

กรณีศึกษา

Case study

## การพยาบาลผู้ป่วยนิ่วในท่อน้ำดีที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด:กรณีศึกษา

กนกวรรณ ฤทธิ์ฤดี

กลุ่มงานผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลอ่างทอง

Received: 28 ก.พ.65

Revised: 18 เม.ย.65

Accepted: 25 เม.ย.65

### บทคัดย่อ

**บทนำ:** นิ่วในระบบทางเดินน้ำดี เป็นปัญหาทางสุขภาพและเศรษฐกิจของประชากรในประเทศ ได้แก่ ถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน ท่อน้ำดีอักเสบจากนิ่วในท่อน้ำดี ตับอ่อนอักเสบจากนิ่วอุดตัน ส่วนมากโรคนิ่วในท่อน้ำดีผู้ป่วยจะไม่มีอาการ และในคนที่มีอาการจะมีอาการคล้ายโรคลำไส้หรือโรคกระเพาะ ทำให้วินิจฉัยยาก จนมีโอกาสเกิดอาการรุนแรง ติดเชื้อในกระแสโลหิต ถึงกับเสียชีวิตได้ 2-3% ต่อปี ดังนั้นผู้ศึกษาได้เห็นความสำคัญของการพยาบาล โดยพยาบาลต้องมีการประเมิน การวางแผนการพยาบาล การวินิจฉัย การปฏิบัติการพยาบาล ติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน ปลอดภัย สามารถกลับไปดำรงชีวิตอย่างเป็นปกติ

**วัตถุประสงค์ของการศึกษา:** เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคนิ่วในระบบทางเดินน้ำดี ก่อนและหลังผ่าตัดหรือหลังทำหัตถการไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและป้องกันการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน

**วิธีการศึกษา:** เป็นการศึกษาผู้ป่วยนิ่วในท่อน้ำดีที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด รายงานแบบเฉพาะเจาะจง 1 ราย ที่ตึกไอซียูตติยกรรมโรงพยาบาลอ่างทอง ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนธันวาคม 2564 ถึงเดือน มกราคม 2565

**ผลการศึกษา:** กรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 71 ปี เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลอ่างทองเมื่อวันที่ 25 พฤษภาคม 2564 ที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยอาการ 2-3 วันก่อนปวดท้องจุกใต้ลิ้นปี่ ถ่ายเหลว 2-3 ครั้ง ไม่มีคลื่นไส้อาเจียนหลังรับประทานอาหารแล้วดีขึ้น วันที่ 25 พฤษภาคม 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการหน้ามืดเป็นลมหนาวสั่น ที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินมีไข้ 40.2 องศาเซลเซียส BP 88/58 mmHg PR 120 ครั้ง/นาที RR 30 ครั้ง/นาที แพทย์วินิจฉัยว่า septic shock ให้การรักษาโดย load 0.9% NSS 1500 cc และเริ่ม Levophed 4:250 เริ่มที่ 10 cc/hr keep BP >90/60 mmHg เริ่มให้ยา ceftriaxone 2gm IV OD ผู้ป่วยมี oxygen sat 83 %s หายใจเหนื่อย RR 30 ครั้ง/นาที แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ No 7.5 ลึก 22 cm ส่งเข้าตึกอายุรกรรมหญิง on bird's respirator NPO แพทย์ตรวจร่างกายพบกดเจ็บใต้ชายโครงขวามาก ส่งทำ ultrasound upper abdomen ผล Diffuse dilatation of bilateral IHDs and CBD without demonstrable cause of obstruction Further CT is suggested แพทย์พิจารณาส่งทำ CT upper abdomen ผล A 1.7 oval iso-hyperdensity lesion at distal CBD (distal CBD stone ) causing biliary system obstruction (intrahepatic duct 1 cm . and CBD 1.8 cm ) and swelling ampullar of vater Distended gallbladder form biliary obstruction without stone or mass or cholecystitis ส่งปรึกษาแพทย์ศัลยกรรม ให้ย้ายไปตึกไอซียูตติยกรรม set OR for ERCP with EST with Balloon extraction with stent 1เส้น on ventilator Vital sign stable off Levophedw ได้ หายใจไม่เหนื่อย wean off ETT ได้ เริ่มรับประทานอาหารได้ ย้ายออกจากไอซียูตติยกรรมไปอยู่ตึกศัลยกรรมหญิงและสามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้โดยปลอดภัย ครอบครองตัวอยู่ในโรงพยาบาล 8 วัน หลังจำหน่ายแพทย์นัด 2 อาทิตย์ ตรวจเลือดดูค่า LFT CBC ผลเลือดเป็นปกติ

**คำสำคัญ:** นิ่วในท่อน้ำดี, การพยาบาล, ติดเชื้อในกระแสเลือด

---

---

## Nursing care of patient common bile duct stone with septicemia

Kanokwan Rittrudee

Intensive Care Unit Surgical, Angthong Hospital

---

---

### Abstract

**Introduction:** Common bile duct stones. Nowadays, Common bile duct stones. Nowadays, it's can be found more and become a health and economic problem of the population in the country. The most common problems caused by gallstones are acute cholecystitis, ascending cholangitis, and pancreatitis. Most patients with common bile duct stones are asymptomatic and some have symptoms similar to those of intestinal or gastritis. The diagnosis is hard, leading to the likelihood of severe symptoms, septicemia, and 2-3% of deaths per year.

