

รายงานกรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยนิวในถุงน้ำดีและถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันร่วมกับธาตุซีเมีย

ศรีนวล เอมพิทักษ์ พย.บ.

หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลพระปิยมหาราช

E-mail : srinoun199@gmail.com

บทคัดย่อ

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 20 ปี ประวัติเป็นธาตุซีเมีย ปวดท้องใต้ชายโครงขวา จุกใต้ลิ้นปี่ มีไข้ ตาตัวเหลือง ก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์ส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง พบ นิวในถุงน้ำดี 2 ก้อน ขนาด เส้นผ่าศูนย์กลาง 0.9 และ 0.6 เซนติเมตร แพทย์วินิจฉัยเป็นนิวในถุงน้ำดีและถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน วางแผนผ่าตัดนิวในถุงน้ำดีแบบเปิดหน้าท้อง (Opened cholecystectomy) ก่อนส่งห้องผ่าตัด พบ ผู้ป่วย มีไข้สูง ค่าเม็ดเลือดขาวสูงกว่าค่าปกติ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Septic shock และมีภาวะโซเดียมคลอไรด์ต่ำ ให้สารน้ำชนิด 0.9% Normal Saline Solution ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 กรัม และ Metronidazole 500 มิลลิกรัม หยอดทางหลอดเลือดดำ สังเกตอาการ ประเมินสัญญาณชีพและปัสสาวะออกทุก 1 ชั่วโมง ไม่พบ ภาวะวิกฤต มีภาวะช็อคจากธาตุซีเมีย เตรียมเลือดชนิด Packed Red Cells และ Fresh Frozen Plasma เตรียมผู้ป่วยผ่าตัด อธิบายแผนการรักษาผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิดหน้าท้อง การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและ หลังผ่าตัด เตรียมเอกสาร ประสานห้องผ่าตัด ผู้ป่วยและญาติเข้าใจดี ยินยอมทำผ่าตัด ส่งห้องผ่าตัดได้ ตามแผน แพทย์ทำผ่าตัด Opened cholecystectomy under general anesthesia (การผ่าตัดถุงน้ำดี แบบเปิดหน้าท้องโดยใช้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย) เสียเลือด (Estimate Blood loss) 600 มิลลิลิตร ขณะผ่าตัดได้เลือดชนิด Packed Red Cells 2 ยูนิต และ Fresh Frozen Plasma 2 ยูนิต หลังผ่าตัดผู้ป่วย รู้สึกตัวดี หายใจเองได้ ส่งกลับมานอนพักในหอผู้ป่วย ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดเปิดใต้ชายโครงขวาวัด Gauze ไม่มี เลือดซึม มีสาย Jackson- Pratt drain มี content ออกสีแดง ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนชนิด Mask with bag 10 ลิตรต่อนาที ประเมินอาการ สัญญาณชีพ ไม่พบภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน แพทย์สั่งดื่มน้ำและอาหาร ให้สารน้ำ 0.9 % Normal Saline Solution 1000 มิลลิลิตร หยอดทางหลอดเลือดดำ ยาปฏิชีวนะเป็น Ceftriaxone และ Metronidazole ยา Morphine ทางหลอดเลือดดำเวลาปวด ยา Metoclopramide เวลา คลื่นไส้อาเจียน Omeprazole 40 มิลลิกรัม และ Transamin 500 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ Dressing wound วันละครั้ง ต่อ Jackson- Pratt drain ลงขวด และบันทึก Intake–Out put ผู้ป่วยมีปวดแผลผ่าตัด ได้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา อาการปวดทุเลาลงพักผ่อนได้ หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีไข้สูง มีหายใจเหนื่อย ได้รับการเช็ดตัวลดไข้และได้รับยาลดไข้ ประเมินภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อในช่องท้องและภาวะปอดอักเสบ ส่งเอกซเรย์ปอดพบรอยโรคหรือจุดทึบแสงที่บริเวณปอดข้างขวาส่วนล่าง ส่งตรวจเสมหะ ปรับยาปฏิชีวนะเป็น Ceftazidime 2 กรัม ประเมินและเฝ้าระวังการเกิดการอุดตันทางเดินหายใจ สอนการหายใจเข้าออกยาวๆ ลึกๆ การไออย่างมีประสิทธิภาพ ใช้ Incentive spirometer เพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดี และกระตุ้นให้ Early ambulation โดย การลุกนั่ง เดินและช่วยเหลือตนเอง เพื่อป้องกันภาวะปอดอักเสบลุกลาม ส่งตรวจเลือด เม็ดเลือดขาว การทำงานของตับ ไต ประเมินการติดเชื้อมีแนวโน้มเข้าสู่ภาวะปกติ ส่งตรวจเกลือแร่และ อิเล็กโทรไลต์เป็นระยะๆ พบ แมกนีเซียม โซเดียม และโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ได้รับการแก้ไข โดยการให้สาร น้ำ 0.9 % NSS 1000 หยอดทางหลอดเลือดดำ, 50% Magnesium sulfate หยอดทางหลอดเลือดดำ และ

ให้ Potassium Chloride Elixir รับประทาน ประเมินอาการและภาวะแทรกซ้อนจากภาวะขาดสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย ส่งเสริมการรับประทานอาหารมันน้อย ให้ Blenderized diet ดื่มน้ำเสริม ประเมินอาการการทำงานของลำไส้ ไม่พบอาการแทรกซ้อน รับประทานอาหารได้ ขับถ่ายปกติ มีภาวะชืดจากธาตุซีซีเมีย ตรวจพบระดับ ฮีมาโตคริตและฮีโมโกลบินต่ำ ได้เลือดชนิด Packed Red Cells ประเมินระดับฮีมาโตคริตและฮีโมโกลบินเป็นระยะๆ มีแนวโน้มเข้าสู่ระดับปกติ หลังผ่าตัด 5 วัน พบแผลผ่าตัดมีเนื้อตาย แพทย์ให้ส่งผู้ป่วยไปตกแต่งแผลและเนื้อตายที่ห้องผ่าตัด และทำแผลใส่ยา Amikacin gel ทุกวัน เพื่อป้องกันการเกิดการติดเชื้อและเนื้อเยื่อตายลุกลามของแผลผ่าตัด ส่งตรวจ Pus culture จากแผล ไม่พบการติดเชื้อ และ Pus Culture content จาก Jackson- Pratt drain ผลการตรวจ พบ Numerous Escherichia coli หยุดยาปฏิชีวนะเดิมและปรับยาปฏิชีวนะเป็น Augmentin 1 กรัม รับประทาน หลังผ่าตัด 16 วัน แพทย์ส่งตรวจ Magnetic Resonance imaging of upper abdomen and Magnetic Resonance Cholangiopancreatography เพื่อประเมินการติดเชื้อในช่องท้องและผลการผ่าตัด ไม่พบการรั่วของน้ำดีจากการผ่าตัด ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ ไม่มีไข้ สัญญาณชีพปกติ ไม่ปวดแผลผ่าตัด ลูกเดินช่วยเหลือตนเองได้ดี รับประทานอาหารได้ครบทุกมื้อ ไม่มีอาการปวดท้องหรือท้องอืด ขับถ่ายปกติ วางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ประเมินความพร้อมของที่อยู่อาศัย ผู้ดูแลที่บ้านและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลยังขาดความมั่นใจในการดูแลแผลเย็บได้ขยายโครงขาที่ยังไม่ตัดไหม และ Jackson- Pratt drain ต่อเนื่องที่บ้าน ให้ความรู้ความเข้าใจในการรักษาความสะอาดบริเวณแผลผ่าตัด การเคลื่อนไหวร่างกาย ให้ทำแผลต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน และสอนให้บันทึกปริมาณน้ำจาก Jackson- Pratt drain วันละ 1 ครั้ง ทบทวนความรู้เรื่องโรคถุงน้ำดีอักเสบและธาตุซีซีเมีย การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดที่บ้าน การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การออกกำลังกาย การใช้ยา การสังเกตอาการผิดปกติ และการมาตรวจตามแพทย์นัด ประสานงาน ส่งต่อข้อมูลให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้านให้เยี่ยมบ้านต่อเนื่อง ผู้ป่วยและญาติเข้าใจดี พร้อมกลับบ้าน จำหน่ายอาการดีขึ้น รวมระยะเวลาอนโรโรงพยาบาลและอยู่ในการดูแล 23 วัน

บทนำ

นิ่วในระบบทางเดินน้ำดี ปัจจุบันพบได้มากขึ้นและเป็นปัญหาทางสุขภาพและเศรษฐกิจของประชากรในประเทศไทย ปัญหาที่เกิดจากนิ่ว เช่น ถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันและเรื้อรัง ท่อน้ำดีอักเสบจากนิ่วในท่อน้ำดี ตับอ่อนอักเสบจากนิ่วอุดตัน ซึ่งเป็นโรคในกลุ่มปวดท้องเฉียบพลัน 5 ภาวะ (ถุงน้ำดีอักเสบ ท่อน้ำดีอักเสบ ตับอ่อนอักเสบ ลำไส้อุดตัน และแผลกระเพาะอาหารทะลุ) เป็นปัญหาเร่งด่วนของการเข้าถึง การรักษาพยาบาลของประชาชนชาวไทย ดังนั้น คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาศัลยกรรมจึงกำหนดให้การรักษาพยาบาลโรคและภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรม เป็นกิจกรรมบริการสำหรับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนที่เจ็บป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพในปี 2560 เป็นต้นมา (คณะอนุกรรมการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยปวดท้องเฉียบพลัน, 2561)

โรคนิ่วในถุงน้ำดีและถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน เป็นโรคทางศัลยกรรมที่พบบ่อย เกิดจากภาวะไม่สมดุลของสารประกอบในน้ำดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งคอเลสเตอรอล สารบิลิรูบินและแคลเซียมต่างๆ จึงเกิดการตกผลึกเป็นก้อนนิ่วหลุดเข้าไปในท่อน้ำดี นิ่วน้ำดี ทำให้เกิดการอุดตันและอักเสบของถุงน้ำดี ทำให้เกิดอาการปวดท้องด้านขวาบนหรือใต้ลิ้นปี่ ลักษณะอาการปวดจะรุนแรงมากและคงที่เป็นเวลานาน 4-6 ชั่วโมง สัมพันธ์กับอาการคลื่นไส้อาเจียน และเบื่ออาหาร (สุพิชฌาย์ ดังสง, 2568) จากข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในนิ่วในถุงน้ำดีและถุงน้ำดีอักเสบ ในโรงพยาบาลตราด ปี 2566-2568 มีจำนวน 177, 224, และ 220 ราย

ส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดีโดยการส่องกล้อง (Laparoscopic cholecystectomy) จำนวน 99, 120, และ 159 ราย และผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง (Open cholecystectomy) จำนวน 16, 23, และ 27 ราย ตามลำดับ (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ, 2569) การผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องเป็นผู้ป่วยที่มีอาการอักเสบแบบเฉียบพลันและมีโรคแทรกซ้อนรุนแรง ซึ่งเป็นข้อจำกัดของการผ่าตัดถุงน้ำดีโดยการส่องกล้อง ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะโรคอื่นร่วม พยาบาลที่ดูแลจำเป็นต้องใช้ความรู้ ทักษะ ความชำนาญ โดยใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม ช่วยให้ผู้ป่วยมีการเตรียมความพร้อมในการเข้ารับการผ่าตัดได้อย่างปลอดภัยและสามารถดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ถุงน้ำดี (Gallbladder) (ศรีพร ประสิทธินาวา, 2563; สุพิชฌาย์ ด้วงสง, 2568)

ถุงน้ำดีเป็นอวัยวะในช่องท้องที่มีลักษณะเหมือนลูกแพร์ (pear-shaped) อยู่ใต้ตับ มีความจุประมาณ 50-100 มิลลิลิตร ซึ่งมีหน้าที่หลักในการเก็บสำรองน้ำดีที่สร้างจากตับและทำให้น้ำดีเข้มข้นขึ้น เพื่อช่วยในการย่อยอาหาร โดย hepatocyte สร้างน้ำดีไหลเข้า bile canaliculi การไหลของน้ำดีจะสวนทางกับการไหลของเลือดใน hepatic sinusoid ท่อ bile canaliculi ในตับรวมกันเป็น bile duct และหลายๆ bile duct รวมกันเป็น hepatic ducts ซ้ายและขวา ออกจากตับบริเวณ porta hepatis จากนั้นท่อทั้งสองรวมกันเป็น common hepatic duct และ common hepatic duct รวมกับ cystic duct กลายเป็น common bile duct (CBD) ปลายท่อ ของ CBD มีหูรูดเรียกว่า sphincter of Oddi ส่วนต่างๆของถุงน้ำดี (Part of gallbladder) ประกอบด้วย 1) Fundus of gallbladder เป็นส่วนปลายของถุงน้ำดี และพันขอบตับตรงกับ costal cartilage ที่ 9 ตัดกับ midclavicular line 2) Body of gallbladder เป็นบริเวณตรงกลางของถุงน้ำดี วางแนบชิดกับตับ มี visceral peritoneum คลุม 3) Neck of gallbladder ส่วนที่ต่อกับ Body จะเล็กลงเรื่อยๆ ขึ้นไปทาง porta hepatis ทำมุมแหลมกับ cystic duct

