



ประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคลฯ
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของโรงพยาบาลพระปิยมหาราช
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนดให้
อ.ก.พ. กรม กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ที่ไม่ใช่ตำแหน่งระดับควบ ตำแหน่งว่างทุกกรณี และตำแหน่งที่ผู้ครองตำแหน่งอยู่เดิมจะต้องพ้นจากราชการไป
กรณีเกษียณอายุ และลาออกจากราชการ ซึ่ง อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหลักเกณฑ์
วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคล ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๑๐/ว ๖๕๐๕
ลงวันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๗ โดยมอบให้คณะกรรมการประเมินบุคคล ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุขแต่งตั้ง เป็นผู้พิจารณาประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่
อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด นั้น

คณะกรรมการประเมินบุคคลฯ ในการประชุมครั้งที่ ๐๔/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๒๘ กันยายน ๒๕๖๘
มีมติให้ข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของโรงพยาบาลพระปิยมหาราช สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด จำนวน ๑ ราย
ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินฯ	ส่วนราชการ
๑.	นางสาวศรีนวล เอ็มพิทักษ์	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด โรงพยาบาลพระปิยมหาราช กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไข
ที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศ ผู้ผ่านการประเมินบุคคล
หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่
อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

(นายสุชาติ ตันตินิรามย์)

ประธานกรรมการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ และระดับชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลพระปิยมหาราช สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคลฯ
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ ของโรงพยาบาลพระปิยมหาราช
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวศรีนวล เอมพิทักษ์	<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด</u> <u>โรงพยาบาลพระปิยมหาราช</u> <u>กลุ่มการพยาบาล</u> <u>กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม</u> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๓๐๐๔๖	<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด</u> <u>โรงพยาบาลพระปิยมหาราช</u> <u>กลุ่มการพยาบาล</u> <u>กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก</u> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)	๒๙๘๙๑	เลื่อน ระดับ ๑๐๐%
	ชื่อผลงานส่งประเมิน “การพยาบาลผู้ป่วยนิ่วในถุงน้ำดีและถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันร่วมกับธาตุซีมีเย” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน(ERCP)” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”					

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. ชื่อเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยนิ่วในถุงน้ำดีและถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันร่วมกับธาตุซีเมีย
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่ 28 พฤษภาคม 2567 ถึง 19 มิถุนายน 2567
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

3.1 บทนำ

นิ่วในระบบทางเดินน้ำดี ปัจจุบันพบได้มากขึ้นและเป็นปัญหาทางสุขภาพและเศรษฐกิจของประชากรในประเทศไทย ปัญหาที่เกิดจากนิ่ว เช่น ถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันและเรื้อรัง ท่อน้ำดีอักเสบจากนิ่วในท่อน้ำดี ตับอ่อนอักเสบจากนิ่วอุดตัน ซึ่งเป็นโรคในกลุ่มปวดท้องเฉียบพลัน 5 ภาวะ (ถุงน้ำดีอักเสบ ท่อน้ำดีอักเสบ ตับอ่อนอักเสบ ลำไส้อุดตัน และแผลกระเพาะอาหารทะลุ) เป็นปัญหาเร่งด่วนของการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของประชาชนชาวไทย ดังนั้น คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาศัลยกรรมจึงกำหนดให้การรักษายาบาลโรคและภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรม เป็นกิจกรรมบริการสำหรับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อให้ประชาชนที่เจ็บป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพในปี 2560 เป็นต้นมา (คณะอนุกรรมการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยปวดท้องเฉียบพลัน, 2561)

โรคนิ่วในถุงน้ำดีและถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน เป็นโรคทางศัลยกรรมที่พบบ่อย เกิดจากภาวะไม่สมดุลของสารประกอบในน้ำดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งคอเลสเตอรอล สารบิลิรูบินและแคลเซียมต่างๆ จึงเกิดการตกผลึกเป็นก้อนนิ่วหลุดเข้าไปในท่อน้ำดี นิ่วน้ำดีทำให้เกิดการอุดตันและอักเสบของถุงน้ำดี ทำให้เกิดอาการปวดท้องด้านขวาบนหรือใต้ลิ้นปี่ ลักษณะอาการปวดจะรุนแรงมากและคงที่เป็นเวลานาน 4-6 ชั่วโมง สัมพันธ์กับอาการคลื่นไส้ อาเจียน และเบื่ออาหาร (สุพิชฌาย์ ดวงสง, 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 ซึ่งเป็นข้อจำกัดของผ่าตัดแบบส่องกล้อง นิ่วน้ำดีโดยการส่องกล้อง ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะโรคอื่นร่วม พยาบาลที่ดูแลจำเป็นต้องใช้ความรู้ ทักษะ ความชำนาญ โดยใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม ช่วยให้ผู้ป่วยมีการเตรียมความพร้อมในการเข้ารับการรักษาได้อย่างปลอดภัยและสามารถดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

3.2 ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ถุงน้ำดี (Gallbladder) (ศรีพร ประสิทธิ์นาวา, 2563: สุพิชฌาย์ ดวงสง, 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

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3.2 ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

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 ประสิทธิ์นาวา, 2563; สุปรียา อัสวากาญจน์, 2569)

ถุงน้ำดีอักเสบ (Cholecystitis) คือ โรคที่เกิดจากการอักเสบของถุงน้ำดีซึ่งถ้าเกิดขึ้นทันทีและมีอาการปวดรุนแรงตรงใต้ลิ้นปี่หรือใต้ชายโครงขวา ถุงน้ำดีอักเสบ มี 2 ชนิดแบ่งตามอาการ คือ

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

2. ถุงน้ำดีอักเสบเรื้อรัง (Chronic cholecystitis) เป็นภาวะที่ผนังของถุงน้ำดีมีการหนาตัวและแข็งจากการที่บวมอยู่เป็นเวลานานๆ ผู้ป่วยจะมีอาการไม่ชัดเจนเท่าถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน โดยผู้ป่วยจะมีอาการปวดตรงบริเวณใต้ลิ้นปี่หรือใต้ชายโครงขวาไม่รุนแรง แต่จะปวดเรื้อรังเป็นๆหายๆได้ ร่วมกับท้องอืด ท้องเฟ้อ คลื่นไส้ อาเจียน คล้ายอาหารไม่ย่อย มักจะเป็นหลังรับประทานอาหารมันหรืออาหารมีไขมัน

สาเหตุของถุงน้ำดีอักเสบ (สุพิชฌาย์ ดวงสง, 2568)

1. สาเหตุจากนิ่วในถุงน้ำดี พบได้ 90-95 % อาจเกิดจากก้อนนิ่วที่ไปอุดตันท่อน้ำดีจนส่งผลให้น้ำดีไหลออกจากถุงน้ำดีเข้าสู่ลำไส้ไม่ได้ ทำให้ถุงน้ำดีมีแรงดันเพิ่มขึ้นและมีการยืดขยายตัวมากขึ้นจนไปกดเบียดหลอดเลือดที่มาหล่อเลี้ยงถุงน้ำดีทำให้เยื่อถุงน้ำดีขาดเลือด เกิดการบาดเจ็บและอักเสบตามมา

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

การตรวจวินิจฉัยถุงน้ำดีอักเสบ (ศรีพร ประสิทธิ์นาวา, 2563; สุปรียา อัสวากาญจน์, 2569)

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

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3.2 ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

วิธีการรักษาถุงน้ำดีอักเสบ (สุพิชฌาย์ ด้วงสง, 2568; สุปรียา อัสวากัญญ์, 2569)

1. พบแพทย์เมื่อมีอาการปวดท้อง เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสม ผู้ป่วยไม่ควรดูแลรักษาด้วยตัวเอง เพราะถ้ารับการตรวจวินิจฉัยล่าช้าอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง
2. การรักษาแบบประคับประคอง เช่น ให้นั่งงดอาหารเพื่อให้ถุงน้ำดีได้พักขณะที่มีอาการปวดมาก การให้ยาแก้ปวด ยาลดไข้ ยาบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ
3. การให้ยาปฏิชีวนะเพื่อรักษาอาการติดเชื้อของถุงน้ำดี
4. การผ่าตัดเอาถุงน้ำดีออก (Cholecystectomy) เป็นการรักษาโดยตรงที่แก้ปัญหาได้อย่างถาวร โดย การผ่าตัดในปัจจุบันมี 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 ประสิทธิธนา, 2563)

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

การพยาบาลผู้ป่วยนี้ในถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน (สุพิชฌาย์ ด้วงสง, 2568)

1. ระบบไหลเวียนเลือดและหลอดเลือด ในระยะเฉียบพลันต้องดูแลให้ค่าเฉลี่ยความดันเลือดจากหลอดเลือดแดงไม่ต่ำกว่า 85-90 มิลลิเมตรปรอท การพยาบาลเพื่อป้องกันความดันโลหิตต่ำหรือสูง เมื่อมีการติดเชื้อและมีความปวดรุนแรง
2. ระบบทางเดินหายใจ ให้ออกซิเจน ประเมินอัตราการหายใจ การเคลื่อนไหวของทรวงอก ฟังเสียงลมเข้าปอด และวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนที่ปลายนิ้ว ในกรณีที่ผู้ป่วยหายใจเองไม่ได้หรือหายใจไม่เพียงพอ ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ
3. การพยาบาลเพื่อป้องกันการเปลี่ยนแปลงทางด้านโภชนาการ ในระยะงดน้ำงดอาหาร และหลังผ่าตัด อาจจะได้รับสารอาหารน้อยกว่าที่ร่างกายต้องการ จากภาวะเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ต้องให้ยาแก้คลื่นไส้ อาเจียน ให้สารน้ำตามแผนการรักษา
4. การพยาบาลเพื่อป้องกันความบกพร่องของสารน้ำและเกลือแร่ ระยะงดน้ำงดอาหารก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และอาการคลื่นไส้ อาเจียน ควรมีการประเมินผู้ป่วยร่วมกับการเจาะเลือดส่งตรวจ Electrolyte เป็นระยะๆ
5. การพยาบาลเพื่อลดความเจ็บปวดก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด ดูแลประเมินความเจ็บปวด ให้ยาลดอาการปวดตามแผนการรักษา

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3.2 ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

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

7. การพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด โดยเฉพาะการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง (Open cholecystectomy) จะมีแผลขนาดใหญ่ โดยให้การพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลแผลผ่าตัด การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนี้ในอุ้งน้ำดี (ศรีพร ประสิทธินาวา, 2563; สุพิชญาย์ ด้วงสง, 2568)

การพยาบาลก่อนผ่าตัด

1. ประเมินลักษณะอาการปวดท้อง การเคลื่อนไหวของลำไส้ ท้องแข็งเกร็ง กดเจ็บทั่วท้อง ลำไส้มีการเคลื่อนไหวลดลง อาจมีอาการอาเจียนเยื่อช่องท้อง ต้องรายงานแพทย์ทันที
2. ดูแลให้สารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ตามแผนการรักษา
3. ประเมินภาวะขาดน้ำ และสัญญาณของอิเล็กโทรไลต์ รวมทั้งติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
4. ดูแลให้ผู้ป่วยงดน้ำงดอาหารก่อนไปห้องผ่าตัดอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง
5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาก่อนไปห้องผ่าตัดตามแผนการรักษา
6. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด

6.1 อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบถึงเหตุผลของการผ่าตัด วิธีการผ่าตัด และการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด เช่น การเตรียมทำความสะอาดบริเวณผิวหนัง สะดือ การงดน้ำงดอาหาร การใส่คาสายสวนปัสสาวะในกรณีจำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือในการรักษา

6.2 ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูง ไม่สามารถพักผ่อนได้ ต้องรายงานแพทย์เพื่อให้ยาบรรเทาอาการ

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

การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด (ศรีพร ประสิทธินาวา, 2563; สุพิชญาย์ ด้วงสง, 2568)

1. ประเมินและบันทึก ระดับความรู้สึก การหายใจ สัญญาณชีพและปริมาณออกซิเจนในร่างกาย การทำงานของระบบประสาท ตำแหน่งของการผ่าตัด จำนวนสิ่งที่ขับออกจากร่างกาย
2. จัดท่านอนในท่าศีรษะสูง (Fowler's position)
3. ถ้าผู้ป่วยทำการผ่าตัดโดยการทำทางเปิดอุ้งน้ำดี (Cholecystostomy) หรือการผ่าตัดนี้ท่อน้ำดี (Choledochostomy) ซึ่งมีสายยาง (T Tube) ต่อลงอุ้งน้ำดี ยึดท่ออย่างให้ติดกับผ้าปิดแผลและปล่อยสายยางยาวพอที่ผู้ป่วยจะพลิกตัวตะแคงตัวไปมาสะดวกโดยสายยางไม่หลุด การลู่ก้นสายยางต้องอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องเสมอ 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

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3.2 ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

7. การทำแผล ต้องวางผ้าก๊อซ (Gauze) รองใต้ท่อยางระบาย ทอดและตรึงกับหน้าท้องของผู้ป่วย ถ้าน้ำดีซึมบริเวณแผลผ่าตัด พยาบาลต้องเปลี่ยนผ้าทำแผลให้ทันที การป้องกันการระคายเคือง การติดเชื้อมีวิธีหนึ่งโดยดูแลทำความสะอาดหยา เช่น Betadine ointment , Zinc oxide, Aluminum, Vaseline, Karaya รอบๆ แผล บันทึกจำนวน สี ลักษณะน้ำดีจากสายยางท่อระบาย ทุก 24 ชั่วโมง สังเกตลักษณะการติดเชื้อมีวิธีหนึ่ง

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

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

10. กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆโดยใช้กลัมนี้ออกะบังลมอย่างน้อยทำทุก 2 ชั่วโมง กระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกจากเตียง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางปอด

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

การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (ศรีพร ประสิทธินาวา, 2563; สุพิษณีย์ ดั่งสง, 2568)

1. การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง ประเมินความพร้อมของที่อยู่อาศัย ผู้ดูแลที่บ้านและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ให้ความรู้ความเข้าใจในการรักษาความสะอาดบริเวณแผลผ่าตัด การเคลื่อนไหวร่างกาย การรับประทานอาหาร ผู้ป่วยที่เป็นนิ่วถุงน้ำดีและถุงน้ำดีอักเสบ พยาบาลต้องให้คำปรึกษาการวางแผนเรื่องอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน รับประทานอาหารไขมันต่ำประมาณ 6 เดือน จะต้องได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่เป็นสาเหตุของโรคที่กลับมารุนแรงอีก เช่น อาหารไขมัน อาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง คือ เครื่องเทศมาก นม เนื่อติดมัน อาหารทอด คนอ้วนต้องลดน้ำหนัก

2. ประเมินความพร้อมกลับบ้าน ประสานการดูแลต่อเนื่องกับสถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน

3. การดูแลแผลผ่าตัด ระมัดระวังการเกิดแผลอักเสบติดเชื้อ และอาการแผลติดเชื้อที่ต้องมาพบแพทย์ และการตัดไหมแผลผ่าตัดตามแผนการรักษาของแพทย์

4. ให้คำแนะนำการออกกำลังกาย การมีเพศสัมพันธ์ ตามความสามารถของผู้ป่วยที่จะทำได้มีกิจกรรมได้ตามปกติ