**Objectives of the study:** To improve skills in assessing and caring for patients with common bile duct stones to avoid more serious complications and prevent death from complications.

**Methods:** This is a case study of a patient with common bile duct stones and septicemia for 1 specific case at the Surgery Intensive Care Unit (ICU) Building of Ang Thong Hospital, conducting studies between December 2021 and January 2022.

**Result:** A case study of a Thai female patient is 71 years old, admitted to Ang Thong Hospital on May 25, 2021, at the Accident and Emergency Department. 2-3 days ago, the patient had epigastric pain, diarrhea 2-3 times, no nausea, and no vomiting after taking mineral salt was better. On May 25, an hour before coming to the hospital, the patient had fainting and chills. In the emergency department, she had a fever of 40.2 degrees Celsius, BP 88/58 mmHg, PR /120 times/min, and RR 30 times/min. The doctor diagnosed septic shock and treated by load 0.9% NSS 1500 cc and Levophed 4:250 start at 10 cc/hr, keep BP > 90/60 mmHg and take ceftriaxone 2 gm IV OD, the patient has oxygen sat 83%, Shortness of breath RR 30 times/min. Therefore, the doctor intubated ventilator No 7.5, depth 22 cm. And then send the patient to the female internal medicine building on bird respirator NPO. The doctor examined the body and found that the patient had severe pain under the right ribcage. Therefore, the patient is sent for an ultrasound upper abdomen, the result is diffuse dilatation of bilateral IHDs and CBD without demonstrable cause of obstruction, Further CT is suggested. The doctor considered sending a CT upper abdomen, the result is A 1.7 oval iso-hyperdensity lesion at distal CBD (distal CBD stone) causing biliary system obstruction (intrahepatic duct 1 cm. and CBD 1.8 cm) and swelling ampullar of vater Distended gallbladder from biliary obstruction without stone or mass or cholecystitis and consulting with a surgeon for moving to the surgery ICU set OR for ERCP with EST with Balloon extraction with stent 1 pieces on ventilator Vital sign stable off Levophed, breathing more comfortably, and wean off ETT. The patient was able to eat food and was transferred from the surgery ICU to the female surgery building and was returned home safely. The patient was hospitalized for a total of 8 days. After that, the doctor made an appointment to see him again in two weeks for the blood test for LFT, CBC, the results were normal.

**Keyword:** Common bile duct stones, Nursing process, Septicemia

## บทนำ

นิ่วในระบบทางเดินน้ำดี ปัจจุบันพบได้มากขึ้นและเป็นปัญหา ทางสุขภาพและเศรษฐกิจของประชากรในประเทศทางตะวันตก และทางตะวันออก ถึงแม้ว่าลักษณะของนิ่วจะแตกต่างกันบ้าง แต่ปัญหาที่เกิดจากนิ่วมีคล้ายกันเป็นส่วนใหญ่ เช่น นิ่วน้ำดีอีกเสบเฉียบพลัน ท่อน้ำดีอีกเสบจากนิ่วในท่อน้ำดี ตับอ่อนอักเสบจากนิ่วอุดตัน ปัญหาพบนิ่วในท่อน้ำดีหลังผ่าตัดถุงน้ำดี ปัญหาที่ไม่สามารถเอานิ่วออกได้หมดขณะผ่าตัด ปัญหาที่เกิดนิ่วขึ้นมาอีกหลังผ่าตัด ฯลฯ ปัญหาเหล่านี้ล้วนทำให้เกิดความวิตกกังวล ทั้งแพทย์และผู้ป่วย ความก้าวหน้าทางการแพทย์โดยเฉพาะ การวิวัฒนาการของเครื่องมือตลอดจนเทคนิคการผ่าตัด สามารถช่วยแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ในระดับหนึ่ง แต่ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุการเกิดความละเอียดถี่ถ้วนและการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การผ่าตัดหรือการทำหัตถการที่มีประสิทธิผลและทราบปัญหาที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งการติดตามดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหรือการทำหัตถการอย่างใกล้ชิด ยังคงเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วย<sup>1</sup> อุบัติการณ์ของการเกิดนิ่วในระบบทางเดินน้ำดี พบได้ประมาณ 5-10% ของประชากรในประเทศและพบในเพศหญิงได้มากกว่าเพศชายประมาณ 2-3 เท่า และพบได้มากในคนอายุมากส่วนใหญ่พบในอายุมากกว่า 40 และในคนอายุเกิน 70 ปี พบได้ประมาณ 15-30% อุบัติการณ์การเกิดนิ่วในท่อน้ำดี ในประเทศไทยพบได้ร้อยละ 61<sup>2</sup> และในโรงพยาบาลอ่างทองพบนิ่วในท่อน้ำดี ปี 2562-2564 398 ราย และมีภาวะรุนแรงถึงขั้นติดเชื้อในกระแสเลือด 29 ราย และเสียชีวิต 3 ราย พบว่าปี พ.ศ 2562-2564 มีผู้ป่วยนิ่วในระบบทางเดินน้ำดีอาการหนักต้องเข้ารับการดูแลในหอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรม 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.53<sup>3</sup> จากสถิติของผู้ป่วยนิ่วในท่อน้ำดีที่มีอาการไม่ชัดเจนทำให้การวินิจฉัยล่าช้าก่อให้เกิด

ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ถึงขั้นติดเชื้อในกระแสเลือดและเสียชีวิตได้<sup>6</sup> ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยผ่านพ้นภาวะวิกฤตจากการ ติดเชื้อในกระแสเลือดและภาวะช็อกจากการพร่องสารน้ำ<sup>10</sup> ผู้ป่วยต้องได้รับการวางแผนดูแลอย่างครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจ ก่อนทำหัตถการ ERCP และหลังทำหัตถการและมีการวางแผนการจำหน่ายให้คำแนะนำในการสังเกตอาการการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ระยะเวลาการศึกษา เดือน ธันวาคม 2564 ถึง มกราคม 2565

## วิธีดำเนินการศึกษา

เป็นการศึกษากรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยนิ่วในท่อน้ำดีที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 1 รายที่ เข้ารับรักษาที่โรงพยาบาลอ่างทอง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย การเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน แบบบันทึกทางการพยาบาล การรักษาของแพทย์ การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ และเผื่อระวางการเปลี่ยนแปลงรวมทั้งวางแผนจำหน่าย

## กรณีศึกษา

### ข้อมูลทั่วไป

หญิงไทย อายุ 71 ปี สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ อาชีพค้าขายรายได้ประมาณเดือนละ 20,000 บาท จบชั้นประถมปีที่ 4 สถานภาพหม้าย เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลอ่างทองวันที่ 25 พฤษภาคม 2564 เวลา 13.14 น. จำหน่ายจากโรงพยาบาลอ่างทองวันที่ 2 มิถุนายน 2564 เวลา 12.00 น. รายงานประวัติ ได้จากผู้ป่วยและญาติ การวินิจฉัยแรกรับ: septic shock การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย: Distal CBD stone with cholecystitis with septic shock การผ่าตัด: ERCP with EST with Balloon extraction with Plastic stent

**อาการสำคัญ**

หน้ามืดเป็นลม หายใจเหนื่อย เป็นก่อนมา  
โรงพยาบาล 1 ชั่วโมง

**ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน**

2-3 วันก่อนมีอาการปวดจุกท้องบริเวณใต้ลิ้นปี่  
ถ่ายเหลว 2-3 ครั้ง ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน  
รับประทานเกลือแร่แล้วดีขึ้น 1 ชั่วโมงก่อนมา  
โรงพยาบาลมีอาการหน้ามืดเป็นลม หายใจ  
เหนื่อย ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล

**อาการแรกเริ่ม**

ระดับความรู้อีกตัว E4V5M6 มีนงงศีรษะ  
หายใจเหนื่อย RR 30 ครั้ง/นาที มีไข้ 40.2 องศา  
เซลเซียส ชีพจร 120 ครั้ง/นาที สม่าเสมอดี  
ความดันโลหิต 88/58 mmHg ความอิ่มตัวของ  
ออกซิเจนปลายนิ้ว 83%

**ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต**

เป็นความดันโลหิตสูงรักษาต่อเนื่อง รับประทาน  
โรงพยาบาลอ่างทอง

**การตรวจทางห้องปฏิบัติการ**

LAB Electrolyte	ค่าปกติ	25 พ.ค. 64	26 พ.ค.64	29 พ.ค.64	30 พ.ค.64
Cr	0.5-1.5	0.97		0.64	0.56
eGFR	90-120	58.95		90.04	94.11
BUN	8-20	25		24	20
Sodium	135-145	132	136	137	134
Potassium	3.5-5.5	2.6	4.0	3.6	3.0
Choride	95-110	93	102	109	105
CO2	22-33	22	16	19	13
Lactate	0.5-2.2	6.4		2.0	
DTX	70-115	256	120	113	105

LAB Liver Function Test	ค่าปกติ	25 พ.ค.64	29 พ.ค.64	30 พ.ค.64
Total Protein	6-7	7.5	5.7	6.3
Albumin	3.5-5	3.2	2.3	2.5
Glubumin	2-3.5	4.3	3.4	3.8
Total Bilirubin	0.2-1.5	5.0	2.9	2.5
Direct Bilirubin	0.1-0.4	3.5	1.9	1.5
Alkaline phos	35-125	160	112	106
SGOT (AST)	10-40	76	43	51
SGPT(ALT)	10-30	54	30	32

**การประเมินสภาพร่างกาย**

ลักษณะทั่วไป: รูปร่างท้วม น้ำหนัก 65 กิโลกรัม  
สูง 156 เซนติเมตร

ระบบประสาท: รู้อีกตัวดี ถ้ามตบตรงคำถาม  
รับรู้เวลา สถานที่

ผิวหนัง: สีผิวปกติไม่มีผื่นคันไม่มี cyanosis

ศีรษะและใบหน้า: สมส่วนไม่มีบาดแผลไม่มี  
ก้อน ตา 2 ข้างเท่ากันมองเห็นปกติ จมูกและปาก  
ปกติ ไบหูเท่ากันทั้ง 2 ข้าง