ถุงน้ำดีอักเสบ (Cholecystitis) (ศรีพร ประสิทธินาวา, 2563; สุปรียา อัสวากูญ์, 2569)

ถุงน้ำดีอักเสบ (Cholecystitis) คือ โรคที่เกิดจากการอักเสบของถุงน้ำดีซึ่งถ้าเกิดขึ้นทันทีและมีอาการปวดรุนแรงตรงใต้ลิ้นปี่หรือใต้ชายโครงขวา ถุงน้ำดีอักเสบ มี 2 ชนิดแบ่งตามอาการ คือ

1. ถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน (Acute cholecystitis) เป็นแบบที่พบมากเป็นส่วนใหญ่คือ มีอาการปวดท้องอย่างรุนแรง ปวดลึกๆ ตรงบริเวณใต้ลิ้นปี่หรือใต้ชายโครงด้านขวา โดยเฉพาะเวลาที่หายใจเข้าลึกๆจะทำให้ปวดท้องมาก และอาการปวดอาจร้าวมาที่ไหล่ขวาหรือบริเวณหลังตรงได้สะบักขวาได้ หลังจากปวดได้สักพักกล้ามเนื้อหน้าท้องจะเกร็งและกดเจ็บ มีอาการไข้สูงและหนาวสั่นจากการติดเชื้อแบคทีเรีย มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน แน่นท้องและท้องเฟ้อ เมื่อเป็นมากขึ้นอาจมีภาวะดีซ่าน (ตัวเหลือง ตาเหลือง ปัสสาวะมีสีเหลืองเข้ม) และอุจจาระมีสีซีด จากการที่มีน้ำดีไหลลงสู่ลำไส้ไม่ได้ จึงย้อนเข้ากระแสเลือดหรือเมื่อเกิดถุงน้ำดีแตกทะลุ ผู้ป่วยจะมีไข้สูง หน้าท้องแข็ง เจ็บทุกส่วนของช่องท้องจากการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ

2. ถุงน้ำดีอักเสบเรื้อรัง (Chronic cholecystitis) เป็นภาวะที่ผนังของถุงน้ำดีมีการหนาตัวและแข็งจากการที่บวมอยู่เป็นเวลานานๆ ผู้ป่วยมีอาการไม่ชัดเจนเท่าถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน โดยผู้ป่วยมีอาการปวดตรงบริเวณใต้ลิ้นปี่หรือใต้ชายโครงขวาไม่รุนแรง แต่จะปวดเรื้อรังเป็นๆหายได้ ร่วมกับท้องอืดท้องเฟ้อ คลื่นไส้ อาเจียน คล้ายอาหารไม่ย่อย มักจะเป็นหลังรับประทานอาหารมันหรืออาหารมีไขมัน

สาเหตุของถุงน้ำดีอักเสบ (สุพิชฌาย์ ด้วงสง, 2568)

1. สาเหตุจากนิ่วในถุงน้ำดี พบได้ 90-95 % อาจเกิดจากก้อนนิ่วที่ไปอุดตันท่อน้ำดีจนส่งผลให้น้ำดีไหลออกจากถุงน้ำดีเข้าสู่ลำไส้ไม่ได้ ทำให้น้ำดีมีแรงดันเพิ่มขึ้นและมีการยืดขยายตัวมากขึ้นจนไปกดเบียดหลอดเลือดที่มาหล่อเลี้ยงถุงน้ำดีทำให้เยื่อถุงน้ำดีขาดเลือด เกิดการขาดเลือดและอักเสบตามมา

2. สาเหตุที่ไม่ใช่มาจากนิ่วในถุงน้ำดี พบได้ 5-10 % โดยอาจเกิดจาก 2.1) การติดเชื้อแบคทีเรีย เช่น การติดเชื้อ E. coli, Klebsiella, Staphylococcus, Streptococcus 2.2) เกิดจากเนื้องอกของถุงน้ำดีหรือท่อน้ำดี 2.3) เกิดจากท่อน้ำดีตีตันจากสาเหตุต่างๆที่ไม่ใช่เนื้องอก เช่น การเกิดพังพืด เกิดจากโรคไทฟอยด์ 2.4) จากได้รับอุบัติเหตุและเกิดการฉีกขาด และ 2.5) พบในผู้ป่วยหลังผ่าตัด บาดแผลไฟไหม้น้ำร้อนลวกที่มีการทำลายเนื้อเยื่อจำนวนมาก ภาวะโลหิตเป็นพิษหรือเจ็บป่วยหนัก

การตรวจวินิจฉัยถุงน้ำดีอักเสบ (ศรีพร ประสิทธิโนวา, 2563; สุปรียา อัสวากาญ์, 2569)

แพทย์สามารถวินิจฉัยโดยการตรวจร่างกาย ชักประวัติอาการ การตรวจเลือด Complete Blood count (CBC) เพื่อดูการอักเสบติดเชื้อ การตรวจเลือด Liver Function Test (LFT) ดูการทำงานของตับ เพื่อวินิจฉัยแยกโรค การตรวจส่องกล้องท่อน้ำดีทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography; ERCP) การตรวจอัลตราซาวด์ (Ultrasound upper abdomen), เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computed Tomography Scan; CT scan)

วิธีรักษาถุงน้ำดีอักเสบ (สุพิชฌาย์ ดวงสง, 2568; สุปรียา อัสวากาญ์, 2569)

1. พบแพทย์เมื่อมีอาการปวดท้อง เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสม ผู้ป่วยไม่ควรดูแลรักษาด้วยตัวเอง เพราะถ้ารับการตรวจวินิจฉัยล่าช้าอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง
2. การรักษาแบบประคับประคอง เช่น ให้งดน้ำงดอาหารเพื่อให้ถุงน้ำดีได้พักขณะที่มีอาการปวดมาก การให้ยาแก้ปวด ยาลดไข้ ยาบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ
3. การให้ยาปฏิชีวนะเพื่อรักษาอาการติดเชื้อของถุงน้ำดี
4. การผ่าตัดเอาถุงน้ำดีออก (Cholecystectomy) เป็นการรักษาโดยตรงที่แก้ปัญหาได้อย่างถาวร โดยการผ่าตัดในปัจจุบันมี 2 วิธี คือ การผ่าตัดเปิดหน้าท้อง (Open cholecystectomy) แพทย์จะเลือกใช้กรณีที่ถุงน้ำดีมีการอักเสบมากหรือแตกทะลุ มีแผลผ่าตัดหน้าท้องขนาดใหญ่ มีโอกาสติดเชื้อแผลผ่าตัดได้ นอนโรงพยาบาลนาน 7-10 วัน ส่วนการผ่าตัดถุงน้ำดีโดยการส่องกล้อง (Laparoscopic cholecystectomy) เป็นการผ่าตัดแบบใหม่ที่ได้มาตรฐาน เพราะอาการปวดแผลผ่าตัดจะน้อยกว่า แบบการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง แผลมีขนาดเล็ก ขนาดรู 1 เซนติเมตร 3-4 รู ดูแลง่าย มีโอกาสติดเชื้อน้อยกว่า ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลเพียง 1-2 วัน

ภาวะแทรกซ้อนของถุงน้ำดีอักเสบ (ศรีพร ประสิทธิโนวา, 2563)

ถุงน้ำดีเป็นอวัยวะที่มีความสำคัญน้อยในการดำรงชีวิต ดังนั้นการรักษาโรคถุงน้ำดีจึงสามารถผ่าตัดเอาถุงน้ำดีออกไปได้ โดยผู้ป่วยหลังผ่าตัดยังสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ อาจจะมีอาการท้องอืดเฟ้อได้สูงกว่าคนปกติ โดยทั่วไปถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันเป็นโรคที่รักษาหายได้เสมอภายใน 1-2 สัปดาห์ ประมาณ 85 % กระบวนการอักเสบจะค่อยๆหายไปตามธรรมชาติ ประมาณ 15 % ที่การอักเสบจะดำเนินต่อไปและทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนบริเวณรอบๆถุงน้ำดีได้ ในรายที่ถุงน้ำดีเน่าตาย (Gangrene of gall bladder) หรือถุงน้ำดีทะลุ (Gall bladder perforation) อาจเกิดการติดเชื้อรุนแรงในช่องท้องและติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุการตายได้ประมาณ 5-50 % ขึ้นอยู่กับอายุ สุขภาพ ความรุนแรงของการติดเชื้อและภาวะดื้อยา

การพยาบาลผู้ป่วยนิ่วในถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน (สุพิชฌาย์ ดวงสง, 2568)

1. ระบบไหลเวียนเลือดและหลอดเลือด ในระยะเฉียบพลันต้องดูแลให้ค่าเฉลี่ยความดันเลือดจากหลอดเลือดแดงไม่ต่ำกว่า 85-90 มิลลิเมตรปรอท การพยาบาลเพื่อป้องกันความดันโลหิตต่ำหรือสูง เมื่อมีการติดเชื้อและมีความปวดรุนแรง

2. ระบบทางเดินหายใจให้ออกซิเจน ประเมินอัตราการหายใจ การเคลื่อนไหวของทรวงอก ฟังเสียงลมเข้าปอด และวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนที่ปลายนิ้ว ในกรณีที่ผู้ป่วยหายใจเองไม่ได้หรือหายใจไม่เพียงพอ ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ

3. การพยาบาลเพื่อป้องกันการเปลี่ยนแปลงทางด้านโภชนาการ ในระยะงดน้ำงดอาหาร และหลังผ่าตัด อาจจะได้รับสารอาหารน้อยกว่าที่ร่างกายต้องการ จากภาวะเบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน ต้องให้ยาแก้คลื่นไส้อาหาร ให้สารน้ำตามแผนการรักษา

4. การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะพร่องสารน้ำและเกลือแร่ ระยะงดน้ำงดอาหารก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และอาการคลื่นไส้ อาเจียน ควรมีการประเมินผู้ป่วยร่วมกับการเจาะเลือดส่งตรวจ Electrolyte เป็นระยะๆ

5. การพยาบาลเพื่อลดความเจ็บปวดก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด ดูแลประเมินความเจ็บปวด ให้ยาลดอาการปวดตามแผนการรักษา

6. การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด ทั้งแบบการส่องกล้อง (Laparoscopic cholecystectomy) หรือการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง (Open cholecystectomy) ดูแลเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ ร่างกาย ให้งดน้ำงดอาหาร และพักผ่อนอย่างเพียงพอ

7. การพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด โดยเฉพาะการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง (Open cholecystectomy) จะมีแผลขนาดใหญ่ โดยให้การพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลแผลผ่าตัด

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี (ศรีพร ประสิทธิินาวา, 2563; สุพิชฌาย์ ด้วงสง, 2568)

การพยาบาลก่อนผ่าตัด

1. ประเมินลักษณะอาการปวดท้อง การเคลื่อนไหวของลำไส้ ท้องแข็งเกร็ง กดเจ็บทั่วท้อง ลำไส้มีการเคลื่อนไหวลดลง อาจมีการอักเสบเยื่อช่องท้อง ต้องรายงานแพทย์ทันที

2. ดูแลให้สารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ตามแผนการรักษา

3. ประเมินภาวะขาดน้ำและเสียสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ รวมทั้งติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

4. ดูแลให้ผู้ป่วยงดน้ำงดอาหารก่อนไปห้องผ่าตัดอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง

5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาก่อนไปห้องผ่าตัดตามแผนการรักษา

6. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด

6.1 อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบถึงเหตุผลของการผ่าตัด วิธีการผ่าตัด และการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด เช่น การเตรียมทำความสะอาดบริเวณผิวหนัง สะดือ การงดน้ำงดอาหาร การใส่สายสวนปัสสาวะในกรณีจำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือในการรักษา

6.2 ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูง ไม่สามารถพักผ่อนได้ ต้องรายงานแพทย์เพื่อให้ยาบรรเทาอาการ

6.3 แนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด โดยอธิบายเหตุผล ประโยชน์ และสาธิตทำให้ผู้ป่วยฝึกหัดก่อนผ่าตัด ในเรื่อง การหายใจเข้าเต็มทรวงอก และหายใจออกยาวๆ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การพลิกตะแคงตัวเปลี่ยนท่านอน การออกกำลังกายแขนขา การลุกเดินเร็ว เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด (ศรีพร ประสิทธิินาวา, 2563; สุพิชฌาย์ ด้วงสง, 2568)

1. ประเมินและบันทึก ระดับความรู้สึก การหายใจ สัญญาณชีพและปริมาณออกซิเจนในร่างกาย การทำงานของระบบประสาท ตำแหน่งของการผ่าตัด จำนวนสิ่งที่ขับออกจากร่างกาย

2. จัดท่านอนในท่าศีรษะสูง (Fowler's position)

3. ถ้าผู้ป่วยทำการผ่าตัดโดยการทำการทำทางเปิดถุงน้ำดี (Cholecystostomy) หรือการผ่าตัดนิ่วท่อน้ำดี (Choledochostomy) ซึ่งมีสายยาง (T Tube) ต่อลงถุงทันทันที่ ยึดท่ออย่างให้ติดกับผ้าปิดแผลและปล่อยสายยางยาวพอที่ผู้ป่วยจะพลิกตัวตะแคงตัวไปมาสะดวกโดยสายยางไม่หลุด การลুকนึ่งสายยางต้องอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องเสมอ ควรวางถุงระบายอยู่ในระดับหน้าท้อง

