

## ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคนี้วในท่อน้ำดีร่วมกับท่อน้ำดีอักเสบที่ได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้องตรวจท่อน้ำดีและตับอ่อน (Endoscope Retrograde Cholangio Pancreatography : ERCP)
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2566 ถึงวันที่ 5 พฤศจิกายน 2566 รวมระยะเวลาดูแล 5 วัน
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

### บทนำ

นี้วในระบบทางเดินน้ำดี ปัจจุบันพบได้มากขึ้นและเป็นปัญหาทางสุขภาพและเศรษฐกิจของประชากรในประเทศทางตะวันตกและทางตะวันออก ส่วนมากโรคนี้วในท่อน้ำดีผู้ป่วยจะไม่มีอาการ และในคนที่มีอาการจะมีอาการคล้ายโรคลำไส้หรือโรคระเพาะ ทำให้วินิจฉัยยาก จนมีโอกาสดังกล่าวรุนแรง ติดเชื้อในกระแสโลหิตถึงกับเสียชีวิตได้ 2-3% ต่อปี ถึงแม้ว่าลักษณะของนี้วจะแตกต่างกันบ้าง แต่ปัญหาที่เกิดจากนี้วมีคล้ายกันเป็นส่วนใหญ่ เช่น ผนังท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน ท่อน้ำดีอักเสบจาก นี้วในท่อน้ำดี ตับอ่อนอักเสบจากนี้วอุดตัน พบนี้วในท่อน้ำดีหลังผ่าตัดถุงน้ำดี ไม่สามารถเอาเนื้อมากขึ้นได้หมดขณะผ่าตัด ฯลฯ ปัญหาเหล่านี้ล้วนทำให้เกิดความวิตกกังวล ทั้งแพทย์และผู้ป่วย ความก้าวหน้าทางการแพทย์โดยเฉพาะการวิวัฒนาการของเครื่องมือตลอดจนเทคนิคการผ่าตัด สามารถช่วยแก้ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นได้ในระดับหนึ่ง แต่ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ การเกิดความละเอียดถี่ถ้วนและการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การผ่าตัดหรือการทำหัตถการที่มีประสบการณ์และทราบปัญหาที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งการติดตามดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหรือ การทำหัตถการอย่างใกล้ชิดยังคงเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วย (สรราชย์ กาญจนลาภ, 2564)

อุบัติการณ์ของการเกิดนี้วในระบบทางเดินน้ำดีพบได้ประมาณ 5-10% ของประชากรและพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายประมาณ 2-3 เท่า และพบได้มากในคนอายุมาก ส่วนใหญ่พบในอายุมากกว่า 40 ปี และในคนอายุเกิน 70 ปี พบได้ประมาณ 15-30% ปัจจัยอื่นๆ เช่น ความอ้วน เบาหวาน โรคโลหิตจางบางชนิด อาหารไขมัน เครื่องดื่มแอลกอฮอล์พบว่า มีอุบัติการณ์ของโรคนี้วสูงขึ้นและผู้ป่วยที่มีนี้วในถุงน้ำดีมากกว่า 50% จะไม่แสดงอาการแพทย์อาจจะแนะนำให้ผ่าตัด เพราะหากปล่อยทิ้งไว้อาจมีอาการอักเสบและเป็นอันตราย และหลังผ่าตัดถ้าผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น อาการท้องอืด แน่นท้อง ปวดแผลมากหลังผ่าตัด ส่งผลให้จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น สูญเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น โดยปัจจุบันการส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) ถือเป็นมาตรฐานในการรักษาโรคนี้วในท่อน้ำดี เนื่องจากใช้เวลาในการรักษาสั้น ไม่มีแผลผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนหลังทำน้อยและระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลลดลง(ชญาดา เกตุรัตน์กุล, 2561)

ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว สถิติข้อมูลจากเวชระเบียน โรงพยาบาล พบผู้ป่วยโรคนี้วในระบบทางเดินน้ำดี ปี 2564 - ปี 2566 จำนวน 171, 186, 178 ราย ตามลำดับ ซึ่งนำไปสู่โรคท่อน้ำดีอักเสบ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยผ่านพ้นภาวะวิกฤตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด และผู้ป่วยต้องได้รับการวางแผนดูแลอย่างครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจก่อนทำหัตถการและหลังทำหัตถการ และมีการวางแผนการจำหน่ายให้คำแนะนำ ครอบคลุมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานปลอดภัย สามารถกลับไปดำรงชีวิตอย่างเป็นปกติ

## นิ่วในท่อน้ำดี (Common Bile Duct stones)

### ความหมายของโรค

นิ่วในท่อน้ำดี (Common Bile Duct stones) เป็นนิ่วที่เกิดในท่อน้ำดี มักอยู่ส่วนปลายท่อน้ำดีก่อนเข้าสู่ลำไส้เล็ก พบประมาณ 10-20% ของนิ่ว มีลักษณะเป็นก้อนคล้ายหินหรือตะกอนดิน เกิดจากการเปลี่ยนแปลงหรือเสียสมดุลของ น้ำดี(bile) เช่น มีไขมัน cholesterol มากไป มีสารเม็ดสี pigment material มาก หรือมีการลดลงของเกลือน้ำดี(bile acids) ซึ่งเป็นสารที่ช่วยละลายน้ำดี(detergent-like substances) ทำให้ไขมัน cholesterol อยู่ในรูปแบบที่ละลายน้ำ(solution form) เกิดการตกผลึกเป็นนิ่วได้ (สรราชย์ กาญจนลาภ, 2564)