5. ให้คำแนะนำดยกของหนัก ทำงานหนักเป็นเวลา 6 สัปดาห์หลังผ่าตัด

6. ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต่างๆ ที่เป็นยารับประทานต่อเนื่องที่บ้านหรือยารักษาโรคประจำตัว อย่างถูกวิธี การสังเกตอาการแพ้ยา และอาการที่ต้องรีบมาพบแพทย์ทันที

7. ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคทางเดินน้ำดีที่อาจเกิดขึ้นได้อีก เช่น ปวดท้อง ท้องอืด มีไข้ ตัวตาเหลือง

8. ให้คำแนะนำอาการผิดปกติ ที่ต้องรีบมาพบแพทย์ และการมาตรวจตามนัด และเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อโรงพยาบาลได้ทันที

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3.2 ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

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) เมื่อสร้างฮีโมโกลบินน้อยลงหรือสร้างไม่ได้เม็ดเลือดแดงจึงเกิดพยาธิสภาพ ขาดความยืดหยุ่นและถูกม้ามจับทำลาย เกิดภาวะโลหิตจางรุนแรง เม็ดเลือดทุกชนิดมีปริมาณลดลง ส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานได้น้อยลง ทำให้ติดเชื้อได้ง่าย (ขวัญมนัส ปะนะทัง, 2566) ทำให้ผู้ป่วยธาลัสซีเมียเกิดเม็ดเลือดแดงผิดปกติและแตกตัวง่ายกว่าคนปกติ การแตกของเม็ดเลือดแดงปล่อยสารบิลิรูบินออกมามาก ทำให้ตับผลิตน้ำดีที่มีความเข้มข้นของบิลิรูบินมากเกินไป จึงตกตะกอนในถุงน้ำดี มีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นนิ่วในถุงน้ำดี (Gallstone) ชนิดเม็ดสี (Pigment Stones) เกิดนิ่วอุดตันทางเดินน้ำดี นำไปสู่การอักเสบปวดท้องรุนแรงและภาวะอื่นๆ (Zhi-Jie Qu et al., 2025)

พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน (จิตสุตา บัวขาว, 2560; ขวัญมนัส ปะนะทัง, 2566)

พยาธิสภาพ

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

อาการและอาการแสดง

เมื่อไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดแดงไม่เพียงพอ ตับและม้ามช่วยผลิตเม็ดเลือดแดงมากขึ้น ม้ามที่ทำหน้าที่ทำลายเม็ดเลือดแดง เมื่อตับและม้ามทำงานมากขึ้นจึงพบว่าผู้ป่วยจะมีตับและม้ามโต การที่ร่างกายปรับตัวโดยการทำให้ไขกระดูกขยายตัวเพื่อสร้างเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยมีกระดูก กะโหลก และหน้าตาที่ผิดปกติ โหนกแก้มสูง หน้าผากสูง เป็นต้น ผู้ป่วยที่มีภาวะซีดอยู่เนืองและมีภาวะขาดออกซิเจนเรื้อรัง ร่างกายจะเกิดการปรับสภาพ ทำให้มีการคั่งน้ำและเกลือ หัวใจขยายโตขึ้น หัวใจทำงานหนักขึ้นในการปั๊มเลือดส่งไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย เมื่อหัวใจทำงานไม่ไหว กล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวลดลง จึงเกิดภาวะหัวใจวาย และภาวะน้ำท่วมปอดตามมา ม้ามที่โตเกินไป ทำให้มีการทำลายเม็ดเลือดเพิ่มขึ้นมากกว่าปกติ เม็ดเลือดทุกชนิดมีปริมาณลดลง สัดส่วน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3.2 ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

ของเม็ดเลือดขาวที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานได้น้อยลง ทำให้ติดเชื้อโรคได้ง่าย ระดับอาการที่มีความรุนแรง ส่วนใหญ่พบในอาการของ เบต้าธาลัสซีเมีย (Beta-thalassemia) มีภาวะไม่ยอมอาหาร ภาวะซีดรุนแรง ตัวเหลืองตาเหลืองหรือดีซ่าน ตับโต ม้ามโต ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม หรือสีชา กระดูกเปราะแตกหักง่าย หายใจลำบาก

ภาวะแทรกซ้อน

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

การรักษา (ขวัญมนัส ปะนะทั้ง, 2566)

ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยธาลัสซีเมียตามความรุนแรงมีดังนี้

1. การได้รับเลือด (Blood transfusion) เพื่อเพิ่มปริมาณเซลล์เม็ดเลือดแดงและฮีโมโกลบินที่มีความสมบูรณ์ แข็งแรง โดยมีจุดมุ่งหมายให้รักษาฮีโมโกลบินก่อนรับเลือดของผู้ป่วยให้สูงกว่า 9.0-10.5 กรัมต่อเดซิลิตร และไม่เกิน 14 กรัมต่อเดซิลิตร โดยให้เม็ดเลือดแดงเข้มข้น (Red blood cell; PRC) ขนาด 10-15 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัม (1-2 ยูนิตในผู้ใหญ่) ถ้าผู้ป่วยซีดมากและเหนื่อยหัวใจเต้นเร็ว 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 ไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันต่างๆ ได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการตั้งแต่อายุน้อยกว่า 2 ปี มีอาการซีดมาก ฮีโมโกลบินต่ำกว่า 7 กรัมต่อเดซิลิตร ตัวเล็ก ตับม้ามโต

1.2. Non Transfusion dependent thalassemia (NTDT) กลุ่มนี้ไม่จำเป็นต้องได้รับเลือดเป็นประจำก็สามารถมีชีวิตอยู่ได้แต่จะมีบางช่วงเวลาและบางสถานการณ์ที่จำเป็นต้องได้รับเลือด

2. การให้ยาขับธาตุเหล็ก (Iron chelation) ในการรับเลือดเป็นประจำอาจทำให้มีการสะสมของธาตุเหล็กในปริมาณมากที่อาจทำให้เกิดความเสียหาย โดยแพทย์จะให้ยาขับธาตุเหล็กออกจากร่างกายร่วมกับการรักษาเพื่อป้องกันไม่ให้หัวใจวายภายในได้รับความเสียหาย เนื่องจาก PRC 1 ยูนิต (200-250 มิลลิลิตร) จะมีธาตุเหล็ก 200-250 มิลลิกรัม จะเริ่มให้ยาธาตุเหล็ก 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

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3.2 ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

สำหรับผู้ป่วยรายนี้เป็นธาลัสซีเมียชนิด เบต้าธาลัสซีเมีย (Beta-thalassemia) ในกลุ่ม Transfusion dependent thalassemia (TDT) มีการได้รับเลือดในโรงพยาบาลเป็นระยะๆตลอดมา และตัดม้าม (Splenectomy) ตั้งแต่อายุ 10 ปี มีเม็ดเลือดแดงผิดปกติและแตกตัวง่ายกว่าคนปกติ การแตกของเม็ดเลือดแดงปล่อยสารบิลิรูบินออกมามาก ทำให้ตับผลิตน้ำดีที่มีความเข้มข้นของบิลิรูบินมากเกินไป จึงตกตะกอนสะสมในถุงน้ำดี มีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นนิ่วในถุงน้ำดี (Gallstone) เกิดนิ่วอุดตันทางเดินน้ำดี นำไปสู่การเกิดถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน มีอาการปวดท้องรุนแรง และมีโอกาสเกิดภาวะ Septic shock ได้ แพทย์จึงทำการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี และถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันแบบเปิดหน้าท้อง (Open Cholecystectomy) เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่นำไปสู่การเสียชีวิตของผู้ป่วย

การพยาบาลผู้ป่วยธาลัสซีเมีย (จิตสุตา บัวขาว, 2560; ขวัญมนัส ปะนะทัง, 2566)

1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษาของแพทย์ในผู้ป่วยในผู้ป่วยที่มีภาวะซีดรุนแรงเพื่อช่วยป้องกันเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน (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 ตามการรักษาของแพทย์
6. ติดตามภาวะทางโภชนาการ ดูแลให้อาหารที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง เช่น เลือดสัตว์ เครื่องในสัตว์
7. สนับสนุนให้ผู้ป่วยออกกำลังกายและทำกิจกรรมตามศักยภาพ ให้มีบทบาทรับผิดชอบตนเองในการรักษา
8. ให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถอยู่กับโรคนี้ได้และดูแลรักษาตนเองให้ได้ผลดี มีการติดตามการรักษาต่อเนื่อง
9. มีการประสานกับแพทย์ บุคลากรที่เกี่ยวข้องให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามมาตรฐานที่จำเป็นตามข้อบ่งชี้ โดยคำนึงถึงสุขภาวะด้านร่างกาย จิตใจ และการมีชีวิตอยู่ในสังคม

การดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน (ขวัญมนัส ปะนะทัง, 2566)

การให้คำแนะนำการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน มีความสำคัญต่อผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลอย่างยิ่ง สามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพกายที่แข็งแรง และสุขภาพจิตที่ดี สามารถอยู่ร่วมกับสังคมได้ตามปกติ ดังนี้

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียกับผู้ป่วยและญาติ
2. การรับประทานยา Folic acid ขนาด 5 มิลลิกรัมตามการรักษาของแพทย์
3. การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ระมัดระวังการพลัดตกหกล้ม ที่จะทำให้เกิดเลือดและกระดูกหัก

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3.2 ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

4. การเฝ้าระวัง สังเกตอาการ เช่น ถ้าปวดท้องที่บริเวณใต้ชายโครงขวาที่รุนแรง มีไข้ ตาขาวมีสีเหลืองมาก เหนื่อย ควรรีบมาพบแพทย์ทันที

5. ออกกำลังกายตามความเหมาะสมเป็นประจำด้วยวิธีเบาๆที่ไม่ทำให้เหนื่อยจนเกินไป เช่น การเดินเร็ว การแกว่งแขน ระวังการถูกกระแทกที่บริเวณท้องที่เป็นอันตรายต่อดับและม้าม

6. การดูแลความสะอาดร่างกาย ผิวหนัง ปากและฟัน แปรงฟันหลังรับประทานอาหาร การพบทันตแพทย์ ทุก 6 เดือน เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยธาลัสซีเมียฟันผุบ่อย

7. หลีกเลี่ยงการไปชุมชนแออัด ระวังการติดเชื้อ

9. แนะนำอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ที่มีโฟเลตสูง เช่น ผักใบเขียวต่างๆ ที่มีแคลเซียม วิตามินดีสูง เช่น ปลาเล็กปลาน้อย กุ้ง นมและผลิตภัณฑ์จากนม น้ำมันตับปลา อาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ นม อาหารที่วิตามินซี วิตามินอีสูง เช่น ผลไม้ตระกูลเบอร์รี่ มะขามป้อม มะเขือเทศ มะละกอ เสาวรส น้ำมันมะกอก น้ำมันปาล์ม น้ำมันถั่วเหลือง เป็นต้น และหลีกเลี่ยงอาหารสุกๆดิบๆ หลีกเลี่ยงอาหารเสริม อาหารและยาที่มีธาตุเหล็กสูง

10. แนะนำการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับบี โรคไวรัสตับซี วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อนิวโมคอคคัส (Pneumococcus) วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่

11. การรักษาโรคอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาแพทย์ การมาตรวจตามนัด และเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อโรงพยาบาลได้ทันที

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ชื่อกรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยนิวในถุงน้ำดีและถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันร่วมกับธาลัสซีเมีย

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 20 ปี 5 เดือน สถานภาพ โสด ไม่มีอาชีพ การศึกษา จบประถมศึกษาปีที่ 6
ที่อยู่ อำเภอเมืองตรารัต จังหวัดตรารัตสิทธิการรักษา UC

วันที่รับเข้าโรงพยาบาล วันที่ 28 พฤษภาคม 2567 เวลา 21.58 น.

วันที่รับไว้ในดูแล วันที่ 28 พฤษภาคม 2567 เวลา 22.30 น.

วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วันที่ 19 มิถุนายน 2567 เวลา 16.00 น.

วันที่จำหน่ายออกจากการดูแล วันที่ 19 มิถุนายน 2567 เวลา 16.00 น.

รวมวันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 23 วัน

รวมวันที่รับไว้ในดูแล 23 วัน

แหล่งที่มาของข้อมูล จากการซักประวัติผู้ป่วยและญาติและแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วย

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

ปวดท้องใต้ชายโครงขวา จุกใต้ลิ้นปี่มาก ไข้สูง 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

2 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยปวดท้อง จุกใต้ลิ้นปี่ มีไข้ ตัวตาเหลือง ไปรักษาที่คลินิก อาการปวดไม่ทุเลาลง

1 วันวันก่อนมาโรงพยาบาลปวดท้องใต้ชายโครงขวา จุกใต้ลิ้นปี่มากขึ้น ไข้สูง ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

มีโรคประจำตัวคือ ธาลัสซีเมีย ชนิดเบต้าธาลัสซีเมีย (Beta-thalassemia) รับเลือด (หมู่เลือด B Rh(D) Positive) และรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลทั่วไปประจำจังหวัด เคยทำผ่าตัดม้ามออกเมื่อ 10 ปีที่แล้ว

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 เรียกถามตอบตามคำสั่งได้ปกติ

ระบบทางเดินหายใจ: หายใจได้เอง ไม่มีอาการเหนื่อย ทรวงอกสมมาตรได้รูปปกติไม่บวมหรือบวม การขยายตัว

สัมพันธ์กับการหายใจเข้า-ออก ฟังปอดไม่มีเสียงผิดปกติ

ระบบหัวใจและหลอดเลือด: ฟังเสียงการเต้นของหัวใจไม่พบ murmur จังหวะการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ จังหวะการเต้นเร็วสม่ำเสมอ ปลายมือปลายเท้าไม่มีเขียวคล้ำ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

ระบบเลือด ต่อมาน้ำเหลือง และต่อมไร้ท่อ: ไม่มีจ้ำเลือด หรือจุดเลือดออก ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน ไม่มีอาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด คลำต่อมน้ำเหลือง ที่คอ รักแร้ ขาหนีบ ไม่พบอาการบวมโต

ศีรษะ ใบหน้า และลำคอ: ศีรษะ ได้รูป ไม่บิดเบี้ยว มีหน้าผากโหนกนูน การเคลื่อนไหวบนใบหน้าปกติ ลำคอ คลำต่อมไทรอยด์ ต่อมาน้ำเหลือง และ ต่อมทอนซิล ไม่บวมโต เยื่อตาเหลือง สายตาปกติมองเห็นชัดเจนดี ทั้ง 2 ข้าง ใบหูรูปร่างปกติ ได้ยินเสียงชัดเจนทั้ง 2 ข้าง จมูกรูปทรงสมมาตรปกติ รับกลิ่นได้ปกติดี ริมฝีปากแห้ง ไม่มีแผลในช่องปาก ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน ไม่มีฟันปลอม เคี้ยวอาหาร รับประทานอาหารได้ตามปกติ

ระบบทางเดินอาหารและช่องท้อง: ท้องโตน้อยกว่าปกติเล็กน้อย ไม่มีเส้นเลือดดำขยายใต้ผิวหนัง มีรอยแผลผ่าตัดม้ามที่หน้าท้อง ท้องตึง กดเจ็บได้ชายโครงขวา จุกได้ลิ้นปี่ ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ฟัง Bowel sound ได้ 2-3 ครั้งต่อนาที