ทรวงอกและทางเดินหายใจ: หายใจเหนื่อยใช้  
กล้ามเนื้อหน้าท้อง

หัวใจและหลอดเลือด: หัวใจเต้นเร็ว 120ครั้ง/นาที  
จังหวะสม่าเสมอ ความดันต่ำ 88/57 mmHg

ช่องท้องและทางเดินอาหาร: มีเสียงการ  
เคลื่อนไหวของลำไส้ปกติ กดเจ็บได้ชายโครงข้างขวา  
กล้ามเนื้อและกระดูก: แขนขากำลังปกติ รูปร่างปกติ  
การประเมินสภาพจิตใจและสังคม: เป็นคน  
ใจเย็น สามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นได้

LAB CBC	ค่าปกติ	25 พ.ค.64	29 พ.ค.64	30 พ.ค.64
WBC	5000-10000	8100	7685	8318
RBC	4.2-5.4	4.73	3.35	3.76
HCT	36-48	38	27	31
Hb	12.5-16.5	12.1	8.7	9.8
Plt	140000-400000	221000	185000	282000
Neutrophil	35-75	93	76	71
Lymphocyte	20-40	4	14	22
Monocyte	0-8	3	7	4

LAB Urine exam	25 พ.ค.64
Color	yellow
Sugar	3+
Bilirubin	1+
RBC	2-3
WBC	2-3
Sp.gr	1.018
protien	trace

ผล hemo c/s วันที่ 25 พ.ค. 2564 Escherichia coli

ผล ULTRASOUN UPPER ABDOMEN

วันที่ 26 พฤษภาคม 2564 Diffuse dilatation of bilateral IHDs and CBD without demonstrable cause of obstruction Further CT is suggested

ผล CT UPPER ABDOMEN

วันที่ 26 พฤษภาคม 2564 A 1.7 oval iso-hyperdensity lesion at distal CBD (distal CBD stone) causing biliary system obstruction (intrahepatic duct 1 cm. and CBD 1.8 cm) and swelling ampullar of vater. Distended gallbladder form biliary obstruction without stone or mass or cholecystitis.

#### รายงานกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 71 ปี มาโรงพยาบาล เมื่อวันที่ 25 พฤษภาคม 2564 ด้วยอาการ 2-3 วันก่อนปวดท้องจุกใต้ลิ้นปี่ ถ่ายเหลว 2-3 ครั้ง

ไม่มีคลื่นไส้อาเจียนหลังรับประทานเกลือแร่แล้ว ดีขึ้น 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการหน้ามืดเป็นลมหนาวสั่น มีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูงรักษาต่อเนื่องไม่ขาดยาแรกรับ ที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินรู้สึกตัว มีไข้ 40.2 องศาเซลเซียส BP 88/58 mmHg PR 120 ครั้ง/นาที RR 30 ครั้ง/นาที แพทย์วินิจฉัยว่า septic shock ให้การรักษาโดย load 0.9% NSS 1500 cc และเริ่ม Levophed 4:250 เริ่มที่ 10 cc/hr keep BP >90/60 mmHg เริ่มให้ ยา ceftriaxone 2 gm iv OD ผู้ป่วยมีความอึดตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 83 %s หายใจเหนื่อย RR 30 ครั้ง/นาที แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ No 7.5 ลึก 22 cm DTX = 256 mg% แพทย์ให้ RI 4 unit sc ทำ EKG ผลtachycardia ส่งเข้าตึกอายุรกรรมหญิง on bird respirator NPO ไร้เจาะ CBC BUN Cr electrolyte LFT Lactate hemo c/s ผล lab ที่ผิดปกติ Lactate=6.4 Potassium =2.6

Total Bilirubin= 5.0 Direct Bilirubin =3.5 Alkaline phos =160 SGOT (AST)=76 SGPT(ALT)=54แพทย์ให้ add KCL 40 mEq ใน NSS 1000 cc iv rate 80cc/hr แพทย์ตรวจร่างกายพบว่ากดเจ็บใต้ชายโครงข้างขวา แพทย์อายุรกรรมส่งทำ ULTRASOUN UPPER ABDOMEN ผล Diffuse dilatation of bilateral IHDs and CBD without demonstrable cause of obstruction Further CT is suggested และส่งทำ CT UPPER ABDOMEN A 1.7 oval isohyperdensitylesion at distal CBD (distal CBD stone) causing biliary system obstruction (intrahepatic duct 1 cm. and CBD 1.8 cm) and swelling ampullar of vater. Distended gallbladder form biliary obstruction without stone or mass or cholecystitis. ส่ง consult ศัลยกรรม วันที่ 27 พฤษภาคม 2564 รับย้ายมา ไอซียูศัลยกรรม วันที่ 28 พฤษภาคม 2564 แพทย์ set OR for ERCP with EST with Balloon

