



โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร
Jainad Narendra Hospital

ผลงานวิชาการ

โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร



การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในการผ่าตัดนิ่วในท่อน้ำดีผ่านกล้อง ตรวจทางเดินน้ำดีและท่อน้ำดี (Endoscopic retrograde cholangiopancreatography : ERCP)

ธิตติมาภินันท์ สุขบาล *

บทคัดย่อ

บทนำ

การผ่าตัดนิ่วในท่อน้ำดีผ่านกล้องตรวจทางเดินน้ำดีและท่อน้ำดี มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ในระหว่างและหลังผ่าตัด วิทยาลัยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการวางแผนดูแลในการให้การระงับความรู้สึกอย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดนิ่วในท่อน้ำดีผ่านกล้องตรวจทางเดินน้ำดีและท่อน้ำดี

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 54 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดจุกแน่นใต้ลิ้นปี่เป็นๆหายๆ ก่อนมาโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ ได้รับการวินิจฉัย นิ่วในท่อน้ำดี (Common bile duct stone) วางแผนทำผ่าตัดผ่านกล้องตรวจทางเดินน้ำดีและท่อน้ำดี (Endoscopic retrograde cholangiopancreatography : ERCP) วิทยาลัยพยาบาลประเมินความเสี่ยงทางวิสัญญีวิทยาตามเกณฑ์ของสมาคมอเมริกา ผู้ป่วยจัดอยู่ในความเสี่ยงต่อการผ่าตัดระดับ 3 (Physical status class 3) จากมีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง ไ้ไขมันในเลือดสูง และโรคอ้วน ผลการตรวจประเมินร่างกายก่อนการผ่าตัดพบผลเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ คลื่นไฟฟ้าหัวใจและภาพถ่ายรังสีทรวงอกปกติ เตรียมเลือดสำหรับการผ่าตัด 1 ถุง ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (General anesthesia) ใต้ท่อช่วยหายใจและให้ยาระงับความรู้สึกแบบ Balanced technique ควบคุมการหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจแบบควบคุมปริมาตร (Ventilated tidal volume) 550 ซีซี อัตราการหายใจ 14 ครั้ง/นาที จัดท่านอนตะแคง (Lateral decubitus position) ติดตามการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ทุก 5 นาทีหรือน้อยกว่า 5 นาที เมื่อผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงที่เสี่ยงต่อชีวิต ทำการผ่าตัด 2 ชั่วโมง 40 นาที ขณะผ่าตัดไม่เสียเลือด ได้รับสารน้ำทดแทน หลังเสร็จการผ่าตัดสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ ผู้ป่วยตื่นดี หายใจเองได้ดี ได้รับการดูแลหลังการระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้นแล้วส่งกลับหอผู้ป่วย ปัญหาทางการพยาบาลที่ต้องให้ความสำคัญ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือระยะเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด การควบคุมโรคประจำตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ก่อนเข้ารับการผ่าตัด ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลต่อการผ่าตัด ระยะระหว่างผ่าตัดผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

การใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก ภาวะสำลักเศษอาหารเข้าปอด ภาวะแทรกซ้อนการกดทับในท่าตะแคง การแพ้สารทึบแสง และระยะหลังผ่าตัดมีโอกาสเกิดเลือดออกในระบบทางเดินอาหารและมีอาการท้องอืด หลังผ่าตัดวันที่ 2 ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด แพทย์จึงจำหน่ายกลับบ้านและนัดติดตามอาการแบบผู้ป่วยนอก รวมวันนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 3 วัน

สรุปผลกรณีศึกษา

ผู้ป่วยปลอดภัยจากการผ่าตัดและให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย วิทยาลัยพยาบาลต้องมียุทธศาสตร์และทักษะความชำนาญในการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตจากการผ่าตัดได้

คำสำคัญ

นิ่วในท่อน้ำดี การส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและท่อน้ำดี การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

บทนำ

โรคนิ่วในท่อน้ำดี (Common bile duct stone) เป็นนิ่วที่เกิดในท่อน้ำดี มีลักษณะเป็นก้อนคล้ายหินหรือตะกอนดิน เกิดจากการเปลี่ยนแปลงหรือเสียสมดุลของน้ำดี ในประเทศไทยพบผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขด้วยโรคนิ่วในระบบท่อน้ำดีและถุงน้ำดี 78,995 ราย (กองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข, 2562) พบมากในเพศหญิง และเพศชายที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ผู้ป่วยโรคอ้วน ตำแหน่งที่พบบ่อยคือ ส่วนปลายท่อน้ำดีก่อนเข้าสู่ลำไส้เล็ก ร้อยละ 10-20 ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 เป็นชนิดไม่มีอาการ กลุ่มที่มีอาการจะคล้ายโรคลำไส้ หรือโรคกระเพาะมาก และจำเป็นต้องรักษาทันที ผู้ป่วยมีอาการจากนิ่วครั้งแรกแล้วโอกาสเกิดอาการรุนแรง หรือโรคแทรกซ้อนจะสูงมาก หากปล่อยไว้จะมีอาการซ้ำ และอาจรุนแรงมากขึ้นถึงระดับเสียชีวิต

จากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร 3 ปี 2564, 2565, 2566 แผนกศัลยกรรมทั่วไป มีจำนวนผู้ป่วยนิ่วในท่อน้ำดี 117 ราย, 49 ราย และ 110 ราย ตามลำดับ โดยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดผ่านกล้องและตรวจท่อน้ำดีและท่อน้ำดี (ERCP) – ราย (ส่งตัวไปรักษาโรงพยาบาลอื่น), 43 ราย และ 52 รายตามลำดับ (ข้อมูลสถิติโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร, 2566) การผ่าตัดนิ่วในท่อน้ำดี ผ่านกล้องและตรวจท่อน้ำดีและท่อน้ำดีเป็นการผ่าตัดที่มีความซับซ้อน มีการใช้เครื่องมือจลศัลยกรรมในการผ่าตัดร่วมกับฉีดสารทึบแสงพร้อมกับถ่ายภาพเอกซเรย์ในการผ่าตัด ซึ่งการจัดทำผ่าตัดให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยเป็นบทบาทสำคัญของวิทยาลัยพยาบาล ต้องจัดทำผู้ป่วยให้อยู่ในท่านอนตะแคง ที่ต้องร่วมมือกับวิสัญญีแพทย์ ทีมศัลยแพทย์ และ

พยายามห้อยผ้าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนกดทับบริเวณใบหน้า เกิดแผลถลอกที่กระจกตา (cornea abrasion) ตาพร่าจาก artery thrombosis จากการกดทับบริเวณศีรษะ ทำให้เลือดไปเลี้ยงตาลดลง การกดทับเส้นประสาทและหลอดเลือด axillary ระบบหายใจไม่สมดุลระหว่าง Ventilation และ Perfusion เป็นเหตุให้เกิดภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ รวมทั้งการบาดเจ็บของเส้นประสาท peroneal (พาพิรุณ น้อยตาแสง, สุวิมล ต่างวิวัฒน์, 2558)

ดังนั้นวิสัญญีพยาบาลเป็นบุคลากรหนึ่งในทีมสุขภาพที่ใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติกรพยาบาล การประเมินความต้องการของผู้ป่วย กำหนดแผนการพยาบาลที่มีความจำเพาะเจาะจงแก่ผู้ป่วยแต่ละราย ตั้งแต่ระยะก่อนการผ่าตัด ระยะวิกฤตหลังผ่าตัด ระยะการดูแลต่อเนื่องฟื้นฟูสภาพและระยะจำหน่าย ตามบทบาทหน้าที่อิสระของวิชาชีพการพยาบาล ช่วยให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนผ่านจากระยะวิกฤตสู่การฟื้นตัวที่รวดเร็ว สามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ไม่เป็นภาระของครอบครัว ลดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดนี้ในท่อน้ำดีต่อไป

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทยวัย 54 ปี สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ

อาการสำคัญ : ปวดจุกเสียดใต้ลิ้นปี่ เป็นๆหายๆ ก่อนมาโรงพยาบาล 2 สัปดาห์

วันที่แพทย์นัดผ่าตัด : วันที่ 19 เมษายน พ.ศ. 2566 ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ปวดจุกเสียดใต้ลิ้นปี่ มีไข้ หนาวสั่นรับการรักษาที่โรงพยาบาลชยันนาทนเรนทร โดยได้รับยาฆ่าเชื้อและยาแก้ปวด อาการทุเลาก่อน มาโรงพยาบาล 2 สัปดาห์มีอาการปวดจุกเสียดใต้ลิ้นปี่มากขึ้น วันนี้แพทย์นัดมาผ่าตัด

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือด 10 ปี รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิสามารถควบคุมความดันโลหิตและระดับไขมันในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : ลักษณะรูปร่างอ้วน น้ำหนัก 78 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร BMI 30.47 กิโลกรัม/ตารางเมตร

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิ 37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 138/74 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98 เปอร์เซ็นต์

ผิวหนัง : ผิวขาว ไม่มีอาการบวม ไม่มีภาวะตัวเหลือง ไม่มีง้ำเลือดหรือจุดเลือดออก

ศีรษะและใบหน้า : ศีรษะรูปร่างปกติ ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุบริเวณใบหน้าและศีรษะ ไม่มีอาการปวดศีรษะ

ตา : ตาเท่ากันทั้ง 2 ข้าง เปลือกตาชมพู ไม่มีตาเหลือง การมองเห็นปกติ pupil 3 min RTL BE

หู : หูทั้ง 2 ข้างได้ยินปกติ ไม่มีเสียงผิดปกติใดๆ ไม่มีสารคัดหลั่งที่ผิดปกติออกจากหูทั้ง 2 ข้าง

จมูก : ใต้กลิ่นปกติ ไม่มีเลือดออกและไม่มีสารคัดหลั่งที่ผิดปกติ

ช่องปากและคอ : ฟันไม่ครบ 32 ซี่ ฟันบนหน้ายื่น ไม่มีฟันปลอมและไม่มีแผลในปาก พูดเสียงปกติชัดเจน