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก: รูปทรงปกติ การทรงตัวปกติ การทำงานของข้อและกล้ามเนื้อทั้งด้านซ้ายและขวามีกำลังปกติ

ระบบประสาท: รู้สึกตัวดี พูดคุยได้ไม่สับสน ทำตามคำสั่งได้ ตอบสนองต่อการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปกติ ไม่มีอาการชาปลายมือปลายเท้า

ระบบเดินทางปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์: ปัสสาวะได้เองสีเหลือง ไม่มีเลือดออกจากอวัยวะเพศ ประจำเดือนมาตามปกติทุกเดือน

ผลการตรวจพิเศษ/ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

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)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

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 ซึ่งอาจเป็นเศษซากถุงน้ำดีหรือบางส่วนของถุงน้ำดี หรือการเปลี่ยนแปลงหลังผ่าตัด 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	71.9	72	59.7	54	สูงกว่าปกติ
Lymphocyte	20.1-44.5 %	10	21.7	24	25.2	37	ปกติ

การวิเคราะห์ผล การตรวจ CBC พบค่าเม็ดเลือดขาว WBC และ Neutrophils สูง ในช่วงแรกแสดงถึงมีอักเสบ และติดเชื้อที่ถุงน้ำดี เยื่อปอด ร่วมกับผู้ป่วยมีโรคประจำตัวธาลัสซีเมียทำให้ภูมิคุ้มกันโรคต่ำ และค่าเม็ดเลือดขาว WBC และ Neutrophils สูงหลังผ่าตัดเกิดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อหลังการผ่าตัด จึงเกิดการอักเสบของเนื้อเยื่อรอบแผลผ่าตัด ร่วมกับมีภาวะปอดอักเสบ ร่างกายมีกลไกในสร้างเม็ดเลือดขาวชนิดนี้มาป้องกันการติดเชื้อไวรัส แบคทีเรีย และเชื้อรา ส่วนค่า ฮีโมโกลบิน (Hb) และ ฮีมาโตคริต (Hct) ต่ำกว่าปกติ เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคธาลัสซีเมีย ทำให้เกิดภาวะซีดเรื้อรัง ร่วมกับการผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยสูญเสียเลือดเป็นจำนวนมาก เมื่อให้เลือด (Packed Red cell : 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

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

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	20.8	25.1	26.2	24.1	ปกติ

การวิเคราะห์ผล ในระยะก่อนการผ่าตัดพบค่าโซเดียมคลอไรด์ในเลือดต่ำ ซึ่งเกิดจากระบบการดูดซึมสารน้ำและเกลือแร่ และการขาดสารอาหารเนื่องจากปวดท้อง รับประทานทานได้น้อย ทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเต้นเร็ว เมื่อให้สารน้ำชนิด 0.9 % Normal Saline Solution (NSS) ทางหลอดเลือดดำ ชดเชย ระดับของโซเดียมเริ่มเข้าสู่ภาวะปกติ ระยะหลังผ่าตัดพบค่า โพแทสเซียมต่ำ เกิดจากการสูญเสียเลือดหลังผ่าตัด และมีสารคัดหลั่งออกมาจากการใส่สายระบาย Jackson-Pratt drain ประกอบกับผู้ป่วยได้รับยาขับปัสสาวะ Furosemide (Lasix) ทำให้โพแทสเซียมถูกขับออกมามากในร่างกายพร้อมสารคัดหลั่งและปัสสาวะได้

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

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

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

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

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

การวินิจฉัยของแพทย์

Calculus of gallbladder with acute cholecystitis (นิ่วในถุงน้ำดีและถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน)

การผ่าตัด

Opened cholecystectomy under general anesthesia (การผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิดหน้าท้องโดยใช้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย) 29 พฤษภาคม 2567

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงการจำหน่ายจากความดูแล

28 พฤษภาคม 2567

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 20 ปี รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล จากแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เวลา 22.30 น. ผู้ป่วยมาด้วยอาการปวดท้องจุกใต้ลิ้นปี่ มีไข้ ตาตัวเหลือง 1 วัน รักษาที่คลินิก อาการปวดยังไม่ทุเลาลง วันนี้ปวดท้องได้ขยายโครงขามากขึ้น ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล แพทย์ให้ 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำ 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง สั่งตรวจเลือด CBC, BUN, Creatinine, Electrolyte, Liver function test, Urine examination, Urine pregnancy test, PT, PTT, INR ผล CBC พบ WBC $63,800 \times 10^3/\mu\text{L}$, Neutrophils 82 % Lymphocyte 10% Hematocrit 25.1%, ผลโซเดียมคลอไรด์ต่ำ (Sodium 128.2 mmol/L, Chloride 94 mmol/L), Total protein 8.5 g/dL, globulin 3.9 g/dL, Total bilirubin 4.3 mg/dL, Direct bilirubin 0.8 mg/dL. ผล Prothrombin time 15.3 seconds, INR 1.34 สั่งตรวจ CT scan whole abdomen พบ acute cholecystitis with two gallstones 0.6 และ 0.9 cm. Some fluid in the subhepatic region and pelvic cavity. รายงานแพทย์ศัลยกรรม สั่งให้ยา Ceftriaxone 2 กรัม ใน NSS 100 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำทุก 24 ชั่วโมง Metronidazole 500 มิลลิกรัม หยดทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง และให้นอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง อาการแรกรับรู้สีกตัวดี อุณหภูมิ 38.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 126 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 103/60 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 97 เปอร์เซ็นต์ แพทย์มาตรวจเยี่ยมอาการ อธิบายแผนการรักษาและวางแผนการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิดหน้าท้อง (Open Cholecystectomy) ผู้ป่วยและญาติเข้าใจดีและยินยอมทำผ่าตัดให้จอง Packed red cell 2 ยูนิต และ Fresh Frozen Plasma 2 ยูนิต ไปห้องผ่าตัด เตรียมผู้ป่วยผ่าตัด อธิบายการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด เตรียมเอกสาร ประสานห้องผ่าตัด ประเมินและบันทึกปัสสาวะ ปัสสาวะได้เอง 1 ครั้ง 350 มิลลิลิตร ก่อนส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

29 พฤษภาคม 2567

ส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด เวลา 00.15 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อุณหภูมิ 38.2 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 112 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 102/76 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 % เวลา 04.00น. รับผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัดหลังทำผ่าตัด Open cholecystectomy ใช้เวลาผ่าตัด 2 ชั่วโมง 25 นาที (ตั้งแต่ เวลา 00.25 น.ถึง 02.50 น.) พบ calculus of gallbladder with acute cholecystitis, Estimate Blood loss 600 มิลลิลิตร ขณะผ่าตัดได้ Packed red cell 2 ยูนิต และ Fresh frozen plasma 2 ยูนิต ไม่พบอาการหรือปฏิกิริยาจากการให้เลือด ในห้องผ่าตัดผู้ป่วย มีไข้สูง แพทย์ให้ยา paracetamol 1 กรัม หยอดทางหลอดเลือดดำ 30 นาที เวลา 00.30 น. หลังผ่าตัดผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อุณหภูมิ 38.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 106 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 108/64 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100% และให้ Oxygen mask with bag 10 ลิตรต่อนาที ใส่สายสวนคาปัสสภาวะ และจัดท่านอนราบ หัวสูง 15 องศา แผลผ่าตัดเปิดได้ขยายโครงขาเปิดแห้งดี ปิด Gauze ไม่มีเลือดซึม มีสาย Jackson- Pratt drain มี content สีแดง 39 มิลลิลิตร แพทย์สั่งการรักษา หลังผ่าตัดคือ งดน้ำและอาหาร ให้สารน้ำ 0.9 NSS 1,000 มิลลิลิตร หยอดทางหลอดเลือดดำ 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้ยา Morphine 4 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำเวลาปวด ทุก 4-6 ชั่วโมง Metoclopramide 10 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำเวลาคลื่นไส้อาเจียนทุก 4-6 ชั่วโมง Ceftriaxone 2 กรัม ใน NSS 100 มิลลิลิตร หยอดทางหลอดเลือดดำทุก 24 ชั่วโมง Metronidazole 500 มิลลิกรัม หยอดทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง Omeprazole 40 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 24 ชั่วโมง Transamin 500 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง 3 วัน Dressing wound วันละครั้ง ต่อ Jackson- Pratt drain ลงถุง และบันทึก Intake – Out put และสั่งตรวจ CBC ,BUN ,Creatinine, Electrolyte Liver function test ในตอนเช้าเวลา 6.00 น. และหลังผ่าตัดติดตามการทำงานของหัวใจและสัญญาณชีพ ตรวจวัดสัญญาณชีพ ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนอาการคงที่ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อุณหภูมิ 37.0-39.9 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 98-126 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/60-107/64 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99-100 % และให้ Oxygen mask with bag 10 ลิตรต่อนาที เวลา 04.10 น. ผู้ป่วยปวดแผลประเมินความปวด Pain score เท่ากับ 8 คะแนน ให้ยา Morphine 4 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ และสังเกตอาการแพ้ยา อาการคลื่นไส้อาเจียน รุนานตา ไม่พบอาการผิดปกติ หลังให้ยาประเมิน Pain score เท่ากับ 2 และผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้อาเจียน ให้ยา Metoclopramide 10 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ หลังให้อาหารทุเลาลง ไม่พบอาการง่วงซึม วิงเวียนศีรษะ คอแข็ง ลิ้นแข็ง กระสับกระส่าย ผลตรวจ CBC พบ WBC $38,300 \times 10^3/uL$, Hematocrit 28.4%, Sodium 134.6 mmol/L Prothrombin time 14.1 seconds, INR 1.23 รายงานแพทย์รับทราบ แพทย์ตรวจเย็บมอการ สั่งให้สารน้ำ 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร หยอดทางหลอดเลือดดำ 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง Morphine 4 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำเวลาปวดทุก 6 ชั่วโมง Metoclopramide 10 มิลลิกรัม เวลาคลื่นไส้อาเจียนทุก 8 ชั่วโมง Paracetamol 500 มิลลิกรัม 1 เม็ดรับประทานเมื่อมีอาการปวดหรือมีไข้ ทุก 4-6 ชั่วโมง และ Air- X 1 เม็ด รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหาร เข้ากลางวัน เย็น ให้เริ่มจิบน้ำและรับประทานอาหารเหลวได้ เปิดทำแผล เป็นแผลเปิด แผลแดงดี เวลา 18.00 น. ผู้ป่วยปวดแผล ประเมิน Pain score เท่ากับ 8 คะแนน ให้ยา Morphine 4 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ และ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

สังเกตอาการแพ้ยา อาการคลื่นไส้อาเจียน รุ่มนตา ไม่พบอาการผิดปกติ หลังให้ยาประเมิน Pain score เท่ากับ 2 คะแนน ประเมินปัสสาวะทุก 4 ชั่วโมง ปัสสาวะออก 200-350 มิลลิลิตรต่อ 4 ชั่วโมง Jackson- Pratt drain มี content สีแดง ออก 59 มิลลิลิตร บันทึกน้ำเข้า/น้ำออก เท่ากับ 2,280 /2,230 มิลลิลิตร/24 ชั่วโมง

30 พฤษภาคม 2567

หลังผ่าตัดวันที่ 1 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Try wean Oxygen mask with bag 10 ลิตรต่อนาที หายใจไม่หอบเหนื่อย ระดับความอิ่มตัวของเลือด 98-99 เปอร์เซ็นต์ แผลผ่าตัดแห้งดี Jackson- Pratt drain อยู่ในตำแหน่งเดิม ไม่เลื่อนหลุด ใส่สายสวนคาปัสสาวะ เวลา 10.00 น. มีไข้ 38.0 องศาเซลเซียส เช็ดตัวลดไข้ให้ วัดอุณหภูมิซ้ำไข้ลดลง 37.5 องศาเซลเซียส ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.4 – 38.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 108-112 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 94/70- 117/82 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98-99 เปอร์เซ็นต์ เวลา 10.00น. แพทย์ตรวจเย็บอาการ ให้สารน้ำ 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำ 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง Morphine 3 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมงเวลาปวด Metoclopramide 10 มิลลิกรัมทุก 8 ชั่วโมง เมื่อมีอาการคลื่นไส้อาเจียน สั่งให้ Oxygen cannular 3 ลิตรต่อนาที เหนื่อยเล็กน้อย ท้องอืด ฟัง bowel sound ได้ 5-6 ครั้ง/นาที และเริ่ม Early ambulation ช่วยเหลือตนเองได้บนเตียง รับประทานอาหารอ่อนได้ เวลา 15.10 น. ผู้ป่วยบอกว่าปวดแผล ประเมิน Pain score เท่ากับ 8 คะแนน ให้ยา Morphine 3 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ หลังได้ยาแก้ปวด Pain score เท่ากับ 1-2 เวลา 22.00 น. อุณหภูมิร่างกาย 38.4 องศาเซลเซียส เช็ดตัวลดไข้ 30 นาที และได้รับยา paracetamol 500 มิลลิกรัม 1 เม็ด วัดไข้ซ้ำ อุณหภูมิ 37.9 องศาเซลเซียส Jackson- Pratt drain มี content สีแดงออก 23 มิลลิลิตร รับประทานอาหารอ่อนได้ 2/4 ของภาชนะที่ใส่อาหาร ปัสสาวะสีเหลืองใส ยังไม่ถ่ายอุจจาระ บันทึกน้ำเข้า/น้ำออก เท่ากับ 3,220 /1,975 มิลลิลิตร / 24 ชั่วโมง

31 พฤษภาคม 2567

หลังผ่าตัดวันที่ 2 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.0-38.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 100-116 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22-24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/60- 130/80 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98-100 เปอร์เซ็นต์ On Oxygen cannular 3 ลิตรต่อนาที แพทย์ตรวจเย็บอาการ ให้สารน้ำ 0.9% NSS 1000 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำ 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงหมดให้ On Heparin lock ได้ และสั่ง Morphine 3 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 4-6 ชั่วโมงเวลาปวด Metoclopramide 10 มิลลิกรัมทุก 8 ชั่วโมงเมื่อมีอาการคลื่นไส้อาเจียน เวลา 14.30 น. และ 21.00 น. ผู้ป่วยบอกว่าปวดแผล ประเมิน Pain score เท่ากับ 8 คะแนน ได้รับยา Morphine 3 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ และสังเกตอาการแพ้ยา ไม่พบอาการคลื่นไส้อาเจียน รุ่มนตา ไม่พบอาการผิดปกติ หลังให้ยาประเมิน Pain score เท่ากับ 1-2 คะแนน ผู้ป่วยไอมีเสมหะสีขาวเหนียว แพทย์สั่งให้ยา Acetylcysteine 1 ของ รับประทานหลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น และสั่งตรวจ CBC ,BUN, Creatinine ,Electrolyte, Liver function test, Magnesium, Phosphorus ในเช้าวันที่ 1 มิถุนายน 2567 สอนให้ผู้ป่วยใช้ Incentive spirometer เพื่อช่วยบริหารปอดให้ขยาย วันละ 100 ครั้ง ผู้ป่วยดูดลูกกลอยได้ 1 ลูก ให้นำสายสวนคาปัสสาวะออกได้ จัดท่านอน Fowler position สอนการหายใจเข้าออกยาวๆลึกๆและการไออย่างมีประสิทธิภาพ กระตุ้นการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของปอดแก่ผู้ป่วยและญาติ ปัสสาวะออกเองสะดวก สีเหลือง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