### พยาธิสภาพของโรค

ถุงน้ำดีมีหน้าที่ในการเก็บสะสมน้ำดี เมื่ออาหารที่มีไขมันเป็นส่วนประกอบถูกลำไส้เล็กเข้ามาในลำไส้เล็ก โดยถุงน้ำดีจะบีบตัวได้ประมาณ 50 มิลลิลิตร และยังมีหน้าที่ในการทำให้น้ำดีที่ผลิตจากตับ เข้มข้นมากขึ้น ความไม่สมดุลของน้ำดี การตกผลึกของหินปูน หรือ cholesterol ที่อยู่ในน้ำดี การติดเชื้อของทางเดินน้ำดี อาจทำให้เกิดก้อนนิ่วในถุงน้ำดี (ชญาดา เกตุรัตน์กุล, 2561)

เมื่อมีนิ่วมาอุดกั้นท่อน้ำดี จะทำให้เกิดความดันในท่อน้ำดีเพิ่มขึ้น ทั้งถุงน้ำดีและท่อน้ำดีจะบีบตัวอย่างแรงเพื่อขับน้ำดีออกมา จึงทำให้เกิดอาการปวดท้อง ปวดบิดจากการอุดกั้นของนิ่วไปขวางการไหลของน้ำดี ทำให้ Billirubin ไปคั่งอยู่ในเซลล์ตับและถูกดูดซึมกลับเข้ากระแสเลือดทำให้มีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง การอุดกั้นเป็นเวลานาน เกิดการสะสมของเชื้อโรค ทำให้เกิดการติดเชื้อของท่อน้ำดี (Cholangitis) (วีระยุทธ โภทประเสริฐ, 2556) รวมไปถึง ถุงน้ำดีอักเสบ ลำไส้ส่วน Ileus อุดตัน และตับอ่อนอักเสบได้ (สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ, 2558)

### สาเหตุ (สรราชย์ กาญจนลาภ, 2564)

นิ่วในท่อน้ำดี มีสาเหตุเกิดมาจากนิ่วที่เกิดจากการหล่นลงมาจากถุงน้ำดี ไม่ได้เกิดจากในท่อน้ำดี (Secondary stones) พบในผู้ป่วยทางแถบตะวันตกและนิ่วที่เกิดในท่อน้ำดีเอง (Primary stones) เป็นนิ่วที่เกิดจากการติดเชื้อและการหยุดนิ่งของน้ำในท่อน้ำดี มักเกี่ยวข้องกับการตีบตันของท่อน้ำดีส่วนปลาย ลักษณะของนิ่วคล้ายโคลน (Mud-like stone) พบในผู้ป่วยทางแถบเอเชีย

โรคนิ่วในท่อน้ำดีแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ

- 2.1. นิ่วแบบไขมัน (cholesterol gallstones) ซึ่งพบประมาณ 80% ของสาเหตุนิ่วในท่อน้ำดี
- 2.2. นิ่วแบบสี (pigment gallstones) โดยมีสารประกอบส่วนใหญ่ได้แก่ หินปูนแคลเซียม (calcium salts) ของสารสี น้ำดี( bile pigments) และสารอื่นๆ พบได้ 20% ของนิ่วทั้งหมด

ปัจจัยเสี่ยงเกิดนิ่วในท่อน้ำดี (สรราชัย กาญจนลาภ, 2564)

1. มีประวัติ หรือ เป็นโรคนิ่วถุงน้ำดี
2. มีประวัติระบบทางเดินน้ำดีเคยได้รับบาดเจ็บ เช่น การทำหัตถการทางการแพทย์ที่ระบบทางเดินน้ำดี เช่น การส่องกล้อง หรือการใช้สายสวนตรวจท่อน้ำดี หรือเคยได้รับอุบัติเหตุรุนแรงที่ตับและระบบทางเดินน้ำดี
3. มีโรคของระบบทางเดินน้ำดีติดพันตั้งแต่เกิด
4. มีโรคคอโตอิมมูน หรือ โรคที่ร่างกายมีภูมิคุ้มกันต้านทานโรคบกพร่อง เช่น โรคเอดส์
5. มีประวัติมีพยาธิในระบบทางเดินอาหาร หรือเคยเดินทางท่องเที่ยวหรืออยู่อาศัยในถิ่นที่มีพยาธิระบบทางเดินอาหาร เช่น พยาธิไส้เดือน

6. พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2-3 เท่า

อาการและอาการแสดง (ชญาดา เกตุรัตน์กุล, 2561)

1. กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ
2. กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการท้องอืด จุกเสียด แน่นท้อง บริเวณใต้ชายโครงขวาและใต้ลิ้นปี่ โดยเฉพาะหลังรับประทานอาหารประเภทไขมัน
3. กลุ่มผู้ป่วยที่มีถุงน้ำดีอักเสบร่วมด้วย
4. กลุ่มผู้ป่วยที่มีการอุดตันท่อน้ำดี ทำให้เกิดอาการตัวเหลือง ตาเหลือง หรือที่เรียกว่า ดีซ่าน

