Singburi Hospital Journal ปีที่ 31 ฉบับที่ 1 พฤษภาคม – สิงหาคม 2565

กรณีศึกษา Case Study

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มารับการผ่าตัดนิ่วในท่อน้ำดี ผ่านกล้องตรวจท่อทางเดินน้ำดีและท่อตับอ่อน

สายพิณ บัวสระ พย.บ.*

Received: 27 มิ.ย.65
Revised: 3 ส.ค.65
Accepted: 11 ส.ค.65

บทคัดย่อ

บทนำ: การผ่าตัดนิ่วในท่อน้ำดีผ่านกล้องตรวจท่อทางเดินน้ำดีและท่อตับอ่อน เป็นการใช้กล้องส่องเข้าไปทางปาก ผ่านหลอดอาหาร, กระเพาะอาหาร และลำไส้ส่วนต้นจนถึงท่อเปิดของน้ำดีในลำไส้เล็กแล้วฉีดสารทึบแสงพร้อมกับถ่ายภาพเอกซเรย์ เพื่อช่วยในการวินิจฉัยตรวจหาความผิดปกติของท่อทางเดินน้ำดี และตับอ่อน ซึ่งได้รับความนิยมในปัจจุบัน ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาระงับความรู้สึกขณะทำ จึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นระบบที่ได้รับผลกระทบอย่างมากภายหลังการให้ยาระงับความรู้สึก ในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในท่อน้ำดีผ่านกล้องตรวจท่อทางเดินน้ำดีและท่อตับอ่อน จึงต้องได้รับการดูแลและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน

วิธีการศึกษา: ศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มารับการผ่าตัดนิ่วในท่อน้ำดีผ่านกล้องตรวจท่อทางเดินน้ำดีและท่อตับอ่อนจำนวน 1 ราย ที่เข้ารักษาในโรงพยาบาลสิงห์บุรี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์ สังเกต และข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย แล้วนำมาวิเคราะห์ประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล ระบุกิจกรรมการพยาบาลและ ประเมินผล ตามกระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษา: พบว่าปัญหาก่อนให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว ผู้ป่วยมีอาการปวดจุกบริเวณใต้ลิ้นปี่ เนื่องจากเกิดการอักเสบของท่อน้ำดี ผู้ป่วยไม่เคยมีประสบการณ์ในการผ่าตัดมาก่อนจึงมีความวิตกกังวล กลัวการผ่าตัด เมื่อถึงเวลาผ่าตัดและให้ยาระงับความรู้สึกเกิดภาวะแทรกซ้อนคือมีความดันโลหิตลดต่ำลงหลังผ่าตัดได้รับยาระงับความรู้สึก 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีภาวะท้องอืดแน่นจากการใส่ลมขณะผ่าตัด และเกิดการอักเสบของตับอ่อน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านหลังผ่าตัด 3 วัน รวมนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 12 วัน

สรุป: การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มารับการผ่าตัดนิ่วในท่อน้ำดีผ่านกล้องตรวจท่อทางเดินน้ำดีและท่อตับอ่อน วิสัญญีพยาบาลต้องมีความรู้ ความชำนาญ และความตื่นตัวตลอดเวลา ก่อนให้ยาระงับความรู้สึกต้องประเมินความเสี่ยงจากภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เตรียมผู้ป่วยให้มีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ มีการวางแผนเตรียมยา สารน้ำ เลือด ส่วนประกอบของเลือด ให้การพยาบาลและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนขณะให้ยาระงับความรู้สึก รวมถึงการจัดการความปวดหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย สุขสบาย ลดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก

คำสำคัญ: การให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว, ความดันโลหิตสูง, นิ่วในท่อน้ำดี, กล้องตรวจท่อทางเดินน้ำดีและท่อตับอ่อน

*งานวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลสิงห์บุรี

Singburi Hospital Journal ปีที่ 31 ฉบับที่ 1 พฤษภาคม – สิงหาคม 2565

Nursing care of patients general anesthesia in hypertension who came for surgery for Distal CBD stone, Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP)

Saipin Buasara B.N.S.*

Abtract

Introduction: Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) is very popular today as it involves the insertion of an endoscope through the mouth, esophagus, stomach, and duodenum to the opening of the bile duct in the small intestine to inject a contrast agent along with X-ray images to assist in the diagnosis of abnormalities of the bile duct and pancreas. By this method, patients need to receive anesthesia while ERCP is being performed. Therefore, there is a potential for major complications in systems including the cardiovascular system that is greatly affected after receiving anesthesia. In hypertensive patients undergoing ERCP surgery, care must be taken and the risk of complications is monitored.

Methods: Patients with hypertension who came for Distal CBD stone surgery by Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) received general anesthesia. 1 patient was admitted to Singburi Hospital. Data collected through interviews, observations, and medical records. Then, the nursing process including Gordon's health assessment, nursing diagnoses along with guidelines of the American Association of nursing diagnostic, nursing implementation, and evaluation was performed.

Results: The results revealed the problem before giving general anesthesia. The patient had a throbbing pain under the epithelium due to inflammation of the bile duct. The patient had no previous experience in surgery and, therefore, had anxiety and fear of surgery. At the time of surgery along with giving anesthesia, the patient had hypotension. After 24 hours of receiving anesthesia, the patient had abdominal distension due to inflating during surgery and inflammation of the pancreas. Doctors allowed him to go home 3 days after the surgery. He stayed in the hospital for a total of 12 days.

Conclusions: To provide nursing care for patients with hypertension receiving general anesthesia for Distal CBD stone surgery by Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP, an anesthetist must have knowledge, expertise, and alertness at all times. Before administering anesthesia, the patient's health risks must be assessed to ensure they are physically and mentally ready. Preparations include the preparation of drugs, fluids, blood, and blood components. Provision of nursing care and observation for complications while giving anesthesia, including pain management, and nursing care after surgery will make patients feel safe and comfortable and reduce complications from receiving anesthesia.