คอและต่อมน้ำเหลือง : ต่อมน้ำเหลืองไม่โต ไม่พบก้อนใดๆ

ทรวงอกและระบบทางเดินหายใจ : รูปร่างทรวงอกปกติ การเคลื่อนไหวของทรวงอกเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ฟังปอดได้ยินเสียงลมชัดเจน หายใจสม่ำเสมอ

ระบบหัวใจและการไหลเวียนโลหิต : อัตราการเต้นของหัวใจ 82 ครั้ง/นาที เต้นสม่ำเสมอ ฟังเสียงหัวใจปกติ เส้นเลือดดำที่คอไม่โป่งพอง ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98 เปอร์เซ็นต์

ระบบทางเดินอาหารและท้อง : รูปร่างท้องปกติ การขับถ่ายปกติ

ระบบกล้ามเนื้อ แขน ขา กระดูกและข้อ : เคลื่อนไหวร่างกายได้ปกติ ไม่มีแขนขาบวม ไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรงไม่มีอาการปวดตามข้อต่างๆ

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี Coma score E₄V₅M₆

ระบบทางเดินปัสสาวะ : ปกติ ขับถ่ายปัสสาวะ ได้เอง

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Chest x-ray ไม่พบความผิดปกติ, EKG normal sinus rhythm, CT

Hematology : CBC Hct.31.3 % ,Hb 10.2 g/ dl, Platelet 221,000 cells/cumm, PT 12.6sec,

PTT 24.0 sec, INR 0.92 Clinical chemistry : BUN 13.5 mg/dl , Creatinine 0.19 mg/dl

eGFR 85.34 ml/min/1.73m², Sodium 139 mmol/L, Potassium 3.15 mmol/L,

CL102 mmol/L, CO₂ 28 mmol/L, FBS 86 mg Liver function test : SGOT 27 mg/dl, SGPT 29 U/L,

ALP 78, Total bilirubin 0.38 Lipid profile total cholesterol Triglycerides 115

การประเมินสภาพผู้ป่วย

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ปวดจุกใต้ลิ้นปี่ pain score 2 สีหน้าวิตกกังวล อุณหภูมิ 37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 147/66 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ระยะก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1

ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงก่อนเข้ารับการระงับความรู้สึก

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกกังวลว่าถ้านอนไม่หลับความดันโลหิตจะสูง
2. ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง ความดันโลหิต 139/88 มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์

เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง

เกณฑ์การประเมินผล

ความดันโลหิตก่อนการระงับความรู้สึกแบบผ่าตัดล่วงหน้า Systolic ไม่เกิน 180 มิลลิเมตรปรอท Diastolic 110 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. พุดคุยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย
2. สังเกตอาการและการแสดงเพื่อประเมินอาการและให้การพยาบาลที่เหมาะสม
3. วัดความดันทุก 4 ชั่วโมงเพื่อประเมินระดับความดันโลหิตและให้การพยาบาล
4. ดูแลให้ขาดความดันโลหิต และยาคลายกังวลตามแผนการรักษาของแพทย์
5. อธิบายพยาธิสภาพแบบง่ายๆและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติ
6. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถาม
7. จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ไม่มีสิ่งรบกวน สงบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน

ประเมินผล

ความดันโลหิตอยู่ในช่วง Systolic 138-145 มิลลิเมตรปรอท Diastolic 81-88 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2

ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังได้รับยาระงับความรู้สึก

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยสอบถามเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนการระงับความรู้สึก
2. ผู้ป่วยไม่เคยได้รับการระงับความรู้สึกมาก่อน
3. สีหน้าท่าทางวิตกกังวล

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงการปฏิบัติตนก่อนและหลังการระงับความรู้สึก

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถบอกการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดได้
2. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลให้ความร่วมมือในการผ่าตัด สีหน้าสดชื่นแจ่มใส

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความวิตกกังวลเพื่อลดความกดดัน

ทางอารมณ์และรับฟังผู้ป่วยด้วยความตั้งใจ

2. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงการเตรียมตัวก่อนและหลังการระงับความรู้สึก เช่น การงดน้ำงดอาหารหลังเที่ยงคืน เพื่อป้องกันการสำลักอาหารเข้าหลอดลมและปอด ถอดโลหะทุกชนิดเพื่อความปลอดภัยในการการใช้อุปกรณ์ต่างๆในห้องผ่าตัด ดูแลความสะอาดร่างกาย ปากฟัน เพื่อลดการติดเชื้อ

3. แนะนำการหายใจอย่างถูกวิธี โดยการหายใจเข้าทางจมูกลึกๆให้ท้องป่อง หายใจออกทางปากช้าๆให้ท้องแฟบ เพื่อให้ปอดขยายได้เต็มที่และป้องกันภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ หลังผ่าตัด เช่น ปอดแฟบ สอนการไออย่างมีประสิทธิภาพ โดยสูดหายใจเข้าลึกๆแล้วกลืนไว้และไอออกมาแรงๆ จะทำให้สามารถไอเอาเสมหะออกได้ง่าย