การวินิจฉัยโรค

1. การซักประวัติ มีประวัติปวดท้องบริเวณลิ้นปี่หรือใต้ชายโครงด้านขวา อาการท้องอืด อาหารไม่ย่อย การคลื่นไส้อาเจียน มักจะมีอาการหลังรับประทานอาหารมัน เป็นช่วงเวลากลางคืน 1-2 ชั่วโมง แล้วหายไป จะเป็นต่อเนื่องและรุนแรงขึ้น (สมเดช เจริญสรรพพืช, 2564)
2. การตรวจร่างกาย โดยการตรวจ Murphy's sign test คลำช่องท้อง กดเจ็บที่บริเวณ ชายโครงขวา มีไข้ หนาวสั่น ตัวเหลืองตาเหลือง (ชญาดา เกตุรัตน์กุล, 2561)
3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อสนับสนุนการวินิจฉัย เช่น การตรวจ CBC เพื่อดูภาวะติดเชื้อ การตรวจ LFT เพื่อดูค่าการทำงานของตับ โดยเฉพาะค่า Billirubin ,Alkaline phosphatase และ Amylase อาจจะปกติหรือสูงขึ้นเล็กน้อย (สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ, 2558)
4. การตรวจพิเศษอื่นๆ เช่น การทำ Ultrasound เพื่อยืนยันว่าเป็นโรคท่อน้ำดีอุดตันชนิดใด แต่ถ้าไม่ชัดเจนจะทำการ CT scan ในการตรวจ Ultrasound จะทำการตรวจดูในระบบท่อน้ำดีทั้งหมด ตั้งแต่ท่อน้ำดีในตับ ท่อน้ำดีนอกตับ บริเวณส่วนหัวของตับอ่อน เพื่อดูว่ามีลักษณะติดพัน หรือมีการอุดตันหรือไม่ โดยจะดูขนาดของท่อน้ำดี ซึ่งไม่ควรเกิน 6 มิลลิเมตร (ชญาดา เกตุรัตน์กุล, 2561)

### การรักษา (ชญาดา เกตุรัตน์กุล, 2561)

1. การให้ยาปฏิชีวนะ มักเป็นการให้ยาทางหลอดเลือดดำ ซึ่งชนิดยาปฏิชีวนะจะเป็นยาในกลุ่มที่ครอบคลุมการติดเชื้อแบคทีเรียได้หลายชนิดพร้อมกันที่เรียกว่า Broad-spectrum antibiotics นำไปก่อน หลังจากนั้นเมื่อผลการตรวจระบุชนิดเชื้อแบคทีเรียสาเหตุได้แล้ว แพทย์จึงพิจารณาปรับเปลี่ยนชนิดยาปฏิชีวนะ

2. การรักษาแก้ไขการอุดตันของท่อน้ำดี ซึ่งจะเลือกใช้วิธีการใดจะขึ้นกับ สภาพร่างกายผู้ป่วย และดุลพินิจของแพทย์ เช่น

- การส่องกล้องตรวจ/รักษาระบบทางเดินน้ำดีด้วยเทคนิค Endoscope Retrograde Cholangio Pancreatography (ERCP) ซึ่งอาจมีการใส่ท่อขยายทางเดินน้ำดี การระบายน้ำดีที่คั่งอยู่ ออกจากท่อน้ำดีผ่านทางหน้าท้อง

- การสลายนิ่วท่อน้ำดีด้วยคลื่นเสียง Acoustic shock waves

- การผ่าตัดเอานิ่วในถุงน้ำดีออก มี 2 วิธี คือ การผ่าตัดเปิดหน้าท้อง (Open Cholecystectomy : OC) เลือกใช้ในผู้ป่วยที่ถุงน้ำดีอักเสบ แดกทะลุในช่องท้อง และการผ่าตัดถุงน้ำดี ทางกล้องวิดิทัศน์ (Laparoscopic cholecystectomy : LC)

3. การรักษาประคับประคองตามอาการ

การพยาบาลผู้ป่วยนิ่วในท่อน้ำดีร่วมกับท่อน้ำดีอักเสบที่ได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้องทางเดินน้ำดี และตับอ่อน (Endoscope Retrograde Cholangio Pancreatography : ERCP) (ชญาดา เกตุรัตน์กุล, 2561)

#### 1. การปฏิบัติการพยาบาลก่อนการตรวจ

1.1 การเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจ โดย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอน วิธีการตรวจ ตั้งแต่แพทย์เริ่ม พยายามทำให้บริเวณในคอไม่มีความรู้สึก ½-1 ชั่วโมง อาจรู้สึกแสบ บริเวณลำคอ ผู้ป่วย จะได้รับการจัดท่า นอนตะแคงซ้าย ใส่อุปกรณ์กันลิ้นตก (oral airway) ทำขณะใส่คือแหงนศีรษะและเงยคาง ขณะแพทย์ใส่อุปกรณ์ เข้าไปในปากให้ผู้ป่วยกลืน ระยะเวลาการตรวจ ½-1 ชั่วโมงเพื่อคลายความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือใน ขณะที่แพทย์ทำการตรวจ