4. ถ้าผู้ป่วยมีท่อระบาย (Jackson-Pratt หรือ Penrose-drain) จัดท่านอนหัวสูงเล็กน้อย (Low-fowler's position) เพื่อให้มีการระบายได้ดี ป้องกันการกดและสะสมของเหลวใต้กะบังลม

5. บันทึกจำนวน สี ลักษณะทั่วไปของน้ำดีควรมีจำนวนน้อยกว่า 50 มิลลิลิตรใน 8 ชั่วโมง

6. ประเมินความเจ็บปวดและให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา

7. การทำแผล ต้องวางผ้าก๊อซ (Gauze) รองใต้ท่ออย่างระบาย ทอดและตรึงกับหน้าท้องของผู้ป่วย ถ้า น้ำดีซึมบริเวณแผลผ่าตัด พยาบาลต้องเปลี่ยนผ้าทำแผลให้ทันที เพื่อป้องกันการระคายเคือง การติดเชื้อรอบผิวหนัง โดยดูแลทำความสะอาดยา เช่น Betadine ointment , Zinc oxide, Aluminum, Vaseline, Karaya รอบๆแผล บันทึกจำนวน สี ลักษณะน้ำดีจากสายยางท่อระบาย ทุก 24 ชั่วโมง สังเกตลักษณะการติดเชื้อแผลผ่าตัด

8. เมื่อผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารทางปาก จะเริ่มอาหารเหลวไขมันต่ำทันทีเมื่อมีการเคลื่อนไหวของลำไส้ (Bowel sound) เป็นปกติและไม่มีอาการอาเจียน ประมาณ 36-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด จากนั้นจะเป็นอาหารอ่อน

9. สังเกตอาการแทรกซ้อน เช่น คลื่นไส้อาเจียน สังเกตสีอุจจาระเทา (Clay colored stool) และลักษณะอุจจาระมีไขมัน (Steatorrhea)

10. กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆโดยใช้กลัมนี้อะบังลมอย่างน้อยทำทุก 2 ชั่วโมง กระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกจากเตียง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางปอด

11. ท่อระบาย (Jackson-Pratt หรือ Penrose-drain) จะเอาออกเมื่อสิ่งคัดหลั่งจากแผลลดลง แต่สำหรับท่อสายยาง (T Tube) ถ้าผู้ป่วยกลับบ้านพร้อมท่อระบาย ต้องสอนผู้ป่วยในการดูแลท่อและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านจนกว่าจะมาพบแพทย์เพื่อเอาท่อสายยาง (T Tube) ออก

การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (ศรีพร ประสิทธิโนวา, 2563; สุพิชฌาย์ ดวงสง, 2568)

1. การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง ประเมินความพร้อมของที่อยู่อาศัย ผู้ดูแลที่บ้านและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ให้ความรู้ความเข้าใจในการรักษาความสะอาดบริเวณแผลผ่าตัด การเคลื่อนไหวร่างกาย การรับประทานอาหาร ผู้ป่วยที่เป็นนิ่วถุงน้ำดีและถุงน้ำดีอักเสบ พยาบาลต้องให้คำปรึกษา การวางแผนเรื่องอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน รับประทานอาหารไขมันต่ำประมาณ 6 เดือน จะต้องได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่เป็นสาเหตุของโรคที่กลับมารุนแรงอีก เช่น อาหารไขมัน อาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง คือ เครื่องเทศ นม เนื่อติดมัน อาหารทอด คนอ้วนต้องลดน้ำหนัก

2. ประเมินความพร้อมกลับบ้าน ประสานการดูแลต่อเนื่องกับสถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน

3. การดูแลแผลผ่าตัด ระวังการเกิดแผลอักเสบติดเชื้อ และอาการแผลติดเชื้อที่ต้องมาพบแพทย์ และการตัดไหมแผลผ่าตัดตามแผนการรักษาของแพทย์

4. ให้คำแนะนำการออกกำลังกาย การมีเพศสัมพันธ์ ตามความสามารถของผู้ป่วยที่จะทำได้มีกิจกรรมได้ตามปกติ

5. ให้คำแนะนำงดยกของหนัก ทำงานหนักเป็นเวลา 6 สัปดาห์หลังผ่าตัด

6. ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต่างๆ ที่เป็นยารับประทานต่อเนื่องที่บ้านหรือยารักษาโรคประจำตัวอย่างถูกวิธี การสังเกตอาการแพ้ยา และอาการที่ต้องรีบมาพบแพทย์ทันที

7. ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคทางเดินน้ำดีที่อาจเกิดขึ้นได้อีก เช่น ปวดท้อง ท้องอืด มีไข้ ตัวตาเหลือง
8. ให้คำแนะนำอาการผิดปกติ ที่ต้องรีบมาพบแพทย์ และการมาตรวจตามนัด และเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อโรงพยาบาลได้ทันที

ธาลัสซีเมีย

ธาลัสซีเมีย เป็นโรคทางพันธุกรรมที่พบบ่อยมากที่สุดในโลกและประเทศไทย เป็นปัญหาที่สำคัญด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม ยังเป็นปัญหาที่ยากต่อการบริหารจัดการเนื่องจากมีลักษณะของโรคที่ซับซ้อนยากต่อการเข้าใจทั้งบุคลากรทางการแพทย์และประชาชนทั่วไป เป็นความผิดปกติทางพันธุกรรมที่เกิดจากเม็ดเลือดแดงสังเคราะห์ฮีโมโกลบินน้อยลงหรือสังเคราะห์ไม่ได้เลย สาเหตุจากมียีนที่ผิดปกติทำให้สร้างฮีโมโกลบินน้อยลง พบได้ 2 ลักษณะ คือ การสร้างสายแอลฟาลดลงหรือสร้างไม่ได้เลยเรียกว่า แอลฟา-ธาลัสซีเมีย (Alpha-thalassemia) และการสร้างสายเบต้าลดลงหรือสร้างไม่ได้เลย เรียกว่า เบต้าธาลัสซีเมีย (Beta-thalassemia) (จิตสุตา บัวขาว, 2560) เมื่อสร้างฮีโมโกลบินน้อยลงหรือสร้างไม่ได้ เม็ดเลือดแดงจึงเกิดพยาธิสภาพ ขาดความยืดหยุ่นและถูกม้ามจับทำลาย เกิดภาวะโลหิตจางรุนแรง เม็ดเลือดทุกชนิดมีปริมาณลดลง ส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานได้น้อยลง ทำให้ติดเชื้อได้ง่าย (ขวัญมนัส ปะนะทั้ง, 2566) ทำให้ผู้ป่วยธาลัสซีเมียเกิดเม็ดเลือดแดงผิดปกติและแตกตัวง่ายกว่าคนปกติ การแตกของเม็ดเลือดแดงปล่อยสารบิลิรูบินออกมามาก ทำให้ตับผลิตน้ำดีที่มีความเข้มข้นของบิลิรูบินมากเกินไป จึงตกตะกอนในถุงน้ำดี มีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นนิ่วในถุงน้ำดี (Gallstone) ชนิดเม็ดสี (Pigment Stones) เกิดนิ่วอุดตันทางเดินน้ำดี นำไปสู่การอักเสบปวดท้องรุนแรงและภาวะอื่นๆ (Zhi-Jie Qu et al., 2025)

พยาธิสภาพ อาการและการแสดง ภาวะแทรกซ้อน (จิตสุตา บัวขาว, 2560; ขวัญมนัส ปะนะทั้ง, 2566)

พยาธิสภาพ

โรคธาลัสซีเมีย (Thalassemia) เกิดจากการได้รับการถ่ายทอดยีนกลายพันธุ์ระดับหน่วยย่อยโมเลกุลของฮีโมโกลบิน ในโมเลกุลของฮีโมโกลบินมีสายฮีโมโกลบินสองคู่ที่เรียกว่า สายอัลฟาโกลบิน (Alpha-globin) และสายเบต้า (Beta-globin) การได้รับยีนบกพร่องหรือมีการขาดหายของสายฮีโมโกลบินสายใดสายหนึ่ง เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เป็นโรคธาลัสซีเมีย ระดับความรุนแรงของอาการธาลัสซีเมียขึ้นอยู่กับจำนวนยีนบกพร่องที่ได้รับหรือจำนวนยีนที่ขาดหายไป การเกิดพยาธิสภาพยังพบได้ในแทบทุกอวัยวะทั่วร่างกาย เช่น การมีตับโต ม้ามโต หัวใจวายและมีอาการแทรกซ้อนอื่น เนื่องจากธาลัสซีเมียเป็นโรคทางพันธุกรรม ความไม่สมดุลของการสร้างสายฮีโมโกลบิน (Globin chain) มากเกินไป มีผลทำให้เกิดการรวมตัวกันและตกตะกอนในเม็ดเลือดแดงตัวอ่อน เกิดการสร้างเม็ดเลือดแดงที่ไม่มีประสิทธิภาพในไขกระดูกและกระตุ้นให้เกิดการตายของเม็ดเลือดแดงตัวอ่อนในไขกระดูก เม็ดเลือดแดงตัวแก่แตกง่ายขึ้น เกิดเม็ดเลือดแดงแตกเรื้อรัง ทำให้เกิดภาวะซีด

อาการและการแสดง

เมื่อไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดแดงไม่เพียงพอ ตับและม้ามช่วยผลิตเม็ดเลือดแดงมากขึ้น ม้ามที่ทำหน้าที่ทำลายเม็ดเลือดแดง เมื่อตับและม้ามทำงานมากขึ้นจึงพบว่าผู้ป่วยจะมีตับและม้ามโต การที่ร่างกายปรับตัวโดยการทำให้ไขกระดูกขยายตัวเพื่อสร้างเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยมีกระดูก กะโหลก และหน้าตาที่ผิดปกติ โหนกแก้มสูง หน้าผากสูง เป็นต้น ผู้ป่วยที่มีภาวะซีดอยู่ยาวนานและมีภาวะขาดออกซิเจนเรื้อรัง ร่างกายจะเกิดการปรับสภาพ ทำให้มีการคั่งน้ำและเกลือ หัวใจขยายโตขึ้น หัวใจทำงานหนักขึ้นในการปั๊มเลือดส่งไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกาย เมื่อหัวใจทำงานไม่ไหว กล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวลดลง จึงเกิดภาวะหัวใจวาย และภาวะน้ำท่วมปอดตามมา ม้ามที่โตเกินไป ทำให้มีการทำลายเม็ดเลือดเพิ่มขึ้นมากกว่าปกติ เม็ดเลือดทุกชนิดมีปริมาณลดลง สัดส่วนของเม็ดเลือดขาวที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานได้น้อยลง

ทำให้ติดเชื้อโรคได้ง่าย ระดับอาการที่มีความรุนแรง ส่วนใหญ่พบในอาการของ เบต้าธาลัสซีเมีย (Beta-thalassemia) มีภาวะไม่ยอมกินอาหาร ภาวะซีดรุนแรง ตัวเหลืองตาเหลืองหรือดีซ่าน ตับโต ม้ามโต ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม หรือสีชา กระดูกเปราะ แตกหักง่าย หายใจลำบาก

ภาวะแทรกซ้อน

ภาวะแทรกซ้อนโรคธาลัสซีเมียเกิดจากภาวะโลหิตจางเรื้อรัง การเปราะแตกอย่างรวดเร็วของเม็ดเลือดแดง ภาวะม้ามโต ภาวะไขกระดูกผลิตเซลล์เม็ดเลือดแดงมากเกินไป หรือการสะสมของธาตุเหล็กในร่างกายมากเกินไปอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น หัวใจล้มเหลว ตับแข็ง ตับอ่อนเสียหาย เลือดแข็งตัวช้ากว่าปกติ โรคเบาหวาน โรคระบบต่อมไร้ท่อ ติดเชื้อในกระแสเลือด

การรักษา (ขวัญมนัส ปะนะทัง, 2566)

ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยธาลัสซีเมียตามความรุนแรงมีดังนี้

1. การได้รับเลือด (Blood transfusion) เพื่อเพิ่มปริมาณเซลล์เม็ดเลือดแดงและฮีโมโกลบินที่มีความสมบูรณ์ แข็งแรง โดยมีจุดมุ่งหมายให้รักษาฮีโมโกลบินก่อนรับเลือดของผู้ป่วยให้สูงกว่า 9.0-10.5 กรัมต่อเดซิลิตร และไม่เกิน 14 กรัมต่อเดซิลิตร โดยให้เม็ดเลือดแดงเข้มข้น (Packed Red cells ; PRC) ขนาด 10-15 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัม (1-2 ยูนิตในผู้ใหญ่) ถ้าผู้ป่วยซีดมากและเหนื่อย หัวใจเต้นเร็ว ควรให้เลือดครั้งละไม่เกิน 5 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัม และให้ยาขับปัสสาวะก่อนให้เลือดเข้าภายใน 24-48 ชั่วโมง ให้นอนพัก ให้ออกซิเจนและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยที่แพ้เลือดควรให้ Chlorpheniramine (0.1-0.2 มิลลิกรัม/กิโลกรัม) ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ และให้พาราเซตามอล (10-15 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/ครั้ง) รับประทานก่อนให้เลือด

- 1.1. Transfusion dependent thalassemia (TDT) กลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับเลือดเป็นประจำเพื่อการมีชีวิต หากไม่ได้รับเลือดจะมีอาการเหนื่อย ไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันต่างๆได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุมีอายุน้อยกว่า 2 ปี มีอาการซีดมาก ฮีโมโกลบินต่ำกว่า 7 กรัมต่อเดซิลิตร ตัวเล็ก ตับม้ามโต