Keywords: General anesthesia, hypertension, gallstones, Endoscopic retrograde cholangiopancreatography

*Nurse Anesthetist, Singburi Hospital

บทนำ

โรคนิ่วในท่อน้ำดี (Common bile duct stone: CBD stone) พบได้ร้อยละ 6-12 ในผู้ป่วยที่มี นิ่วในถุงน้ำดี และพบได้ร้อยละ 20-25 ของผู้ป่วยอายุมากกวา 60 ปที่มีนิ่วในถุงน้ำดี ในผู้ป่วยทางซีกโลกตะวันตกนิ่วในทอน้ำดีสวนใหญ่เกิดจากนิ่วในถุงน้ำดีที่หลุดลงมาผ่าน cystic duct ในขณะที่ผู้ป่วยทางแถบเอเชียนิ่วในทอน้ำดีส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อและการหยุดนิ่งในทอน้ำดี ลักษณะนิ่วเป็น brown pigment stones สาเหตุการเกิดมักเกี่ยวกับการตีบตันของทอน้ำดีสวนปลาย เชน biliary stricture, papillary stenosis หรือเนื้องอก[1] ซึ่งการเกิดนิ่วในท่อน้ำดีนั้นมักจะเกิดที่ถุงน้ำดีก่อน หากไม่ได้รับการรักษาหรือปล่อยนานไปก้อนนิ่วที่อยู่ในถุงน้ำดีนั้นก็จะตกลงสู่ท่อน้ำดี ทำให้เกิดเป็นนิ่วในท่อน้ำดี ส่งผลให้ท่อน้ำดีส่วนปลายเกิดการอุดตัน ผู้ป่วยจะเกิดอาการตาเหลือง ตัวเหลือง มีไข้ และมีปัสสาวะสีเข้ม เกิดการติดเชื้อแบคทีเรียรุนแรงในท่อน้ำดี และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนถึงขั้นเสียชีวิตได้ การรักษานิ่วในท่อน้ำดีสามารถทำการรักษาด้วยการส่องกล้องทางเดินน้ำดีและท่อตับอ่อน (ERCP) หรือการผ่าตัดรักษาร่วมกับผ่าตัดถุงน้ำดี นิ่วในท่อน้ำดีที่ไม่ได้รักษามีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากถึงร้อยละ 25.3[2] ในเวลา 4 ปี ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ ตับอ่อนอักเสบ ท่อน้ำดีอักเสบ และท่อน้ำดีอุดตัน เป็นต้น การรักษาโดยการเอานิ่วในท่อน้ำดีออกจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนลงเหลือร้อยละ 12.7[3]

จากสถิติสาธารณสุข พ.ศ.2558[4] มีผู้ป่วยโรคนิ่วในระบบน้ำดีและถุงน้ำดีอักเสบ จำนวน 65,536 ราย สำหรับสถิติผู้ป่วยโรคนิ่วในระบบน้ำดีและถุงน้ำดีอักเสบที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสิงห์บุรี ปี 2562-2564 มีจำนวน 63 ราย 82 ราย และ 58 ราย ตามลำดับ โดยเป็นนิ่วในท่อน้ำดี จำนวน 7, 7และ 9 รายตามลำดับ และเข้ารับการผ่าตัดนิ่วในท่อน้ำดี ผ่านกล้องตรวจท่อทางเดินน้ำดีและท่อตับอ่อน (ERCP) ทั้งหมด[5]

การผ่าตัดนิ่วในท่อน้ำดีผ่านกล้องตรวจท่อทางเดินน้ำดีและท่อตับอ่อน (ERCP) เป็นการใช้กล้องส่องเข้าไปทางปาก ผ่านหลอดอาหาร, กระเพาะอาหาร และสำไส้ส่วนต้นจนถึงท่อเปิดของน้ำดีในลำไส้เล็กแล้วฉีดสารทึบแสงพร้อมกับถ่ายภาพเอกซเรย์ เพื่อช่วยในการวินิจฉัยตรวจหาความผิดปกติของท่อทางเดินน้ำดี และตับอ่อน หรือการรักษาการอุดตันของท่อทางเดินน้ำดี และอาการปวดท้อง เนื่องจากความผิดปกติของท่อน้ำดีและตับอ่อน กรณีที่มีนิ่วในท่อทางเดินน้ำดี เมื่อศัลยแพทย์ทำการฉีดสี และประเมินขนาดนิ่ว จำนวน และขนาดท่อทางเดินน้ำดีแล้วจึงทำ Sphincterotomy หรือร่วมกับการขยาย Ampulla และใช้บอลลูนดึงนิ่ว หรือใช้ตะกร้อขบนิ่วนำนิ่วออกจากท่อน้ำดี หลังจากนั้นขยายบอลลูนปิดปลายท่อน้ำดีและฉีดสี เพื่อตรวจวินิจฉัยว่านิ่วออกหมดหรือไม่ ถึงแม้การการผ่าตัดนิ่วในท่อน้ำดี ผ่านกล้องตรวจท่อทางเดินน้ำดีและท่อตับอ่อน จะได้รับความนิยม แต่ก็อาจภาวะแทรกซ้อน เช่น ทางเดินน้ำดีอักเสบหรือตับอ่อนอักเสบ ลำไส้เล็กทะลุ ทางเดินท่อน้ำดีทะลุ ซึ่งมีค่อนข้างสูงร้อยละ 6-15[6,7]

การให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในท่อน้ำดี ผ่านกล้องตรวจท่อทางเดินน้ำดีและท่อตับอ่อน (ERCP) เป็นการผ่าตัดที่ยุ่งยากซับซ้อนจากตัวโรคเองและวิธีการผ่าตัดที่มีความเสี่ยงสูง รวมถึงอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้การระงับความรู้สึกอีกด้วย ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและ

หลอดเลือด ซึ่งเป็นระบบที่ได้รับผลกระทบอย่างมากภายหลังการให้ยาระงับความรู้สึก อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ตั้งแต่ระดับเล็กน้อย เช่น ภาวะความดันโลหิตต่ำ ความดันโลหิตสูง ภาวะหัวใจเต้นช้าลง ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงปานกลาง พบว่าค่าความดันโลหิตจะลดลงมากกว่าร้อยละ 30 ของค่าเดิม และพบว่าบางรายมีภาวะหัวใจเต้นช้าลงร่วมด้วย ส่วนการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ได้แก่ หัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมาเลี้ยง ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิตได้ ในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มีความจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดนิ่วในท่อน้ำดี ผ่านกล้องตรวจท่อทางเดินน้ำดีและท่อตับอ่อน (ERCP) และต้องได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว จึงทำให้มีแนวโน้มการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบหัวใจและหลอดเลือด และการเสียชีวิตที่เพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากความยืดหยุ่นของหลอดเลือดลดลง ร่วมกับมีหลอดเลือดแดงตีบแคบ ทำให้ผนังของหลอดเลือดแดงแข็ง ดังนั้นจึงสนใจศึกษาด้วยกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับการผ่าตัดนิ่วในท่อน้ำดีผ่านกล้องตรวจท่อทางเดินน้ำดีและท่อตับอ่อน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาและเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั้งตัวที่มารับการผ่าตัดนิ่วในท่อน้ำดี ผ่านกล้องตรวจท่อทางเดินน้ำดีและท่อตับอ่อน (ERCP)

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 77 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพทำนา มีโรคประจำตัว เป็นโรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ประมาณ 20 ปี รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลสิงห์บุรี เข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลสิงห์บุรี วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2565 เวลา 23.20 น. ด้วยอาการปวดจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ มีไข้ หนาวสั่น ก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน มีอาการปวดจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ เป็น ๆ หาย ๆ มา 3 วัน รับประทานยาธาตุน้ำขาวและยาแก้ปวดท้องอาการทุเลา และ 1 ชั่วโมงก่อนมา มีอาการปวดจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ มีไข้ หนาวสั่น ญาติได้สังเกตอาการนานประมาณ 1 ชั่วโมง อาการไม่ทุเลา จึงพามาโรงพยาบาล แรกรับที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการตัวตาเหลืองเล็กน้อย น้ำหนัก 60 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร BMI 22.09 สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 97 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 171/89 มิลลิเมตรปรอท ไม่เคยมีประวัติการทำผ่าตัด ไม่มีประวัติแพ้ยาและอาหารทะเล การวินิจฉัยแรกรับ Sepsis ได้รับการเจาะเลือดตรวจ H/C 2 specimen ได้รับสารน้ำ 0.9% NSS IV load 500 ml และ Ceftriaxone 2 gm v ผลการตรวจ CXR ปกติ ผลการตรวจ EKG ปกติ และผลการตรวจ DTX = 123 mg% แพทย์สั่งให้นอนรักษาตัวที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาภาวะ sepsis ต่อเนื่อง และได้รับการดูแลให้รับประทานยาเพื่อบรรเทาอาการปวดจุกใต้ลิ้นปี่ และได้รับยาควบคุมระดับความดันโลหิตและไขมันในเลือด สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.6-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจรอยู่ในช่วง 60-86 ครั้ง/นาที หายใจอยู่ในช่วง 20-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 133/60-159/76 มิลลิเมตรปรอท 24 กุมภาพันธ์ 2565 ผลการตรวจทางห้องทดลองพบค่าการทำงาน

