

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในท่อไตที่มีภาวะแทรกซ้อนท่อไตทะลุ จากการรักษาด้วยวิธีการส่องกล้อง : กรณีศึกษา

จารุณี ตั้งใจรักการดี*

บทคัดย่อ: Abstract

การผ่าตัดนิ่วในท่อไตโดยวิธีส่องกล้อง (URSL) เป็นการผ่าตัดนิ่วในท่อไตโดยใช้กล้องส่องผ่านทางท่อปัสสาวะ เข้าไปในกระเพาะปัสสาวะจนถึงท่อไต เพื่อดูความผิดปกติ และสามารถเอานิ่วออกมาได้ โดยไม่มีบาดแผลผ่าตัด ซึ่งข้อบ่งชี้ในการทำ URSL ผู้ป่วยที่เป็นนิ่วในท่อไตควรเป็นนิ่วที่เพิ่งเกิดขึ้นไม่นาน ถ้าเป็นนิ่วที่เกิดขึ้นนานแล้ว จะมีปฏิกิริยากับท่อไตมาก จนอาจสอดกล้องขึ้นไปไม่ได้ มีผลทำให้การทำลำบากมากขึ้น กรณีทำในผู้ป่วยที่มีนิ่วในท่อไตส่วนล่าง จะได้รับผลสำเร็จจากการผ่าตัดมากที่สุด ส่วนนิ่วในท่อไตส่วนกลาง และส่วนบน จะได้รับผลสำเร็จจากการผ่าตัดลดลงตามลำดับในผู้ป่วยกรณีศึกษาพบนิ่วในท่อไตส่วนต้นแพทย์วางแผนการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการส่องกล้องทำ Left Uretero-Renoscope with Lithotripsy เมื่อส่องกล้องขนิ่วเรียบร้อยแล้ว แพทย์ใส่ Guide wire ผ่านขึ้นไปยังไต เพื่อวางสายระบายปัสสาวะจากไตลงสู่กระเพาะปัสสาวะ แต่ไม่สามารถผ่าน Guide wire บริเวณท่อไตส่วนที่เหนือก้อนนิ่วไปได้ เนื่องจากมีการตีบตันของท่อไต ทำให้มีการทะลุของท่อไตบริเวณดังกล่าว จึงปรับแผนการรักษากลับมาเป็นการผ่าตัดนิ่วในท่อไตแบบเปิดทันที

(Lt Ureterolithotomy) ในช่วงเวลาสำคัญดังกล่าวทีมผ่าตัดต้องจัดเตรียมเครื่องมือในการผ่าตัดอย่างครบถ้วนรวดเร็วใช้หลักปราศจากเชื้อพยาบาลส่งเครื่องมือและพยาบาลช่วยรอบนอก ร่วมกันตรวจนับเครื่องมือและวัสดุการแพทย์ก่อนการผ่าตัดและหลังผ่าตัดปฏิบัติการช่วยผ่าตัดอย่างถูกต้องรวดเร็วและปลอดภัยตามขั้นตอนการผ่าตัด และส่งเครื่องมือการผ่าตัดดำเนินไปอย่างเรียบร้อยแพทย์ทำการขยายท่อไตส่วนตีบแคบใส่สาย DJ stent และเย็บปิดท่อไต

คำสำคัญ: keywords

นิ่วในท่อไต, การผ่าตัดนิ่วในท่อไตโดยวิธีส่องกล้อง, การผ่าตัดนิ่วในท่อไต

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) งานห้องผ่าตัด กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลหัวหิน

ความเป็นมาของปัญหา: Introduction

นิ่วในท่อไต เป็นนิ่วทางเดินปัสสาวะที่พบบ่อย เกิดจากเป็นนิ่วในไต แล้วไหลหลุดลงมาในท่อไต นิ่วในท่อไตเป็นสาเหตุหนึ่งของการที่ผู้ป่วยต้องมาที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล เพราะมักทำให้เกิดอาการปวดรุนแรงกะทันหัน กลไกการเกิดนิ่วในปัจจุบันยังไม่ทราบแน่ชัด โรคนี้พบได้บ่อยในคนทุกเพศทุกวัย แต่จะพบมากในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง พบมากในช่วงอายุ 30 -40 ปี ผู้ป่วยที่มีนิ่วในท่อไต ถ้ามีขนาดใหญ่ ไม่สามารถหลุดออกมาได้เอง อาจมีการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ และเป็นอันตรายต่อไตได้ การรักษาหลายวิธี เช่น การสลายนิ่ว (โดยการใช้คลื่นเสียงความถี่สูง) หรือการผ่าตัดเอานิ่วในท่อไตออก (Ureterolithotomy) และที่นิยมในปัจจุบันคือการผ่าตัดนิ่วในท่อไตโดยวิธีส่องกล้อง (Uretero-
renoscopelitholapaxy) การผ่าตัดนิ่วในท่อไตโดยวิธีส่องกล้อง (URSL) เป็นการผ่าตัดนิ่วในท่อไตโดยใช้กล้องส่องผ่านทางท่อปัสสาวะ เข้าไปในกระเพาะปัสสาวะจนถึงท่อไต เพื่อดูความผิดปกติ และสามารถเอานิ่วออกมาได้ โดยไม่มีบาดแผลผ่าตัด ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ภายใน 1 – 2 วัน ซึ่งข้อบ่งชี้ในการทำ URSL ผู้ป่วยที่เป็นนิ่วในท่อไตควรเป็นนิ่วที่เพิ่งเกิดขึ้นไม่นาน ถ้าเป็นนิ่วที่เกิดขึ้นนานแล้ว จะมีปฏิกิริยากับท่อไตมาก จนอาจสอดกล้องขึ้นไปไม่ได้ มีผลทำให้การทำลำบากมากขึ้น และทำในผู้ป่วยที่มีนิ่วในท่อไตส่วนล่าง จะได้รับผลสำเร็จจากการผ่าตัดมากที่สุด ส่วนนิ่วในท่อไตส่วนกลาง และส่วนบน จะได้รับผลสำเร็จจากการผ่าตัดลดลงตามลำดับ

ข้อมูลคนไข้: Case Report

ผู้ป่วยหญิงไทย สถานภาพสมรส คู่ อายุ 24 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ไม่มีประวัติโรคประจำตัว ไม่เคยได้รับการผ่าตัด อาการสำคัญ 1 เดือนก่อนมีอาการปวดท้อง และปวดเอวด้านซ้ายมาก ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลทับสะแก ตรวจพบนิ่วบริเวณท่อไตด้านซ้าย ทางโรงพยาบาลทับสะแก จึงส่งต่อมารักษาที่โรงพยาบาลหัวหิน ทำ KUB พบว่ามี Lt. Hydronephrosis และ CT พบว่ามี Lt. Proximal ureteric stone ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 1 เซนติเมตร แพทย์จึงนัดผ่าตัด Lt. URS lithotripsy ในวันที่ 22 พฤศจิกายน 2560

สิ่งที่พบทางคลินิก: Discussion

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับระยะก่อนผ่าตัด

1. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล กลัวการผ่าตัดเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับขณะผ่าตัด

2. เสี่ยงต่อการผ่าตัด ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง
3. เสี่ยงต่อการบาดเจ็บเนื่องจากการจัดท่า
4. เสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อและอวัยวะข้างเคียง
5. เสี่ยงต่อการมีเครื่องมือและอุปกรณ์ตกค้างในร่างกายของผู้ป่วย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับระยะหลังผ่าตัด

6. เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด
7. ขาดความรู้ในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และการเกิดนิ่วซ้ำ

วิธีการบำบัด: Therapeutic Interventions

8.1 Lt. URS lithotripsy

8.1 Lt. Ureterolithotomy

การติดตามดูแล: Follow-Up

ประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด

1. ผู้ป่วยมีความพร้อม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในการเข้ารับการผ่าตัด ตลอดจนให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเตรียมตัวฝึกทักษะก่อนเข้ารับการผ่าตัด

ประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยขณะผ่าตัด

2. ผู้ป่วยได้รับการ Identify, mark site และทวนสอบก่อนผ่าตัด ส่งผลให้ได้รับการผ่าตัดถูกต้อง คือ ท่อไตข้างซ้าย ตามพยาธิสภาพของโรคที่ผู้ป่วยเป็น

3. ผู้ป่วยได้รับการจัดทำผ่าตัดอย่างถูกต้องทั้งสองระยะของการผ่าตัด และหลังผ่าตัดผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำ

4. ไม่เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อข้างเคียงจากการใช้เครื่องมือผ่าตัด

5. ระหว่างผ่าตัดสามารถทำผ่าตัดได้อย่างราบรื่น ผลการตรวจนับเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการผ่าตัดครบถ้วนทุกรายการไม่ตกค้างในร่างกาย

ประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

6. ไม่มีไข้ หลัง Off skin staple ผลดีดี ไม่มีบวมแดง ไม่มี Discharge ซึม

7. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ และสามารถตอบคำถามเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน และการป้องกันการเกิดนิ่วซ้ำได้อย่างถูกต้อง

ผลการดูแลรักษา: Result of Therapeutic

ผู้ป่วยได้รับการส่องกล้อง Lt. URS Lithotripsy

ในวันที่ 22 พฤศจิกายน 2560 ขณะผ่าตัดมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัดหลังจากแพทย์ขบนิ้วและนำเม็ดยื่นออกแล้ว ขั้นตอนการใส่ Guide wire เพื่อวางสายระบายปัสสาวะ (DJ stent) ไม่สามารถผ่านท่อไตส่วนเหนือจากตำแหน่งก้อนนิ่วได้ เนื่องจากมีการตีตันของท่อไตยาวประมาณ 3 เซนติเมตร ทำให้มีการทะลุของท่อไต จึงต้องเปลี่ยนหัตถการการผ่าตัด เป็น Lt. Ureterolithotomy ผู้ป่วยผ่าตัด Lt. Ureterolithotomy ได้รับการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อบริเวณผ่าตัด จัดเตรียมเครื่องมือในการผ่าตัดอย่างรวดเร็ว โดยใช้หลักปราศจากเชื้อ (Sterile technique) พยาบาลส่งเครื่องมือ (Scrub nurse) และพยาบาลช่วยรอบนอก (Circulating nurse) ร่วมกันตรวจนับเครื่องมือและวัสดุการแพทย์ก่อนการผ่าตัดและหลังผ่าตัด ปฏิบัติการช่วยผ่าตัดอย่างถูกต้องรวดเร็ว และปลอดภัย ตามขั้นตอนการผ่าตัดและส่งเครื่องมือ การผ่าตัดดำเนินไปอย่างเรียบร้อยแพทย์ทำการขยายท่อไตส่วนตีบแคบ ใส่สาย DJ stent และเย็บปิดท่อไต การผ่าตัดใช้เวลา 6 ชั่วโมง 31 นาที หลังผ่าตัดผู้ป่วยตื่น รู้สึกตัว หายใจเองไม่ได้ ส่งผู้ป่วยเข้า ICU เพื่อสังเกตอาการต่อ ได้รับการแก้ไขภาวะแคลเซียม และโพตัสเซียมในเลือดต่ำวันที่ 24 พ.ย. 2560 ปวดแผลผ่าตัด Pain score 8 ได้รับ Morphine 3 mg vein prn q 6 hr สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 96 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130 / 75 มิลลิเมตรปรอทวันที่ 27 พ.ย. 2560 อาการโดยทั่วไปปกติ นอนหลับพักผ่อนได้เป็นอย่างดี ปวดแผลผ่าตัด Pain score 5 วันที่ 29 พ.ย. 2560 ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น แจ่มใส รับประทานอาหารอ่อน ปวดแผลผ่าตัด Pain score 3 หลัง Off Foley's cath ปัสสาวะได้เอง

สะดวกดี วันที่ 27 พ.ย. 2560 แผลแห้งดี ไม่มี Discharge ซึ่ม วันที่ 28 พ.ย. 2560 Off skin staple หลัง Off skin staple แผลดีดี ไม่มีบวมแดง ไม่มี Discharge ซึ่ม รับประทานอาหารได้ดี วันที่ 1 ธ.ค. 2560 แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการอนุญาตให้กลับบ้าน และมาตรวจตามนัด แนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน เช่น ดื่มน้ำ 3,000 cc / วัน หรือ 8 – 10 แก้ว / วัน งดรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม ผักที่มีรสฝาด หลีกเลี่ยงการทำงานหนักหรือยกของหนัก สังเกตอาการผิดปกติเมื่อมีปัสสาวะแดงเป็นเลือด แผลผ่าตัดบวมแดง หรือปวดแผลผ่าตัดมาก ให้มาพบแพทย์ก่อนนัด ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ

บทวิพากษ์: Conclusion

ในการศึกษาผู้ป่วยเป็นนิ่วท่อไตส่วนต้นการวางแผนรักษาคือการส่องกล้องเพื่อทำการขบนิ่วที่อยู่ในท่อไต เนื่องจากการผ่าตัดที่มีความรุนแรงน้อยและมีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อน้อยกว่าการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง การปวดแผลหลังผ่าตัดน้อยกว่าการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง และหายจากโรคได้อย่างชัดเจน¹ ภาวะแทรกซ้อนอาจเกิดการติดเชื้อ การบาดเจ็บของท่อไต หรือท่อไตตีบ พบร้อยละ 1 - 4 ในกรณีที่มีนิ่วอยู่ใน Lower polecalyces มีขนาด 3 – 30 มิลลิเมตร พบความสำเร็จของการทำ URS ร้อยละ 94² ผู้ป่วยกรณีศึกษาถือนิ่วอยู่ในตำแหน่งส่วนต้นของท่อไต มีขนาด 10 มิลลิเมตร สามารถทำการขบนิ่วออกจากท่อไตได้ แต่มีการอุดตันของไตบริเวณเหนือก้อนนิ่ว จนมีภาวะไตบวมน้ำ (Hydronephrosis) ท่อไตบริเวณเหนือก้อนนิ่วมีลักษณะเป็นพังผืดแข็ง ทำให้ไม่สามารถผ่าน Guide wire เพื่อใส่สาย Double J stent เพื่อระบายน้ำปัสสาวะ ลงมายังกระเพาะปัสสาวะได้ ในภาวะฉุกเฉินเช่นนี้ พยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีความพร้อมในการปรับเปลี่ยน

หัตถการอย่างทันที่ที่ตั้งแต่การเปลี่ยนทำผู้ป่วยผ่าตัด การเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ สำหรับการผ่าตัดอย่างรวดเร็ว แม่นยำ เพื่อศัลยแพทย์สามารถทำการผ่าตัดให้ผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เกิดขึ้นจากการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด

มุมมองผู้ใช้: Patient Perspective

ผู้ป่วยกรณีศึกษาพบว่าโรคนิ่วในท่อไตมีแนวโน้มที่ผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคนี้อาจจะกลับมาเป็นซ้ำได้อีก สาเหตุอาจเกิดจากรูปแบบการดำเนินชีวิต และวิถีชีวิตในเรื่องอาหาร น้ำดื่ม หรือพันธุกรรม การป้องกันการเกิดนิ่วซ้ำคือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการเกิดนิ่วได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พบความเสี่ยงต่อการเกิดนิ่วไตสูงถึงร้อยละ 42³ โดยเฉพาะการรับประทานเนื้อสัตว์ เครื่องในสัตว์ อาหารที่ทำจากยีสต์ ถั่ว ถั่วลิสง และของหมักดองในปริมาณที่สูง จะเพิ่มการขับแคลเซียม ออกซาเลต และกรดยูริกในปัสสาวะ ทำให้มีการขับสารก่อนิ่วออกมากับปัสสาวะมากขึ้น และตกผลึกเป็นก้อนนิ่วไตได้⁴ จากการศึกษาประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโปรตีน คาร์โบไฮเดรต และไขมันสูง รวมถึงการไม่ยอมรับประทานผลไม้ที่มีซิเตรต ทำให้มีการขับสารก่อนิ่วในปัสสาวะเพิ่มขึ้นจำนวนผู้ป่วยโรคนิ่วไตในภูมิภาคนี้จึงเพิ่มสูงขึ้น⁵ อีกทั้งพบการเกิดนิ่วไตซ้ำได้ถึงร้อยละ 10 ภายหลังการรักษาตั้งแต่ปีแรก ภายใน 3 ปี เกิดนิ่วไตซ้ำได้ ร้อยละ 40 ภายใน 10 ปีพบการเกิดซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 โดยคาดการณ์ว่าภายใน 25 ปี จะเกิดนิ่วไตซ้ำถึงร้อยละ 100⁶ ภายหลังการรักษา ทั้งนี้เป็นผลมาจากการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ที่สำคัญไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือวิถีการดำเนินชีวิตได้⁷ ผู้ป่วยควรดื่มน้ำมากกว่า 2 ลิตร ต่อวัน