- 1.2. Non Transfusion dependent thalassemia (NTDT) กลุ่มนี้ไม่จำเป็นต้องได้รับเลือดเป็นประจำก็สามารถมีชีวิตอยู่ได้แต่จะมีบางช่วงเวลาและบางสถานการณ์ที่จำเป็นต้องได้รับเลือด

2. การให้ยาขับธาตุเหล็ก (Iron chelation) ในการรับเลือดเป็นประจำอาจทำให้มีการสะสมของธาตุเหล็กในปริมาณมากที่อาจทำให้อวัยวะภายในเกิดความเสียหาย โดยแพทย์จะให้ยาขับธาตุเหล็กออกจากร่างกายร่วมกับการรักษาเพื่อป้องกันไม่ให้อวัยวะภายในได้รับความเสียหาย เนื่องจาก PRC 1 ยูนิต (200-250 มิลลิลิตร) จะมีธาตุเหล็ก 200-250 มิลลิกรัม จะเริ่มให้ยาขับธาตุเหล็ก เมื่อระดับ Serum ferritin ในเลือดสูงกว่า 1,000 นาโนกรัม/มิลลิลิตร

3. การให้กรดโฟลิก (Folic acid supplement) เพื่อกระตุ้นให้ร่างกายสร้างเซลล์เม็ดเลือดแดงใหม่ที่แข็งแรง และมีคุณภาพดี

4. การตัดม้าม (Splenectomy) ในชนิดรุนแรงที่มีอาการ ม้ามโต ภาวะซีดรุนแรงและเสียเลือดมาก ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ หรือภาวะเกล็ดเลือดต่ำ โดยแพทย์จะทำการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้ออย่างน้อย 2 สัปดาห์ก่อนผ่าตัด

สำหรับผู้ป่วยรายนี้เป็นธาลัสซีเมียชนิด เบต้าธาลัสซีเมีย (Beta-thalassemia) ในกลุ่ม Transfusion dependent thalassemia (TDT) มีการได้รับเลือดในโรงพยาบาลเป็นระยะๆตลอดมาและตัดม้าม (Splenectomy) ตั้งแต่อายุ 10 ปี มีเม็ดเลือดแดงผิดปกติและแตกตัวง่ายกว่าคนปกติ การแตกของเม็ดเลือดแดงปล่อยสารบิลิรูบินออกมามาก ทำให้ตับผลิตน้ำดีที่มีความเข้มข้นของบิลิรูบินมากเกินไป จึงตกตะกอนสะสมในถุงน้ำดี มีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นนิ่วในถุงน้ำดี (Gallstone) เกิดนิ่วอุดตันทางเดินน้ำดี นำไปสู่การเกิด

ถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน มีอาการปวดท้องรุนแรง และมีโอกาสเกิดภาวะ Septic shock ได้ แพทย์จึงทำการผ่าตัดในถุงน้ำดีและถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันแบบเปิดหน้าท้อง (Open Cholecystectomy) เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ที่นำไปสู่การเสียชีวิตของผู้ป่วย

การพยาบาลผู้ป่วยโรคซีเมีย (จิตสุตา บัวขาว, 2560; ขวัญมนัส ปะนะทั้ง, 2566)

1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษาของแพทย์ ในผู้ป่วยที่มีภาวะซีดรุนแรงเพื่อช่วยป้องกันเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน (Tissue Hypoxia) และช่วยลดการทำงานของหัวใจ
2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์
3. เฝ้าติดตามสัญญาณชีพ ฮีมาโตคริต (Hematocrit; Hct) ฮีโมโกลบิน (Hemoglobin; Hb) เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการทำการกิจกรรมต่างๆ ในผู้ป่วยกลุ่มที่รุนแรงต้องได้รับเลือดเป็นประจำ ควรรักษาให้ระดับ Hct อยู่ในช่วงประมาณ 27-30% ระดับ Hb มากกว่าหรือเท่ากับ 9.0-9.5 กรัม/เดซิลิตร
4. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียง การเปลี่ยนท่าช้าๆ
5. ดูแลให้ยา Folic acid supplement เพื่อกระตุ้นให้ร่างกายสร้างเซลล์เม็ดเลือดแดงใหม่ที่แข็งแรง และมีคุณภาพดี ตามแผนการรักษาของแพทย์
6. ติดตามภาวะทางโภชนาการ ดูแลให้อาหารที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง เช่น เลือดสัตว์ เครื่องในสัตว์
7. สนับสนุนให้ผู้ป่วยออกกำลังกายและทำกิจกรรมตามศักยภาพ ให้มีบทบาทรับผิดชอบตนเองในการรักษา
8. ให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถอยู่กับโรคนี้ได้และดูแลรักษาตนเองให้ได้ผลดี มีการติดตามการรักษาต่อเนื่อง
9. มีการประสานกับแพทย์ บุคลากรที่เกี่ยวข้องให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามมาตรฐานที่จำเป็นตามข้อบ่งชี้ โดยคำนึงถึงสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ และการมีชีวิตร่วมในสังคม

การดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน (ขวัญมนัส ปะนะทั้ง, 2566)

การให้คำแนะนำการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน มีความสำคัญต่อผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลอย่างยิ่ง สามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพกายที่แข็งแรง และสุขภาพจิตที่ดีสามารถอยู่ร่วมกับสังคมได้ตามปกติ ดังนี้

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียกับผู้ป่วยและญาติ
2. การรับประทานยา Folic acid ขนาด 5 มิลลิกรัมตามแผนการรักษาของแพทย์
3. การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ระมัดระวังการพลัดตกหกล้ม ที่จะทำให้เสียเลือดและกระดูกหัก

ระยะเวลาที่ดำเนินการ

วันที่ 28 พฤษภาคม 2567 ถึง วันที่ 19 มิถุนายน 2567

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

สัญญาณชีพ: อุณหภูมิ 38.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 126 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 103/60 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation; SpO₂) เท่ากับ 97 เปอร์เซ็นต์ (%)

ลักษณะทั่วไป: หญิงไทย ตัวเหลืองซีด ผิวแห้งมีความตึงตัว ไม่บวม ไม่มีรอยจ้ำเลือด ส่วนสูง 153 เซนติเมตร น้ำหนัก 45 กิโลกรัม ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index; BMI) เท่ากับ 19.23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร อยู่ในเกณฑ์ปกติ รู้สึกตัวดี เรียกถามตามเหตุตอบไม่สับสนทำตามคำสั่งได้ปกติ

ระบบทางเดินหายใจ: หายใจได้เอง ไม่มีอาการเหนื่อย ทรวงอกสมมาตรได้รูปปกติไม่บุ๋มหรือบวม การขยายตัวสัมพันธ์กับการหายใจเข้า-ออก ฟังปอดไม่มีเสียงผิดปกติ

ระบบหัวใจและหลอดเลือด: ฟังเสียงการเต้นของหัวใจไม่พบ murmur จังหวะการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ จับชีพจรอัตราการเต้นเร็วสม่ำเสมอ ปลายมือปลายเท้าไม่มีเขียวคล้ำ

ระบบเลือด ต่อมไทรอยด์ และต่อมไร้ท่อ: ไม่มีจ้ำเลือด หรือจุดเลือดออก ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน ไม่มีอาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด คลำต่อมไทรอยด์ ที่คอ รักแร้ ขาหนีบ ไม่พบอาการบวมโต

ศีรษะ ใบหน้า และลำคอ: ศีรษะ ได้รูป ไม่บิดเบี้ยว มีหน้าผากโหนกนูน การเคลื่อนไหวบนใบหน้าปกติ ลำคอ คลำต่อมไทรอยด์ ต่อมไทรอยด์ และ ต่อมทอนซิล ไม่บวมโต เยื่อตาเหลือง สายตาปกติมองเห็นชัดเจนทั้ง 2 ข้าง ใบหูรูปร่างปกติ ได้ยินเสียงชัดเจนทั้ง 2 ข้าง จมูกรูปทรงสมมาตรปกติ รับกลิ่นได้ปกติ ริมฝีปากแห้ง ไม่มีแผลในช่องปากไม่มีเลือดออกตามไรฟัน ไม่มีฟันปลอม เคี้ยวอาหาร รับประทานอาหารได้ตามปกติ

ระบบทางเดินอาหารและช่องท้อง: ท้องโตนูนกว่าปกติเล็กน้อย ไม่มีเส้นเลือดดำขยายใต้ผิวหนัง มีรอยแผลผ่าตัดม้ามที่หน้าท้อง ท้องตึง กดเจ็บใต้ชายโครงขวา จุกใต้ลิ้นปี่ ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ฟัง Bowel sound ได้ 2-3 ครั้งต่อนาที

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก: รูปทรงปกติ การทรงตัวปกติ การทำงานของข้อและกล้ามเนื้อทั้งด้านซ้ายและขวามีกำลังปกติ

ระบบประสาท: รู้สึกตัวดี พูดคุยได้ไม่สับสน ทำตามคำสั่งได้ ตอบสนองต่อการรับรู้สัมผัสเจ็บปกติ ไม่มีอาการชาปลายมือปลายเท้า

ระบบเดินทางปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์: ปัสสาวะได้เองสีเหลือง ไม่มีเลือดออกจากอวัยวะเพศ ประจำเดือนมาตามปกติทุกเดือน

ผลการตรวจพิเศษ

1. CT Whole abdomen (28 พฤษภาคม 2567)

ผลการตรวจ Acute cholecystitis with two gallstones, 0.9 and 0.6 cm. Some fluid in the subhepatic region and pelvic cavity. Multiple ileocolic and right paracolic nodes up to 1.2 cm in short axis. Post splenectomy.

การแปลผล พบนิ่วในถุงน้ำดี 2 ก้อน ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 0.9 และ 0.6 เซนติเมตรตามลำดับ มีน้ำในตำแหน่งใต้ตับ และอุ้งเชิงกราน พบก้อนที่ลำไส้ขนาด 1.2 เซนติเมตรขึ้นไป จำนวนหลายก้อน และเคยผ่าตัดม้ามออกแล้ว

2. Chest X- ray

1 มิถุนายน 2567 ผลการตรวจ Right lower lobe infiltration

4 มิถุนายน 2567 ผลการตรวจ No new infiltration, less infiltration Right lower lobe

การแปลผลและวิเคราะห์ผล พบรอยโรคหรือจุดทึบแสงที่บริเวณปอดข้างขวาส่วนล่าง บ่งบอกว่ามีบางอย่างไม่ใช่อากาศเข้าไปอยู่ในถุงลม เช่น หนอง เลือด น้ำ หรือเซลล์อักเสบ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีไข้ ประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยหายใจหอบเหนื่อยได้

3. Magnetic Resonance imaging of upper abdomen and Magnetic Resonance Cholangiopancreatography (14 มิถุนายน 2567)

ผลการตรวจ A 2.1x 1.6 cm. soft tissue lesion at gallbladder fossa. Probably gallbladder remnant or post-operative change, NO evidence of Primovist Leakage or fluid collection at surgical bed.

การแปลผล พบเนื้อเยื่อขนาด 2.1 x 1.6 เซนติเมตร ซึ่งอาจเป็นเศษซากถุงน้ำดีหรือบางส่วนของถุงน้ำดีหรือการเปลี่ยนแปลงหลังผ่าตัด ไม่พบการรั่วของน้ำดีจากการผ่าตัด

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1. Complete Blood Count (CBC)

รายการตรวจ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ					แปลผล
		28/5/67	29/5/67	01/6/67	07/6/67	14/6/67	
Hb	12.0-14.3 g/dl	7.0	8.7	6.3	8.6	8.1	ต่ำกว่าค่าปกติ
Hct	36.0-47.7 %	25.1	28.4	20.2	26.6	27.4	ต่ำกว่าค่าปกติ
platelets	140-400 10 ³ /uL	450	246	354	606	465	ปกติ
WBC	4.6-10.6 10 ³ /uL	63.8	38.3	11.81	15.4	8.12	สูงกว่าค่าปกติ
Neutrophils	43.7-70.9 %	82.0	71.9	72.0	59.7	54.0	สูงกว่าปกติ
Lymphocyte	20.1-44.5 %	10.0	21.7	24.0	25.2	37.0	ปกติ

การวิเคราะห์ผล การตรวจ CBC พบค่าเม็ดเลือดขาว WBC และ Neutrophils สูง ในช่วงแรกแสดงถึงการอักเสบและติดเชื้อที่ถุงน้ำดีเฉียบพลัน ร่วมกับผู้ป่วยมีโรคประจำตัวธาลัสซีเมียทำให้ภูมิคุ้มกันต้านทานโรคต่ำ และค่าเม็ดเลือดขาว WBC และ Neutrophils สูงหลังผ่าตัดเกิดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อหลังการผ่าตัด จึงเกิดการอักเสบของเนื้อเยื่อรอบแผลผ่าตัด ร่วมกับมีภาวะปอดอักเสบ ร่างกายมีกลไกในสร้างเม็ดเลือดขาวชนิดนี้มาป้องกันการติดเชื้อไวรัส แบคทีเรีย และเชื้อรา ส่วนค่า ฮีโมโกลบิน (Hb) และ ฮีมาโตคริต (Hct) ต่ำกว่าปกติเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคธาลัสซีเมีย ทำให้เกิดภาวะซีดเรื้อรัง ร่วมกับการผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยสูญเสียเลือดเป็นจำนวนมาก เมื่อให้เลือด (Packed Red Cells; PRC) และส่วนประกอบของเลือด (Fresh Frozen Plasma; FFP) ระดับฮีโมโกลบิน (Hb) และ ฮีมาโตคริต (Hct) เพิ่มขึ้น