4. อธิบายขั้นตอนการระงับความรู้สึกและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายร่วมกับการใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งอาจมีอาการเจ็บคอ คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ในวันแรกหลังการระงับความรู้สึก อาการเหล่านี้จะค่อยๆทุเลาในวันต่อมา และผู้ป่วยอาจเสี่ยงต่อการบาดเจ็บต่อดวงตา ผิวหนัง กล้ามเนื้อและเส้นประสาทถูกกดทับจากการจัดท่านอนตะแคง โดยหลังผ่าตัดเสร็จและถอดท่อช่วยหายใจแล้วผู้ป่วยจะถูกส่งมาสังเกตอาการ ที่ห้องพักรักษาตัวประมาณ 1 ชั่วโมง จนกว่าจะตื่นดี หรือไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆแล้วจึงส่งผู้ป่วยกลับบ้าน

5. สอนวิธีการประเมินความปวดด้วยตัวเอง โดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวดแบบตัวเลข อธิบายวิธีโดยให้คะแนนเป็นตัวเลข 0-10 (0 หมายถึงไม่ปวดเลย 10 หมายถึงปวดมากที่สุด) และแนะนำเรื่องการขอยาบรรเทาปวดหลังผ่าตัดเมื่อเริ่มมีคะแนนระดับความปวดมากกว่า 3

6. แนะนำให้ผู้ป่วยพักผ่อนให้เพียงพอในคืนวันก่อนผ่าตัด ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาและจัดสิ่งแวดล้อมให้มืด สงบ เย็นสบาย เหมาะกับการพักผ่อน

ประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นและสามารถบอกการปฏิบัติตนก่อนและหลังการผ่าตัดได้

2. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล สีหน้าแจ่มใส ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

ระยะเวลาให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3

ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจยาก

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยมี BMI 30.47 กิโลกรัม/ตารางเมตร รูปร่างอ้วนคอสั้น มีฟันบนหน้ายื่น 2 ซี่

วัตถุประสงค์

เพื่อให้สามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ใส่ท่อช่วยหายใจได้อย่างราบรื่น ใส่ท่อช่วยหายใจได้ภายใน 90 วินาที
2. ค่าความอึดตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงอยู่ในช่วง 95-100 เปอร์เซ็นต์

กิจกรรมการพยาบาล

1. เตรียมอุปกรณ์ในการใส่ท่อช่วยหายใจให้พร้อม เช่น อุปกรณ์ให้ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ Face mask ที่มีขนาดเหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นต้น รวมถึงอุปกรณ์สำหรับใส่ท่อช่วยหายใจยาก เช่น Video laryngoscope
2. เตรียมยาเพื่อการใส่ท่อช่วยหายใจ ยานาสลบ ยาหย่อนกล้ามเนื้อ ยาระงับปวด และยาดมสลบ ให้พร้อมใช้
3. ดูแลให้ได้รับออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ ก่อนการใส่ท่อช่วยหายใจ 3-5 นาที
4. หลังการนำสลบ ให้ ventilate ทาง face mask ก่อนให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อ เพื่อให้มั่นใจได้ว่าสามารถช่วยหายใจผ่านทางหน้ากากได้
5. ตรวจสอบตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ โดยใช้หูฟัง ซึ่งจะได้ยินเสียงลมหายใจของปอดทั้งสองข้างเท่ากัน ตั้งเครื่องช่วยหายใจให้ได้ปริมาณเหมาะสมกับผู้ป่วย ตรวจสอบการยืนยันตำแหน่งใส่ท่อช่วยหายใจได้ จากการดู end tidal CO₂

ประเมินผล

ใส่ท่อช่วยหายใจได้อย่างราบรื่นด้วย Video laryngoscope ภายใน 90 วินาที ใส่ได้ในครั้งแรก สัญญาณชีพหลังใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงเกิน 20 เปอร์เซ็นต์ของสัญญาณชีพก่อนการระงับความรู้สึก ความดันโลหิต 156/98 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 98 ครั้ง/นาที ค่าความอึดตัวของเม็ดเลือดแดงที่ 99 เปอร์เซ็นต์

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4

ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการสำลักเศษอาหารเข้าปอดจากภาวะระยะเวลาที่ใช้ในการบีบตัวของกระเพาะอาหารเพื่อดันอาหารสู่ลำไส้เล็กนานกว่าปกติ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยอ้วน (BMI 30.47 กิโลกรัม/ตารางเมตร)
2. มีภาวะท่อทางเดินน้ำคิอุดตัน

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยไม่เกิดอาการสำลักเศษอาหารเข้าปอด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ฟังปอดพบ normal breath sound
2. ระดับ SpO₂ > 95 เปอร์เซ็นต์
3. ไม่มีปลายมือ ปลายเท้าเขียว ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน

กิจกรรมการพยาบาล

1. เตรียมเครื่อง suction พร้อมสายดูดขนาดใหญ่ให้พร้อมใช้งาน
2. ใส่ Endotracheal tube ด้วย Succinyl choline ด้วยเทคนิค Rapid Sequence induction with Cricoids pressure
3. ประเมิน breath sound ที่ปอดทั้ง 2 ข้าง ก่อนและหลังใส่ท่อช่วยหายใจ
4. บันทึก Anesthetic record เพื่อเป็นหลักฐานทางการพยาบาล