ของตับ (LFT) และการทำงานตับอ่อนผิดปกติ Total Bilirubin 2.9 mg/dl, Direct Bilirubin 1.7 mg/dl, SGOT 241 U/L, SGPT 154 U/L และ ALP 353 U/L แพทย์ส่งทำ U/S upper abdomen พบ Distal CBD stone, about 07.x1.4 cm in size, causing CBD obstruction จึงส่งปรึกษาศัลยแพทย์ Plan ERCP เมื่อค่า LFT ลดลงและให้ Metronidazole 500 mg v q 8 hr เพื่อลดภาวะตับอ่อนอักเสบ ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนจืด เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต และรับย้ายมาอยู่หอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม ชั้น 8 ในวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2565 สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.1-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจรอยู่ในช่วง 60-80 ครั้ง/นาที หายใจอยู่ในช่วง 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 118/62-146/74 มิลลิเมตรปรอท ผลการเพาะเชื้อเมื่อ 23 กุมภาพันธ์ 2565 no growth และ ผลการตรวจค่าการทำงานของตับและตับอ่อนเริ่มมีการอักเสบลดลง ในวันที่ 2 มีนาคม 2565 Total Bilirubin 1.7 mg/dl, Direct Bilirubin 0.8 mg/dl, SGOT 129 U/L, SGPT 84 U/L และ ALP 304 U/L แพทย์จึง Set OR for ERCP วันที่ 3 มีนาคม 2565 เวลา 14.00 น. ก่อนเข้ารับการผ่าตัดได้รับการตรวจหาเชื้อ COVID-19 ผล Not detected เข้าวันผ่าตัดมี pre-medication เป็น Manidipine 1 tab o ก่อนผ่าตัดดูแลให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจนทางสายยาง 6 LPM นาน 5 นาที เวลา 14.29 น. วิสัญญีแพทย์เริ่มให้การระงับความรู้สึกแบบทั้งตัวโดยฉีด Thiopental 250 mg v ตามด้วย Succinyl choline 75 mg v ใส่ท่อช่วยหายใจไว้ และรักษาระดับการสลบด้วยเทคนิค balance technique ระหว่างผ่าตัดเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื่องความดันโลหิตต่ำ ดูแลแก้ไขโดยให้ Ephedrine 6 mg v x 4 ครั้ง จนสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และหลังผ่าตัดสามารถควบคุมความปวดได้ดี ใช้เวลาในการผ่าตัด 3 ชั่วโมง 16 นาที เสียเลือด 50 ml ได้รับสารน้ำเพียงพอ ปัสสาวะออก 30 ml/hr เสร็จผ่าตัดตื่นรู้สึกตัวดี คะแนนความปวด 0 คะแนน หายใจดี ให้สูดดมออกซิเจนทางสายยาง 6 LPM ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 68 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99-100 เปอร์เซ็นต์ และขณะอยู่ห้องพักฟื้น ตรวจวัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 120/70-130/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรอยู่ในช่วง 70-80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 % คะแนนความปวดเท่ากับ 0 คะแนน ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ผู้ป่วยได้รับการดูแลในห้องพักฟื้น เป็นเวลา 1 ชั่วโมง วิสัญญีแพทย์พิจารณาให้กลับไปดูแลที่หอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรมชั้น 8 โดยไม่ต้องเข้าห้องผู้ป่วยหนัก ตรวจเยี่ยมหลังให้ยาระงับความรู้สึก 1 วัน พบว่าผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียยังมีภาวะตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน ผลทางห้องปฏิบัติการพบค่า Amylase 1520 U/L, WBC 14.08 x10^3/ul, Neutrophils 91.1 % Lymphocytes 5.0 % ดูแลให้ได้รับ Ciprofloxacin 400 mg v q 12 hr พร้อมทั้งติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ และมีปัญหาท้องอืดแน่น ได้รับ Alum milk 1 ชต O tid pc และ Carminative 1 ชต O tid pc ตามแผนการรักษา คะแนนความเจ็บปวด 1-3 คะแนน หลังผ่าตัด 3 วัน ผู้ป่วยสามารถลุกจากเตียงทำกิจวัตรประจำวันได้ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน รวมเวลานอนโรงพยาบาล 12 วัน นัดตรวจที่คลินิกศัลยกรรม 1 สัปดาห์พร้อมติดตามผล LFT, Amylase, CBC, BUN, Cr

สรุปการวินิจฉัย

การวินิจฉัยแรกรับ Sepsis

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย Distal CBD stone with obstruction

การผ่าตัด

ERCP c EST c Balloon extraction

การพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว แบ่งเป็น 3 ระยะ

1. การพยาบาลระยะก่อนให้การระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว

2. การพยาบาลระยะให้การระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว

3. การพยาบาลระยะหลังให้การระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว

1. การพยาบาลระยะก่อนให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว

ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม ชั้น 8 วันที่ 2 มีนาคม 2565 เพื่อซักถามข้อมูลประวัติส่วนตัว ตรวจร่างกายเพื่อประเมินความพร้อม และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แล้วนำข้อมูลทั้งหมดมารวบรวมวิเคราะห์เพื่อประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วย และเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยต่อการให้ยาระงับความรู้สึก ซึ่งจากการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยมีสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 74 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 36.2 องศาเซลเซียส พบว่า ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ ให้ประวัติว่ามีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลสิงห์บุรีนานประมาณ 20 ปี ได้รับยา Doxazosin 1 tab O hs, Manidipine 1 tab O pc และ Simvastatin 1 tab O hs ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร เคยมีประวัติการดื่มสุราและสูบบุหรี่แต่เลิกมาประมาณ 20 ปี ตรวจร่างกาย รูปร่างใบหน้า คาง คอปกติ ไม่มีฟันปลอม แต่มีฟันหัก 2 ซี่ ไม่มีภาวะใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก (Mallampati class I) ผลการตรวจ CXR และ EKG ปกติ ส่วนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่าค่าการทำงานของตับและเอ็นไซน์ตับสูงกว่าปกติ Total Bilirubin 1.7 mg/dl, Direct Bilirubin 0.8 mg/dl, SGOT 129 U/L, SGPT 84 U/L และ ALP 304 U/L และผล U/S upper abdomen เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2565 พบ Distal CBD stone, about 07.x1.4 cm in size, causing CBD obstruction ผู้ป่วยมีท่าทางอ่อนเพลีย บ่นปวดท้องบริเวณใต้ลิ่นปี่ เอามือกุมท้องตลอด ดูแลจัดท่าให้นอน Fowler's position พร้อมทั้งอธิบายถึง พยาธิของโรค และสาเหตุที่ทำให้ปวดท้องใต้ลิ้นปี่ ประสานพยาบาลประจำตึกให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ ผู้ป่วยทุเลาปวดท้อง pain scale ลดลงจาก 6 เหลือ 4 ได้พูดคุยซักถามแผนการรักษาของแพทย์เรื่องการผ่าตัดเอานิ่วในท่อน้ำดีผ่านกล้องตรวจท่อทางเดินน้ำดีและท่อตับอ่อน ในวันที่ 3 มีนาคม 2565 ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล บอกกลัวไม่เคยได้รับการผ่าตัด และได้รับการระงับความรู้สึกมาก่อน มีอายุมากแล้ว กลัวว่าถ้าดมยาสลบแล้วจะไม่ฟื้น ดูแลให้กำลังใจ และแจ้งผู้ป่วยทราบว่าตนเองเป็นวิสัญญีพยาบาลที่จะดูแลขณะให้การระงับความรู้สึก ร่วมกับทีมผ่าตัด พร้อมทั้งให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากแพทย์และ พยาบาลเป็นอย่างดี ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด รวมถึงการปฏิบัติตัวก่อนและหลังได้รับยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยเข้าใจ มีสีหน้าแจ่มใสขึ้น จากการตรวจประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยต่อการได้รับยา