2. Coagulation

รายการตรวจ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ		แปลผล
		28/05/67	29/05/67	
PT	9.8-12.6 sec	15.3	14.1	สูงกว่าปกติ
PTT	26.6-37.4 sec	29.2	23.2	ต่ำกว่าปกติ
INR		1.34	1.23	สูงกว่าปกติ

การวิเคราะห์ผล มีค่าการแข็งตัวของเลือดนานกว่าปกติ เนื่องจากโรคธาลัสซีเมียทำให้ตับทำงานหนักจากการสะสมธาตุเหล็ก ซึ่งตับเป็นอวัยวะในการสร้างการแข็งตัวของเลือด ประกอบกับถุงน้ำดีอักเสบ ทำให้ตับไม่สามารถสร้างปัจจัยในการแข็งตัวของเลือดได้เพียงพอ

3. Electrolyte

รายการตรวจ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ							แปลผล
		28/05/67	29/05/67	01/06/67	02/06/67	07/06/67	10/06/67	14/06/67	
Sodium	136.0-146.0 mmol/L	128.2	134.6	132.2	131.0	135.4	130.4	129.2	ต่ำกว่าค่าปกติ
Potassium	3.5-5.1 mmol/L	3.80	4.48	3.00	3.52	3.06	4.56	3.95	ต่ำกว่าค่าปกติ
Chloride	101-109 mmol/L	94	102	102	103	103	99	97	ต่ำกว่าค่าปกติ
CO2	21-31 mmol/L	22.9	21.1	23.0	20.8	25.1	26.2	24.1	ปกติ

การวิเคราะห์ผล ในระยะก่อนการผ่าตัดพบค่าโซเดียมคลอไรด์ในเลือดต่ำ ซึ่งเกิดจากระบบการดูดซึมสารน้ำและเกลือแร่ และการขาดสารอาหารเนื่องจากปวดท้อง รับประทานทานได้น้อย ทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ความดันโลหิตต่ำ ซีพจรเต้นเร็ว เมื่อให้สารน้ำชนิด 0.9 % Normal Saline Solution (NSS) ทางหลอดเลือดดำชดเชย ระดับของโซเดียมเริ่มเข้าสู่ภาวะปกติ ระยะเวลาหลังผ่าตัดพบค่า โพแทสเซียมต่ำ เกิดจากการสูญเสียเลือดหลังผ่าตัด และมีสารคัดหลั่งออกมาจากการใส่สายระบาย Jackson-Pratt drain ประกอบกับผู้ป่วยได้รับยาขับปัสสาวะ Furosemide (Lasix) ทำให้โพแทสเซียมถูกขับออกมามากกว่าร่างกายพร้อมสารคัดหลั่งและปัสสาวะได้

4. Blood Urea Nitrogen (BUN), Creatinine

รายการตรวจ	ค่าปกติ	ค่าที่ตรวจพบ					แปลผล
		28/05/67	29/05/67	01/06/67	02/06/67	14/06/67	
BUN	8-20 mg/dl	13.4	16.5	8.3	12.0	15.0	ปกติ
Creatinine	0.55-1.02 mg/dl	0.49	0.50	0.24	0.38	0.35	ต่ำกว่าค่าปกติ
eGfR	90-120 ml/min/1.73 m ²	140.71	139.77	177.95	152.98	157.18	สูงกว่าค่าปกติ

การวิเคราะห์ผล ค่า Creatinine ต่ำ เนื่องจากผู้ป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมีย เกิดภาวะซีดเรื้อรัง ร่วมกับการรับประทานอาหารได้ไม่เพียงพอ ส่งผลให้ร่างกายอ่อนแอ มีการฝ่อลีบของกล้ามเนื้อ ทำให้อัตราการสร้าง Creatinine น้อยกว่าคนทั่วไป จึงแปลผลให้ค่าอัตราการกรองของไตสูงผิดปกติ

5. Liver Function Test (LFT)

รายการตรวจ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ						แปลผล
		28/05/67	01/06/67	07/06/67	10/06/67	14/06/67	17/06/67	
Total Protein	6.6-8.3 g/dl	8.5	6.3	6.8	7.8	7.3	7.5	ปกติ
Albumin	3.5-5.2 g/dl	4.6	3.3	3.3	3.8	3.9	3.9	ปกติ
Total Bilirubin	0.3-1.2 mg/dl	4.3	1.6	1.1	1.2	1.5	1.3	สูงกว่าปกติ
Direct Bilirubin	0.0-0.2 mg/dl	0.8	0.4	0.2	0.2	0.2	0.2	สูงกว่าปกติ
SGOT	< 35 U/L	14.2	11.3	15.0	22.3	23.8	36.4	ปกติ
SGPT	< 35 U/L	16.9	16.5	12.9	13.8	22.0	39.3	ปกติ
Alkaline Phosphatase	30-120 U/L	95.3	76.9	73.3	76.8	78.3	85.8	ปกติ

การวิเคราะห์ผล Total Bilirubin, Direct Bilirubin สูงกว่าปกติ เกิดจากการอุดตันของน้ำในท่อน้ำดีและการทำงานของตับที่ผิดปกติ

6. Calcium, Magnesium, Phosphorus

รายการตรวจ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ					แปลผล
		01/06/67	07/06/67	10/06/67	14/06/67	17/06/67	
Calcium	8.8-10.6mg/dL	-	-	9.8	-	-	ปกติ
Magnesium	1.9-2.5 mg/dL	1.5	1.6	1.7	1.4	1.9	ต่ำกว่าปกติ
Phosphorus	2.5-4.5 mg/dL	2.8	3.5	4.5	3.9	-	ปกติ

การวิเคราะห์ผล ค่า Magnesium ต่ำกว่าปกติ หลังผ่าตัด เกิดจาก การรับประทานอาหารไม่เพียงพอ ผู้ป่วยมีภาวะซีด และผู้ป่วยได้รับยาขับปัสสาวะ ทำให้แมกนีเซียมขับออกจากร่างกายพร้อมปัสสาวะ

7. Urine Analysis, Urine pregnancy test (28 พฤษภาคม 2567)

ผลการตรวจ พบ , RBC 1-2 cell/HPF, WBC 2-3 cell/HPF , Urine pregnancy test ผล negative

การแปลผล พบเม็ดเลือดแดง และ เม็ดเลือดขาวเล็กน้อย ไม่บ่งชี้การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และไม่พบการตั้งครรภ์

8. Sputum Culture (2 มิถุนายน 2567)

ผลการตรวจ No growth after 2 days

การแปลผล ไม่พบการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจและปอด

9. Pus Culture จากแผลผ่าตัด (4 มิถุนายน 2567)

ผลการตรวจ No growth after 2 days

การแปลผล ไม่พบการติดเชื้อของแผลผ่าตัด

10. Pus Culture content จาก Jackson- Pratt drain (7 มิถุนายน 2567)

ผลการตรวจ พบ Numerous Escherichia coli

การแปลผลและวิเคราะห์ผล Pus Culture content จาก Jackson- Pratt drain พบเชื้อ Numerous Escherichia coli ซึ่งระบายหนองของเหลวจากการผ่าตัดถุงน้ำดี โดยทั่วไปมักเจอเชื้อ Escherichia coli ซึ่งเป็นแบคทีเรียในลำไส้ การผ่าตัดถุงน้ำดี อาจทำให้เชื้อจากลำไส้หรือถุงน้ำดีที่อักเสบหลุดรอดและมาปนเปื้อนในบริเวณผ่าตัดได้

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย (Final Diagnosis)

Calculus of gallbladder with acute cholecystitis (นิ่วในถุงน้ำดีและถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน)
การผ่าตัด

Opened cholecystectomy under general anesthesia (การผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิดหน้าท้องโดยใช้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย) 29 พฤษภาคม 2567

สรุปข้อวินิจฉัยทางการแพทย์

ระยะก่อนทำผ่าตัด

1. มีโอกาสเกิดภาวะ Septic Shock จากถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน
2. มีภาวะโซเดียมคลอไรด์ในเลือดต่ำ
3. มีโอกาสเกิดการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อลดลงเนื่องจากภาวะช็อค
4. ผู้ป่วยและญาติมีความกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด

ระยะหลังทำผ่าตัด

5. มีโอกาสเกิดภาวะเนื้อเยื่อร่างกายพร่องออกซิเจนหลังผ่าตัดและมีพยาธิสภาพของปอด
6. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อลุกลามในช่องท้อง
7. มีภาวะขาดสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย
8. มีภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำ
9. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด
10. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อและเนื้อเยื่อตายลุกลามของแผลผ่าตัด
11. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน

รายละเอียดข้อวินิจฉัยทางการแพทย์

ระยะก่อนทำผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ 1. มีโอกาสเกิดภาวะ Septic Shock จากถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีอาการปวดท้องใต้ชายโครงขวา ตาตัวเหลือง ก่อนมาโรงพยาบาล
2. ผลการตรวจ CBC พบค่าเม็ดเลือดขาวชนิด WBC $63.8 \times 10^3 / \mu\text{L}$ Neutrophils 82.0 %
Total bilirubin 4.3 mg/dL, Direct bilirubin 0.8 mg/dL (28 พฤษภาคม 2567)
3. มีไข้ อุณหภูมิ 38.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 126 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 103/60 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 97 เปอร์เซ็นต์
4. ผลตรวจ CT Whole abdomen (28 พฤษภาคม 2567) พบ Acute cholecystitis with two gallstones, 0.9 and 0.6 cm. Some fluid in the subhepatic region and pelvic cavity.

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ Septic Shock

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการช็อคจากการติดเชื้อลุกลาม (Signs of Septic Shock) คือ ระดับความรู้สึกตัวปกติ สัญญาณชีพปกติคือ อุณหภูมิอยู่ในช่วง 36.5-37.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 18-22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์
2. ไม่มีไข้ อุณหภูมิอยู่ในช่วง 36.5-37.4 องศาเซลเซียส
3. จำนวนปัสสาวะ (Urine output) มากกว่า 100 มิลลิลิตรต่อ 4 ชั่วโมง
4. ผลการตรวจ CBC พบค่าปกติของ WBC $4.6-10.6 \times 10^3/\mu\text{L}$ และ Neutrophils 43.7-70.9 %

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการ ระดับความรู้สึกตัว วัดไข้ สัญญาณชีพ ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด
2. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะคือ ยา Ceftriaxone 2 กรัม ใน NSS 100 มิลลิลิตร หยอดทางหลอดเลือดดำทุก 24 ชั่วโมง Metronidazole 500 มิลลิกรัม หยอดทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา คือ คลื่นไส้ อาเจียน ผื่นแพ้ผิวหนัง
3. ดูแลให้สารน้ำ 0.9 % NSS 1000 มิลลิลิตร หยอดทางหลอดเลือดดำอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์
4. เช็ดตัวลดไข้ ประเมินอุณหภูมิหลังเช็ดตัวลดไข้
5. ตรวจประเมินความรุนแรงของอาการและอาการแสดงหน้าท้อง อาการตัวเหลืองตาเหลือง
6. ประเมินและบันทึกจำนวนปัสสาวะ (Urine output) ทุก 4 ชั่วโมง
7. เจาะเลือดส่งตรวจและติดตามผลการตรวจค่า WBC, Neutrophils

ประเมินผล

1. ไม่มีอาการช็อคจากการติดเชื้อลุกลาม ระดับความรู้สึกตัวปกติ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38.2 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 112 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 102/76 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 % ก่อนส่งผ่าตัด
2. ยังมีไข้ อุณหภูมิ 38.2 องศาเซลเซียส
3. จำนวนปัสสาวะ (Urine output) 350 มิลลิลิตรต่อ 2 ชั่วโมง
4. ผลการตรวจ CBC พบค่าปกติของ WBC $38.3 \times 10^3/\mu\text{L}$ และ Neutrophils 71.9 %

(29 พฤษภาคม 2567)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 2. มีภาวะโซเดียมคลอไรด์ในเลือดต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน

ผลตรวจ Electrolyte พบ Sodium 128.2 mmol/L, Chloride 94.0 mmol/L (28 พฤษภาคม 2567)

วัตถุประสงค์

มีภาวะสมดุลของโซเดียมคลอไรด์ในร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีภาวะช็อก อาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง เพื่อ กระสับกระส่าย ปัสสาวะออกน้อย เหงื่อออกมือเท้าเย็น
2. ระดับโซเดียมคลอไรด์ในเลือด อยู่ในช่วงปกติ คือ Sodium 136-146 mmol/L, Chloride 101-109 mmol/L
3. มีความสมดุลของปริมาณน้ำเข้าและน้ำออก

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท ภาวะช็อกจากโซเดียมคลอไรด์ต่ำ ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง เพื่อ กระสับกระส่าย ปัสสาวะออกน้อย เหงื่อออกมือเท้าเย็น
2. ให้สารน้ำ 0.9 % NSS 1,000 มิลลิลิตรหยดทางหลอดเลือดดำอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง
3. เจาะเลือดส่งตรวจ Electrolyte ประเมินระดับของโซเดียมคลอไรด์ในเลือด
4. บันทึก จำนวน ลักษณะปัสสาวะทุก 4 ชั่วโมง และปริมาณน้ำเข้าและน้ำออก