1.2 การเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย โดย

- 1) ตรวจสอบชื่อ นามสกุล ชักประวัติเกี่ยวกับโรคประจำตัว
- 2) ถ้าผู้ป่วยได้ยาละลายลิ่มเลือด ให้งดยา 7 วันก่อนทำการส่องกล้อง
- 3) ชักประวัติการแพ้สารทึบรังสี ไอโอดีนหรืออาหารทะเล หากมีต้องรายงานแพทย์
- 4) ดูแลให้ผู้ป่วยงดอาหารและน้ำดื่มทุกชนิดทางปากก่อนตรวจ 8 ชั่วโมง ยกเว้นยา ลดความดันโลหิตถ้าต้องรับประทานให้ดื่มน้ำเพียงเล็กน้อย เพื่อป้องกันการสำลัก
- 5) ดูแลให้ผู้ป่วยแปรงฟัน และบ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปาก เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ของช่องปาก และทางเดินหายใจส่วนต้น ถอดฟันปลอมในเช้าวันตรวจเพื่อป้องกัน ฟันปลอมหลุดอุดตันทางเดินหายใจ
- 6) ให้ผู้ป่วยถอดเครื่องประดับที่เป็นโลหะออก เนื่องจากถ้ามีการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า โลหะจะเป็น ตัวนำไฟฟ้าและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้
- 7) ดูแลให้ยา และสารน้ำก่อนเข้ารับการตรวจตามแผนการรักษา
- 8) แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยปัสสาวะก่อนไปห้องตรวจ

## 2. การปฏิบัติการพยาบาลหลังการตรวจ

2.1 ประเมินความรู้สึกตัว จัดท่านอนให้สบายในท่า Fowler's Position เพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัว ช่วยให้มีการระบายของสารเหลวจากกระเพาะอาหารหรือจากถุงน้ำดีร่วมดีขึ้น และในขณะที่หายใจเข้ากระบังลมมีการหดตัวและเคลื่อนต่ำลง ทำให้ช่องอกกว้างขึ้น ปอดขยายตัวได้ดีขึ้น

2.2 วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง จากนั้นวัดทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนสัญญาณชีพคงที่ เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการตรวจ เช่น การทะลุของทางเดินอาหาร การมีเลือดออก ภาวะขาดออกซิเจน ถ้ามีความผิดปกติของสัญญาณชีพควรรายงานแพทย์

2.3 ประเมินหน้าท้อง อาการจุกแน่น ไม่สบาย การหายใจ

2.4 ดูแลให้ยาบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษา

2.5 ดูแลให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อในท่อน้ำดีตามแผนการรักษาของแพทย์

2.6 ดูแลให้สารอาหาร สารน้ำ และอิเล็กโทรลัยท์ทางหลอดเลือดดำ เนื่องจากในระยะแรกหลังผ่าตัดแพทย์มีแผนการรักษาให้ดื่มน้ำอาหาร

2.7 บันทึกปริมาณสารเหลวที่ร่างกายได้รับและสารเหลวที่ร่างกายขับออกอย่างถูกต้อง

2.8 ช่วยเหลือกิจกรรมในช่วงแรก จัดของให้ใกล้มือผู้ป่วย กระตุ้นให้เคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด (Early ambulation) เริ่มจากการหายใจ ไอ อย่างมีประสิทธิภาพ การพลิกตะแคงตัว ลุกนั่งห้อยขาข้างเตียง ยืน และเดินตามลำดับ เพื่อกระตุ้นลำไส้ ลดอาการท้องอืด

2.9 แนะนำให้ญาติใกล้ชิดมาเยี่ยมเยียนผู้ป่วยอยู่เสมอ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขและมีกำลังใจ ตลอดจนช่วยลดความวิตกกังวลได้

การประเมินภาวะสุขภาพตามแบบประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แนวคิดของ NANDA-I ในแบบแผนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แบบแผนที่ 2 ภาวะโภชนาการ (nutrition) ในด้านสารน้ำและเกลือแร่ แบบแผนที่ 5 การรับรู้และความเข้าใจ (perception and cognitive) ในด้านการรับรู้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 แบบแผนที่ 9 ความทนและการปรับตัวต่อความเครียด (coping/stress tolerance) แบบแผนที่ 11 ความปลอดภัย/การป้องกัน (safety/protection) ในเรื่องการติดเชื้อ การบาดเจ็บทางร่างกาย การควบคุมอุณหภูมิและแบบแผนที่ 12 ความสบาย (comfort) ในด้านความสบายทางร่างกาย (ชญาดา เกตุรัตน์กุล, 2561)

### การพยาบาลผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูง (อัมพิกา เนาวคุณ, 2561)

1. สอบถามและประเมินทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกันค้นหาสาเหตุและวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ
2. สังเกตการเปลี่ยนแปลงของอาการ อาการแสดง และติดตามประเมินสภาพของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ
3. ดูแลให้รับประทานยาลดความดันตามแผนการรักษา และสังเกตอาการไม่พึงประสงค์ของยา
4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนบนเตียง งดกิจกรรมทุกชนิด
5. ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและครอบครัวทราบถึงโรคที่เป็นอยู่ และแผนการรักษาพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยเป็นระยะๆ พร้อมให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อลดระดับความดันโลหิต รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และระบายความวิตกกังวลต่างๆ
6. แนะนำให้มาพบแพทย์ตามนัด และการสังเกตอาการผิดปกติเพื่อมาพบแพทย์ก่อนนัด

#### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

##### 4.1 สรุปสาระสำคัญ

###### สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 82 ปี อาศัยอยู่จังหวัดสระแก้ว ศาสนาพุทธ สถานภาพ สมรส การศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 4 ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีโรคประจำตัวคือ โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง รับประทานยารักษาที่โรงพยาบาลคลองหาด ได้แก่ Enalapril 5 มิลลิกรัม 1 เม็ด หลังอาหารเช้า-เย็น และ Simvastatin 10 มิลลิกรัม 1 เม็ด ก่อนนอน และเคยตรวจพบนิ่วในถุงน้ำดี 15 กรกฎาคม 2565 รักษาต่อที่โรงพยาบาล สมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

ผู้ป่วยให้ประวัติว่า 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยปวดแสบท้องบริเวณใต้ลิ้นปี่ คลื่นไส้อาเจียนเป็นอาหารประมาณ 3 ครั้ง จึงไปโรงพยาบาลชุมชน รับประทานยาลด อาหารปวดทุเลาจึงกลับบ้าน 5 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ปวดแสบท้องบริเวณใต้ลิ้นปี่มากขึ้น อาเจียน 4-5 ครั้ง จึงไปโรงพยาบาลชุมชน พร้อมส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC,BUN,Cr,Electrolyte,LFT รวมถึงเอ็กซเรย์ปอด และส่งต่อมารักษา โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

แรกวันที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงและรับไว้ในการดูแล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง หายใจไม่มีหอบเหนื่อย สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 144/66 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์ มีอาการปวดจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ระดับความปวดเท่ากับ 8 คะแนน แพทย์มีคำสั่งให้ดื่มน้ำ-อาหาร ให้สารน้ำ 0.9% NSS 1000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 80 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriazone 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำ วันละ 1 ครั้ง และยาปฏิชีวนะ Metronidazole 500 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง ยาบรรเทาอาการปวด Morphine 3 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ เมื่อมีอาการปวด ทุก 4 ชั่วโมง ยาแก้คลื่นไส้ อาเจียน Plasil 10 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ เมื่อมีอาการคลื่นไส้ ทุก 8 ชั่วโมง ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC,BUN,Cr,Electrolyte,LFT เข้าวันถัดไป และสังเกตอาการทางหน้าท้อง ซึ่งแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นท่อน้ำดีอักเสบ จากนั้นในท่อน้ำดี

หลังรับไว้ในการดูแลวันที่ 2 แพทย์ได้ตรวจเยี่ยมผู้ป่วย จึงได้มีคำสั่งให้เตรียมความพร้อมสำหรับการผ่าตัดโดยการส่องกล้องตรวจท่อน้ำดี และตับอ่อน (Endoscope Retrograde Cholangio Pancreatography : ERCP) พยาบาลเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยให้ข้อมูล การผ่าตัด อธิบายวัตถุประสงค์ของการผ่าตัดและแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด ผู้ป่วยและญาติ รับทราบและเข้าใจ พร้อมลงนามยินยอมผ่าตัด

หลังรับไว้ในการดูแลวันที่ 3 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจไม่หอบเหนื่อย ช่วยเหลือตนเองได้ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 66 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 146/70 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์ ได้รับสารน้ำ 0.9% NSS 1000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 80 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่าปวดจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ลดลง ระดับความปวดเท่ากับ 3 คะแนน งดน้ำ-อาหารหลังเที่ยงคืน และได้รับยาลดความดันโลหิตสูง ได้แก่ Enalapril 5 มิลลิกรัม ทางปาก เข้าวันผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้องตรวจท่อน้ำดี และตับอ่อน (Endoscope Retrograde Cholangio Pancreatography : ERCP) โดยได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (General Anesthesia : GA) ใช้เวลาในการผ่าตัด 30 นาที ผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด เวลา 15.00 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย หายใจเหนื่อย ได้รับออกซิเจนแบบ Canular 3 ลิตร/นาที สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 112/60 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 97 เปอร์เซ็นต์ ได้รับสารน้ำ 0.9% NSS 1000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 80 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่ามีอาการท้องอืด ปวดจุกแน่นท้องเล็กน้อย ระดับความปวด 4 คะแนน

ไม่มีอาการเวียนศีรษะ ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน และให้ผู้ป่วยได้นอนพักบนเตียง แพทย์มีคำสั่งให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriazone 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำ วันละ 1 ครั้ง

หลังรับไว้ในการดูแลวันที่ 4 หลังผ่าตัดวันที่ 1 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจไม่มีหอบเหนื่อย สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 64 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 138/67 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์ ปวดจุกแน่นท้อง ระดับความปวด 3 คะแนน มีอาการท้องอืด ผายลมได้ แพทย์ได้มีคำสั่งให้เริ่มรับประทานอาหารเป็นประเภทเหลว และอ่อนตามลำดับ ผู้ป่วยได้รับยาคลายกล้ามเนื้อ ได้แก่ Tolperisone 50 มิลลิกรัม 1 เม็ด ทางปาก หลังมีอาหาร เช้า, กลางวัน และเย็น