ระงับความรู้สึกตาม American Society of Anesthesiologists (ASA) จัดอยู่ในระดับ ASA Class 3 คือเป็นผู้สูงอายุ 77 ปี มีโรคร่วม ได้แก่ ความดันโลหิตสูง และมีค่าการทำงานของตับและเอ็นไซด์ตับผิดปกติ เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทางด้าน ร่างกายและจิตใจ นำข้อมูลจากการประวัติ และตรวจร่างกาย มาวางแผนการให้ยาระงับความรู้สึกให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยและการผ่าตัด รวมทั้งการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

การวางแผนในการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว

สำหรับผู้ป่วยรายนี้ เลือกใช้วิธีระงับความรู้สึกโดยการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว คือการทำให้ผู้ป่วยหมดสติสัมปชัญญะ ไม่รู้สึกตัวถึงความเจ็บปวด โดยให้ยานำสลบทางหลอดเลือดดำ ใส่ท่อช่วยหายใจ ร่วมกับให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อและควบคุมการหายใจ ซึ่งวิธีนี้เหมาะสมกับผู้ป่วยเนื่องจากต้องใช้ระยะเวลาการผ่าตัดนาน มีความปลอดภัยสามารถดูแลระบบหายใจ และสภาพการไหลเวียนเลือดได้ดี ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจน สัญญาณชีพไม่เปลี่ยนแปลงมาก รวมทั้งกล้ามเนื้อหย่อนตัวดี สะดวกต่อการทำผ่าตัด และสามารถป้องกันการสำลักได้ดี

การเตรียมตัวเพื่อรับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว

1. งดน้ำและอาหาร เป็นเวลาอย่างน้อย 6 ชั่วโมง ก่อนการผ่าตัด (เวลาที่งดน้ำและอาหาร 7.00 น.) เนื่องจากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง แพทย์จึงให้ Manidipine 1 tab O หลังอาหารเช้า เพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงขณะผ่าตัด

2. ติดตามการเตรียมความพร้อมในการเตรียมเลือด และสารประกอบของเลือด

3. ให้ผู้ป่วยและญาติ เซ็นใบยินยอมให้ระงับความรู้สึก

4. ให้ผู้ป่วยถอดเครื่องประดับ ของมีค่าออก

5. แนะนำวิธีการหายใจ และการไอ ที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ (Deep Breathing exercise) ภายหลังการได้รับการระงับความรู้สึก

6. สอนการประเมินอาการปวดโดยระบุระดับความปวด เป็นคะแนน 0-10

7. จองห้องผู้ป่วยหนัก (ICU) เนื่องจากการผ่าตัดใช้เวลานาน ผู้ป่วยสูงอายุ และมีโรคร่วม อาจมีปัญหาเรื่องการหายใจ เอาท่อช่วยหายใจออกไม่ได้

8. ติดตามผลตรวจหาเชื้อ Covid-19 ก่อนผ่าตัด

9. ประสานงานและให้ข้อมูลการเตรียมผู้ป่วย ก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกกับพยาบาลประจำ หอผู้ป่วย

10. บันทึกการพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่มอบให้ผู้ป่วยและครอบครัว สรุปผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

2. การพยาบาลระยะให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว

เมื่อรับผู้ป่วยมาถึงหน้าห้องผ่าตัด ทักทายผู้ป่วย แสดงตัวบอกกล่าวให้ผู้ป่วยทราบอีกครั้งว่าเป็นผู้ดูแลขณะให้การระงับความรู้สึก พร้อมทั้งพูดคุยซักถามปัญหา การนอนหลับพักผ่อน ให้ความมั่นใจ ในประสิทธิภาพของการระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว ว่าขณะผ่าตัดผู้ป่วยจะไม่รู้สึกตัว ไม่เจ็บและจะตื่นรู้สึกตัวเมื่อเสร็จผ่าตัด และรับการดูแลในห้องพักฟื้นจนปลอดภัย จึงส่งกลับหอผู้ป่วย ตรวจสอบความพร้อมทั่วไป เช่น ซักถามชื่อ-สกุล ป้ายข้อมือ เพื่อเป็นการยืนยันว่าผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกถูกคนและผ่าตัดถูกตำแหน่ง ตรวจสอบใบบันทึก

สัญญาณชีพ ตรวจสอบซ้ำเรื่องการเซ็นยินยอมผ่าตัดภายใต้การระงับความรู้สึก ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจ EKG, CXR บริเวณป้ายข้อมือให้ตรงกับแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วย ซักถามการงดอาหารและน้ำ การรับประทานยา pre-medication ตรวจดูบริเวณที่แทงเข็มที่ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (5% D/N/2 80 ml/hr) ไม่มีลักษณะบวมแดง และสารน้ำหยดดี ไม่มีรอยรั่วซึม ระหว่างมีการให้ยาระงับความรู้สึกเฝ้าระวังดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น พร้อมกับบันทึกการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ การสูญเสียเลือด ดูแลให้ สารน้ำและปัสสาวะที่ออกมา ตลอดจนประเมินการรับรู้ของผู้ป่วย เพื่อเอาท่อช่วยหายใจออกเมื่อตื่นดี ทำตามคำสั่งได้ และหายใจเพียงพอ

การเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ ก่อนให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว

1. เครื่องดมยาสลบ ตรวจสอบให้อยู่ในสภาพพร้องใช้งาน ไม่มีการรั่วของวงจร

2. เครื่องทำระเหยของยาสลบเหลว (Vaporizer) เติมยาดมสลบ (Sevoflurane) ทดลองเปิดดูให้แน่ใจว่าไม่ติดขัด