ประเมินผล

1. ไม่มีภาวะช็อก อาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง เพื่อ กระสับกระส่าย ปัสสาวะออกน้อย เหงื่อออกมือเท้าเย็น
2. ผลตรวจระดับโซเดียมคลอไรด์ในเลือด คือ Sodium เท่ากับ 134.6 mmol/L, Chloride เท่ากับ 102.0 mmol/L (29 พฤษภาคม 2567)
3. ปัสสาวะได้เอง 1 ครั้ง 350 มิลลิลิตร ก่อนส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด หลังผ่าตัด ปริมาณสารน้ำเข้า เท่ากับ 2,280 มิลลิลิตร ปริมาณสารน้ำออก 2,230 มิลลิลิตร (29 พฤษภาคม 2567)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 3. มีโอกาสเกิดการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อลดลงเนื่องจากภาวะช็อค

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีโรคประจำตัวคือ ธาลัสซีเมีย ชนิดเบต้าธาลัสซีเมีย (Beta-thalassemia) รับเลือด (หมู่เลือด B Rh(D) Positive) และรักษาต่อเนื่อง เคยทำผ่าตัดม้ามออกเมื่อ 10 ปีที่แล้ว
2. ผลการตรวจ CBC พบ Hct 25.1 % และ Hb 7.0 g/dl (28 พฤษภาคม 2567)
3. ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย มีไข้ อุณหภูมิ 38.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 126 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 103/60 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 97 เปอร์เซ็นต์

วัตถุประสงค์

เพื่อให้เนื้อเยื่อในร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีหายใจหอบเหนื่อยหรืออาการของภาวะขาดออกซิเจนคือ เหงื่อออกตัวเย็น ปลายมือปลายเท้าเขียว
2. สัญญาณชีพปกติ คือ อุณหภูมิอยู่ในช่วง 36.5-37.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 18-22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท
3. ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์
4. ระดับฮีมาโตคริต (Hct) อยู่ในช่วง 27-30 % ระดับฮีโมโกลบิน (Hb) มากกว่าหรือเท่ากับ 9.0-9.5 g/dl

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการภาวะร่างกายขาดออกซิเจน คือ เหงื่อออกตัวเย็น ปลายมือปลายเท้าเขียว
2. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ประเมินสภาวะการหายใจของผู้ป่วย สังเกตอัตราและจังหวะการหายใจ
3. วัดค่าระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ทุก 4 ชั่วโมง
4. จัดทำกรนอนให้ผู้ผู้ป่วยมีทางเดินหายใจที่โล่ง
5. กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยฝึกหายใจเข้าออกลึกๆ บ่อยๆ ให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่
6. ดูแลให้ Oxygen cannula 3 ลิตรต่อนาที กรณีที่ผู้ป่วยมีประสิทธิภาพการหายใจลดลง
7. ดูแลเตรียมเลือดและให้ผู้ผู้ป่วยได้รับเลือด Packed Red Cells และ Fresh Frozen Plasma ตามแผนการรักษาของแพทย์
8. เจาะเลือดส่งตรวจประเมินระดับฮีมาโตคริต (Hct) ระดับฮีโมโกลบิน (Hb) หลังให้เลือด

ประเมินผล

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีหายใจหอบเหนื่อยหรืออาการของภาวะร่างกายขาดออกซิเจน คือ เหงื่อออกตัวเย็น ปลายมือปลายเท้าเขียว
2. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38.2 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 112 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 102/76 มิลลิเมตรปรอท
3. ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 เปอร์เซ็นต์
4. ผู้ป่วยได้รับเลือด Packed red cell 2 ยูนิต และ Fresh frozen plasma 2 ยูนิต ไม่พบอาการหรือปฏิกิริยาจากการให้เลือด หลังให้เลือดระดับฮีมาโตคริต (Hct) 28.4 % ระดับฮีโมโกลบิน (Hb) 8.7 g/dl (29 พฤษภาคม 2567)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 4. ผู้ป่วยและญาติมีความกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. เป็นการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน ผู้ป่วยสีหน้าไม่สดชื่น ถามว่า “จะผ่าตัดเมื่อไร อันตรายไหม”
2. ญาติสอบถาม “หลังผ่าตัดต้องนอนพักที่ไหน” และ แผลผ่าตัดหน้าท้องใหญ่แค่ไหน”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัดและให้ความร่วมมือในการเตรียมผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นกังวลน้อยลง
2. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษาและปฏิบัติตามคำแนะนำการเตรียมผ่าตัดได้
3. ผู้ป่วยพร้อมผ่าตัดและเซ็นยินยอมทำผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพผู้ป่วย พูดคุยซักถามอาการ ประเมินความกังวล สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหา ข้อสงสัยเกี่ยวกับการรักษาและประสานงานกับแพทย์
2. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ลดสิ่งรบกวนเพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อน ดูแลสายให้สารน้ำไม่ให้รัดตึง พับงอ และเลื่อนหลุด
3. ให้ความรู้กับผู้ป่วยในการพูดคุยรับฟังด้วยความรู้สึกรับรู้ เข้าใจ และเห็นความสำคัญกับการระบายความรู้สึกของผู้ป่วย พร้อมทั้งให้กำลังใจในการรักษา
4. อธิบายเหตุผลที่ต้องทำการผ่าตัดและให้ผู้ผู้ป่วยเซ็นยินยอมรับการผ่าตัดตามแบบฟอร์มที่กำหนดไว้

พร้อมทั้งญาติและเจ้าหน้าที่ เชื้อนพยานกำกับ

5. อธิบายขั้นตอนของการผ่าตัดอย่างสั้นๆและเข้าใจง่าย เช่น การงดน้ำงดอาหารก่อนทำผ่าตัด การฝึกการหายใจ การนอนนิ่งๆนานๆ สภาพห้องผ่าตัด การใช้ยาระงับความรู้สึก อาการที่อาจเกิดขึ้นได้หลังผ่าตัด พอสังเขป ให้ผู้ป่วยเข้าใจ

6. เตรียมความพร้อม เอกสาร สิ่งที่ต้องนำไปห้องผ่าตัดให้พร้อม ให้ผู้ป่วยงดน้ำงดอาหาร ประสานงานห้องผ่าตัด วิทยาลัยพยาบาล และการนำส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด

ประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น มีความกังวลน้อยลง
2. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจคำแนะนำ ปฏิบัติตามคำแนะนำและยินยอมทำผ่าตัด ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมพยาบาลด้วยดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนก่อนทำผ่าตัด
3. สามารถส่งผ่าตัดได้ตามเวลาที่กำหนด

ระยะหลังทำผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 5. มีโอกาสเกิดภาวะเนื้อเยื่อร่างกายพร่องออกซิเจนหลังผ่าตัดและมีพยาธิสภาพของปอด

ข้อมูลสนับสนุน

1. หลังผ่าตัด Opened cholecystectomy under General Anesthesia (การผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิดหน้าท้องโดยใช้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย) มี Estimate Blood loss 600 มิลลิลิตร และ Jackson-Pratt drain มี content สีแดง ออก 59 มิลลิลิตร (29 พฤษภาคม 2567)
2. มีประวัติซีดจากธาลัสซีเมีย และหลังผ่าตัด Hct 28.4 %, Hb 8.7 g/dl (29 พฤษภาคม 2567) และ Hct 20.2 %, Hb 6.3 g/dl (1 มิถุนายน 2567)
3. ผู้ป่วยไอมีเสมหะสีขาวเหนียว มีไข้สูง 38.0 -39.9 องศาเซลเซียส (29 พฤษภาคม 2567- 2 มิถุนายน 2567) ผล Chest X- ray พบ Right lower lobe infiltration (1 มิถุนายน 2567) ค่า WBC $38.3 \times 10^3 /\mu\text{L}$ Neutrophils 71.9 % และ WBC $11.81 \times 10^3 /\mu\text{L}$ Neutrophils 72 % (29 พฤษภาคม 2567 และ 1 มิถุนายน 2567)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพและเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ
2. ป้องกันการติดเชื้อลุกลามที่ปอด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวปกติ ผู้ป่วยหายใจเองได้ ไม่มีอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน คือ อาการชักเกร็ง กระสับกระส่าย เหงื่อออกตัวเย็น ความดันโลหิตต่ำ ปลายมือปลายเท้าเขียว และมี capillary refill น้อยกว่า 2 วินาที
2. สัญญาณชีพปกติ คืออุณหภูมิอยู่ในช่วง 36.5-37.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 18-22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO_2) อยู่ในช่วง 95-100 เปอร์เซ็นต์
3. ระดับฮีมาโตคริต (Hct) อยู่ในช่วง 27-30 % ระดับฮีโมโกลบิน (Hb) มากกว่าหรือเท่ากับ 9.0-9.5 g/dl
4. แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม Jackson- Pratt drain ออกน้อยกว่า 50 มิลลิลิตรใน 8 ชั่วโมง
5. ปัสสาวะออกมากกว่า 100 มิลลิลิตรต่อ 4 ชั่วโมง
6. ผล Chest X- ray No infiltration, Sputum culture No growth

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดท่านอน Semi-Fowler position ให้กลัมนื้อหน้าท้องหย่อนเพื่อให้ผู้ป่วยหายใจเองได้ดีขึ้น
2. ดูแลให้ได้รับ Oxygen mask with bag 10 ลิตรต่อนาที และ Oxygen canula 3 ลิตรต่อนาทีตามลำดับ และประเมินภาวะพร่องออกซิเจน เช่น ระดับความรู้สึกตัว อาการกระสับกระส่าย เหงื่อออกตัวเย็น ปลายมือปลายเท้าเขียว ความดันโลหิตต่ำ
3. ติดเครื่องติดตามการทำงานของหัวใจและสัญญาณชีพ ตรวจวัดสัญญาณชีพ ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ทุก 1-2 ชั่วโมง และทุก 4 ชั่วโมงจนอาการปกติ
4. ประเมินและเฝ้าระวังการเกิดการอุดตันทางเดินหายใจ สอนการหายใจเข้าออกยาวๆลึกๆและการไออย่างมีประสิทธิภาพ ให้ทางเดินหายใจโล่ง และสอนให้ผู้ป่วยใช้ Incentive spirometer
5. ประเมินภาวะ Cyanosis, ประเมิน ค่า capillary refill, ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (Sleep apnea)
6. ให้สารน้ำ 0.9 % NSS 1,000 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำ 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และ 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์
7. ให้ยา Transamin 500 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง 3 วัน ต่อเนื่อง และสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา คือ คลื่นไส้อาเจียน ท้องเสีย ปวดท้อง
8. ให้ยาปฏิชีวนะ คือ Ceftriaxone 2 กรัม ผสม ใน NSS 100 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำทุก 24 ชั่วโมง และปรับเป็น Ceftazidime 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง คู่กับ Metronidazole 500 มิลลิกรัม หยดทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา คือ อาการวิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน ผื่นผื่นหนัง
9. ให้ยา Acetylcysteine 1 ซอง รับประทานหลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น และ Bromhexine 1 เม็ด รับประทานหลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น ตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา คือ คลื่นไส้อาเจียน ท้องเสียหรือท้องผูก ปวดท้อง ผื่นคัน หายใจลำบาก
10. พ่นยา Berodual1 nebule ทุก 4 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว ปากแห้ง คอแห้ง ปวดศีรษะ
11. ประเมินภาวะเลือดออกจากแผลผ่าตัด, Content จาก Jackson- Pratt drain
12. ประเมินภาวะซีด ตรวจเลือดติดตามระดับฮีมาโตคริต (Hct) และระดับฮีโมโกลบิน (Hb)
13. ดูแลให้ Packed Red cells สังเกตอาการแพ้เลือด เช่น ไข้ หนาวสั่น ผื่นแพ้ผื่นหนัง และให้ยา Chlorpheniramine 10 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ และยา Furosemide 20 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ หลังเลือดหมด ตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา อาการง่วงซึม วิงเวียน ปากแห้ง คอแห้ง ตาพร่ามัว กระสับกระส่าย
14. ประเมินและบันทึกปัสสาวะทุก 4 ชั่วโมงตามการรักษาของแพทย์
15. ส่งตรวจและติดตามผล Chest X- ray และ Sputum culture

ประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวปกติ ผู้ป่วยหายใจเองได้ ไม่มีอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน คือ อาการชักเกร็ง กระสับกระส่าย เหงื่อออกตัวเย็น ความดันโลหิตต่ำ ปลายมือปลายเท้าเขียว และมี capillary refill 1- 2 วินาที
2. สัญญาณชีพเข้าสู่ภาวะปกติ หลังผ่าตัดวันที่ 5 (3 มิถุนายน 2567) อุณหภูมิ 36.0-37.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 92-104 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 105/65- 120/64 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99-100 เปอร์เซ็นต์
3. ระดับ Hct 26.6 % ,Hb 8.6 g/dl (7 มิถุนายน 2567) และ ระดับ Hct 27.4 % ,Hb 8.1 g/dl

(14 มิถุนายน 2567)

4. แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม Jackson- Pratt drain ออก 5 มิลลิตร-20 มิลลิตร/24 ชั่วโมง