หลังรับไว้ในการดูแลวันที่ 5 หลังผ่าตัดวันที่ 2 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทามตอบรูเรื่อง หายใจไม่มีหอบเหนื่อย สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 62 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 174/85 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์ ระดับความปวด 3 คะแนน ได้รับยาลดความดันโลหิต ได้แก่ Hydralazine 25 มิลลิกรัม 2 เม็ด ทางปาก ทันที และ 1 เม็ด หลังอาหาร เช้า, กลางวันและเย็น ต่อเนื่อง หลังได้รับยาความดันโลหิตลดลงอยู่ในช่วงปกติ 157/84 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการตาพร่ามัว หรือปวดศีรษะ แพทย์ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติ จึงอนุญาตให้กลับบ้าน ผู้ป่วยได้รับยากลับบ้าน ได้แก่ Cefixime 100 มิลลิกรัม 2 เม็ด ทางปาก หลังมีอาหารเช้าและเย็น , ยา Losec 20 มิลลิกรัม 1 เม็ด ทางปาก ก่อนมีอาหารเช้าและเย็น และยา Paracetamol 500 มิลลิกรัม 1 เม็ด ทางปาก เมื่อมีอาการปวด ทุก 4-6 ชั่วโมง ได้รับใบนัดติดตามอาการ ที่ห้องตรวจศัลยกรรมทั่วไป อาคารผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สระแก้ว 2 สัปดาห์หลังจากกลับบ้าน คือ วันที่ 22 พฤศจิกายน 2566 พร้อมส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ LFT และ Amylase ก่อนพบแพทย์ ก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจไม่มีหอบเหนื่อย สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 160/70 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์ รวมระยะเวลาในการดูแล 5 วัน

#### 4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาสถิติ ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ
2. เลือกเรื่องที่จะศึกษา และกรณีศึกษาจากผู้ป่วยที่มาใช้บริการ
3. ศึกษารวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวกับกรณีศึกษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจร่างกาย ประเมินสภาพผู้ป่วย และแผนการดูแลรักษาของแพทย์
4. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ วารสารที่เกี่ยวข้อง และประสบการณ์
5. ปรึกษาพยาบาลชำนาญการและศัลยแพทย์ผู้รักษา
6. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม และวิเคราะห์ปัญหา
7. วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม
8. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล และประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่กำหนด
9. สรุปกรณีศึกษา วิจารณ์ และให้ข้อเสนอแนะ
10. จัดทำเอกสาร พิมพ์ตรวจสอบความถูกต้อง

#### 4.3. เป้าหมายของงาน

เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคนี้ในท่อน้ำดีร่วมกับท่อน้ำดีอีกเสบที่ได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้องตรวจท่อน้ำดี และตับอ่อน (Endoscope Retrograde Cholangio Pancreatography : ERCP) ให้ได้รับความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

#### 5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

##### 5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

การพยาบาลผู้ป่วยโรคนี้ในท่อน้ำดีร่วมกับท่อน้ำดีอีกเสบที่ได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้องตรวจท่อน้ำดี และตับอ่อน (Endoscope Retrograde Cholangio Pancreatography : ERCP) จำนวน 1 ราย รับไว้ในการดูแลตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2566 เวลา 12.35 น. ถึงวันที่ 5 พฤศจิกายน 2566 เวลา 13.00 น. รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 5 วัน

##### 5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

1. ผู้ป่วยโรคนี้ในท่อน้ำดี ได้รับการดูแลที่ถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาล ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง
2. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคนี้ในท่อน้ำดี

#### 6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคนี้ในท่อน้ำดีร่วมกับท่อน้ำดีอีกเสบที่ได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้องตรวจท่อน้ำดี และตับอ่อน (Endoscope Retrograde Cholangio Pancreatography : ERCP)
2. ใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคนี้ในท่อน้ำดีร่วมกับท่อน้ำดีอีกเสบที่ได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้องตรวจท่อน้ำดี และตับอ่อน (Endoscope Retrograde Cholangio Pancreatography : ERCP) ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
3. เป็นแนวทางประกอบการนิเทศงานบุคลากรทางการพยาบาล



### 7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

1. ผู้ป่วยสูงอายุ มีญาติซึ่งเป็นผู้สูงอายุ อายุใกล้เคียงกัน จึงทำให้ผู้ป่วยและญาติรับข้อมูลได้ไม่ครบถ้วน
2. ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด

### 8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยและญาติเป็นผู้สูงอายุ ทำให้ได้รับข้อมูลในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดไม่ครบถ้วน ทำให้ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง

### 9. ข้อเสนอแนะ

1. จัดให้มีการเข้ากลุ่มเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด ให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดตั้งแต่ก่อนมาอนโรพยาบาล โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ อย่างเช่นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้สูงอายุ
2. ควรจัดทำสื่อการสอนการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดที่เข้าใจง่าย ให้ผู้ป่วยและญาติสามารถทบทวนได้ด้วยตนเอง เช่น แผ่นพับ
3. ควรส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนสำคัญในการดูแล การพูดคุยให้กำลังใจ การรักษาอย่างต่อเนื่อง ฝ้าระวังและสังเกตอาการผิด และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคได้
4. หน่วยงานต้องจัดให้มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยโรคนี้ในท่อน้ำดีร่วมกับท่อน้ำดีอีกเสบที่ได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้อง Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP)


### 10. การเผยแพร่ผลงาน

ประชุมวิชาการประจำเดือนในหน่วยงานหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง

### 11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

- 1) นางสาววิลาสินี มลิजार ผู้เสนอมีส่วนของผลงาน ร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

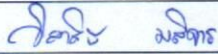
(ลงชื่อ)  .....