ยังไม่ถ่ายอุจจาระ Jackson- Pratt drain มี content สีแดงออก 5 มิลลิลิตร บันทึกน้ำเข้า/น้ำออก เท่ากับ 2,400 /1,950 มิลลิลิตร / 24 ชั่วโมง

1 มิถุนายน 2567

หลังผ่าตัดวันที่ 3 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี On Oxygen cannular 3 ลิตรต่อนาที ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.0-38.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 100-116 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60- 116/72 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 97-99 เปอร์เซ็นต์ แผลผ่าตัดเปิดทำวันละ 1 ครั้ง แผลเปิด แดงดี ประเมินคะแนนความปวด Pain score เท่ากับ 1-2 คะแนน แพทย์ตรวจเย็บอาการ ผลการตรวจเลือด CBC พบ WBC $11,810 \times 10^3/\mu\text{L}$, Hematocrit 20.2 % พบ Magnesium 1.5 mg/dl, Sodium 132.2 mmol/L และ Potassium 3.00 mmol/L รายงานแพทย์ สั่งให้ Pack red cell 2 ยูนิต ทางหลอดเลือดดำ 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้ยา 50% Magnesium sulfate 6 มิลลิลิตร ใน 5% Dextrose in water 100 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำในเวลา 4 ชั่วโมง ให้ทั้งหมด 3 วัน (1-3 มิถุนายน 2567) มีการติดตามการทำงานของหัวใจและสัญญาณชีพ การหายใจ กล้ามเนื้ออ่อนแรง และเฝ้าระวังภาวะแมกนีเซียมเป็นพิษ คือ ร้อนวูบวาบ หน้าแดง เหงื่อออก คลื่นไส้อาเจียน มึนงง สับสน ง่วงซึม กล้ามเนื้ออ่อนแรง ไม่พบอาการผิดปกติ ให้สารน้ำ 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำ 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และให้ Potassium Chloride Elixir รับประทาน 30 มิลลิลิตร ทุก 4 ชั่วโมง 2 ครั้ง และ Repeat electrolyte ในเช้าวันที่ 2 มิถุนายน 2567 และสั่งให้ Morphine 4 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำทุก 4 ชั่วโมงเวลาปวด และเปลี่ยนยาปฏิชีวนะจากเดิมคือ Ceftriaxone 2 กรัม ผสม ใน NSS 100 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำทุก 24 ชั่วโมง เป็น Ceftazidime 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง คู่กับ Metronidazole 500 มิลลิกรัม หยดทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง หลังได้ Pack red cell ยูนิตที่ 1 หมดแล้ว ผู้ป่วยเหนื่อย มีไข้สูง หนาวสั่น ตรวจอุณหภูมิ 40.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 140 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 42 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 129/88 มิลลิเมตรปรอท รายงานแพทย์ สั่งให้ยา Chlorpheniramine 10 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ และยา Furosemide 20 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ สั่งตรวจ Chest X-ray semi upright ผลตรวจ พบ infiltration right lower lobe หลังได้รับยา ผู้ป่วยเหนื่อยลดลง อุณหภูมิ 38.2 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 130 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 105/53 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ให้รับประทานอาหารอ่อนมันน้อย รับประทานได้ 1/2 ของภาชนะที่ใส่อาหาร ลูกเดินได้ ทำกิจวัตรประจำวันได้เอง ถ่ายอุจจาระได้เอง 1 ครั้ง ไม่มีเลือดปน ปัสสาวะสะดวกสีเหลืองใส Jackson- Pratt drain มี content สีแดงออก 10 มิลลิลิตร บันทึกน้ำเข้า/น้ำออก เท่ากับ 2,560 /2,313 มิลลิลิตร / 24 ชั่วโมง

2 มิถุนายน 2567

หลังผ่าตัดวันที่ 4 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.0-38.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 98-116 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/70- 110/70 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 97-98 เปอร์เซ็นต์ ผลตรวจ Electrolyte Sodium 131.0 mmol/L Potassium 3.52 mmol/L On Heparin lock ให้ยาปฏิชีวนะ ผู้ป่วยยังไม่มีเสมหะสีขาว แพทย์สั่งตรวจ Sputum gram stain พบ Moderate leukocyte, few epithelial cell และ Sputum culture ผลตรวจ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

No growth after 2 day และสั่งให้ยา Furosemide 20 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ สั่งยา bromhexine 1 เม็ด หลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น แนะนำการฟื้นฟูร่างกาย กระตุ้นให้ลุกเดินบ่อยๆ การทำกิจวัตรด้วยตนเอง และการฝึกการหายใจเข้าออกยาวๆ ลึกๆ ทำแผลวันละ 1 ครั้ง แผลผ่าตัดแดงดี มีเนื้อมีตายกันแผลเล็กน้อย ประเมิน Pain score เท่ากับ 1-2 คะแนน ไม่ขอยาแก้ปวด Jackson- Pratt drain ไม่มี content ออก รับประทานอาหาร มั่นนอยได้ $\frac{3}{4}$ ของภาชนะที่ใส่อาหาร ไม่มีท้องอืด ฟัง bowel sound ได้ 10-12 ครั้ง/นาทีก่อน ไม่มีการคลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะสะดวกดี สีเหลืองใส ถ่ายอุจจาระได้เอง 1 ครั้ง ไม่มีเลือดปน บันทึกน้ำเข้า/น้ำออก เท่ากับ 1,200 / 2,200 มิลลิลิตร / 24 ชั่วโมง

3 มิถุนายน 2567

หลังผ่าตัดวันที่ 5 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.0-37.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 92-104 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 105/65- 120/64 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99-100 เปอร์เซ็นต์ On Heparin lock ให้ยาปฏิชีวนะ ผู้ป่วยยังไม่มีเสมหะ แพทย์สั่งให้ Furosemide 40 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ และพ่นยา Berodual 1 nebulizer ทุก 4 ชั่วโมง สังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว ปากแห้ง คอแห้ง ปวดศีรษะ ไม่พบอาการผิดปกติ รับประทานอาหารอ่อน มั่นนอยได้ $\frac{3}{4}$ ของภาชนะ แผลผ่าตัดแดงดี ก้นแผลมีเนื้อมีตายมากขึ้น รายงานแพทย์ทราบ แพทย์ตรวจเยี่ยม วางแผนเย็บแผลผ่าตัดในท้องผ่าตัดวันนี้โดยใช้ยาชาเฉพาะที่ ผู้ป่วยและญาติยินยอมทำผ่าตัด ถ่ายอุจจาระได้ ประเมิน Pain score เท่ากับ 1-2 คะแนน ไม่ขอยาแก้ปวด Jackson- Pratt drain มี content สีแดงออก 10 มิลลิลิตร ลุกเดินได้ดี ทำกิจวัตรประจำวันได้เอง ปัสสาวะสะดวกดี สีเหลืองใส ถ่ายอุจจาระ 1 ครั้ง ปกติ บันทึกน้ำเข้า/น้ำออกเท่ากับ 1,200/2,100 มิลลิลิตร / 24 ชั่วโมง

4 มิถุนายน 2567

หลังผ่าตัดวันที่ 6 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.2-37.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 86-98 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 98/69- 120/74 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99-100 เปอร์เซ็นต์ แผลผ่าตัดไม่มี Discharge ซึม ประเมิน Pain score เท่ากับ 1-2 คะแนน ไม่ขอยาแก้ปวดเพิ่ม Jackson- Pratt drain มี content สีแดงออก 5 มิลลิลิตร ส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดเวลา 08.45 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 92/62 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98% ในห้องผ่าตัดแผลบางส่วนยังมีเนื้อมีตาย จึงตัดแต่งเนื้อมีตายออกและยังไม่ได้เย็บแผล และส่ง Pus culture หลังผ่าตัดแพทย์สั่งการรักษา Morphine 4 มิลลิกรัม เข้าทางหลอดเลือดดำทุก 4-6 ชั่วโมง เมื่อมีอาการ ให้ทำแผลวันละ 1 ครั้งด้วย amikacin gel ให้ยา Cefazidime 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำ Metronidazole 500 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง ให้ Acetylcysteine 1 ขวด รับประทานหลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น และ Bromhexine 1 เม็ด รับประทานหลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น และสั่งดื่มน้ำเข้า น้ำออก และบันทึกเฉพาะน้ำจาก Jackson- Pratt drain วันละ 1 ครั้ง Jackson- Pratt drain มี content สีแดงออก 5 มิลลิลิตร ลุกเดินได้ดี ทำกิจวัตรประจำวันได้เอง ปัสสาวะสะดวกดี สีเหลืองใส ถ่ายอุจจาระ 1 ครั้ง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

5-6 มิถุนายน 2567

หลังผ่าตัดวันที่ 7-8 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.0-36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/65- 100/73 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99-100 เปอร์เซ็นต์ และทำแผลวันละ 1 ครั้ง ด้วย Amikacin gel และ pack gauze ลึกถึงก้นแผล แผลแดงดี ผล pus culture no growth after 2days แพทย์ตรวจเย็บส่งตรวจ CBC ,BUN ,Creatinine ,Electrolyte, Liver Function Test, Albumin ในวันที่ 7 มิถุนายน 2567 แพทย์ให้รับประทานอาหารธรรมดาอย่างน้อย รับประทานได้ ¾ ของภาชนะ ลูกเดินได้ดี ทำกิจวัตรประจำวันได้เอง ปัสสาวะสะดวกดี สีเหลืองใส ถ่ายอุจจาระ 1 ครั้ง น้ำจาก Jackson- Pratt drain ออก 15, 0 มิลลิลิตร ตามลำดับ

7 มิถุนายน 2567

หลังผ่าตัดวันที่ 9 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.0-37.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 84-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20-24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/65- 100/67 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99-100 เปอร์เซ็นต์ และทำแผลวันละ 1 ครั้งด้วย Amikacin gel และ pack gauze ลึกถึงก้นแผล แผลแดงดี ผล pus culture no growth after 2days ผลเลือด Albumin 3.3 g/dL Magnesium 1.6 mg/dL ให้ยา 50% Magnesium sulfate 8 มิลลิลิตร ใน 5% Dextrose in water 100 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำในเวลา 4 ชั่วโมง วันแรก และให้ยา 50% Magnesium sulfate 4 มิลลิลิตร ใน 5% Dextrose in water 100 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำในเวลา 4 ชั่วโมง วันที่ 2 และ 3 ตามลำดับ มีการติดตามการทำงานของหัวใจและสัญญาณชีพ การหายใจ กล้ามเนื้ออ่อนแรง และผิวหนังภาวะแมกนีเซียมเป็นพิษ ไม่พบอาการผิดปกติ Potassium 3.06 mmol/L ให้รับประทาน Potassium Chloride Elixir 30 มิลลิลิตร ทุก 3 ชั่วโมง จำนวน 2 ครั้ง สั่งให้เพิ่ม Blenderized diet 1:2:1 200 มิลลิลิตร ดูดเสริม วันละ 2 ครั้ง เข้า และ เย็น ผล CBC พบ WBC $15.4 \times 10^3/\mu\text{L}$ Hematocrit 26.6% แพทย์ตรวจเย็บ สั่งให้ส่งตรวจ content culture จาก Jackson- Pratt drain รับประทานอาหารธรรมดาอย่างน้อยได้ ¾ ของภาชนะ ลูกเดินได้ดี ทำกิจวัตรประจำวันได้เอง ปัสสาวะสะดวกดี สีเหลืองใส ถ่ายอุจจาระ 1 ครั้ง น้ำจาก Jackson- Pratt drain ออก 15 มิลลิลิตร

8-9 มิถุนายน 2567

หลังผ่าตัดวันที่ 10-11 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.0-37.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 78-92 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/65- 126/60 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99-100 เปอร์เซ็นต์ และทำแผลด้วย Amikacin gel และ pack gauze ลึกถึงก้นแผล แผลแดงดี แพทย์ส่งตรวจ Electrolyte, Liver Function Test ,Calcium ,Magnesium ,Phosphorus วันที่ 10 มิถุนายน 2567 รับประทานอาหารธรรมดาอย่างน้อยได้ ¾ ของภาชนะ ลูกเดินได้ดี ทำกิจวัตรประจำวันได้เอง ปัสสาวะสะดวกดี สีเหลืองใส ถ่ายอุจจาระ 1 ครั้ง น้ำจาก Jackson- Pratt drain ออก 5,10 มิลลิลิตร ตามลำดับ

10 มิถุนายน 2567

หลังผ่าตัดวันที่ 12 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.0-37.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 70-80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60- 100/60 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของเลือด 99-100 เปอร์เซ็นต์ และทำแผลด้วย Amikacin gel แผลแดงดี ผลตรวจ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

Magnesium 1.7 mg/dL แพทย์สั่งให้ยา 50 % Magnesium sulfate 8 มิลลิกรัม ใน 5% Dextrose in water 100 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำในเวลา 4 ชั่วโมง วันแรก และให้ยา 50% Magnesium sulfate 4 มิลลิกรัม ใน 5% Dextrose in water 100 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำในเวลา 4 ชั่วโมง วันที่ 2 และ 3 ตามลำดับ ติดตามการทำงานของหัวใจและสัญญาณชีพ การหายใจ กล้ามเนื้ออ่อนแรง และเฝ้าระวังภาวะแมกนีเซียมเป็นพิษ ไม่พบอาการผิดปกติ Sodium 130.4 mmol/L globulin 4.0 g/dL ผล culture น้ำจาก Jackson- Pratt drain พบ Numerous Escherichia coli Resistance กับ ceftazidime และ metronidazole แพทย์สั่งให้หยุดยา ceftazidime และ metronidazole และเปลี่ยนเป็น Augmentin 1 กรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหาร เข้า เย็น และวางแผนส่งตัดแต่งแผลและเย็บแผลในห้องผ่าตัด วันที่ 11 มิถุนายน 2567 อธิบายแผนการรักษาให้ผู้ป่วยและญาติทราบ ผู้ป่วยและญาติยินยอมทำผ่าตัด รับประทานอาหารธรรมดาอย่างน้อยได้ 3/4 ของภาชนะ ลูกเดินได้ดี ทำกิจวัตรประจำวันได้เอง ปัสสาวะสะดวกดี สีเหลืองใส ถ่ายอุจจาระ 1 ครั้ง น้ำจาก Jackson- Pratt drain ออก 15 มิลลิกรัม

11 มิถุนายน 2567

หลังผ่าตัดวันที่ 13 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.0-36.9 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 62-72 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 92/65- 105/76 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99-100 เปอร์เซ็นต์ และทำแผลด้วย Amikacin gel แผลแดงดีส่งไปห้องผ่าตัด 14.50 น. รู้สึกตัวดี อุณหภูมิ 36.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 72 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 92/72 มิลลิเมตรปรอท รับผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด 17.40 น. หลังทำ Debridement with suture under General Anesthesia ใช้เวลา 15 นาที (16.05-16.20) ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 74 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 98/65 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์ แผลปิดก็อส ไม่มีเลือดซึม แผล ไม่ปวดแผล ประเมิน Pain score เท่ากับ 1-2 คะแนน ไม่ขวยยาแก้ปวด จัดทำนอนให้สุขสบาย แพทย์สั่งให้รับประทานอาหารธรรมดาอย่างน้อยและเพิ่มไข่ขาวมีโอละ 1 ฟอง รับประทานอาหารธรรมดาอย่างน้อยได้ 3/4 ของภาชนะ น้ำจาก Jackson- Pratt drain ออก 15 มิลลิกรัม