ประเมินผล

ผู้ป่วยไม่เกิดการสำลักเศษอาหารเข้าปอด ฟังปอดพบ normal sound ที่ปอดทั้ง 2 ข้าง ระดับ SpO₂ > 98 เปอร์เซ็นต์ ไม่มีปลายมือ ปลายเท้าเขียวตลอดระยะเวลาการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5

ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บต่อดวงตา ผิวหนัง กล้ามเนื้อและเส้นประสาทถูกกดทับจากการจัดท่านอนตะแคง (Lateral decubitus position)

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยผ่าตัดในท่านอนตะแคง การผ่าตัดนี้ในท่อน้ำดีผ่านกล้องและตรวจท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อนใช้กล้องส่องทางปาก ใช้เวลาในการผ่าตัดนาน ทำให้เกิดอันตรายต่อผิวหนัง บริเวณใบหน้า ตา กล้ามเนื้อและเส้นประสาทถูกกดทับ

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกัน ไม่ให้เกิดอันตรายต่อผิวหนัง บริเวณที่ถูกกดบริเวณใบหน้า ตา หู และข้อเท้า

เกณฑ์การประเมินผล

ไม่พบรอยการกดทับ บริเวณใบหน้า ดวงตา เต้านม ปุ่มกระดูกต่างๆ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพผิวหนังและร่างกายผู้ป่วยก่อนการจัดท่าผ่าตัด เช่น ความชุ่มชื้นของผิวหนัง
2. เตรียมอุปกรณ์รองลำตัวสำหรับท่านอนตะแคง ซึ่งเลือกใช้งานตามความเหมาะสม จัดเตรียมเจลรองศีรษะสำหรับรองรับบริเวณใบหน้า เจลรองบริเวณกระดูกเชิงกราน ฟองน้ำรองใต้เข่าทั้งสองข้างและทา lubricant เช่น ครีมาวาสลีน บน silicone ก่อนใช้งานเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นให้กับผิวหนังผู้ป่วย ป้องกันการเกิดแผลกดทับ (pressure ulcer)

3. หลังการนำสลบและให้ยาระงับความรู้สึกแล้วป้ายตาผู้ป่วยด้วย Eye ointment และปิดเปลือกตาด้วยพลาสติกกันน้ำ เพื่อป้องกัน Cornea abrasion

4. พลิตตะแคงตัวแบบท่อนซุง (Long rolling) วิทยาลัยแพทย์เป็นคนประคองส่วนศีรษะ และให้สัญญาณในการพลิกตัวจัดทำ ควรใช้คนอย่างน้อย 4 คนช่วยกัน

5. คู่มือส่วนต่างๆของร่างกายให้อยู่ในระดับ Body alignment โดยให้หน้าอกสามารถขยายได้ปกติและหน้าท้องไม่ถูกกดทับ แขนไม่ควรกางเกิน 90 องศา อาจเกิดอันตรายต่อเส้นประสาท brachial plexus , ulnar และ radial nerve และบริเวณหัวเข่าระมัดระวังการกดทับโดยตรงต่อเส้นประสาท common peroneal nerve

6. เสร็จการผ่าตัดสำรวจบริเวณที่ถูกกดทับ ได้แก่ โบกหน้า ตา พร้อมลงบันทึก

ประเมินผล

หลังการผ่าตัดเสร็จไม่พบการบาดเจ็บและเป็นแผลบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆที่ถูกกดบริเวณตาและขอบตาไม่บวม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6

เสี่ยงต่อการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงหลังการระงับความรู้สึกเนื่องจากภาวะระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซไม่สมดุล

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยได้รับยาหย่อนกล้ามเนื้อ สูญเสียหน้าที่ของกล้ามเนื้อในการหายใจต้องนอนท่าตะแคงในการทำผ่าตัดอาจทำให้ท่อช่วยหายใจหัก พับ งอ หรือถูกกดทำให้อยู่ในตำแหน่งไม่เหมาะสมได้

วัตถุประสงค์

เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน(hypoxia) และการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์(hypercarbia)

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพคงที่ เปลี่ยนแปลงไม่เกินกว่า 20 เปอร์เซ็นต์ของสัญญาณชีพก่อนระงับความรู้สึก
2. ค่าความเข้มข้นของคาร์บอนไดออกไซด์ในช่วงลมหายใจออกสุด (ETCO₂) ได้ 30-40 มิลลิเมตรปรอท
3. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงอยู่ในช่วง 95-100 เปอร์เซ็นต์

กิจกรรมการพยาบาล

1. หลังการใส่ท่อช่วยหายใจ ปิด พลาสติกเหนียวเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ และติดพลาสติกเหนียวทุกข้อต่อของสายยางวงจรเครื่องดมยาสลบ
2. ควบคุมการหายใจให้เพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วย