3. อุปกรณ์สำหรับใส่ท่อช่วยหายใจและอุปกรณ์อื่น ๆ เช่น Face mask, Endotracheal tube, Oral Airway, Video Laryngoscope, Stethoscope, Syringe 20 ml และ สาย suction เป็นต้น

4. เครื่องเฝ้าระวัง ประกอบด้วย เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ เครื่องวัดชีพจร และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และเครื่องวัดความดันของคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก เครื่อง Infusion Pump และอุปกรณ์ให้ความอบอุ่น

เตรียมยาที่ใช้ในการให้ระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว

1. ยานำสลบ ได้แก่ Thiopental 250 mg

2. ยาหย่อนกล้ามเนื้อ สำหรับใส่ท่อช่วยหายใจ ได้แก่ Succinyl choline 75 mg และ Cisatracurium 12 mg

3. ยาแก้ปวด ได้แก่ Fentanyl 100 µg และ Buscopan 20 mg สำหรับระงับปวดขณะผ่าตัด

4. ยาดมสลบ ได้แก่ Sevoflurane

5. ยาตีบหลอดเลือด ได้แก่ Ephedrine 30 mg

6. ยาป้องกันคลื่นไส้อาเจียน ได้แก่ Ondansetron 4 mg และ Dexamethasone 4 mg

7. ยาแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อ ได้แก่ Neostigmine 2.5 mg และ Atropine 1.2 mg (สำหรับลดอาการข้างเคียงของยา Neostigmine)

การดำเนินการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว

เมื่อผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด วิสัญญีพยาบาลติดเครื่องมือเฝ้าระวังให้สูดดมออกซิเจน Canula 6 LPM นาน 5 นาที วิสัญญีแพทย์เริ่มให้การระงับความรู้สึกเวลา 14.29 น. โดยฉีดยานำสลบ Thiopental 250 mg v ตามด้วยยาหย่อนกล้ามเนื้อ Succinyl choline 75 mg v เมื่อผู้ป่วยเริ่มหลับประมาณ 60 วินาที เปิดทางเดินหายใจด้วยเครื่อง Video Laryngoscope ใส่ท่อช่วยหายใจ No 8.0 ลึก 21 cm จากมุมปาก โดยขณะใส่ท่อช่วยหายใจต้องใส่ด้วยความรวดเร็วแต่นุ่มนวล เนื่องจากการใส่ท่อหายใจอาจไปกระตุ้นทำให้ความดันโลหิตสูงจนเส้นเลือดในสมองแตกได้ เมื่อใส่ท่อเสร็จวิสัญญีพยาบาลจึงใส่ลมใน Cuff 10 ml ตรวจสอบตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ ฟังเสียงลมที่ผ่านเข้าปอดเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ปิดพลาสเตอร์ยึดท่อช่วยหายใจให้แน่นกับมุมปาก ต่อท่อช่วยหายใจเข้ากับวงจร

เครื่องดมยาสลบ เปิดเครื่องช่วยหายใจ ปรับอัตราการหายใจ 12 ครั้ง/นาที วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 130/58 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 70 ครั้ง/นาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดง 100% วัดค่าความดันคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก ได้ 35 มิลลิเมตรปรอท (ค่าปกติ 30-40 มิลลิเมตรปรอท) รักษาระดับการสลบโดยใช้เทคนิคการดมยาสลบสมดุล (Balance Anesthesia) ปรับระดับ N_2O: O_2 ในอัตราส่วน 1:1 LPM และเปิดเครื่องทำไอระเหยยาสลบ Sevoflurane 1.5 % โดยปรับความเข้มข้นตามความลึกของการสลบ ให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อ Cisatracurium 6 ml v หลังใส่ท่อช่วยหายใจกล้ามเนื้อหย่อนตัวเหมาะสมกับการผ่าตัด ดูแลให้ยาระงับปวด Fentanyl 50 µg v และให้ Buscopan 20 mg v ตลอดการผ่าตัดได้ควบคุมระดับความลึกของการสลบให้คงที่ โดยเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตลอดเวลาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ภาวะขาดออกซิเจน มีการ Monitor EKG ตลอดเวลา สังเกตอาการขาดออกซิเจน ได้แก่ ซีด, Cyanosis, ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด < 95%, ฟังเสียง Breath sound ไม่ชัดเจน หรือไม่ได้ยิน ดูดเสมหะจากท่อช่วยหายใจ ทุกครั้งที่มีเสมหะ และมีการบันทึกสัญญาณชีพทุก 5 นาที พบว่าสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100/70 – 150/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรอยู่ในช่วง 70 - 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 18-24 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98-100 % จนกระทั่งเวลา 14.50 น. พบว่าผู้ป่วยมีความดันโลหิตต่ำ 90/50 มิลลิเมตรปรอท จึงรายงานวิสัญญีแพทย์ ดูแลให้ยาตีบหลอดเลือด Ephedine 6 mg v จำนวน 4 ครั้ง ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะที่สำคัญ เช่น สมองได้อย่างเพียงพอ จนถึงเวลา 15.30 น. ระดับความดันโลหิตจึงกลับมาอยู่ในระดับปกติ ได้ดูแลติดตามสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง เฝ้าภาวะช็อคจากการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด เนื่องจากมีการตัดรูเปิดท่อน้ำดีเพื่อเอานิ่วออก จึงมีโอกาสเสียเลือดได้ การผ่าตัดครั้งนี้เสียเลือดเล็กน้อยเพียง 50 ml ได้รับสารน้ำ 5% D/N/2 700 ml ปัสสาวะออก 230 ml นอกจากนี้ยังเฝ้าระวังภาวะอุณหภูมิกายต่ำขณะได้รับการระงับความรู้สึก เนื่องจากอุณหภูมิห้องผ่าตัดอยู่ระหว่าง 18-22 องศาเซลเซียส และใช้ระยะเวลาการผ่าตัดนาน ดูแลอุ่นสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือด ใช้ผ้าคลุมบริเวณศีรษะ คลุมผ้าสะอาดปราศจากเชื้อตลอดร่างกายถึงปลายเท้า ห่มผ้าใช้เครื่องเป่าลมร้อนให้ร่างกายอบอุ่น วัดอุณหภูมิกายตลอดระยะเวลาที่ทำการผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดไม่พบว่าผู้ป่วยมีอาการ Shivering อุณหภูมิร่างกาย 36-37.2 องศาเซลเซียส ก่อนเสร็จสิ้นการผ่าตัด ดูแลให้ Dexamethasone 4 mg v และ Ondansetron 4 mg v เพื่อป้องกันผู้ป่วยคลื่นไส้ อาเจียน ตามแผนการรักษา และเมื่อศัลยแพทย์ทำการผ่าตัดและคีบก้อนนิ่วออกจากท่อน้ำดีเสร็จ แล้วจึงปิดยาดมยาสลบ Sevoflurane, N_2O ดูแลให้ O_2 100 % 6 LPM เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอปิดเครื่องช่วยหายใจ แล้วช่วยหายใจด้วยการบีบถุงสำรองก๊าซ จนผู้ป่วยหายใจได้เอง ประเมินจากผู้ป่วยมีการกลืนและทรวงอกเริ่มขยับจึงให้ยาแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อ Neostigmine 2.5 mg v ดูแลดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจในปากและลำคอออกให้หมด เพื่อป้องกันการอุดกั้นทางเดินหายใจ รวมระยะเวลาในการผ่าตัดเป็นระยะเวลาทั้งสิ้น 3 ชั่วโมง 16 นาที