12-13 มิถุนายน 2567

หลังผ่าตัดวันที่ 14-15 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.0-37.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 60-90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/60- 110/70 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์ แผลเย็บ Delayed primary suture มี discharge สีเหลืองซึม ทำแผลด้วย Amikacin gel แผลแดงดี แพทย์ส่งตรวจ Magnetic resonance Cholangiopancreatography เนื่องจากสงสัยว่ามี Cystic duct stump leakage ประสานโรงพยาบาลกรุงเทพ โทรด ให้ส่งคนไข้ไปตรวจวันที่ 14 มิถุนายน 2567 แนะนำการปฏิบัติตนก่อนไปตรวจให้คนไข้และญาติทราบ ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ ปฏิบัติได้ รับประทานอาหารธรรมดาอย่างน้อยและเพิ่มไข่ขาวมีโอละ 1 ฟอง รับประทานได้ 3/4 ของภาชนะ น้ำจาก Jackson- Pratt drain ออก 20,10 มิลลิกรัม ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

14 มิถุนายน 2567

หลังผ่าตัดวันที่ 16 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.0-36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 64-88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60 - 100/65 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99-100 เปอร์เซ็นต์ ทำแผลวันละ 1 ครั้งด้วย Amikacin gel แผลแดงดี ส่งคนไข้ไปตรวจ Magnetic Resonance Cholangiopancreatography ที่โรงพยาบาลเอกชนในจังหวัด ผลตรวจพบ Probably gallbladder remnant or post-operative change ,No evidence of Primovist Leakage or fluid collection at surgical bed, hepatomegaly. กลับจากการตรวจ รายงานผลให้แพทย์ทราบ แพทย์มีคำสั่งให้ตรวจ CBC ,BUN ,Creatinine ,Electrolyte ,Liver function test, Phosphorus, Magnesium ผลตรวจ CBC พบ WBC $8,120 \times 10^3/UL$ Hematocrit 27.4% Magnesium sulfate 1.4 mg/dL แพทย์สั่งให้ 50 % Magnesium sulfate 6 มิลลิตร ใน 5% Dextrose in water 100 มิลลิตร ทางหลอดเลือดดำในเวลา 4 ชั่วโมง จำนวน 3 วัน (14-16 มิถุนายน 2567) การติดตามการทำงานของหัวใจและสัญญาณชีพ การหายใจ กล้ามเนื้ออ่อนแรง และเฝ้าระวังภาวะแมกนีเซียมเป็นพิษ ไม่พบอาการผิดปกติ Sodium 129.2 mmol/L Chloride 97.0 mmol/L Total bilirubin 1.5 mg/dL รับประทานอาหารธรรมดาเล็กน้อยและเพิ่มไข่ขาวมื้อละ 1 ฟอง รับประทานได้ $\frac{3}{4}$ ของภาชนะ น้ำจาก Jackson- Pratt drain ออก 20 มิลลิตร

15 -17 มิถุนายน 2567

หลังผ่าตัดวันที่ 17-19 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.0-37.2 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 62-90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60- 100/70 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99-100 เปอร์เซ็นต์ และทำแผลด้วย Amikacin gel แผลแดงดี เจาะเลือดส่งตรวจ Liver function test และ Magnesium วันที่ 17 มิถุนายน 2567 ผลตรวจพบ Total bilirubin 1.3 mg/dl Direct bilirubin 0.2 mg/dl Magnesium 1.9 mg/dl รายงานแพทย์รับทราบ มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย สอนการดูแลแผล และ Jackson- Pratt drain การสังเกตแผลติดเชื้อ พร้อมให้คำแนะนำการดูแลตนเองต่อที่บ้าน ผู้ป่วยและญาติพร้อมกลับบ้าน แพทย์ตรวจเย็บมอาการ วางแผน suture wound under general anesthesia ในห้องผ่าตัด วันที่ 18 มิถุนายน 2567 อธิบายแผนการรักษาให้ผู้ป่วยและญาติทราบ ผู้ป่วยและญาติยินยอมทำผ่าตัด รับประทานอาหารธรรมดาเล็กน้อยได้ $\frac{3}{4}$ ของภาชนะ ลูกเดินได้ดี ทำกิจวัตรประจำวันได้เอง น้ำจาก Jackson- Pratt drain ออก 10,10 และ 5 มิลลิตร ตามลำดับ

18 มิถุนายน 2567

หลังผ่าตัดวันที่ 20 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.0-37.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 64-90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60- 100/60 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์ ดูแลให้ 0.9 % NSS 1000 มิลลิตร หดยทางหลอดเลือดดำ 80 มิลลิตรต่อชั่วโมง ก่อนไปห้องผ่าตัด ส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดเวลา 11.45 น. ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 70 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60- 102/58 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์ รับกลับจากห้องผ่าตัด 14.15 น. หลังทำผ่าตัด Debridement with suture wound under general anesthesia ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

20 ครั้งต่อมาที่ ความดันโลหิต 93/64 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์ ดูแลให้ 0.9 % NSS 1000 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำ 80 มิลลิลิตร และ ON Heparin lock ได้ และแพทย์สั่งให้ Morphine 4 มิลลิกรัมเมื่อปวดทุก 4-6 ชั่วโมง แผลผ่าตัดปิด Gauze ไม่มีเลือดซึม ประเมินความปวด Pain score 2-3 คะแนน แนะนำการจัดทำนอนให้ผู้ป่วย รับประทานอาหารธรรมดาตามนํ้าและเพิ่มไข่ขาวมีดละ 1 ฟอง รับประทานได้ ¼ ของภาชนะ นํ้าจาก Jackson- Pratt drain ออก 10 มิลลิลิตร

19 มิถุนายน 2567

หลังผ่าตัดวันที่ 21 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจปกติ เปิดแผลผ่าตัด แผลเย็บปิดแห้งดี รอบแผลไม่มีบวมแดงอักเสบ แพทย์ตรวจเย็บอาการและจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ให้ทำแผลและยังไม่ต้องตัดไหม ต่อเนื่องวันละ 1 ครั้ง ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้เคียงบ้านสอนให้บันทึกปริมาณนํ้าจาก Jackson- Pratt drain วันละ 1 ครั้ง ตามใบบันทึกที่แนบไปให้ แพทย์สั่งยา Home medication คือ Paracetamol 500 มิลลิกรัม 1 เม็ดเมื่อมีอาการปวดหรือมีไข้ทุก 4-6 ชั่วโมง, Tramadol 50 มิลลิกรัม หลังอาหาร เข้า เย็น, Augmentin 1 กรัม 1 เม็ด หลังอาหาร เข้า เย็น และนัดติดตามอาการที่ห้องตรวจศัลยกรรมทั่วไป วันที่ 1 กรกฎาคม 2567 เวลา 08.30น.-12.00น. ก่อนกลับบ้าน ทบทวน ความรู้เรื่องโรคถุงน้ำดีอักเสบและธาตุซีเมีย การดูแลตนเองต่อเนื่งที่บ้าน การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ กิจกรรมที่สามารถทำได้ในชีวิตประจำวัน งดทำงานหนัก ยกของหนักในช่วง 1 เดือนแรก การรับประทานอาหารมันน้อย การมาตรวจตามนัดและการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยและญาติเข้าใจดี ส่งต่อข้อมูลให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้เคียงบ้านเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง ประเมินสัญญาณชีพอุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 78 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/62 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ แผลผ่าตัดแห้งดีไม่มี Discharge ซึม ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ จำหน่ายอาการดีขึ้น รวมระยะเวลานอนโรงพยาบาลและอยู่ในการดูแลรวม 23 วัน

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ระยะก่อนทำผ่าตัด

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

ระยะหลังทำผ่าตัด

5. มีโอกาสเกิดภาวะเนื้อเยื่อร่างกายพร่องออกซิเจนหลังผ่าตัดและมีพยาธิสภาพของปอด
6. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อลุกลามในช่องท้อง
7. มีภาวะขาดสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย
8. มีภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำ
9. ไม่สบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด
10. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อและเนื้อเยื่อตายลุกลามของแผลผ่าตัด
11. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองต่อเนื่งที่บ้าน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

ระยะก่อนทำผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 1. มีโอกาสเกิดภาวะ Septic Shock จากถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีอาการปวดท้องได้ชายโครงขวา 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 สัญญาณชีพปกติคืออุณหภูมิอยู่ในช่วง 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 หยดทางหลอดเลือดดำทุก 24 ชั่วโมง Metronidazole 500 มิลลิกรัม หยดทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง ตามการรักษาของแพทย์ สังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา คือ คลื่นไส้ อาเจียน ผื่นแพ้ผิวหนัง
3. ดูแลให้สารน้ำ 0.9 % NSS 1000 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ตามการรักษาของแพทย์
4. เช็ดตัวลดไข้ ประเมินอุณหภูมิหลังเช็ดตัวลดไข้
5. ตรวจประเมินความรุนแรงของอาการและอาการแสดงหน้าท้อง อาการตัวเหลืองตาเหลือง
6. ประเมินและบันทึกจำนวนปัสสาวะ (Urine output) ทุก 4 ชั่วโมง
7. เจาะเลือดส่งตรวจและติดตามผลการตรวจค่า WBC, Neutrophils

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

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

วัตถุประสงค์

มีภาวะสมดุลของโซเดียมคลอไรด์ในร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีภาวะช็อค 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 อาการระบบประสาท ภาวะช็อคจากโซเดียมคลอไรด์ต่ำ ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง เพื่อ กระสับกระส่าย ปัสสาวะออกน้อย เหงื่อออกมือเท้าเย็น
2. ให้สารน้ำ 0.9 % NSS 1,000 มิลลิลิตรหยดทางหลอดเลือดดำอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง
3. เจาะเลือดส่งตรวจ Electrolyte ดูระดับของโซเดียมคลอไรด์ในเลือด
4. บันทึกลักษณะปัสสาวะทุก 4 ชั่วโมง และปริมาณน้ำเข้าและน้ำออก

ประเมินผล

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

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 3. มีโอกาสเกิดการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อลดลงเนื่องจากภาวะซีด

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 เหนื่อยออกตัวเย็น 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 เหนื่อยออกตัวเย็น ปลายมือปลายเท้าเขียว
2. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ประเมินสภาวะการหายใจของผู้ป่วย สังเกตอัตราและจังหวะการหายใจ
3. วัดค่าระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ทุก 4 ชั่วโมง
4. จัดท่าการนอนให้ผู้ป่วยมีทางเดินหายใจที่โล่ง
5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยฝึกหายใจเข้าออกลึกๆ บ่อยๆ ให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่
6. ดูแลให้ On O2 cannula 3 ลิตรต่อนาที กรณีที่ผู้ป่วยมีประสิทธิภาพการหายใจลดลง
7. ดูแลเตรียมเลือดและให้ผู้ป่วยได้รับเลือด Pack red cell และ Fresh frozen plasma ตามแผนการรักษาของแพทย์

8. เจาะเลือดส่งตรวจประเมินระดับฮีมาโตคริต (Hct) ระดับฮีโมโกลบิน (Hb) หลังให้เลือด

ประเมินผล

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีหายใจหอบเหนื่อยหรืออาการของภาวะขาดออกซิเจน คือ เหนื่อยออกตัวเย็น ปลายมือปลายเท้าเขียว
2. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38.2 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 112 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 102/76 มิลลิเมตรปรอท

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

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 พุดคุยซักถามอาการ ประเมินความกังวล สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหา ข้อเสนอเกี่ยวกับการรักษาและประสานงานกับแพทย์
2. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ลดสิ่งรบกวนเพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อน ดูแลสายให้สารน้ำไม่ให้รัดตึง พับงอ และเลื่อนหลุด
3. ให้เวลากับผู้ป่วยในการพูดคุยรับฟังด้วยความรู้สึกอบอุ่น เข้าใจ และเห็นความสำคัญกับการระบายความรู้สึกของผู้ป่วย พร้อมทั้งให้กำลังใจในการรักษา
4. อธิบายเหตุผลที่ต้องทำการผ่าตัดและให้ผู้ป่วยเซ็นยินยอมรับการผ่าตัดตามแบบฟอร์มที่กำหนดไว้ พร้อมทั้งญาติและเจ้าหน้าที่ เช่น พยานกำกับ
5. อธิบายขั้นตอนของการผ่าตัดอย่างสั้นๆ และเข้าใจง่าย เช่น การงดน้ำงดอาหารก่อนทำผ่าตัด การฝึกการหายใจ การนอนนิ่งๆ นานๆ สภาพห้องผ่าตัด การใช้ระงับความรู้สึก อาการที่อาจเกิดขึ้นได้หลังผ่าตัด พอสังเขป ให้ผู้ป่วยเข้าใจ
6. เตรียมความพร้อม เอกสาร สิ่งที่ต้องนำไปห้องผ่าตัดให้พร้อม ให้ผู้ป่วยงดน้ำงดอาหาร ประสานงานห้องผ่าตัด วิชาชีพพยาบาล และการนำส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด

ประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น มีกังวลน้อยลง
2. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจคำแนะนำ ปฏิบัติตามคำแนะนำและยินยอมทำผ่าตัด ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมพยาบาลดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนก่อนทำผ่าตัด
3. สามารถส่งผ่าตัดได้ตามเวลาที่กำหนด

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

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 มิถุนายน 2567)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพและเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ
2. ป้องกันการติดเชื้อลุกลามที่ปอด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวปกติ ผู้ป่วยหายใจเองได้ ไม่มีอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน คือ อาการชกเกร็ง กระสับกระส่าย เหงื่อออกตัวเย็น ความดันโลหิตต่ำ ปลายมือปลายเท้าเขียว และมี capillary refill น้อยกว่า 2 วินาที
2. สัญญาณชีพปกติ คือ อุณหภูมิอยู่ในช่วง 36.5-37.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 18-22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO₂) 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-Flower position เพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนเพื่อให้ผู้ป่วยหายใจเองได้ดีขึ้น
2. ดูแลให้ได้รับ Oxygen mask with bag 10 ลิตรต่อนาที และ canula 3 ลิตรต่อนาที ตามลำดับ และประเมินภาวะขาดออกซิเจน เช่น ระดับความรู้สึกตัว อาการกระสับกระส่าย เหงื่อออกตัวเย็น ปลายมือปลายเท้าเขียว ความดันโลหิตต่ำ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