3. หากมีเสมหะหรือสิ่งอุดกั้นที่ช่วยหายใจ คุณดูแลเสมหะให้
4. หลังการจัดทำในการผ่าตัดเป็นท่านอนตะแคง ให้ตรวจสอบตำแหน่งท่อช่วยหายใจ อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องด้วยการใช้หูฟัง ซึ่งจะได้ยินเสียงลมหายใจของปอดทั้งสองข้างเท่ากัน
5. ตรวจสอบสัญญาณชีพ สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด พร้อมทั้งบันทึกลงในใบรายงานการระงับความรู้สึกทุก 5 นาที โดยเฝ้าระวังค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงให้อยู่ระหว่าง 95-100 เปอร์เซ็นต์ ความดันขณะหายใจเข้า 15-20 เซนติเมตรน้ำ จังหวะการหายใจสัมพันธ์กับทรวงอก

ประเมินผล

1. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง 99 เปอร์เซ็นต์
2. ค่าความเข้มข้นของคาร์บอนไดออกไซด์ในช่วงลมหายใจออกสุด (ETCO₂) ได้ 30-40 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งแสดงว่าท่อช่วยหายใจอยู่ในหลอดลม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7

มีโอกาสเกิดเลือดออกในระบบทางเดินอาหารเนื่องจากส่องกล้องตรวจ

ข้อมูลสนับสนุน

1. หลังได้รับการส่องกล้องตรวจรักษาที่น้ำดีและตับอ่อน (ERCP) บ้วนน้ำลายพบมีเลือดปน
2. มีอัตราการเต้นของชีพจรมากกว่า 60-80 ครั้ง/นาที และความดันโลหิตต่ำกว่า 120/80 มิลลิเมตรปรอท
3. มีอาการอ่อนเพลีย ผิวหนังซีดเย็น
4. มีค่าความเข้มข้นของเลือด (hematocrit) น้อยกว่า 37 เปอร์เซ็นต์

วัตถุประสงค์

ปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร

เกณฑ์การประเมินผล

1. บ้วนน้ำลายไม่มีเลือดปน
2. มีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-80 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 120/80 มิลลิเมตรปรอท
3. ไม่มีอาการอ่อนเพลีย ซีด
4. มีค่าความเข้มข้นของเลือด (hematocrit) อยู่ในช่วง 37-52 เปอร์เซ็นต์

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลวัดบันทึกสัญญาณชีพ และสังเกตอาการ เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง ซึ่งอาจบ่งชี้ถึงภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร เช่น ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำลง ปลายมือปลายเท้าเย็น

2. สังเกตลักษณะสี และปริมาณของเลือดที่ปนออกมากับน้ำลาย ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ว่ายังมีเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร

3. ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำดอาหารทุกชนิดทางปาก เพื่อลดการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ ซึ่งถ้ามีการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้มากขึ้น อาจทำให้เลือดออกมากขึ้นได้

4. ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อเพิ่มปริมาณสารน้ำในระบบไหลเวียนโลหิต เพื่อป้องกันการเกิดภาวะช็อก

5. ดูแลการให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อลดการหลังกรดในกระเพาะอาหาร ซึ่งการที่ร่างกายหลังกรดมากอาจทำให้เกิดแผลและมีเลือดออกมากขึ้นได้

6. ติดตามผลการตรวจความเข้มข้นของเลือดทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินการสูญเสียเลือด และวางแผนให้การรักษาต่อไป และรายงานอาการของผู้ป่วยให้แพทย์ทราบในทันทีเมื่อพบความผิดปกติ

ประเมินผล

ผู้ป่วยบ้วนน้ำลายไม่มีเลือดปน สัญญาณชีพปกติความดันโลหิต 100/60 - 121/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 60 - 80 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 37.2 องศาเซลเซียส ความเข้มข้นของเลือด (hematocrit) 38.3 เปอร์เซ็นต์

ระยะหลังการระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8

มีอาการท้องอืด ปวดแน่นท้องจากการ ใส่มในท้องระหว่างการตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP)

ข้อมูลสนับสนุน

1. บ่นปวดแน่นท้อง pain score มากกว่า 3 คะแนน
2. แสดงสีหน้า หน้ามึนหัวมวด
3. หน้าท้องโต แข็งตึง ท้องอืด เคาะท้องได้ยินเสียงโป่ง (tympany sound) ท้วท้อง
4. เสียงการทำงานของลำไส้ (bowel sound) ลดลง น้อยกว่า 6-10 ครั้ง/นาที

วัตถุประสงค์

รู้สึกสบายไม่แน่นอึดอัดท้อง

เกณฑ์การประเมินผล

1. บอกว่าแน่นอึดอัดท้องน้อยลง ระดับความปวดแน่นท้อง (pain score) น้อยกว่า หรือเท่ากับ 3 คะแนน
2. หน้าท้องยุบลง เคาะท้องได้ยินเสียงโป่งเฉพาะบริเวณกระเพาะอาหาร
3. ตรวจพบ bowel sound ปกติ 6-10 ครั้ง/นาที

