศัลยกรรม*. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดีการพิมพ์.
- สุปาณี เสนาดิสัย, วรรณภา ประไพพานิช. (2560). *การพยาบาลพื้นฐาน*. กรุงเทพฯ : จุดทอง.
- อุษาวดี อัครวิเศษ. (2555). *สาระหลักทางการพยาบาลศัลยศาสตร์ 2* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เอนพีเพลส จำกัด.
- Black, J. M. & Hawks, J. H. (2010). *Medical-Surgical nursing* (8th edition). Saunders Elsevier.
- Hinkle, J. L., Cheever, K. H. (2018). *Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-surgical Nursing*. Lippincott Williams & Wilkins.