extraction with plastic stent 1 เส้น และส่ง bile c/s ได้ยา antibiotic เพิ่มเป็น metronidazole 500 mg iv ทุก 8 ชั่วโมง วันที่ 29 พฤษภาคม 2564 ความดันปกติรู้ตัวดีไม่มีไข้ แพทย์ off ยา levophed ได้ และเริ่ม wean ventilator สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ ในวันที่ 30 พฤษภาคม 2564 ให้ on oxygen mask with bag 10 lit/min ช่วงป่วยหายใจไม่เหนื่อย เปลี่ยนเป็น oxygen cannular 3 lit/min และให้เริ่มจิบน้ำได้กระตุ้น ambulate วันที่ 31 พฤษภาคม 2564 เริ่มรับประทานอาหารอ่อน off ยาฉีดเป็นยา รับประทาน paracetamol (500mg) 1tab PRN ทุก 4-6 ชั่วโมง motilium 1 tab tid pc air -x 1 tab tid pc วันที่ 1 มิถุนายน 2564 แพทย์ให้ ย้ายออกจากไอซียูไปตึกศัลยกรรมหญิง วันที่ 2 มิถุนายน 2564 แพทย์จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน และนัดมาดูอาการพร้อมเจาะ CBC LFT ฟังผล bile c/s ผล lap เป็นปกติ

### ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
1. มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ O: ความดันโลหิตต่ำ 88/58 mmHg (MAP =59) ซึม มีไข้สูง 40.2 องศาเซลเซียส ผล Lactate =6.4	1.ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอได้แก่ 0.9% NSS 1000 ml load 1500ml then drip rate 100ml/hr ตามแผนการรักษาและเริ่มให้ levophed 4:250 rate10cc/hr keep MAP >65 สังเกตอาการวัดความดันโลหิตซ้ำ หลังได้รับสารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำครบ พร้อมรายงานให้แพทย์ทราบ 2.ดูแลเริ่มยา antibiotic เป็น ceftriaxone 2 gm IV OD ตามแผนการรักษา <sup>10</sup>	ผู้ป่วยได้รับ 0.9% NSS 1000ml load 1500ml และเริ่มยา antibiotic เป็น ceftriaxone 2 gm IV OD เริ่ม levophed 4:250 rate 10 cc/hr ภายใน 1 ชั่วโมง หลังจากการวินิจฉัยว่ามีภาวะ sepsis shock ความดันโลหิต 110/70 mmHg (MAP=76)
2. มีภาวะ Hypokalemia S: ญาติบอก “ผู้ป่วยมีอาการถ่ายเหลวมา 2-3 วัน รับประทานอาหารได้น้อย” O: K =2.6 mmol/L.	ดูแลให้ KCL 40 mEq in 0.9% NSS 1000 ml iv infusion drip 80 ml/hr พร้อมติดตามผลข้างเคียงจากการให้ยา On EKG Monitor ประเมินความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ติดตามผลElectrolyte หลังได้ยาครบตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนขา อาการคลื่นไส้อาเจียน ประเมินความสมดุลของสารน้ำเข้าออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง	ติดตามผล Lab ค่า K เพิ่มขึ้น จากเดิม 2.6 เป็น 4.0 mmol/L EKG Sinus rhythm rate 60-80ครั้งต่อนาที ไม่มีอาการแขนขา อ่อนแรงไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน

## ข้อวินิจฉัยการพยาบาล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
3. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเรื่องโรคและการเจ็บป่วยเนื่องจากอยู่ในภาวะวิกฤติ S: ญาติสอบถามอาการเรื่องโรค “เมื่อไหร่จะเอาท่อช่วยหายใจออกได้” O: ญาติมีสีหน้าวิตกกังวล	สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง โดยแนะนำตนเองแสดงท่าที่เป็นมิตร พร้อมอธิบายเหตุผลวัตถุประสงค์ของการให้การรักษายาบาล การใช้อุปกรณ์ การทำหัตถการต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา และร่วมในกิจกรรมการพยาบาลเพื่อจะทำให้ผู้ป่วยยอมรับ และเกิดคุณค่าเป็นที่ต้องการของญาติ และครอบครัว อธิบายให้ญาติทราบถึงอาการ การดำเนินของโรค แผนการดูแลรักษาและการพยากรณ์ของโรคของผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือ ในแผนการดูแลรักษา เปิดโอกาสให้ญาติได้สอบถามปัญหา อาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย พร้อมทั้งอธิบายให้ฟังอย่างชัดเจน เข้าใจง่าย ด้วยวาจาที่นุ่มนวล และท่าทีที่เป็นกันเอง เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและ ศรัทธา	ผู้ป่วย และ ญาติ เข้าใจ แผนการรักษา และให้ความร่วมมือ ในแผนการดูแลรักษาอย่างดี สีหน้าคลายความวิตกกังวลลง
4. เสี่ยงต่อภาวะร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซและการระบายอากาศลดลง O: หายใจเหนื่อย RR 30 ครั้ง/นาที Oxygen sat 88%	ตรวจสอบตำแหน่งของท่อหลอดลมคอ (Endotracheal tube) ให้ตรงตามตำแหน่งที่ระบุไว้ในบันทึกทางการพยาบาล ดูแลการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพ และติดตามค่าแรงดันในทางเดินหายใจ ปริมาตรปอด (Tidal volume) สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจน เช่น อาการหายใจหอบ ชีพจรเร็ว ปลายมือปลายเท้า เยื่อเมือกซีดเขียว เป็นต้น ดูแลการตั้งเครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษา	ผู้ป่วยอาการดีขึ้นสัญญาณชีพปกติผลการวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดงปกติ และสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้
5. ขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนการส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) O: ได้รับการส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อนเป็นครั้งแรก	ประเมินความพร้อมในการเรียนรู้ของญาติและผู้ป่วยสร้างสัมพันธภาพที่ดีเปิดโอกาสให้ซักถามข้อข้องใจและระบายความรู้สึกเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจระบายนความรู้สึบบอกถึงปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือจากบุคลากรในทีมสุขภาพตามความเป็นจริง อธิบายให้ผู้ป่วยได้ทราบเกี่ยวกับโรค แผนการรักษาพยาบาลแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องกับสภาวะของโรคนีวในท่อทางเดินน้ำดี อธิบายเกี่ยวกับการเตรียมตัวความพร้อมทางด้านร่างกาย ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยโดยการตั้งคำถามภายหลังการให้ความรู้ในเรื่อง ปฏิบัติตัวก่อนและหลังการส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) <sup>4</sup>	สามารถปฏิบัติตัวก่อนและหลังการส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) ได้ อย่างถูกต้อง
6. มีอาการท้องอืดและปวดแน่นท้องจากการใส่ลมในท้องระหว่าง การตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP)	ประเมินความปวดจากสีหน้าและท่าทางของผู้ป่วย ประเมินความรุนแรงของอาการท้องอืดโดยการสังเกต ตรวจร่างกาย ฟังเสียง bowel sound อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบสาเหตุของอาการท้องอืดและปวดแน่นท้องซึ่งเกิดจากลมที่แพทย์ใส่ลมเข้าไปขณะส่องกล้องระหว่างการตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน	รู้สึกสุขสบายไม่แน่น อืดอืดท้อง บอกว่าแน่นอืดอืดท้องน้อยลง ระดับความปวดแน่นท้อง (pain score) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 คะแนน หน้าท้องยุบลง เคาะท้องได้ยิน

## ข้อวินิจฉัยการพยาบาล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
<p>S: บ่นปวดแน่นท้อง pain score มากกว่า 3 คะแนน แสดงสีหน้าวิตกกังวล หน้าท้องโตแข็งตึงเคาะท้องได้ยินเสียงโป่ง (tympany sound) ท้องเสียงการทำงานของลำไส้ (bowel sound) ลดลง น้อยกว่า 6-10 ครั้ง ต่อนาที</p>	<p>น้ำดีและตับอ่อน (ERCP) และอาการจะหายไปเองเมื่อผู้ป่วยเรอหรือผายลม อธิบายให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์ของการเคลื่อนไหวร่างกาย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยมี early ambulation ให้พลิกตะแคงตัวบ่อย ๆ ลูกนั่งลุกเดินเข้าห้องน้ำ ดูแลให้ผู้ป่วยเริ่มจิบน้ำ เมื่อเริ่มจิบได้ดี ต่อไปให้รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย ตามลำดับแนะนำให้หลีกเลี่ยงอาหารที่ย่อยยากและทำให้มีก๊าซมาก เช่น อาหารมัน อาหารประเภทถั่ว น้ำอัดลม เป็นต้น ประเมินสังเกตสอบถามผู้ป่วยว่า สามารถเรอหรือการผายลมได้หรือไม่ ซึ่งเป็นอาการที่แสดงถึงการเคลื่อนไหวของลำไส้ ขจัดสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความไม่สบาย เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เป็นต้น ดูแลให้ได้รับยารับประทานลดอาการท้องอืดตามแผนการรักษา และประเมินประสิทธิภาพของยาที่ได้รับ</p>	<p>เสียงโป่ง เฉพาะบริเวณกระเพาะอาหาร ตรวจพบ bowel sound ปกติ 6-10 ครั้งต่อนาที สามารถเรอหรือผายลมได้</p>
<p>7. มีโอกาสเกิดเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร เนื่องจากการส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) O: มีอาการอ่อนเพลีย ผิวหนังซีด เย็น มีค่าความเข้มข้นของเลือด (hematocrit) 27%</p>	<p>ดูแลวัดบันทึกสัญญาณชีพและสังเกตอาการเพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงซึ่งอาจบ่งชี้ถึงภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร เช่น ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำลง ปลายมือปลายเท้าเย็น เป็นต้น ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำจืดอาหารทุกชนิดทางปาก เพื่อลดการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ ซึ่งถ้ามีการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้มากขึ้น อาจทำให้เลือดออกมากขึ้นได้ ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อเพิ่มปริมาณสารน้ำในระบบไหลเวียนโลหิต เพื่อป้องกันการเกิดภาวะช็อก ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อลดการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร ซึ่งการที่ร่างกายหลั่งกรดมาก อาจทำให้เกิดแผลและมีเลือดออกมากขึ้นได้ ติดตามผลการตรวจความเข้มข้นของเลือดทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินการสูญเสียเลือด และวางแผนให้การรักษาต่อไป และรายงานอาการของผู้ป่วยให้แพทย์ทราบในทันที เมื่อพบความผิดปกติ<sup>5,7</sup></p>	<p>ปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากเลือดออกในกระเพาะอาหาร มีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติอุณหภูมิร่างกาย 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-80 ครั้ง ต่อนาที ความดันโลหิตไม่ต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการอ่อนเพลีย ซีด มีค่าความเข้มข้นของเลือด (hematocrit) อยู่ใน ช่วง 37-47 %</p>
<p>8. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อของท่อน้ำดีและตับอ่อนเนื่องจากเนื้อเยื่อทางเดินอาหารอาจถูกทำลายระหว่างการส่องกล้องตรวจ</p>	<p>ให้ข้อมูลอธิบายชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบถึงสาเหตุของการติดเชื้อของท่อน้ำดีและตับอ่อนว่าหลังการส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน(ERCP) อาจพบภาวะการติดเชื้อในท่อน้ำดีหรือตับอ่อนอักเสบ เช่น มีไข้ ปวดแน่นท้องมาก เป็นต้น โดยประมาณ 3-5% ซึ่งส่วนใหญ่อาการจะเป็นไม่มาก ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ถ้าสัญญาณชีพ</p>	<p>ปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในทางเดินอาหาร มีสัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 -37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-80 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต</p>