4. สามารถเรอหรือผายลมได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความปวดแน่นท้อง โดยใช้แบบประเมินความปวดแบบตัวเลข (numeric rating scale) ซึ่งมีระดับ 0-10 คะแนน โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความปวด และ 10 คะแนน หมายถึง มีความปวดมากที่สุด รวมทั้งสังเกตความปวดจากสีหน้าและท่าทางของผู้ป่วย
2. ประเมินความรุนแรงของอาการท้องอืดโดยการสังเกต ตรวจร่างกายฟังเสียง bowel sound
3. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบสาเหตุของอาการท้องอืดและปวดแน่นท้องซึ่งเกิดจากลมที่แพทย์ใส่เข้าไปขณะส่องกล้องระหว่างการตรวจรักษาที่น้ำดีและตับอ่อน (ERCP) และอาการ จะหายไปได้อย่างไรเองเมื่อผู้ป่วยเรอหรือผายลม
4. อธิบายให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์ของการเคลื่อนไหวร่างกาย และกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยมี early ambulation ให้พลิกตะแคงตัวบ่อยๆ (ลุกนั่ง ลุกเดิน เข้าห้องน้ำ เมื่อกลับหอผู้ป่วย)
5. ประเมิน สังเกต สอบถามผู้ป่วยว่าสามารถเรอหรือผายลมได้หรือไม่ ซึ่งเป็นอาการที่แสดงถึงมีการเคลื่อนไหวของลำไส้

ประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีอาการแน่นท้อง Pain score เท่ากับ 2 คะแนน ตรวจ bowel sound ปกติ 8-10 ครั้ง/นาที่ สามารถเรอหรือผายลมได้

ในระหว่างที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล ผู้ป่วยมีปัญหาทางการพยาบาลดังต่อไปนี้

ปัญหาที่ 1 ขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและท่อตับอ่อน (ERCP)

ปัญหาที่ 2 มีอาการกลืนลำบากจากการได้รับยาชาบริเวณลำคอระหว่างการตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและท่อตับอ่อน (ERCP)

ปัญหาที่ 3 ท้องอืดและปวดแน่นท้องจากการใส่ลมในช่องท้องระหว่างการตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและท่อตับอ่อน (ERCP)

ปัญหาที่ 4 มีโอกาสเกิดการติดเชื้อของทางเดินน้ำดีและท่อตับอ่อน เนื่องจากเนื้อเยื่อทางเดินอาหารอาจถูกทำลายระหว่างการส่องกล้องตรวจ

ปัญหาที่ 5 มีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินน้ำดีและท่อตับอ่อน (ERCP) และเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ปัญหาที่ 1 - 8 เป็นปัญหาที่ได้รับการแก้ไขให้หมดไปก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

สถานะผู้ป่วยก่อนพ้นความดูแล

ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นแจ่มใสดี ไม่มีอาการเจ็บคอ รับประทานอาหารได้ปกติไม่มีอาการปวดแน่นท้อง

สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 121/62 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 62 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือด 99 เปอร์เซ็นต์ (room air) ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยจากความดูแล ผู้ป่วยและญาติบอกว่ามีความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปบ้าน รวมทั้งบอกถึงการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้อย่างถูกต้อง

คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

1. การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ และดื่มน้ำสะอาด ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงความอ้วน สังเกตอาการผิดปกติต่างๆ เช่น ตัวและตาเหลือง ปวดท้อง มีไข้ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ควรรีบพบแพทย์ทางเดินอาหารทันที

2. ให้ความรู้กับผู้ป่วยเกี่ยวกับการป้องกันการกลับซ้ำ ของโรคนิวในท่อน้ำดี ดังนี้

- รับประทานอาหารที่มีความสมดุลของสารอาหาร และมีไขมันเพียงพอจะกระตุ้นให้ถุงน้ำดีบีบตัวได้ดี เพื่อไม่ให้ น้ำดีในถุงน้ำดีค้างนิ่งอยู่นานจนเกิดนิ่วขึ้นมา

- รับประทานอาหารที่มีกากใย (fiber) สูง ได้แก่ ผัก ผลไม้ และอาหารที่มี calcium และไขมันแบบ saturated fats ต่ำ เช่น เนื้อปลา น้ำมันมะกอก เป็นต้น

- คุมน้ำหนักไม่ให้อ้วน โดยการคุมอาหารที่มีพลังงานเหมาะสม และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

3. เน้นย้ำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และมาตรวจตามนัด รับประทานอาหารและยาตามที่แพทย์สั่ง

4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก และซักถามในสิ่งที่สงสัย

5. ประเมินซ้ำ หลังให้ความรู้กับผู้ป่วยโดยการซักถามในประเด็นต่างๆ เพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย และเน้นย้ำในสิ่งที่ผู้ป่วยเข้าใจไม่ถูกต้องเพิ่มขึ้น

ติดตามการมาตรวจตามนัด (4 พฤษภาคม 2566)

ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่คลินิกศัลยกรรม ช่วยเหลือตัวเองได้พอควร สีหน้ายิ้มแย้มดี ไม่บ่นปวดท้อง ผลการตรวจ LFT, Amylase, CBC, BUN และ Creatinine ปกติ