(นางสาววิลาสินี มลิजार)

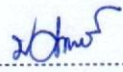
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ  
(วันที่) 7 / ธันวาคม / 2566


ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาววิลาสินี มลิजार	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)   
 (นางนงลักษณ์ บัวเรือง)  
 (ตำแหน่ง) หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง  
 (วันที่) 3 / 8 ก.ค. / 2567  
 ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)   
 (นางสาวรัตนา ด่านปรีดา)  
 (ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ)  
 (วันที่) 4 / 8 ก.ค. / 2567  
 ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)   
 (นายสมคิด ยืนประโคน)  
 (ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว  
 (วันที่) 17 ม.ค. 2567  
 ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ)   
 (นายธราพงษ์ กัปโก)  
 (ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว  
 (วันที่) 24 / ม.ค. 2567

**แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน  
(ระดับชำนาญการ)**

**1.เรื่อง การพัฒนารูปแบบโปรแกรม Early ambulation ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดถุงน้ำดีทางกล้องวีดีทัศน์  
(Laparoscopic cholecystectomy : LC)**

**2.หลักการและเหตุผล**

โรคนิ่วในถุงน้ำดี (Gall stone) พบได้ประมาณ 5-10% ของประชากรและพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายประมาณ 2-3 เท่า และพบได้มากในคนอายุมาก ส่วนใหญ่พบในคนอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป และพบในคนอายุเกิน 70 ปี พบได้ประมาณ 15-30% และเมื่อเป็นโรคนิ่วในถุงน้ำดีจะมีอาการท้องอืด แน่นท้อง หลังรับประทานอาหาร ปวดท้องใต้ชายโครงขวา และปวดร้าวไปหลัง มีไข้สูงจากการอักเสบของถุงน้ำดี ตัวตาเหลือง ปัสสาวะสีเข้ม คลื่นไส้อาเจียน ถ้าไม่ได้รับการรักษาอาจมีภาวะแทรกซ้อนถึงเสียชีวิตได้ การรักษาโรคนิ่วในถุงน้ำดีโดยการผ่าตัดมี 2 วิธี คือ การผ่าตัดเปิดช่องท้อง (Open cholecystectomy) เป็นการผ่าตัดที่ทำกันมานานและได้ผลดี แต่จะมีแผลใหญ่แผลเดียว ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลหลายวัน และการผ่าตัดโดยการส่องกล้องวีดีทัศน์ (Laparoscopic cholecystectomy) เป็นการผ่าตัดโดยเจาะรู 4 รู เพื่อใส่กล้องวีดีทัศน์แล้วเอานิ่วในถุงน้ำดีออกมาทางรูที่เจาะไว้ ทำให้มีแผลเล็ก 4 จุด เจ็บแผลน้อย และฟื้นตัวได้เร็วกว่า (ชญาดา เกตุรัตน์กุล, 2561)

การลุกเดินจากเตียงภายหลังผ่าตัด (Early post-operative ambulation) เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยควรปฏิบัติให้เร็วที่สุดภายใน 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด โดยเริ่มจากการลุกนั่งบนเตียง การแกว่งขาข้างเดียว การเดิน ตามลำดับ เพราะนอกจากจะช่วยให้อวัยวะต่างๆ ของร่างกายกลับมาทำหน้าที่ตามปกติได้เร็วขึ้น ยังช่วยลดระยะพักฟื้นหลังผ่าตัด และลดระยะเวลาการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (ศิริพรรณ ภมรพล, 2559)

หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว พบผู้ป่วยโรคนิ่วในระบบทางเดินน้ำดี ปี 2564 - ปี 2566 จำนวน 171, 186, 178 ราย ตามลำดับ (ศูนย์สารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว, 2566) ซึ่งได้รับการผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะนอนอยู่นิ่ง สาเหตุจากการปวดท้อง จุกแน่นท้อง และคิดว่าหลังการผ่าตัดไม่ให้ขยับมาก ผู้ป่วยและญาติมักจะถามว่า “ขยับได้หรือไม่” “ลุกนั่งได้หรือไม่” และเนื่องจากผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (General Anesthesia : GA) อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ปอดแฟบ อาการท้องอืด ไม่ผายลม การปวดจุกแน่นท้อง จากการที่ลำไส้ถูกจับต้อง การทำงานของลำไส้ลดลงชั่วคราว อาหารหรือของเหลวต่างๆ เคลื่อนผ่านไม่ได้ตามปกติ ส่งผลทำให้เกิดภาวะลำไส้อุดตัน หรือลำไส้กลืนกัน จึงแสดงออกมาในรูปแบบของอาการปวดท้อง แน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องร่วง ไม่สุขสบาย รับประทานอาหารได้ช้า ต้องการได้รับยาช่วยในการกระตุ้นลำไส้ อาจทำนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่มีอาการรุนแรงได้ ทำให้การนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลเป็นเวลานานมากขึ้น (ศิริพรรณ ภมรพล, 2559)

พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วภายหลังผ่าตัด เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น ในฐานะพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง มีแนวคิดในการพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยสื่อการสอนวิธีการ Early ambulation เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมและลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้