เพราะผู้ที่ดื่มน้ำน้อยกว่า 1 ลิตรต่อวัน มีรายงานการเกิดนิ่วไตสูงถึงร้อยละ 73.26⁸ ส่วนการดื่มน้ำมากกว่า 2 ลิตรต่อวัน และแบ่งดื่มเพื่อกระจายปริมาณน้ำตลอดวันจะช่วยป้องกันการเกิดนิ่วได้⁹

จึงต้องเน้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญถึงการปฏิบัติตามคำแนะนำ เพราะถ้าปล่อยเกิดเป็นนิ่วซ้ำบ่อยๆ อาจส่งผลเสียต่อชีวิต ถึงแม้ว่าการป่วยเป็นนิ่วอาจไม่ส่งผลกระทบร้ายแรงในการดำเนินชีวิตแต่ถ้าปล่อยให้เกิดหลายครั้ง และผ่าตัดหลายครั้งก็อาจทำให้ไตเสียได้ง่ายขึ้นเนื่องจากเกิดการบอบช้ำจากการผ่าตัด

การยินยอมอนุญาตของคนไข้: Informed consent

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาล หัวหินผู้ศึกษาได้มีการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยกรณีศึกษาโดยไม่มีการระบุชื่อในรายงานการศึกษา

บรรณานุกรม: References

1. พูนเกียรติเรืองโอภา และสมพล เพิ่มพงศ์โกศล.

(2555). กายวิภาคของการผ่าตัดผ่านกล้อง ศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ ใน สมพล เพิ่มพงศ์โกศล (บรรณาธิการ). การผ่าตัดแบบมีความรุนแรงน้อยในศัลยศาสตร์ระบบทางเดินปัสสาวะ เล่มที่ 1. 135-158. กรุงเทพฯ: บริษัทบียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.

2. Atis, G., Gurbuz, C., Arkan, O., Kilic, M., Pelit, S., Canakci, C., . . . Caskurlu, T. (2013). Retrograde intrarenal surgery for the treatment of renal stones in patients with a solitary kidney. *Urology*, 82(2), 290-294 doi: 10.1016/j.urology.2013.04.013.
3. American Society of Nephrology (ASN).

(2013, December 12). Diet, physical activity may affect risk of developing kidney stones. ScienceDaily. Retrieved August 20, 2018 from www.sciencedaily.com/releases/2013/12/131212183425.htm

4. Sorensen, M. D., Hsi, R. S., Chi, T., Shara, N., Wactawski-Wende, J., Kahn, A. J., Stoller, M. L. (2014). Dietary intake of fiber, fruit and vegetables decreases the risk of incident kidney stones in women: A women's health initiative report. *The Journal of Urology*, (1). doi: Retrieved August 20, 2018 from [www.jurology.com/article/S0022-5347\(14\)036](http://www.jurology.com/article/S0022-5347(14)036)
5. Boonla, C., Tosukhowong, P., & Thummaborworn, T. (2006). Urolithiasis in Udon Thanihospital: A rising prevalence of uric acid stone. *Chulalongkorn Medical- journal Articles*, 50(2), 77 - 90. doi: <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/3153>
6. Buda, B., Nicola, T. A., Osan, V. G., Schiopu, A., Farr, A., Gliga, F., & Stoian, A. (2010). Oxalate renal stone disease: Pathogenesis, evaluation and prevention of recurrence. *Acta Medica Marisiensis*, 56(6), 509-511.
7. Kartha, G., Calle, J. C., Marchini, G. S., & Monga, M. (2013). Impact of stone disease: Chronic kidney disease and quality of life. *Urologic Clinics of North America*, 40(1), 135 -147. doi: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S>

0094014312000936?via%3Dihub

8. Jabbar, F., Asif, M., Dutani, H., Hussain, A., Malik, A., Kamal, M. A., & Rasool, M. (2015). Assessment of the role of general, biochemical and family history Characteristics in kidney stone formation. Saudi Journal of Biological Sciences. doi: 10.1016/j.sjbs.2014.06.002
9. สมชาย เอี่ยมอ่อง, สมจิตร เอี่ยมอ่อง, เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, ขจร ตีรณธนากุล, เกரிய ตั้งสง่า และวิศิษฐ์ สิตปรีชา. (2554). Textbook of Nephrology. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชั่น จำกัด