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทยวัย 54 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดจุกเสียดใต้ลิ้นปี่ เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ วันที่แพทย์นัดผ่าตัด รับไว้รักษาตัวที่ตึกศัลยกรรมหญิงทั่วไป ใต้รับการวินิจฉัย Distal CBD Stone ทำผ่าตัด ERCP with remove CBD Stone ประเมินความเสี่ยงทางสัณฐานวิทยาตามเกณฑ์ของสมาคมวิสัญญีอเมริกา พบว่าผู้ป่วยจัดอยู่ในความเสี่ยงระดับ 3 (Physical status class3) มีความเสี่ยงในการให้ ยาระงับความรู้สึกจากมีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงและโรค

อ้วน ผลการตรวจประเมินร่างกายก่อนการผ่าตัด ผลเลือด คลื่นไฟฟ้าหัวใจ เอกซเรย์ปอด อยู่ในเกณฑ์ปกติ ใช้การระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (General anesthesia) จัดท่านอนตะแคง (Lateral decubitus position) พบปัญหาทางการพยาบาล ระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนก่อนและหลังได้รับยาระงับความรู้สึก ปัญหาในขณะให้การระงับความรู้สึก ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจยาก เสี่ยงต่อการสำลักเศษอาหารเข้าปอด เสี่ยงต่อการบาดเจ็บต่อผิวหนัง ตา กล้ามเนื้อและเส้นประสาทถูกกดทับจากการจัดท่าตะแคง เสี่ยงต่อการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง หลังการระงับความรู้สึก เนื่องจากการระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซไม่สมดุล ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ และเกิดทางเดินหายใจอุดตันจากฤทธิ์ยาสลบคั่งค้าง ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากท้องอืด เกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำจากกลไกการปรับตัวและการเสียความร้อนของร่างกายระหว่างการผ่าตัด หลังการผ่าตัดวันที่ 2 ผู้ป่วยไม่มีอาการท้องอืด สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติ แพทย์จึงจำหน่ายกลับบ้าน และนัดติดตามอาการแบบผู้ป่วยนอก รวมวันนอนรักษาในโรงพยาบาล 4 วัน

บทสรุป

การส่องกล้องตรวจทางเดินน้ำดีและท่อน้ำดีอ่อน (ERCP) เป็นการนำเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้ในการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคนี้ในท่อน้ำดีซึ่งเป็นการส่องกล้องเข้าไปภายในร่างกาย ดังนั้นจึงไม่มีแผลผ่าตัดภายนอก แม้ว่าการผ่าตัดผ่านกล้องดังกล่าวจะมีความปลอดภัยกว่าการรักษาด้วยการผ่าตัด แต่ก็อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วยได้ หากมีการประเมินและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนล่าช้า หรือไม่เหมาะสม ทั้งในขณะให้ยาระงับความรู้สึก และหลังการให้ยาระงับความรู้สึก วิทยาลัยพยาบาลซึ่งเป็นหนึ่งในทีมที่ให้การพยาบาลการให้ยาระงับความรู้สึก ต้องมีความรู้ความสามารถ ตั้งแต่การประเมิน และค้นหาปัญหา เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง ทั้งก่อน ขณะและหลังให้ยาระงับความรู้สึก มีการทบทวน การดูแล และฟื้นฟูความรู้ทางวิชาการวิทยาลัยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ จนสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติ

บรรณานุกรม

- กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). รายงานการป่วย (อินเทอร์เน็ต) (เข้าถึงเมื่อ 20 ตุลาคม 2566). เข้าถึงจาก [http://bps.spd.moph.go. th/](http://bps.spd.moph.go.th/) สรุปรายงานการป่วย.
- พาพิรุณ น้อยตาแสง, สุวิมล ต่างวิวัฒน์. (2558). ตำราวิสัญญีพื้นฐานและแนวทางปฏิบัติ. (Basic Anesthesia and Practical Approach). (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร : บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด.
- ศิริพร จัมภลิจิต, สุภาพ ชีระประทีป, ชีรนุช ห้านิรัตศิษ. (2552). คู่มือการวินิจฉัยการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพมหานคร : บริษัท บู้คเน็ต จำกัด.
- ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาล. (2566). รายงานประจำปี 2564, 2565, 2566. โรงพยาบาลชัชวาทนเรนทร.
- สุรัญชนา เลิศศิริ โสภณ. (2560). การดูแลและการจัดท่าผู้ป่วยให้ปลอดภัยในการผ่าตัด (Positioning) ในวิสัญญีบริหารทันยุค พ.ศ.2560. กรุงเทพมหานคร : บริษัทล็กกี้ สตาร์ มีเดียจำกัด.
- อรลักษณ์ รอดอนันต์. (2558). การดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น. ตำราฟื้นฟูวิสัญญีวิทยา. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย.
- อรลักษณ์ รอดอนันต์, เบญจรัตน์ หยกอุบล, วิศิตกัญญา ดวงรัตน์, นรุตม์ เรือนอนุกุล. (2560). วิสัญญีบริหารทันยุคเล่ม 2.กรุงเทพฯ:บริษัทล็กกี้ สตาร์ มีเดียจำกัด.