3. การพยาบาลระยะหลังให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว

เมื่อผู้ป่วยหายใจดี ทรวงอกขยายเข้า-ออกสัมพันธ์กับถุงสำรองก๊าซ สามารถทำตามคำสั่งได้ จึงถอดท่อช่วยหายใจออกและให้ออกซิเจน 100 % 6 LPM นาน 5 นาที ก่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 68 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดง 100 % ดูแลให้ออกซิเจนผ่านทางหน้ากาก 6 LPM และติดเครื่องวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดตลอดเวลาขณะเคลื่อนย้ายจากห้องผ่าตัดมาห้องพักฟื้น เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดกั้นและเกิดอันตรายในระหว่างการเคลื่อนย้าย ผู้ป่วยถึงห้องพักฟื้นเวลา 17.00 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ยังคงดูแลให้ทางเดินหายใจเปิดโล่ง โดยดูแลให้ได้รับออกซิเจน 100 % 6 LPM นาน 5 นาที จัดท่านอนตะแคง เพื่อป้องกันไม่ให้ลิ้นตกไปอุดกั้นทางเดินหายใจ ไม่สำลักน้ำลายที่ไหลออกมา และดูแลให้ความอบอุ่นด้วยผ้าห่มลมร้อน เพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำบันทึกและติดตามสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 110/64-149/72 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 76- 90 ครั้ง/นาที และอัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98-100% อุณหภูมิร่างกาย 35.8-36.7 องศาเซลเซียส ไม่พบอาการคลื่นไส้อาเจียน ประเมินอาการปวดแผลภายหลังการผ่าตัด pain scale = 0 แผลผ่าตัดไม่มี bleed ซึม ก่อนการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปยังหอผู้ป่วยในเวลา 17.30 น. ประเมิน Modified Aldrete score =10 คะแนน ผู้ป่วยตื่นและหายใจดี ไม่เจ็บแผล วิสัญญีแพทย์พิจารณาส่งกลับหอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม ชั้น 8 ไม่ต้องเข้าห้องผู้ป่วยหนัก รวมได้รับการดูแลในห้องพักฟื้น 30 นาที สัญญาณชีพก่อนส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม ชั้น 8 ความดันโลหิต 107/52 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 58 ครั้ง/นาที และอัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100%

การเยี่ยมติดตามครั้งที่ 1 (4 มีนาคม 2565)

การเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดวันที่ 1 ที่หอผู้ป่วยพิเศษ ชั้น 8 เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วตัว ผู้ป่วยรู้สึกตัว ลุกนั่งข้างเตียง ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ระดับความปวดแผล ระดับ 2 มีอาการท้องอืด บ่นแน่นอึดอัดท้อง มีไข้อุณหภูมิร่างกาย 38.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 145/78 มิลลิเมตรปรอท ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบค่า Amylase 1,520 U/L, W.B.C 140,800 /ul แพทย์ให้ Carminative 1 ชต. O qid pc, Dynastst 40 mg v q 12 hr. ประเมินความรุนแรงของอาการท้องอืดโดยการสังเกต ตรวจร่างกายฟังเสียง bowel sound อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบสาเหตุของอาการท้องอืด และปวดแน่นท้อง ซึ่งเกิดจากลมที่แพทย์ใส่เข้าไปขณะผ่าตัดผ่านกล้องตรวจท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) และอาการจะหายไปได้เองเมื่อผู้ป่วยเรอหรือผายลม กระตุ้นให้มี early ambulation ให้พลิกตะแคงตัวบ่อย ๆ ลุกนั่ง ลุกเดินเข้าห้องน้ำ และสำหรับภาวะการอักเสบของตับอ่อน ประสานหัวหน้าเวรให้ผู้ป่วยได้รับยา ceftriazone 2 mg v OD และ Metronidazone 500 mg v q 12 hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์

การเยี่ยมติดตามครั้งที่ 2 (5 มีนาคม 2565)

การเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดวันที่ 2 ที่หอผู้ป่วยพิเศษ ชั้น 8 ผู้ป่วยรู้สึกตัว สีหน้าแจ่มใสขึ้น ไม่บ่นท้องอืดแน่น บอกว่าเมื่อคืนพักผ่อนได้

เริ่มมีผายลมเป็นระยะ ๆ แต่ยังไม่ถ่ายอุจจาระ ความดันโลหิต 127/62 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิร่างกาย 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 72 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบค่า Amylase 902 U/L, W.B.C 82,900 /ul แพทย์ Plan D/C พรุ่งนี้ เพิ่ม MOM 30 ml O hs. นัด FU 1 wks พร้อม LFT, Amylase, CBC, BUN และ Cr.

คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

1. การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ และดื่มน้ำ สะอาดออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงความอ้วน สังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ เช่น ตัวและตาเหลือง ปวดท้อง มีไข้ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ควรรีบพบแพทย์ทางเดินอาหารทันที

2. ให้ความรู้กับผู้ป่วยเกี่ยวกับการป้องกับการกลับเป็นซ้ำ ของโรคนิ่วในท่อน้ำดีดังนี้

- รับประทานอาหารที่มีความสมดุลของสารอาหาร และมีไขมันเพียงพอจะกระตุ้นให้ถุงน้ำดีบีบตัวได้ดีเพื่อ ไม่ให้น้ำดีในถุงน้ำดีค้างนิ่งอยู่นานจนเกิดนิ่วขึ้นมา
- รับประทานอาหารที่มีกากใย (fiber) สูงได้แก่ผัก ผลไม้และอาหารที่มี calcium และมีไขมันแบบ saturated fats ต่ำ เช่น เนื้อปลา น้ำมันมะกอกเป็นต้น
- คุมน้ำหนักไม่ให้อ้วน โดยการคุมอาหารที่มีพลังงานเหมาะสม และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

3. เน้นย้ำ ให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์และมาตรวจตามนัด รับประทานอาหารและยาตามที่แพทย์สั่ง

4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกและซักถามในสิ่งที่สงสัย

5. ประเมินซ้ำ หลังให้ความรู้กับผู้ป่วยโดยการซักถามในประเด็นต่าง ๆ เพื่อประเมินความรู้ความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและเน้นย้ำ ในสิ่งที่ผู้ป่วยเข้าใจไม่ถูกต้องเพิ่มขึ้น

ติดตามการมาตรวจตามนัด (14 มีนาคม 256)

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

บทสรุป

การส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) เป็นการนำเทคโนโลยี สมัยใหม่มาใช้ในการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วในท่อน้ำดีซึ่งเป็นการส่องกล้องเข้าไปภายในร่างกาย ดังนั้นจึงไม่มีแผลผ่าตัด ภายนอก แม้ว่าการผ่าตัดผ่านกล้องดังกล่าวจะมีความปลอดภัยกว่าการรักษาด้วยการผ่าตัด แต่ก็อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วยได้หากมีการประเมินและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนล่าช้าหรือไม่เหมาะสม ทั้งในระยะขณะการให้ยาระงับความรู้สึก และหลังการให้ยาระงับความรู้สึก วิสัญญีพยาบาลซึ่งเป็นหนึ่งในทีมที่ให้การพยาบาลการให้ยาระงับความรู้สึกต้องมีความรู้ ความสามารถ ตั้งแต่การประเมินและค้นหาปัญหา เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงทั้งก่อน ขณะและหลังการให้ยาระงับความรู้สึก มีการทบทวน การดูแล และฟื้นฟูความรู้ทางวิชาการวิสัญญีอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ จนสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการศึกษาไปใช้

นำไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั้งตัวที่มารับการผ่าตัดนิ่วในท่อน้ำดี ผ่านกล้องตรวจท่อทางเดินน้ำดีและท่อตับอ่อน (ERCP)

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการนำแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั้งตัวที่มารับการผ่าตัดนิ่วในท่อน้ำดี ผ่านกล้องตรวจท่อทางเดินน้ำดีและท่อตับอ่อน (ERCP) เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาระงับความรู้สึกและลดจำนวนวันนอน ส่งผลถึงการลดค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษา ร่วมกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั้งตัวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สรรชัย กาญจนลาภ. นิ่วในระบบทางเดินน้ำดี. เวชสารแพทย์ทหารบก 2011; 64(1): 39-45.
2. Moller M, Gustafsson U, Rasmussen F, Persson G, Thorell A. Natural course vs interventions to clear common bile duct stones: data from the Swedish Registry for Gallstone Surgery and Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (GallRiks). JAMA Surg 2014; 149(10): 1008–13
3. Ko CW, Lee SP. Epidemiology and natural history of common bile duct stones and prediction of disease. Gastrointest Endosc 2002; 56(6 Suppl): S165–9.
4. Montian Marytkornkul, Common bile duct stone extraction. Optimizing in surgicalendoscopy: Save simple and secure. 2014. 131-141.
5. งานเวชระเบียนและสถิติ. สถิติผู้ป่วยในโรงพยาบาลสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรีประจำปี 2562 -2564 . โรงพยาบาลสิงห์บุรี; 2564.
6. Talukdar R. Complications of ERCP. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2016; 30(5): 793–805.
7. จักรวุฒิ วิริวงษ์. ค่าทำนายผลลบในการตรวจอัลตร้าซาวด์ตับและระบบท่อน้ำดีและผลตรวจค่าการทำงานของตับ ก่อนผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี กับการตรวจพบนิ่วในท่อน้ำดีภายหลังการผ่าตัดของโรงพยาบาลแม่สอด. เชียงรายเวชสาร 2563; 12(2): 117-129.