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 1,000 มิลลิลิตรหยุดทางหลอดเลือดดำ 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 หยุดทางหลอดเลือดดำทุก 24 ชั่วโมง และปรับเป็น Ceftazidime 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง คู่กับ Metronidazole 500 มิลลิกรัม หยุดทางหลอดเลือดดำทุก 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 Berodual 1 nebulizer ทุก 4 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว ปากแห้ง คอแห้ง ปวดศีรษะ
11. ประเมินภาวะเลือดออกจากแผลผ่าตัด, Content จาก Jackson- Pratt drain
12. ประเมินภาวะซีด, ตรวจเลือดติดตามระดับฮีมาโตคริต (Hct) และระดับฮีโมโกลบิน (Hb)
13. ดูแลให้ PRC สังเกตอาการแพ้เลือด เช่น ไข้ หายใจสั้น ผื่นแพ้ผื่นหนัง และให้ยา Chlorpheniramine 10 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ และยา Furosemide 20 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำหลังเลือดหมด ตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา อาการง่วงซึม วิงเวียน ปากแห้ง คอแห้ง ตาพร่ามัว กระสับกระส่าย
14. ประเมินและบันทึกปัสสาวะทุก 4 ชั่วโมงตามการรักษาของแพทย์
15. ส่งตรวจและติดตามผล Chest X-ray และ Sputum culture

ประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกรู้ตัวปกติ 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

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

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. มีโอกาสเกิดการติดเชื้ออุลกลามในช่องท้อง

ข้อมูลสนับสนุน

1. หลังผ่าตัด Opened cholecystectomy (การผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิดหน้าท้อง) 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 col
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

เพื่อป้องกันการติดเชื้ออุลกลามในช่องท้อง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการของการติดเชื้ออุลกลาม (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. ประเมินอาการของการติดเชื้ออุลกลาม 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 1,000 มิลลิตรหยดทางหลอดเลือดดำ 100 มิลลิตรต่อชั่วโมง 80 มิลลิตรต่อชั่วโมง และ 60 มิลลิตรต่อชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

4. ให้ยา Augmentin 1 กรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า เย็น สังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา คือ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องเสีย ผื่นผิวหนัง
5. เช็ดตัวลดไข้ วัดไข้ซ้ำ และให้ยา Paracetamol 500 มิลลิกรัม 1 เม็ด รับประทาน เวลาที่มีไข้ มากกว่าหรือเท่ากับ 38.5 องศาเซลเซียส
6. ตรวจประเมินอาการและอาการแสดงหน้าท้อง และ Discharge ที่ซึมออกมาจากแผลผ่าตัด
7. กระตุ้นให้ผู้ป่วย Early ambulation ให้ผู้ป่วยในช่องท้องได้เคลื่อนไหวและช่วยการไหลเวียนโลหิต
8. ติดตาม ประสานงาน และเตรียมผู้ป่วยตรวจ Magnetic resonance Cholangiopancreatography ตามการรักษาของแพทย์
9. ส่งตรวจและติดตามผลการตรวจเลือด CBC BUN Creatinine ประเมินการทำงานของไต ดัชนี จากการติดตามต่อเนื่อง

ประเมินผล

1. ไม่มีอาการของการติดเชื้อลุกลาม (Signs of severe sepsis) คือระดับความรู้สึกตัวปกติ 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 ผลตรวจ Magnetic resonance Cholangiopancreatography ไม่พบการรั่วของน้ำดีจากการผ่าตัด ผู้ป่วยลุกเดิน และช่วยเหลือตนเองได้ดี
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/นาที
4. ได้รับยาขับปัสสาวะ Furosemide 40 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ

วัตถุประสงค์

เพื่อรักษาสมดุลและให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรู้สึกดี ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะขาดสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย คือ ไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง สับสน อ่อนเพลีย คลื่นไฟฟ้าหัวใจเต้นปกติ ชัก อาการหงุดหงิด อ่อนเพลีย ท้องอืด
2. มีความสมดุลของปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกาย

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

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. ติดตามและประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะขาดน้ำสารอาหารและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย คือ กล้ามเนื้ออ่อนแรง สับสน อ่อนเพลีย คลื่นไฟฟ้าหัวใจเต้นปกติ ชัก อาการหงุดหงิด อ่อนเพลีย ท้องอืด

2. ตรวจวัดประเมิน สัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง อาการหัวใจเต้นผิดปกติ เต้นเร็วผิดปกติ

3. ให้สารน้ำ 1,000 มิลลิลิตรหยุดทางหลอดเลือดดำ 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และ 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์

4. ให้ Potassium Chloride Elixir รับประทาน 30 มิลลิลิตร ทุก 4 ชั่วโมง 2 ครั้ง ตามการรักษาของแพทย์ สังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา คือ แน่นหน้าอก ชีพจรเต้นช้า คลื่นหัวใจ ผิดปกติ ปวดท้อง ท้องอืด กระสับกระส่าย กล้ามเนื้ออ่อนแรงเป็นอัมพาต

5. กระตุ้นให้ผู้ป่วย Early ambulation ให้ลุกได้เคลื่อนไหวลดอาการท้องอืด โดยอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าภายหลังการผ่าตัด 24-48 ชั่วโมง ถ้าผู้ป่วยสามารถลุกจากเตียงได้ไวยาระบบย่อยอาหารจะมีการเคลื่อนไหว ลดอาการท้องอืด ผู้ป่วยจะสามารถรับประทานอาหารได้ดีขึ้น

6. ประเมินและฟัง Bowel sound เพื่อเตรียมความพร้อมในการให้รับประทานอาหาร

7. ให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารตาม Step diet ของแพทย์ คือ อาหารเหลว อาหารอ่อนมันน้อย และ Blenderized diet (1:2: 1) 200 มิลลิลิตร ดูดเสริม วันละ 2 ครั้ง เช้า และ เย็น

8. ให้ยา Air- X 1 เม็ด รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น บรรเทาอาการท้องอืด และช่วยย่อยอาหาร

9. ประเมินและบันทึกปริมาณน้ำเข้า น้ำออกจากร่างกาย และการขับถ่ายอุจจาระ

10. ส่งตรวจและติดตามผล Electrolyte ในเลือด

ประเมินผล

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะขาดสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย คือ ไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง สับสน อ่อนเพลีย ไม่มีหัวใจเต้นผิดปกติ ชัก อาการหงุดหงิด อ่อนเพลีย 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 และดูด 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

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

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 เจ็บหน้าอก เต้นเร็วผิดปกติ
2. ประเมินและเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของแมกนีเซียมในเลือดต่ำ ได้แก่ มือ-เท้าจับ 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 ตามการรักษาของแพทย์
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 ตามการรักษาของแพทย์
5. สังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา 50% Magnesium sulfate คือ ภาวะแมกนีเซียมเป็นพิษ เช่น ร้อนวูบวบ หน้าแดง เหงื่อออก คลื่นไส้อาเจียน มึนงง สับสน ง่วงซึม กล้ามเนื้ออ่อนแรง
6. สังเกตและติดตามผลการตรวจแมกนีเซียมตามแผนการรักษาและรายงานผลให้แพทย์รับทราบเมื่อพบค่าที่ผิดปกติ

ประเมินผล

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

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 9. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีแผลผ่าตัดใต้ขาโครงขาแห้งดี มีสาย Jackson- Pratt drain ต่อลงถุง มี content สีแดง
2. ผู้ป่วยทำหน้านี้ว่าคือขมวด 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

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

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 ตามการรักษาของแพทย์

2. ให้ยาแก้ปวด Morphine 4 มิลลิกรัม และ 3 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ตามการรักษาของแพทย์ และประเมินและสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ได้แก่ ม่านตาหด การหายใจช้า ความดันโลหิตต่ำ อาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ หน้ามืด ง่วงนอน แจ้งญาติทราบถ้ามีอาการผิดปกติให้แจ้งพยาบาลทันที และเมื่อรับประทานอาหารได้ ให้ยา Paracetamol 500 มิลลิกรัม 1 เม็ด รับประทานเวลาปวดหรือมีไข้ทุก 4-6 ชั่วโมง

3. ให้ยา Metoclopramide 10 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ตามการรักษาของแพทย์ เมื่อผู้ป่วยมีอาการคลื่นอาเจียนหลังได้ยาแก้ปวด Morphine และสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา คือ อาการง่วงซึม วิงเวียนศีรษะ คอแข็ง ลิ้นแข็ง กระสับกระส่าย

4. จัดทำนอน Semi-Flower position ให้กลัมนื้อหน้าท้องห้อยลง ลดความตึงตัวของบาดแผล

5. กระตุ้นให้ early ambulation ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ช่วยพยุงลุกนั่งได้ และพาเดิน

6. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ไม่พลุกพล่าน งดการเยี่ยมในช่วงที่ผู้ป่วยหลับ

7. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลและหลีกเลี่ยงการรบกวนผู้ป่วยบ่อยๆ โดยให้การพยาบาลผู้ป่วยหลายอย่างในครั้งเดียวเพื่อให้ผู้ป่วยได้พัก

ประเมินผล

1. สีหน้าสดชื่น เคลื่อนไหวร่างกาย และ early ambulation ลุกเดิน ช่วยเหลือตนเองได้ดี

2. หลังให้ยาแก้ปวด 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 ในท้องผ่าตัด พบ แผลบางส่วนยังมีเนื้อตาย จึงตัดแต่งเนื้อตายออก และไม่ได้เย็บแผล (4 มิถุนายน 2567)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันการติดเชื้อและเนื้อเยื่อตายลุกลามของแผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่พบภาวะไข้ อุณหภูมิอยู่ในช่วง 36.5-37.4 องศาเซลเซียส

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

2. ไม่พบอาการและอาการแสดงของแผลติดเชื้อ รอบแผลผ่าตัดไม่บวมแดง ไม่มี Discharge ที่ซึมออกมาจากแผลผ่าตัด

3. แผลผ่าตัดเปิดไม่มีพบเนื้อตาย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการของการติดเชื้อ วัดไข้ สัญญาณชีพ
2. ให้ Ceftazidime 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง คู่กับ Metronidazole 500 มิลลิกรัม หยดทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา คือ อาการวิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ผื่นผิวหนัง
3. ให้ยา 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 ระวังระวังอย่าให้แผลเปื่อยน้ำ
11. ส่งเสริมให้รับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง คือ ธรรมชาติมันน้อยและเพิ่มไข่ขาวมือละ 1 ฟองและ Blenderized diet (1.2: 1) 200 มิลลิกรัม ดูดเสริม วันละ 2 ครั้ง เข้า และ เย็น ที่จัดเตรียมมาให้ครบและหมดทุกมื้อ

ประเมินผล

1. ไม่พบภาวะไข้ อุณหภูมิอยู่ในช่วง 36.0-37.2 องศาเซลเซียส
2. ไม่พบอาการและอาการแสดงของแผลติดเชื้อ รอบแผลผ่าตัดไม่บวมแดง ไม่มี Discharge ที่ซึมออกมาจากแผลผ่าตัด ผล Pus culture จากแผลผ่าตัด No growth
3. แผลผ่าตัดเปิดไม่มีพบเนื้อตาย สามารถเย็บปิดแผลได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 11.ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน
ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลยังขาดความมั่นใจในการดูแลแผลเย็บปิดแผลได้ขายโครงขาที่ยังไม่ตัดไหม และ Jackson- Pratt drain
2. มีประวัติธาตุสับสนและหลังผ่าตัด Hct 27.4 %, Hb 8.1 g/dl (14 มิถุนายน 2567)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความมั่นใจการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน 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 อาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง คือ เครื่องเทศมาก นม เนื่อติดมัน อาหารทอด
3. ให้คำแนะนำการออกกำลังกาย งดยกของหนัก ทำงานหนักเป็นเวลา 6 สัปดาห์หลังผ่าตัด การมีเพศสัมพันธ์ ตามความสามารถของผู้ป่วยที่จะทำได้มีกิจกรรมได้ตามปกติ
4. ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา Home medication คือ Paracetamol 500 มิลลิกรัม 1 เม็ดเมื่อมีอาการปวดหรือมีไข้ทุก 4-6 ชั่วโมง, Tramadol 50 มิลลิกรัม หลังอาหาร เข้า เย็น, Augmentin 1 กรัม 1 เม็ด หลังอาหาร เข้า เย็น อย่างถูกวิธี การสังเกตอาการแพ้ยา และอาการที่ต้องรีบมาพบแพทย์ทันที
7. ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคทางเดินน้ำดีที่อาจเกิดขึ้นได้อีก เช่น ปวดท้อง ท้องอืด มีไข้ ตัวตาเหลืองต้องรีบมาพบแพทย์ทันที
8. ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียกับผู้ป่วยและญาติ
 - 8.1 อาการตัวเหลือง เหนื่อย ควรรีบมาพบแพทย์ทันที
 - 8.2 การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ระมัดระวังการพลัดตกหกล้ม ที่จะทำให้เสียเลือดและกระดูกหักได้ง่าย การดูแลปากและฟัน แปรงฟันหลังรับประทานอาหาร การพบทันตแพทย์ทุก 6 เดือน เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยธาลัสซีเมียฟันฟุ่บ่อย
 - 8.3 หลีกเลี่ยงการไปชุมชนแออัด ระมัดระวังการติดเชื้อ
 - 8.4 รับประทานอาหารที่มีโฟเลตสูง เช่น ผักใบเขียวต่างๆ ที่มีแคลเซียม วิตามินดีสูง เช่น ปลาเล็กปลาน้อย กุ้ง นมและผลิตภัณฑ์จากนม น้ำมันตับปลา อาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ นม อาหารที่วิตามินซี วิตามินอีสูง เช่น ผลไม้ตระกูลเบอร์รี่ มะขามป้อม มะเขือเทศ มะละกอ เสาวรส น้ำมันมะกอก น้ำมันปาล์ม น้ำมันถั่วเหลือง และหลีกเลี่ยงอาหารสุกๆดิบๆ หลีกเลี่ยงอาหารเสริม อาหารและยาที่มีธาตุเหล็กสูง
 - 8.5 การรักษาโรคอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาแพทย์
9. ให้คำแนะนำอาการผิดปกติ ที่ต้องรีบมาพบแพทย์ และการมาตรวจตามนัด และเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อโรงพยาบาลได้ทันที

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

10. ประเมินความพร้อมกลับบ้าน ประสานการดูแลต่อเนื่อง และส่งข้อมูลในระบบส่งต่อไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ที่เป็นสถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน

ประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเข้าใจและสามารถตอบคำถามการดูแลแผลผ่าตัด และ Jackson- Pratt drain ได้ถูกต้องทุกข้อ