## ข้อวินิจฉัยการพยาบาล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
O: มีไข้ อุณหภูมิร่างกายมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส ผลการตรวจ CBC ทางห้องปฏิบัติการ พบ WBCมากกว่า 9,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร	ผิดปกติต้องรายงานอาการให้แพทย์ทราบในทันที ประเมินอาการผิดปกติที่ท้อง เช่น อาการปวดในช่องท้องกดเจ็บและท้องแข็งตึง เป็นต้น ถ้าพบอาการผิดปกติดังกล่าวต้องรายงานแพทย์ทันที ติดตามผลการเพาะเชื้อและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และรายงานแพทย์ทันที เมื่อพบความผิดปกติ ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาและประเมินอาการข้างเคียงจากการได้ยา	ไม่ต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท ตรวจ CBC ทางห้องปฏิบัติการพบ WBC 4,000-9,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร
9. ความวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังได้รับการส่องกล้องตรวจท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) และเมื่อกลับไปอยู่บ้าน S: ต้องทำตัวอย่างไรเมื่อต้องกลับไปอยู่ที่บ้าน	แนะนำให้ความรู้กับผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติตัวหลังได้รับการส่องกล้องตรวจท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) ดังนี้ หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำอุ่น หรืออาหารร้อนๆ ในช่วง 2-3 วันแรกหลังการส่องกล้องตรวจ การออกกำลังกายซึ่งไม่มีข้อจำกัดแต่ขึ้นอยู่กับผู้ป่วย สามารถทำได้ และแนะนำให้พักเมื่อรู้สึกเริ่มเหนื่อย การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ และดื่มน้ำสะอาดออกกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงความอ้วน สังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ เช่น ตัวและตาเหลือง ปวดท้อง มีไข้ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ควรรีบพบแพทย์ทางเดินอาหารทันที แนะนำให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคนิ่วในท่อน้ำดี ดังนี้ รับประทานอาหารที่มีความสมดุลของสารอาหาร และมีไขมันเพียงพอ จะกระตุ้นให้ถุงน้ำดีบีบตัวได้ดีเพื่อไม่ให้ไขมันในถุงน้ำดีคั่งค้างอยู่นานจนเกิดนิ่วขึ้นมา รับประทานอาหารที่มีกากใย (fiber) สูง ได้แก่ ผัก ผลไม้ และอาหารที่มี calcium และมีไขมันแบบ saturated fats ต่ำ เช่น เนื้อปลา น้ำมันมะกอก เป็นต้น คุมน้ำหนักไม่ให้อ้วน โดยการคุมอาหารที่มีพลังงานเหมาะสมและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เน้นย้ำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์และมาตรวจตามนัด รับประทานอาหารและยาตามที่แพทย์สั่ง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกและซักถามในสิ่งที่สงสัยประเมินซ้ำหลัง ให้ความรู้กับผู้ป่วยโดยการซักถามในประเด็นต่าง ๆ เพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย และเน้นย้ำในสิ่งที่ผู้ป่วยเข้าใจไม่ถูกต้องเพิ่มขึ้น <sup>8</sup>	ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลลง และมีความรู้ในการปฏิบัติตัวกับเหตุการณ์ที่ได้รับ เมื่อกลับไปอยู่บ้านมีสีหน้าสดชื่นแจ่มใสขึ้น และบอกว่าการคลายความวิตกกังวลลง สามารถบอกวิธีปฏิบัติตัวหลังได้รับการส่องกล้องตรวจท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) เมื่อกลับไปอยู่บ้าน รวมทั้งวิธีปฏิบัติตัวในการป้องกันการเป็นซ้ำของโรคนิ่วในท่อน้ำดีได้ถูกต้อง