5. ปัสสาวะออกมากกว่า 200-350 มิลลิตรต่อ 4 ชั่วโมง

6. ผล Chest X- ray (4 มิถุนายน 2567) No new infiltration, less infiltration Right lower lobe, Sputum culture ผลตรวจ No growth after 2 day (2 มิถุนายน 2567)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 6. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อลุกลามในช่องท้อง

ข้อมูลสนับสนุน

1. หลังผ่าตัด Opened cholecystectomy 29 พฤษภาคม 2567

2. หลังผ่าตัดวันที่ 1-4 (30 พฤษภาคม 2567-2 มิถุนายน 2567) ผู้ป่วยมีไข้สูงอยู่ในช่วง 38.3-39.9 องศาเซลเซียส

3. Jackson- Pratt drain มี Content ออก สีแดง 5 มิลลิตร-20 มิลลิตร/24 ชั่วโมง ผล Pus Culture content จาก Jackson- Pratt drain (7 มิถุนายน 2567) พบ Numerous Escherichia coli

4. ผล CBC พบ WBC $38.3 \times 10^3/\mu\text{L}$, Neutrophils 71.9 % (29 พฤษภาคม 2567) และ WBC $11.81 \times 10^3/\mu\text{L}$, Neutrophils 72.0 % (1 มิถุนายน 2567)

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันการติดเชื้อลุกลามในช่องท้อง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการของการติดเชื้อลุกลาม (Signs of severe sepsis) คือระดับความรู้สึกตัวปกติ สัญญาณชีพปกติคืออุณหภูมิอยู่ในช่วง 36.5-37.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 18-22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท และจำนวนปัสสาวะ (Urine output) มากกว่า 100 มิลลิตรต่อ 4 ชั่วโมง

2. ตรวจหน้าท้องไม่พบอาการท้องแข็งตึง ไม่พบการรั่วของน้ำดีจากการผ่าตัด

3. ไม่มีไข้ อุณหภูมิอยู่ในช่วง 36.5-37.4 องศาเซลเซียส

4. ไม่พบ Discharge ที่ซึมออกมาจากแผลผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการของการติดเชื้อลุกลาม ระดับความรู้สึกตัว วัดไข้ สัญญาณชีพ และจำนวนปัสสาวะ (Urine output) ทุก 4 ชั่วโมง

2. ให้ยาปฏิชีวนะ คือ Ceftriaxone 2 กรัม ผสม ใน NSS 100 มิลลิตร หยดทางหลอดเลือดดำทุก 24 ชั่วโมง และปรับเป็น Ceftazidime 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง คู่กับ Metronidazole 500 มิลลิกรัม หยดทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา คือ อาการวิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ผื่นผิวหนัง ตามการรักษาของแพทย์

3. ให้สารน้ำ 0.9 % NSS 1,000 มิลลิตรหยดทางหลอดเลือดดำ 100 มิลลิตรต่อชั่วโมง 80 มิลลิตรต่อชั่วโมง และ 60 มิลลิตรต่อชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์

4. ให้ยา Augmentin 1 กรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเข้า เย็น สังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา คือ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องเสีย ผื่นผิวหนัง

5. เช็ดตัวลดไข้ วัดไข้ซ้ำ และให้ยา Paracetamol 500 มิลลิกรัม 1 เม็ด รับประทาน เวลาที่มีไข้มากกว่าหรือเท่ากับ 38.5 องศาเซลเซียส

6. ตรวจประเมินอาการและอาการแสดงหน้าท้อง และ Discharge ที่ซึมออกมาจากแผลผ่าตัด

7. กระตุ้นให้ผู้ป่วย Early ambulation ให้ผู้ป่วยในช่องท้องได้เคลื่อนไหวและช่วยการไหลเวียนโลหิต
8. ประสานงาน และเตรียมผู้ป่วยตรวจ Magnetic resonance Cholangiopancreatography ตามแผนการรักษาของแพทย์
9. ส่งตรวจและติดตามผลการตรวจเลือด CBC BUN Creatinine ประเมินการทำงานของไต ตับ จากการติดตามต่อเนื่อง

ประเมินผล

1. ไม่มีอาการของการติดเชื้อลุกลาม (Signs of severe sepsis) คือ ระดับความรู้สึกตัวปกติ สัญญาณชีพปกติคือ อุณหภูมิอยู่ในช่วง 36.0-37.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 60-104 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 22-24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 90/60-126/60 มิลลิเมตรปรอท และจำนวนปัสสาวะ (Urine output) มากกว่า 200-350 มิลลิลิตรต่อ 4 ชั่วโมง
2. ตรวจหน้าท้องไม่พบอาการท้องแข็งตึง ผู้ป่วยลุกเดิน และช่วยเหลือตนเองได้ดี ผลตรวจ Magnetic resonance Cholangiopancreatography ไม่พบการรั่วของน้ำดีจากการผ่าตัด
3. ไม่มีไข้ อุณหภูมิอยู่ในช่วง 36.0-37.4 องศาเซลเซียส
4. แผลแดงดี ไม่พบเลือดซึมออกมาจากแผลผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 7. มีภาวะขาดสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผลตรวจ Electrolyte พบ Sodium 132.2 mmol/L, Potassium 3.00 mmol/L (1 มิถุนายน 2567) และ Sodium 135.4 mmol/L, Potassium 3.06 mmol/L (7 มิถุนายน 2567)
2. มีการสูญเสียเลือดจากร่างกายจากการผ่าตัด คือ Estimate Blood loss 600 มิลลิลิตร, Content จาก Jackson- Pratt drain 59 มิลลิลิตร (29 พฤษภาคม 2567)
3. หลังผ่าตัดผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย 2/4 ของภาชนะที่ใส่อาหาร ท้องอืด ฟัง bowel sound ได้ 5-6 ครั้ง/นาฬิกา
4. ได้รับยาขับปัสสาวะ Furosemide 40 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ

วัตถุประสงค์

เพื่อรักษาสมดุลและให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรู้สึกดี ไม่มีอาการและการแสดงของภาวะขาดสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย คือ ไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง สับสน อ่อนเพลีย คลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ ชัก อาการหงุดหงิด อ่อนเพลีย ท้องอืด
2. มีความสมดุลของปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกาย
3. ผลตรวจ Electrolyte พบ Sodium 136-146 mmol/L Potassium 3.5-5.1 mmol/L
4. Bowel sound 6-12 ครั้งต่อนาที รับประทานอาหารได้มากกว่าหรือเท่ากับ 3/4 ส่วนของอาหารที่จัดเตรียมมาให้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ติดตามและประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ สารอาหารและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย คือ กล้ามเนื้ออ่อนแรง สับสน อ่อนเพลีย คลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ ชัก อาการหงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย ท้องอืด
2. ตรวจวัดประเมิน สัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง อาการหัวใจเต้นผิดปกติ หายใจเร็วผิดปกติ
3. ให้สารน้ำ 0.9 % NSS 1,000 มิลลิลิตรหยดทางหลอดเลือดดำ 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และ 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์
4. ให้ Potassium Chloride Elixir รับประทาน 30 มิลลิลิตร ทุก 4 ชั่วโมง 2 ครั้ง ตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา คือ แน่นหน้าอก ชีพจรเต้นช้า คลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ ปวดท้อง ท้องอืด กระสับกระส่าย กล้ามเนื้ออ่อนแรงเป็นอัมพาต
5. กระตุ้นให้ผู้ป่วย Early ambulation ให้ลุกไ้เคลื่อนไหวลดอาการท้องอืด โดยอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าภายหลังการผ่าตัด 24-48 ชั่วโมง ถ้าผู้ป่วยสามารถลุกจากเตียงได้ อวัยวะระบบย่อยอาหารจะมีการเคลื่อนไหว ลดอาการท้องอืด ผู้ป่วยจะสามารถรับประทานอาหารได้ดีขึ้น
6. ประเมินและฟัง Bowel sound เพื่อเตรียมความพร้อมในการให้รับประทานอาหาร
7. ให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารตาม Step diet ของแพทย์ คือ อาหารเหลว อาหารอ่อนมันน้อย และ Blenderized diet (1.2: 1) 200 มิลลิลิตร คีมเสริม วันละ 2 ครั้ง เช้า และ เย็น
8. ให้ยา Air- X 1 เม็ด รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหาร เช้า กลางวัน เย็น บรรเทาอาการท้องอืดและช่วยย่อยอาหาร
9. ประเมินและบันทึกปริมาณน้ำเข้า น้ำออกจากร่างกาย และการขับถ่ายอุจจาระ
10. ส่งตรวจและติดตามผล Electrolyte ในเลือด

ประเมินผล

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะขาดสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย คือ ไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง สับสน อ่อนเพลีย ไม่มีหัวใจเต้นผิดปกติ ชัก อาการหงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย ท้องอืด
2. ปริมาณน้ำเข้าอยู่ในช่วง 1,200-2,560 มิลลิลิตร และ น้ำออก 1,950-2,313 มิลลิลิตร/24 ชั่วโมง
3. ผลตรวจ Electrolyte พบ Sodium 130.4 mmol/L Potassium 4.56 mmol/L (10 มิถุนายน 2567) และ Sodium 129.2 mmol/L Potassium 3.95 mmol/L (14 มิถุนายน 2567) ตามลำดับ
4. ไม่มีท้องอืด ฟัง bowel sound ได้ 10-12 ครั้ง/นาที รับประทานอาหารได้ 3/4 ของภาชนะที่ใส่อาหาร และคีม Blenderized diet หมดทุกมื้อ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ขับถ่ายอุจจาระปกติ ไม่มีถ่ายเหลว

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 8. มีภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผลตรวจเลือด พบ Mg 1.5, 1.6, 1.7 และ 1.4 mg/dl (1,7,10 และ 14 มิถุนายน 2567)
2. ได้รับยาขับปัสสาวะ Furosemide 40 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ

วัตถุประสงค์ เพื่อให้มีภาวะความสมดุลของแมกนีเซียมในร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของแมกนีเซียมอยู่ในระดับ 1.9 - 2.5 mg/dl
2. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่พบอาการหัวใจเต้นผิดปกติ มือ-เท้าจับ มือสั่น ตะคริว ชักเกร็ง กล้ามเนื้ออ่อนแรง
3. อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 18-22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง อาการหัวใจเต้นผิดปกติ หวหะ เต้นเร็วผิดปกติ
2. ประเมินและเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของแมกนีเซียมในเลือดต่ำ ได้แก่ มือ-เท้าจิบ มือสั่น ตะคริว ชักเกร็ง ตาค้าง คลำชีพจรไม่ได้ หากมีอาการรายงานแพทย์ทราบทันที
3. ให้ยา 50% Magnesium sulfate 6 มิลลิกรัม ใน 5% Dextrose in water 100 มิลลิกรัม หยดทางหลอดเลือดดำในเวลา 4 ชั่วโมง จำนวน 3 วัน ต่อเนื่อง ตามแผนการรักษาของแพทย์
4. ให้ยา 50% Magnesium sulfate 8 มิลลิกรัม ใน 5% Dextrose in water 100 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำในเวลา 4 ชั่วโมง วันแรก และให้ยา 50 % magnesium 4 มิลลิกรัม ใน 5% Dextrose in water 100 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำในเวลา 4 ชั่วโมง วันที่ 2 และ 3 ตามแผนการรักษาของแพทย์
5. สังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา 50% Magnesium sulfate คือ ภาวะแมกนีเซียมเป็นพิษ เช่น ร้อนวูบวาบ หน้าแดง เหงื่อออก คลื่นไส้ อาเจียน มึนงง สับสน ง่วงซึม กล้ามเนื้ออ่อนแรง
6. ส่งตรวจและติดตามผลการตรวจแมกนีเซียมตามแผนการรักษาและรายงานผลให้แพทย์รับทราบเมื่อพบค่าที่ผิดปกติ

ประเมินผล

1. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของแมกนีเซียมอยู่ในระดับ 1.9 mg/dl (17 มิถุนายน 2567)
2. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่พบอาการหัวใจเต้นผิดปกติ มือ-เท้าจิบ มือสั่น ตะคริว ชักเกร็ง กล้ามเนื้ออ่อนแรง
3. อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 62-116 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 20-24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 90/60-120/74 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 9. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีแผลผ่าตัดใต้ชายโครงขวาแห้งดี มีสาย Jackson- Pratt drain ต่อลงขวด มี content สีแดง
2. ผู้ป่วยทำหน้าวิตกกังวล สีหน้าไม่สุขสบาย บอกปวดแผลผ่าตัด นอนไม่หลับ
3. ประเมิน pain score 8 คะแนน (29-31 พฤษภาคม 2567)

วัตถุประสงค์

เพื่อบรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. สีหน้าสดชื่น เคลื่อนไหวร่างกาย และ early ambulation ได้
2. ประเมิน pain score อยู่ในระดับ 1-3 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความปวด (Pain management) และดูแลตามระดับความปวด (pain score) โดยใช้เกณฑ์ คือ ระดับคะแนนความปวด 1-3 คะแนน จัดทำนอนให้สุขสบาย ใช้เทคนิคผ่อนคลาย และเบี่ยงเบนความปวด ระดับคะแนน 4-6 คะแนน บรรเทาด้วยยาแก้ปวดรับประทาน และระดับคะแนน 7-10 คะแนน แสดงถึงอาการปวดรุนแรง ดูแลให้ยาแก้ปวดทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษาของแพทย์
2. ให้ยาแก้ปวด Morphine 4 มิลลิกรัม และ 3 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินและสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ได้แก่ ม่านตาหด การหายใจช้า ความดันโลหิตต่ำ อาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ หน้ามืด ง่วงนอน แจ้งญาติทราบถ้ามีอาการผิดปกติให้แจ้งพยาบาลทันที และเมื่อรับประทานอาหารได้ ให้ยา Paracetamol 500 มิลลิกรัม 1 เม็ด รับประทานเวลาปวดหรือมีไข้ทุก 4-6 ชั่วโมง