2. ผู้ป่วยและญาติพร้อมกลับบ้านได้

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 20 ปี มีประวัติเป็นชาลัสซีเมีย ปวดท้องใต้ชายโครงขวา จุกใต้ลิ้นปี่ มีไข้ ตาตัวเหลือง ก่อนมาโรงพยาบาล ส่งตรวจ CT Whole abdomen พบ นิ่วในถุงน้ำดี 2 ก้อน ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 0.9 และ 0.6 เซนติเมตร แพทย์วินิจฉัยเป็น นิ่วในถุงน้ำดีและถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน วางแผนผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบเปิดหน้าท้อง (Opened cholecystectomy) ก่อนส่งห้องผ่าตัด พบผู้ป่วยมีปัญหา ใช้สูง ค่า WBC $63,800 \times 10^3/uL$, Neutrophils 82 % เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Septic shock และมีภาวะโซเดียมคลอไรด์ต่ำ แพทย์ให้สารน้ำ 0.9 % NSS 1000 หยดทางหลอดเลือดดำ 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 กรัม ใน NSS 100 มิลลิลิตร และ Metronidazole 500 มิลลิกรัม หยดทางหลอดเลือดดำ ประเมินและสังเกตอาการ ประเมินสัญญาณชีพและบันทึกปัสสาวะออก ไม่พบภาวะวิกฤต สามารถส่งผ่าตัดได้ มีภาวะช็อค จากชาลัสซีเมีย เตรียมเลือดชนิด Packed red cell และ Fresh Frozen ไปห้องผ่าตัด เตรียมผู้ป่วยผ่าตัด อธิบายแผนการรักษาผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิดหน้าท้อง การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด เตรียมเอกสาร ประสานห้องผ่าตัด ผู้ป่วยและญาติเข้าใจดีและยินยอมทำผ่าตัด แพทย์ทำผ่าตัด Opened cholecystectomy under general anesthesia (การผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิดหน้าท้องโดยใช้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย) เสียเลือด (Estimate Blood loss) 600 มิลลิลิตร ขณะผ่าตัดได้ Packed red cell 2 ยูนิต และ Fresh frozen plasma 2 ยูนิต หลังผ่าตัดผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจเองได้ ส่งกลับมานอนพักในหอผู้ป่วย หลังผ่าตัดผู้ป่วย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีแผลผ่าตัดเปิดใต้ชายโครงขวาเปิดแห้งดี ปิด Gauze ไม่มีเลือดซึม มีสาย Jackson- Pratt drain มี content สีแดง 39 มิลลิลิตร ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนชนิด Mask with bag 10 ลิตรต่อนาที ประเมินอาการไม่พบภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน แพทย์ให้ดื่มน้ำและอาหาร ให้สารน้ำ 0.9 % NSS 1000 หยดทางหลอดเลือดดำ ให้ยา Morphine ทางหลอดเลือดดำเวลาปวด ยา Metoclopramide เวลาคลื่นไส้อาเจียนทุก 4-6 ชั่วโมง Ceftriaxone Metronidazole หยด Omeprazole 40 มิลลิกรัม และ Transamin 500 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ Dressing wound วันละครั้ง ต่อ Jackson- Pratt drain ลงถุง และบันทึก Intake-Out put ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ผู้ป่วยมีปวดแผลผ่าตัด ได้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา อาการปวดทุเลาลงพักผ่อนได้ หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีไข้สูง มีหายใจเหนื่อย ได้รับการเช็ดตัวลดไข้ ยาลดไข้ ประเมินภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อในช่องท้องและภาวะปอดอักเสบ ส่ง Chest X-ray พบรอยโรคหรือจุดทึบแสงที่บริเวณปอดข้างขวาส่วนล่าง แพทย์ให้ส่งตรวจเสมหะ ปรับยาปฏิชีวนะ ประเมินและเฝ้าระวังการเกิดการอุดตันทางเดินหายใจ สอนการหายใจเข้าออกยาวๆลึกๆและการไออย่างมีประสิทธิภาพ ให้ทางเดินหายใจโล่ง ให้ผู้ป่วยใช้ Incentive spirometer กระตุ้นการ Early ambulation การลุกเดินและช่วยเหลือตนเอง เพื่อป้องกันภาวะปอดอักเสบลุกลาม ส่งตรวจเลือดประเมินการติดเชื้อและภาวะช็อค การทำงานของตับ ไต และ อิเล็กโตรไลต์ พบค่า WBC, Neutrophils มีแนวโน้มเข้าสู่ภาวะปกติ ค่า LFT BUN Creatinine

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

ปกติ พบ Magnesium Sodium และ Potassium ในเลือดต่ำ ได้รับการแก้ไข โดยการให้สารน้ำ 9 % NSS 1000 หยดทางหลอดเลือดดำ, 50% Magnesium sulfate ใน 5% Dextrose in water 100 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำ และให้ Potassium Chloride Elixir รับประทาน ประเมินอาการและภาวะแทรกซ้อนจากภาวะขาดสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย อาการข้างเคียงจากการใช้ยา ส่งเสริมการรับประทานอาหารน้อย ให้ Blenderized diet ประเมินอาการการทำงานของลำไส้ ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพปกติ ไม่พบอาการแทรกซ้อน รับประทานอาหารได้ ขับถ่ายปกติ มีภาวะชืด ระดับ Hct และ Hb ต่ำ ได้เลือดชนิด Pack red cell 2 ยูนิตระหว่างที่มีอาการแพ้เลือด แก้ไขโดยให้ยา Chlorpheniramine ทางหลอดเลือดดำ และยา Furosemide ทางหลอดเลือดดำ สังเกตอาการต่อเนื่องหลังจากให้ยาไม่พบอาการรุนแรง ปัสสาวะออกดี ประเมินระดับ Hct และ Hb เป็นระยะๆ มีแนวโน้มอยู่ในระดับปกติ ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดหน้าท้องแบบเปิดและมีสาย Jackson- Pratt drain ประเมินแผลและดูแลทำแผล บันทึก Content วันละครั้ง พบกันแผลผ่าตัดมีเนื้อตาย แพทย์ให้ส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดตกแต่งแผลและเนื้อตาย ทำแผลโดยใส่ยา Amikacin cell เพื่อป้องกันการเกิดปฏิกิริยาการติดเชื้อและเนื้อเยื่อตายลุกลามของแผลผ่าตัด ส่งตรวจ Pus culture ไม่พบเชื้อ และ Pus Culture content จาก Jackson-Pratt drain ผลการตรวจ พบ Numerous Escherichia coli หยุดยาปฏิชีวนะเดิมและปรับยาปฏิชีวนะเป็น Augmentin 1 กรัม รับประทาน แพทย์ส่งตรวจ Magnetic Resonance imaging of upper abdomen and Magnetic Resonance Cholangiopancreatography เพื่อประเมินการติดเชื้อในช่องท้องและผลการผ่าตัด ไม่พบการรั่วของน้ำดีจากการผ่าตัด ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ ไม่มีไข้ สัญญาณชีพปกติ ไม่ปวดแผลผ่าตัด ลูกเดินช่วยเหลือตนเองได้ดี รับประทานอาหารได้ครบทุกมื้อ ไม่มีอาการปวดท้อง ท้องอืด ขับถ่ายปกติ แพทย์วางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลยังขาดความมั่นใจในการดูแลแผลเย็บปิดแผลได้ขยายโครงขาที่ยังไม่ตัดไหม และ Jackson- Pratt drain ต่อเนื่องที่บ้าน ได้การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยประเมินความพร้อมของที่อยู่อาศัย ผู้ดูแลที่บ้านและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ให้ความรู้ความเข้าใจในการรักษาความสะอาดบริเวณแผลผ่าตัด การเคลื่อนไหวร่างกาย ให้ทำแผลต่อเนื่องโดยไม่ต้องตัดไหมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน และสอนให้บันทึกปริมาณน้ำจาก Jackson- Pratt drain วันละ 1 ครั้ง ตามใบบันทึกที่แนบไปให้ ทบทวนความรู้เรื่องโรคถุงน้ำดีอักเสบและธาตุซีเซียม การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดที่บ้าน การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การออกกำลังกาย การใช้ยา การสังเกตอาการผิดปกติ และการมาตรวจตามแพทย์นัด ประสานงาน ส่งต่อข้อมูลให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้านเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง ผู้ป่วยและญาติเข้าใจดี พร้อมกลับบ้าน จำหน่ายอาการดีขึ้น รวมระยะเวลาในโรงพยาบาลและอยู่ในการดูแลรวม 23 วัน

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. คัดเลือกกรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยในถุงน้ำดีและถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันร่วมกับธาตุซีเซียม 1 ราย และเป็นผู้ป่วยที่รับไว้รักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง
2. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติ อาการ อาการแสดง การตรวจร่างกายของผู้ป่วย ตลอดจนประวัติตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษ การรักษา และผลการรักษา
3. ศึกษาเอกสารและทบทวนความรู้ทางวิชาการจากตำราที่เกี่ยวข้องกัน ตลอดจนปรึกษาแพทย์
4. นำข้อมูลที่ได้ มารวบรวม วิเคราะห์ และใช้กระบวนการพยาบาลในการวางแผนการพยาบาลโดยเน้นให้ครอบคลุมแบบองค์รวมและใช้ทฤษฎีการพยาบาลร่วมด้วย

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ (ต่อ)

5. กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล จัดกิจกรรมการพยาบาลและติดตาม ประเมินผลการพยาบาล

6. รวบรวมข้อมูลทั้งหมดเรียบเรียงเป็นผลงาน ปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมของผลงาน สรุปผลการดำเนินงานเป็นแนวทางการพยาบาลและจัดทำเป็นเอกสารรูปเล่ม

7. เผยแพร่เอกสารทาง <http://www.trathospital.go.th>

4.3 เป้าหมายของงาน

เพื่อศึกษาและให้การพยาบาลผู้ป่วยนิ่วในถุงน้ำดีและถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันร่วมกับธาตุสซีเมียให้ปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยนิ่วในถุงน้ำดีและถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันร่วมกับธาตุสซีเมีย จำนวน 1 ราย รับผิดชอบดูแลตั้งแต่ วันที่ 28 พฤษภาคม 2567 ถึง วันที่ 19 มิถุนายน 2567 รวมระยะเวลาในการดูแล 23 วัน

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

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

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลด้านศัลยกรรม เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยนิ่วในถุงน้ำดีและถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันร่วมกับธาตุสซีเมียที่รับการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง (Opened cholecystectomy) และผู้สนใจศึกษาค้นคว้า

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวคือธาตุสซีเมียชนิด เบต้าธาตุสซีเมีย (Beta-thalassemia) ในกลุ่ม Transfusion dependent thalassemia (TDT) และตัดม้าม (Splenectomy) ตั้งแต่อายุ 10 ปี มีเม็ดเลือดแดงผิดปกติและแตกตัวง่ายกว่าคนปกติ การแตกของเม็ดเลือดแดงปล่อยสารบิลิรูบินออกมามาก ทำให้ตับผลิตน้ำดีที่มีความเข้มข้นของบิลิรูบินมากเกินไป มีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นนิ่วในถุงน้ำดี เกิดนิ่วอุดตันทางเดินน้ำดี นำไปสู่การเกิดถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน ซึ่งต้องทำผ่าตัดแบบฉุกเฉิน พยาธิสภาพของโรคธาตุสซีเมีย ทำให้เกิดภาวะซีดเรื้อรัง เกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เกิดภาวะวิกฤตก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานได้น้อยลง เกิดเนื้อเยื่ออักเสบและติดเชื้อได้ง่ายหลังผ่าตัด จึงพบการอักเสบที่ปอด และแผลผ่าตัดเกิดเนื้องอก ซึ่งต้องเฝ้าระวัง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ (ต่อ)

ประเมินอาการ การวินิจฉัยการพยาบาลจาก พยาบาลที่มีการทำงานและประสบการณ์สูงด้านศัลยกรรมและอายุรกรรม เพื่อแก้ไขปัญหาแบบเร่งด่วนให้พร้อมผ่าตัดและการดูแลหลังผ่าตัด

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การเตรียมผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง (Opened cholecystectomy) เป็นการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน (Emergency case) ผู้ป่วยมีปัญหาทั้งด้านศัลยกรรมและอายุรกรรม ต้องให้การพยาบาล การรายงานแพทย์ การปรึกษา และการประสานงาน โดยการทำงานเป็นทีมพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพ เพื่อแก้ไขปัญหาวิกฤตและส่งผ่าตัดให้ทันเวลา ให้การผ่าตัดดำเนินไปอย่างราบรื่น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อผู้ป่วยขณะผ่าตัด หลังผ่าตัดผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้องค์กรพยาบาลนาน จำเป็นต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูร่างกายและส่งตรวจพิเศษกับสถานบริการสุขภาพเอกชน ให้มั่นใจว่าการผ่าตัดผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและไม่ทำให้โรคประจำตัวทรุดลง

9. ข้อเสนอแนะ

1. จัดทำคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดในถุงน้ำดีและถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันแบบเปิดหน้าท้อง (Opened cholecystectomy) ร่วมกับโรคธาลัสซีเมีย ระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด สำหรับพยาบาลด้านศัลยกรรมและผู้เกี่ยวข้อง

2. จัดอบรมและฝึกประสบการณ์เพิ่มพูนทักษะในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดในถุงน้ำดีและถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันแบบเปิดหน้าท้อง (Opened cholecystectomy) ร่วมกับโรคทางอายุรกรรม ให้แก่ พยาบาลประจำการ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

10. การเผยแพร่ผลงาน

อยู่ระหว่างดำเนินการเผยแพร่ในเว็บไซต์วิชาการโรงพยาบาลตราด

11. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

1) นางสาวศรินวล เอมพิทักษ์ ร้อยละ 100

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

1) นางสาวศรินวล เอมพิทักษ์ สัดส่วนผลงาน ร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....**ศรินวล เอมพิทักษ์**.....

(นางสาวศรินวล เอมพิทักษ์)

ผู้ขอประเมิน

(วันที่) **8 / สิงหาคม / 2569**

ขอรับรองว่าสัดส่วนการดำเนินการข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลงลายมือชื่อ
1. นางสาวศรินวล เอมพิทักษ์	นางสาวศรินวล เอมพิทักษ์

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....
 (.....นางรตยา โพธิ์ผลิ.....)
 ตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ)
 วันที่.....7.๘.มิ.ย. ๒๕๖๘/.....

ลงชื่อ.....
 (.....นายสุชาติ ต้นคณิรมย์.....)
 ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระปิ่นเกล้า
 วันที่...../...../.....