## สรุป

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้ พบว่าอาการ แรกเริ่มที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คล้ายกับอาการของโรคทางลำไส้ คือมีอาการท้องเสียมาก่อน และมีภาวะ septic shock ที่ห้องฉุกเฉินได้รับการรักษาภาวะ sepsis shock โดยใช้แนวทางการปฏิบัติ 6 Bundle ได้รับการ load NSS 1,500 cc ภายใน 3 ชั่วโมงแรก ได้รับ oxygen โดยการใส่ท่อช่วยหายใจ No 7.5 ลึก 22 cm on ventilator เริ่มให้ยาปฏิชีวนะชนิดฉีดภายใน 1 ชั่วโมง หลังวินิจฉัย เริ่ม Levophed 4:250 เก็บ Hemoculture 2 specimens Retained Foley's Catheter บันทึก urine output ทำให้ผู้ป่วยไม่มีอาการรุนแรงถึงเสียชีวิต และต้องอาศัยการตรวจร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผล ULTRASOUND ผล CT จึงพบสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีการประเมิน รวบรวมข้อมูล วางแผนการพยาบาล อย่างเป็นระบบ ปฏิบัติการพยาบาลด้วยความเชี่ยวชาญ มีการประเมินผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วมีความรู้เกี่ยวกับโรค และ แผนการรักษา มีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น รวมถึงความสามารถในการแก้ไข ปัญหาภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นได้อย่างทันท่วงที มีการวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งกลับบ้าน ดูแลรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย

## เอกสารอ้างอิง

1. สรรชัย กาญจนลาภ. นิวในระบบทางเดินน้ำดี. ภาควิชาศัลยศาสตร์วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลพระมงกุฎ;2554.
2. อภัย สุขเจริญ. การพัฒนาแบบแผนการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นมหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2556.
3. ทศพล เจริญวุฒิ. การส่องกล้องระบบทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) [อินเทอร์เน็ต].

โรงพยาบาลพญาไท ศรีราชา; [เข้าถึงเมื่อ 4 ธ.ค. 64]. เข้าถึงได้จาก: [http://www.phyathai.com/medicalcenterdetail\\_article/11/805/PYT2/th](http://www.phyathai.com/medicalcenterdetail_article/11/805/PYT2/th).

4. ศูนย์ระบบทางเดินอาหาร-ปีเอ็นเอช. การส่องกล้องตรวจท่อทางเดินน้ำดี ERCP [อินเทอร์เน็ต]. โรงพยาบาลปีเอ็นเอช; [เข้าถึงเมื่อ 10 ธ.ค. 64]. เข้าถึงได้จาก: [https://www.bnhhospital.com/th/cm/d/gastrointestinal/the\\_complete\\_digestive\\_medica](https://www.bnhhospital.com/th/cm/d/gastrointestinal/the_complete_digestive_medica).
5. การส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารโรงพยาบาลจุฬารัตน์ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 3 ธ.ค 64]. เข้าถึงได้จาก: [http://www.chularat.com/healthpackage\\_treatment\\_detail.php?id=518&lang=en](http://www.chularat.com/healthpackage_treatment_detail.php?id=518&lang=en).
6. ระพีพันธุ์กุลยาวิทย์และผู้เชี่ยวชาญทางเดินอาหารและโรคตับ รพ.จุฬาลงกรณ์. นิวในทางเดินน้ำดี หรือนิวในถุงน้ำดีปัญหาที่พบได้ โดยคุณไม่รู้ตัว แนวทางการรักษา [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 7 ธ.ค. 64]. เข้าถึงได้จาก: <https://thth.facebook.com>.
7. วิกิจ วีรานูวัตดี. ศูนย์ส่องกล้องทางเดินอาหาร Siriraj GI scope center [อินเทอร์เน็ต]. โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล; [เข้าถึงเมื่อ 3 ธ.ค.64]. เข้าถึงได้จาก: [http://www.si.mahidol.ac.th/office\\_d/adm/Gi\\_scope/ercp.html](http://www.si.mahidol.ac.th/office_d/adm/Gi_scope/ercp.html).
8. วัชรินทร์ คำสา. โรคและหัตถการเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหารและตับ ศูนย์ระบบทางเดินอาหาร [อินเทอร์เน็ต]. 2556. [เข้าถึงเมื่อ 11 ธ.ค. 64]. เข้าถึงได้จาก: <http://gicente.blogspot.com/2013/09/ercp>.
9. ข้อมูลงานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาล อ่างทอง. จำนวนผู้ป่วยนิวในท่อน้ำดี.
10. พรพิศ ตรีบุพชาติสกุล, นาทยา คำสว่าง, ปัญญา เกื้อนด้วง. ผลการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดหลังใช้แนวเวชปฏิบัติ. พุทธชินราชเวชสาร; 2550; 24(1): 33-47.