3. ให้อาหาร Metoclopramide 10 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษาของแพทย์ เมื่อผู้ป่วยมีอาการคลื่นอาเจียนหลังได้ยาแก้ปวด Morphine และสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา คือ อาการง่วงซึม วิงเวียนศีรษะ คอแข็ง ลิ้นแข็ง กระสับกระส่าย

4. จัดท่านอน Semi-Fowler position ให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อน ลดความตึงตัวของบาดแผล

5. กระตุ้นให้ early ambulation ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ช่วยพยุงลุกนั่งได้ และพาเดิน

6. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ไม่พลุกพล่าน งดการเยี่ยมในช่วงที่ผู้ป่วยหลับ

7. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลและหลีกเลี่ยงการรบกวนผู้ป่วยบ่อยๆ โดยให้การพยาบาลผู้ป่วยหลายๆอย่างในครั้งเดียวเพื่อให้ผู้ป่วยได้พัก

ประเมินผล

1. สีสหน้าสดขึ้น เคลื่อนไหวร่างกาย และ early ambulation ลุกเดิน ช่วยเหลือตนเองได้ดี

2. หลังให้อาหารแก้ปวด ประเมิน pain score อยู่ในระดับ 1-2 คะแนน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 10. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อและเนื้อเยื่อตายลุกลามของแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีแผลผ่าตัดเปิดได้ชายโครงขวา เปิดทำแผลทุกวัน แผลผ่าตัดแดงดี ก้นแผลมีเนื้อตายมากขึ้น หลังผ่าตัดวันที่ 5 (3 มิถุนายน 2567)

2. แพทย์วางแผน Suture wound ในห้องผ่าตัด พบ แผลบางส่วนยังมีเนื้อตาย จึงตัดแต่งเนื้อตายออกและไม่ได้เย็บแผล (4 มิถุนายน 2567)

3. ผล Pus Culture content จาก Jackson- Pratt drain พบเชื้อ Numerous Escherichia coli (7 มิถุนายน 2567)

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันการเกิดการติดเชื้อและเนื้อเยื่อตายลุกลามของแผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่พบภาวะไข้ อุณหภูมิอยู่ในช่วง 36.5-37.4 องศาเซลเซียส

2. ไม่พบอาการและการแสดงของแผลติดเชื้อ รอบแผลผ่าตัดไม่บวมแดง ไม่มี Discharge ที่ซึมออกมาจากแผลผ่าตัด

3. แผลผ่าตัดเปิดไม่พบเนื้อตาย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการของการติดเชื้อ วัดไข้ สัญญาณชีพ

2. ให้ Ceftazidime 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง คู่กับ Metronidazole 500 มิลลิกรัม หยอดทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา คือ อาการวิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ผื่นคันตามผิวหนัง

3. ให้อาหาร Augmentin 1 กรัม รับประทานหลังอาหาร เข้า เย็น และ สังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา คือ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ผื่นคันตามผิวหนัง

4. ล้างมือก่อนและหลังทำแผล ทุกครั้ง

5. ทำแผลผ่าตัดด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ เช็ดแผลด้วย NSS ล้างแผล และใส่ยา Amikacin gel และ pack gauze ลึกถึงก้นแผล วันละ 1 ครั้ง

6. เตรียมผู้ป่วยส่งห้องผ่าตัดเย็บแผลแบบ Delayed primary suture wound และ Debridement with suture wound และดูแลผู้ป่วยผ่าตัด

7. ดูแลเช็ดตัวลดไข้ และความสะดวกสบายร่างกาย และความสุขสบายให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน

8. ตรวจประเมิน Discharge ที่ซึมออกมาจากแผลผ่าตัดและเนื้อตาย

9. ส่งตรวจและติดตามผล Pus culture จากแผลผ่าตัด

10. แนะนำญาติในการดูแลแผล ระวังอย่าให้แผลเปียกน้ำ

11. ส่งเสริมให้รับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง คือ ธรรมชาติมันน้อยและเพิ่มไข่ขาวมีอยู่ 1 ฟองและ Blenderized diet (1:2: 1) 200 มิลลิลิตร ดื่มเสริม วันละ 2 ครั้ง เช้า และ เย็น ที่จัดเตรียมมาให้ครบและหมดทุกมื้อ

ประเมินผล

1. ไม่พบภาวะไข้ อุณหภูมิอยู่ในช่วง 36.0-37.2 องศาเซลเซียส

2. ไม่พบอาการและการแสดงของแผลติดเชื้อ รอบแผลผ่าตัดไม่บวมแดง ไม่มี Discharge ที่ซึมออกมาจากแผลผ่าตัด ผล Pus culture จากแผลผ่าตัด No growth

3. แผลผ่าตัดเปิดไม่พบเนื้อตาย สามารถเย็บปิดแผลได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 11.ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน
ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลยังขาดความมั่นใจในการดูแลแผลเย็บปิดได้ขยายโครงขาที่ยังไม่ตัดไหม และ Jackson- Pratt drain

2. มีประวัติธาลัสซีเมียและหลังผ่าตัด Hct 27.4 %, Hb 8.1 g/dl (14 มิถุนายน 2567)

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความมั่นใจในการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน และสามารถดำเนินชีวิตตามปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเข้าใจและสามารถตอบคำถามการดูแลแผลผ่าตัด และ Jackson- Pratt drain ได้ถูกต้อง

2. ผู้ป่วยและญาติพร้อมกลับบ้านได้

กิจกรรมพยาบาล

1. การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง ประเมินความพร้อมของที่อยู่อาศัย ผู้ดูแลที่บ้านและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ให้ความรู้ความเข้าใจในการรักษาความสะอาดบริเวณแผลผ่าตัด การเคลื่อนไหวร่างกาย ให้ทำแผลต่อเนื่องวันละ 1 ครั้ง ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพใกล้บ้าน ยังไม่ต้องตัดไหม และสอนให้บันทึกปริมาณน้ำจาก Jackson- Pratt drain วันละ 1 ครั้ง ตามใบบันทึกที่แนบไปให้

2. ให้คำปรึกษาและการวางแผนเรื่องอาหารที่เหมาะสม โดยให้รับประทานอาหารไขมันต่ำประมาณ 6 เดือน ให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่เป็นสาเหตุของโรคที่กลับมารุนแรงอีก เช่น อาหารไขมัน อาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง คือ เครื่องเทศ นม เนื่อติดมัน อาหารทอด

3. ให้คำแนะนำการออกกำลังกาย งดยกของหนัก ทำงานหนักเป็นเวลา 6 สัปดาห์หลังผ่าตัด การมีเพศสัมพันธ์ ตามความสามารถของผู้ป่วยที่จะทำได้ มีกิจกรรมได้ตามปกติ

4. ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา Home medication คือ Paracetamol 500 มิลลิกรัม 1 เม็ดเมื่อมีอาการปวดหรือมีไข้ทุก 4-6 ชั่วโมง, Tramadol 50 มิลลิกรัม หลังอาหาร เช้า เย็น, Augmentin 1 กรัม 1 เม็ด หลังอาหาร เช้า เย็น อย่างถูกวิธี การสังเกตอาการแพ้ยา และอาการที่ต้องรีบมาพบแพทย์ทันที

5. ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคทางเดินน้ำดีที่อาจเกิดขึ้นได้อีก เช่น ปวดท้อง ท้องอืด มีไข้ ตัวเหลืองต้องรีบมาพบแพทย์ทันที

6. ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคทาลัสซีเมียกับผู้ป่วยและญาติ

6.1 อาการตัวเหลือง เหลือง ควรรีบมาพบแพทย์ทันที

6.2 การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ระมัดระวังการพลัดตกหกล้ม ที่จะทำให้เกิดเลือดและกระดูกหักได้ง่าย การดูแลปากและฟัน แปรงฟันหลังรับประทานอาหาร การพบทันตแพทย์ทุก 6 เดือน เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยทาลัสซีเมียฟันผุบ่อย

6.3 หลีกเลี่ยงการไปชุมชนแออัด ระมัดระวังการติดเชื้อ

6.4 รับประทานอาหารที่มีโฟเลตสูง เช่น ผักใบเขียวต่างๆ ที่มีแคลเซียม วิตามินดีสูง เช่น ปลาเล็ก ปลาน้อย กุ้ง นมและผลิตภัณฑ์จากนม น้ำมันตับปลา อาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ นม อาหารที่วิตามินซี วิตามินอีสูง เช่น ผลไม้ตระกูลเบอร์รี่ มะขามป้อม มะเขือเทศ มะละกอ เสาวรส น้ำมันมะกอก น้ำมันปาล์ม น้ำมันถั่วเหลือง และหลีกเลี่ยงอาหารสุกๆดิบๆ หลีกเลี่ยงอาหารเสริม อาหารและยาที่มีธาตุเหล็กสูง

6.5 การรักษาโรคอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาแพทย์

7. ให้คำแนะนำอาการผิดปกติ ที่ต้องรีบมาพบแพทย์ และการมาตรวจตามนัด และเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อโรงพยาบาลได้ทันที

8. ประเมินความพร้อมกลับบ้าน ประสานการดูแลต่อเนื่อง และส่งข้อมูลในระบบส่งต่อไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ที่เป็นสถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน

ประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเข้าใจและสามารถตอบคำถามการดูแลแผลผ่าตัด และ Jackson- Pratt drain ได้ถูกต้องทุกข้อ

2. ผู้ป่วยและญาติพร้อมกลับบ้านได้

การนำไปใช้ประโยชน์

ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลด้านศัลยกรรม เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยนิ่วในถุงน้ำดีและถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันร่วมกับทาลัสซีเมียที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง (Opened cholecystectomy) และผู้สนใจศึกษาค้นคว้า

ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ)

ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยนิ่วในถุงน้ำดีและถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันร่วมกับทาลัสซีเมีย จำนวน 1 ราย รับไว้ดูแลตั้งแต่วันที่ 28 พฤษภาคม 2567 ถึง วันที่ 19 มิถุนายน 2567 รวมระยะเวลาในการดูแล 23 วัน

ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีและถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน แบบเปิดหน้าท้อง (Opened cholecystectomy) โดยใช้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ได้รับการแก้ไขภาวะวิกฤตก่อนการผ่าตัด เตรียมผ่าตัด มีความพร้อมผ่าตัดและส่งผ่าตัดได้ตามเวลาที่กำหนด หลังผ่าตัดได้รับการดูแล ประเมิน เฝ้าระวัง และสังเกตอาการที่เป็นภาวะเสี่ยง แก้ไขปัญหาและอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด ได้รับการฟื้นฟูสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ มีความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและญาติมีความเข้าใจในการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยที่จะดูแลตนเองที่บ้านได้ ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด อาการเข้าสู่ภาวะปกติ ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการดูแลรักษาพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

- ขวัญมนัส ปะนะทัง. (2566). การพยาบาลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันและเนื้อเยื่อเซลล์
อักเสบ. <https://www.sko.moph.go.th>
- คณะกรรมการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยปวดท้องเฉียบพลัน. (2561). คู่มือการดำเนินการตาม
แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาศัลยกรรม: แนวทางการดูแลผู้ป่วยปวดท้อง
เฉียบพลัน. บริษัท บอรัณ ทุ ปี พับลิชชิง จำกัด.
- จิตสุตา บัวขาว. (2560). แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยธาลัสซีเมียในเวชปฏิบัติทั่วไป (Guidelines for the
care of thalassemia patients in general practice). สำนักงานกิจการโรงพยาบาล
องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ. (2569). สถิติผู้ป่วยแผนกศัลยกรรม. โรงพยาบาลตราด.
<http://www.trathospital.go.th>
- ศรีพร ประสิทธิธนา. (2563). การพยาบาลโรคนี้ในท่อน้ำดีร่วมกับถุงน้ำดีอักเสบอักเสบเรื้อรัง.
วารสารวิชาการชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย, 16 (2), 84-92.
- ศรีพร ประสิทธิธนา. (2563). การพยาบาลโรคนี้ในท่อน้ำดีร่วมกับถุงน้ำดีอักเสบอักเสบเรื้อรัง.
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลตราด.
- สุพิชญ์ ด้วงสง. (2568). การพยาบาลผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบที่มีภาวะข้อจากการเกิดการติดเชื้อใน
กระแสเลือด. <https://hrn.nooparat.go.th>
- สุปรีชา อัสวากาญจน์. (2569). นิ่วถุงน้ำดี-อาการ การป้องกัน การรักษา.
<https://www.bangkokhospital.com>
- Zhi-Jie Qu, Yu-Ning Wang, Ya-Hui, and Rui-Heng Duan. (2025). Association between
hematological disorder and gallbladder Stones: review of current evidence.
World Journal of Gastrointestinal Surgery, 17 (5). <https://www.wignet.com>