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการพิเศษ)

1. เรื่อง คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP)

โรงพยาบาลตราด

2. หลักการและเหตุผล

นับในระบบทางเดินน้ำดี ปัจจุบันพบได้มากขึ้นและเป็นปัญหาทางสุขภาพและเศรษฐกิจของประชากรในประเทศไทย ปัญหาที่เกิดจากนิ่ว ที่พบบ่อย เช่น นิ่วน้ำดีอักเสบเฉียบพลันและเรื้อรัง ท่อน้ำดีอักเสบจากนิ่วในท่อน้ำดี ตับอ่อนอักเสบจากนิ่วอุดตัน ทางทางแพทย์มีความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยี โดยการพัฒนาการรักษาผู้ป่วยโดยวิธีการส่องกล้อง Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP) เป็นการส่องกล้องเข้าไปผ่านทางหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กตอนต้นถึงท่อเปิดของน้ำดีในลำไส้เล็กแล้วฉีดสารทึบแสงและถ่ายภาพเอกซเรย์ไว้ เพื่อตรวจหาความผิดปกติของท่อน้ำดีและตับอ่อน ทำการรักษาการอุดตันของท่อน้ำดีหรือท่อน้ำดีหรือตับอ่อน โดยใช้ท่อระบายน้ำดีคาไว้ในกรณีที่นิ่วในท่อน้ำดี ร่วมกับการส่องกล้องหรือขบนิ่วออก Endoscopic Sphincterotomy (ES) (ศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหารและห้องปฏิบัติการประสาททางเดินอาหารและการเคลื่อนไหว, 2569) การส่องกล้องเข้าไปเพื่อตรวจและเอานิ่วออกมาจากท่อน้ำดีสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาท่อน้ำดีอุดตัน ผู้ป่วยจะใช้เวลานานอนโรงพยาบาลไม่นาน ภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นน้อย แต่ผู้ป่วยต้องมีความรู้และความเข้าใจในการเตรียมตัวก่อนส่องกล้องและดูแลตนเองหลังส่องกล้อง จากสถิติผู้ป่วยผู้ป่วยนิ่วในท่อน้ำดีและโรคท่อน้ำดีอักเสบของโรงพยาบาลตราดปี 2566-2568 (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ, 2569) มีจำนวนรวม 31,67, และ 76 ราย รักษาโดยการส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (Endoscopic retrograde cholangiopancreatography; ERCP) จำนวน 24, 47, และ 48 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.41, 70.14, และ 63.15 พบ ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ 2, 1 และ 1 ราย ตามลำดับ และปี 2566 มีผู้ป่วยเกิดการรั่วของน้ำดี 1 ราย จากการทบทวนแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยในของทีมงานทางคลินิกด้านศัลยกรรม สาเหตุเกิดจาก ผู้ป่วยขาดข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษาแบบส่องกล้อง การเตรียมความพร้อมร่างกายไม่ดีพอ มีความกังวลจนเกิดอาการนอนไม่หลับ ประกอบกับ ผู้ป่วยขาดความรู้ ความเข้าใจ การสังเกตอาการผิดปกติ ในการปฏิบัติตัวหลังส่องกล้องและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ผู้จัดทำจึงมีแนวคิดจัดทำคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) โรงพยาบาลตราด สำหรับผู้ป่วยที่เป็นนิ่วในท่อน้ำดีและโรคท่อน้ำดีอักเสบที่ต้องรักษาโดยวิธีส่องกล้อง ERCP ในการดูแล เฝ้าระวัง และป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและอันตรายต่อชีวิตต่อไป

3. บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

3.1 บทวิเคราะห์

การส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน ทำในผู้ป่วยที่มีอาการที่บ่งชี้ในการส่องกล้องตรวจทางเดินน้ำดีและตับอ่อน คือ 1) ผู้ป่วยเป็นโรคดีซ่าน 2) ผู้ป่วยมีนิ่วในท่อน้ำดี ท่อน้ำดีหรือตับอ่อนอุดตัน 3) ผู้ป่วยมีเนื้องอกของท่อน้ำดีหรือตับอ่อน 4) ผู้ป่วยมีอาการตับอ่อนอักเสบจากนิ่วในท่อน้ำดี 5) มีการรั่วของท่อน้ำดีหรือตับอ่อน (ศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหารและห้องปฏิบัติการประสาททางเดินอาหารและการเคลื่อนไหว, 2569) ภาวะแทรกซ้อนของการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน ที่พบ การติดเชื้อ (infection) ตับอ่อนอักเสบ (pancreatitis) เลือดออก (hemorrhage) และการแตกทะลุ (perforation) การทำหัตถการโดยแพทย์ที่มีทักษะเชี่ยวชาญ ขั้นตอนการทำหัตถการที่ระมัดระวัง และ

3.1 บทวิเคราะห์ (ต่อ)

การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยง การให้ความรู้ที่เป็นปัจจุบัน จะช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังทำ ERCP ได้ (Nicholas and Firas, 2026) ผู้ป่วยของโรงพยาบาลตราดที่กลับมารักษาค้ำ มีอาการ มีไข้ ท้องอืด และตัวเหลือง ตาเหลือง ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนหลังการทำ ERCP ทั้งสิ้น ปัจจุบันกลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลตราด ให้คำแนะนำปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) ในโรงพยาบาล โดยพยาบาล แผนกผู้ป่วยนอก วิสัญญีพยาบาลจากห้องเตรียมผ่าตัด และพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรม แบบ วาจาและเอกสารการเตรียมตัวก่อนส่องกล้องและหลังส่องกล้องทั่วไปที่ยังไม่เฉพาะเจาะจง การให้คำแนะนำด้วย วาจาแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้าน ขาดรายละเอียด รูปแบบที่ทันสมัย และยังไม่ใช้สื่อเทคโนโลยีระบบออนไลน์ เข้ามาใช้ ในการให้ความรู้คำแนะนำและทบทวนการปฏิบัติตัว ซึ่งการให้ความรู้และคำแนะนำ ด้วยวาจาแก่ผู้ป่วย และญาติ และเอกสารที่ไม่สมบูรณ์ก่อนกลับบ้าน ทำให้ผู้ป่วยและญาติไม่สามารถจดจำได้ทั้งหมด จึงปฏิบัติตัวและ ดูแลตนเองไม่ถูกต้อง

3.2 แนวคิด

จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารวิชาการ ที่เกี่ยวข้องสำหรับดูแลรักษา การเตรียมตัวของผู้ป่วยที่รับ การรักษาส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) ของ ศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหารและ ห้องปฏิบัติการประสาททางเดินอาหารและการเคลื่อนไหว (2569) และ Sriphat Medical Center (ชัยวรรณ ประดิษฐ์ทองงาม, 2567) สรุปได้แนวทางการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) ในการปฏิบัติตัวก่อนการส่องกล้อง วันส่องกล้อง และภายหลังการตรวจส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน โดยละเอียด ดังนี้

ก่อนวันส่องกล้อง

1. ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์โดยเคร่งครัด กรณีทานยาละลายลิ่มเลือดอยู่แพทย์จะพิจารณาหยุดยา อย่างน้อย 5-7 วัน ก่อนทำการส่องกล้อง
2. งดรับประทานอาหารและดื่มน้ำทุกชนิดอย่างน้อย 6 ชั่วโมงก่อนทำการส่องกล้องหรือตามแพทย์สั่ง กรณีที่มีโรคประจำตัวและมียาทานประจำควรปรึกษาแพทย์ก่อนว่าต้องดยาทุกชนิดหรือสามารถทานต่อได้ ระหว่างที่งดน้ำงดอาหาร
3. ผู้ป่วยที่มีอาการแพ้ยาหรืออาหารทะเลรุนแรงแจ้งแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทราบ
4. แพทย์อาจพิจารณาให้มานอนโรงพยาบาลเพื่อทำการตรวจเลือดหรือเอกซเรย์ก่อนทำการส่องกล้อง

วันส่องกล้อง

1. แพทย์ให้ข้อมูลการส่องกล้องรวมถึงความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนของการส่องกล้องให้ผู้ป่วยทราบ และลงชื่อยินยอมส่องกล้อง
2. ถอดฟันปลอมและเครื่องประดับที่เป็นโลหะออกก่อนถูกส่งตัวไปห้องส่องกล้อง
3. ผู้ป่วยจะได้รับการพ่นยาชาเฉพาะที่บริเวณลำคอ รวมทั้งได้ยาระงับความรู้สึกและยาคลายความกังวล โดยวิสัญญีแพทย์ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเคลิ้มหลับไป
4. ระหว่างการส่องกล้องผู้ป่วยต้องนอนคว่ำ หนุนหมอน และตะแคงหน้าไปด้านขวา
5. แพทย์ทำการส่องกล้องผ่านท่อพลาสติกเข้าไปทางปาก ผ่านหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และ

3.2 แนวคิด (ต่อ)

ถ้าใส่เล็กส่วนต้น จนถึงรูเปิดท่อน้ำดีและตับอ่อน ฉีดสารทึบแสงและถ่ายภาพเอกซเรย์เพื่อหาความผิดปกติ กรณีตรวจพบนิ่วในท่อน้ำดีแพทย์จะทำการคล่องนิ่วหรือขบนิ่วออก หรือหากพบว่ามี การอุดตันของท่อน้ำดีจากสาเหตุต่างๆ เช่นเนื้องอก หรือท่อน้ำดีตีบ แพทย์จะใส่ท่อระบายน้ำดีคาไว้เพื่อลดอาการตัวเหลืองตาเหลือง

การปฏิบัติตัวภายหลังการส่องกล้อง

1. ผู้ป่วยจะถูกส่งตัวไปที่ห้องพักรักษาตัวเพื่อสังเกตอาการ และตรวจสัญญาณชีพประมาณ 2-3 ชั่วโมง เมื่อผู้ป่วยตื่น รู้สึกตัวดีและอาการต่างๆปกติแล้วจึงจะถูกนำตัวกลับห้องพักรักษาตัว
2. ผู้ป่วยต้องนอนพักอย่างน้อย 24 ชั่วโมงพร้อมทั้งดื่มน้ำและอาหารเพื่อสังเกตอาการผิดปกติ
3. หลังการตรวจอาจมีอาการแน่นท้องหรือปวดท้องได้ กรณีที่มีอาการปวดท้องหรือแน่นท้องมากให้แจ้งพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่เพื่อรายงานแพทย์ทราบทันที
4. แพทย์จะอธิบายผลการส่องกล้องตรวจและแนวทางการรักษารวมถึงการปฏิบัติตัวหลังการส่องกล้องให้ผู้ป่วยหรือญาติทราบต่อไป
5. หลังออกจากโรงพยาบาล ควรมาพบแพทย์ตามวันและเวลาที่นัดหมาย

3.3 ข้อเสนอ

จากปัญหาและแนวคิดดังกล่าวข้างต้นผู้จัดทำเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำการแผนกศัลยกรรมและปฏิบัติหน้าที่คณะกรรมการและเลขานุการที่มำทางคลินิกด้านศัลยกรรม จึงจัดทำคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) โรงพยาบาลตราด ซึ่งเป็นสื่อสิ่งพิมพ์รูปเล่มความรู้และคำแนะนำ และรูปแบบ QR code สำหรับผู้ป่วยที่เป็นนิ่วในท่อน้ำดีและโรคท่อน้ำดีอักเสบ ในการเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนได้รับการส่องกล้อง วันส่องกล้อง และการปฏิบัติตัวภายหลังการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน การเฝ้าระวังและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน สำหรับแจ้งให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลอ่านและนำกลับไปทบทวน ให้เกิดความรู้ความเข้าใจ วิธีการดูแลตนเอง และสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง สามารถสังเกตอาการผิดปกติ แก้ไขปัญหา ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากตรวจรักษา ส่งเสริมการดูแลตัวเองต่อเนื่องที่บ้าน และช่วยลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อจัดทำคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) โรงพยาบาลตราด สำหรับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล
2. เพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง

ระยะเวลาดำเนินการ

ตั้งแต่เดือน เมษายน 2569 ถึงเดือน กันยายน 2569

กลุ่มเป้าหมาย พยาบาลวิชาชีพ ผู้ป่วยส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP)

ผังตารางกำกับงานตามขั้นตอนการดำเนินการ

รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ					
	เม.ย. 2569	พ.ค. 2569	มิ.ย. 2569	ก.ค. 2569	ส.ค. 2569	ก.ย. 2569
1. ประชุมปรึกษาหัวหน้าหน่วยงาน และทีม นำทางคลินิกด้านศัลยกรรม เพื่อค้นหาแนว ทางการดูแลผู้ป่วยส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP)	↔					
2. เสนอแนวคิดจัดทำคู่มือการปฏิบัติตัว สำหรับผู้ป่วยส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดี และตับอ่อน (ERCP) โรงพยาบาลตราด ต่อ หัวหน้าหน่วยงาน และที่ประชุมทีมนำทาง คลินิกด้านศัลยกรรม	↔					
3. ศึกษาค้นคว้า รวบรวมข้อมูล แนวทางการ ดูแลผู้ป่วยส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและ ตับอ่อน (ERCP) และรูปแบบการจัดทำคู่มือ การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยส่องกล้องตรวจ รักษา ท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) โรงพยาบาลตราด		↔				
4. นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาค้นคว้า มา จัดทำคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยส่อง กล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) โรงพยาบาลตราด			↔			

ผังตารางกำกับงานตามขั้นตอนการดำเนินการ (ต่อ)

รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ					
	เม.ย. 2569	พ.ค. 2569	มิ.ย. 2569	ก.ค. 2569	ส.ค. 2569	ก.ย. 2569
5. ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ			↔			
6. ประชุมชี้แจงให้พยาบาลในหน่วยงานแผนกศัลยกรรม ผู้ป่วยนอก ห้องผ่าตัด วิสัญญีห้องเตรียมผ่าตัด ทราบและเข้าใจสามารถปฏิบัติตามและใช้คู่มือได้อย่างถูกต้อง				↔		
7. นำคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) โรงพยาบาลตราด ใช้กับผู้ป่วยและญาติ				↔	↔	
8. ประชุมเพื่อติดตามและประเมินผลหลังการนำคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) โรงพยาบาลตราด					↔	
9. รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขพัฒนาคู่มือให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น						↔
10. สรุปผลการดำเนินการ						↔

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 พยาบาลวิชาชีพให้ความรู้ คำแนะนำ ตามคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) โรงพยาบาลตราดได้ถูกต้องเป็นแนวทางเดียวกัน

4.2 ผู้ป่วยส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) สามารถดูแลตนเองได้ ไม่พบอาการแทรกซ้อนและมานอนโรงพยาบาลซ้ำจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1 มีคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) โรงพยาบาลตราด 1 ฉบับ

5.2 พยาบาลวิชาชีพใช้คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) โรงพยาบาลตราด ร้อยละ 100

5.3 อัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง เท่ากับ 0

ลงชื่อ กวิพจน์ เอสมิทธิ์

(นางสาวศรินวล เอสมิทธิ์) ผู้ขอประเมิน

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

(วันที่) 8 / สิงหาคม / 2569

บรรณานุกรม

- ขวัญมนัส ปะนะทั้ง. (2566). การพยาบาลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันและเนื้อเยื่อเซลล์อักเสบ. <https://www.sko.moph.go.th>
- จิตสุตา บัวขาว. (2560). แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยธาลัสซีเมียในเวชปฏิบัติทั่วไป (Guidelines for the care of thalassemia patients in general practice). สำนักงานกิจการโรงพยาบาล องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- ชัยวรรณ ประดิษฐ์ทองงาม. (2567). การส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน ERCP. Sriphat Medical Center. <https://sriphat.med.cmu.ac.th>
- ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ. (2569). สถิติผู้ป่วยแผนกศัลยกรรม. โรงพยาบาลพระปิยมหาราช. <http://www.trathospital.go.th>
- ศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหารและห้องปฏิบัติการประสาททางเดินอาหารและการเคลื่อนไหว. (2569). การส่องกล้องตรวจทางเดินน้ำดีและตับอ่อน(ERCP). คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. <https://www.rama.mahidol.ac.th>
- ศรีพร ประสิทธิ์ินาวา. (2563). การพยาบาลโรคนี้ในท่อน้ำดีร่วมกับถุงน้ำดีอักเสบอักเสบเรื้อรัง. วารสารวิชาการชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย, 16 (2), 84-92.
- ศรีพร ประสิทธิ์ินาวา. (2563). การพยาบาลโรคนี้ในท่อน้ำดีร่วมกับถุงน้ำดีอักเสบอักเสบเรื้อรัง. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลตราด.
- สุพิชฌาย์ ดำรงสง. (2568). การพยาบาลผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบที่มีภาวะช็อคจากการเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด. <https://hrn.nooparat.go.th>
- สุปรีชา อัสวาณุนัน. (2569). นิ่วถุงน้ำดี-อาการ การป้องกัน การรักษา. <https://www.bangkokhospital.com>
- Nicholas M Szary and Firas H al-Kawas. (2026). *Complication of Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography: How to Avoid and Manage Them*. National Institutes of Health. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov>
- 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>