### 3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

#### แนวความคิด บทวิเคราะห์ / แนวคิดข้อเสนอ

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดถุงน้ำดีทางกล้องวีดีทัศน์ (Laparoscopic Cholecystectomy : LC) มักเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ อาการท้องอืด ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ คือ การให้ผู้ป่วยลุกเดินโดยเร็วหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมง พยาบาลมีประสบการณ์ที่แตกต่างกัน การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยไม่ไปในทิศทางเดียวกัน อาจทำให้กระตุ้นผู้ป่วย การให้คำแนะนำ ไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถลุกได้โดยเร็วตามที่ควร ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย ความวิตกกังวล เริ่มทานอาหารได้ช้า ต้องได้รับยากระตุ้นลำไส้ ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลมากขึ้น (ศิริพรรณ ภมรพล, 2559)

ผู้ศึกษาจึงมีแนวคิดในการนำมโนคติหลักทฤษฎีของโอเรียม(Orem's theory) ที่มีเป้าหมายและจุดเน้นเพื่อช่วยบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง และเพิ่มความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเอง โดยมีพยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือ แนะนำ เมื่อบุคคลมีภาวะพร่องในการดูแลตนเอง หรือความพร่องในการดูแลบุคคลที่อยู่ในความรับผิดชอบ ทั้งนี้เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และการฟื้นหายจากความเจ็บป่วย บาดเจ็บ หรือพิการ โดยใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of nursing system) โอเรียม ได้กล่าวถึงระบบพยาบาลว่าเป็นระบบที่ได้มาจากการใช้ความสามารถทางการพยาบาลในการแก้ไขความไม่สมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลของผู้ป่วย การจัดระบบการดูแลให้กับผู้ป่วยที่มีความพร่องในการดูแลตนเอง (ศุภร วงศ์วิญญู, 2564) มาใช้เป็นเครื่องมือในการให้ข้อมูลที่ตรงกันของบุคลากร พัฒนาระบบการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยเหมาะสมกับสภาพแวดล้อม และการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมหญิง

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยหลังผ่าตัดถุงน้ำดีทางกล้องวีดีทัศน์ (Laparoscopic Cholecystectomy : LC)
2. เพื่อเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดถุงน้ำดีทางกล้องวีดีทัศน์ (Laparoscopic Cholecystectomy : LC) ที่เป็นระบบและมีคุณภาพ

#### ระยะเวลาดำเนินการ

เดือน มีนาคม 2567 – พฤษภาคม 2567

#### กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดีทางกล้องวีดีทัศน์ (Laparoscopic Cholecystectomy : LC)
2. พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง

### ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา ทบทวนวรรณกรรมหรืองานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวกับการ Early ambulation
2. ปรึกษาหัวหน้างานหรือผู้ช่วยศัลยกรรมหญิง เพื่อขอความคิดเห็นและคำแนะนำ
3. จัดทำสื่อการสอนเกี่ยวกับการ Early ambulation เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ดังนี้

3.1 การฝึกการหายใจ เพื่อช่วยป้องกันการเกิดปอดอักเสบ หรือปอดแฟบ โดยการนอนหงายชันเข่า ประสานมือไว้ที่หน้าท้อง หายใจเข้าทางจมูกลึกๆยาวๆ จะรู้สึกถึงหน้าท้องที่ป่องออก หายใจออกทางปากจะรู้สึกถึงหน้าท้องที่แฟบลง ทำซ้ำทุก 1 ชั่วโมงหลังผ่าตัดทันที

3.2 การไออย่างมีประสิทธิภาพ ให้นอนหงายชันเข่า ใช้ผ้าห่มหรือหมอน วางบริเวณหน้าท้องเพื่อพยุงแผลผ่าตัด โค้งตัวเล็กน้อย หายใจเข้า ออกลึกๆ 2-3 ครั้ง กลั้นหายใจ 1-2 วินาที แล้วไอออกมาแรงๆ เพื่อขับเสมหะ ทำซ้ำทุก 1 ชั่วโมงหลังผ่าตัดทันที

3.3 การบริหารขา เพื่อการไหลเวียนเลือดของหลอดเลือดส่วนปลาย ป้องกันการเกิดการอุดตันของหลอดเลือดดำ โดยการนอนหงาย ขาเหยียดตรง กระดกข้อเท้าขึ้น ลง ทั้งข้างซ้ายและข้างขวา อย่างน้อยวันละ 100 ครั้ง

3.4 การลุกนั่ง ให้นอนตะแคงไปข้างใดข้างหนึ่ง จากนั้นใช้ข้อศอกและฝ่ามือดันที่นอน แล้วลุกขึ้นนั่ง จะทำให้ปวดแผลน้อยที่สุด จากนั้นจึงขยับตัวมานั่งห้อยขา แก้วขาข้างเตียง ลุกยืนเมื่อไม่มีอาการเวียนศีรษะ และเดินได้ตามปกติ

4. ประชุมชี้แจงพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงให้รับรู้และเข้าใจแนวทางการกระตุ้น Early ambulation ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดีทางกล้องวีดีทัศน์ (Laparoscopic Cholecystectomy : LC) และฝึกให้คำแนะนำให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

5. นำสื่อการสอนไปใช้ในหน่วยงานศัลยกรรมหญิง โดยให้ผู้ป่วยได้ศึกษาก่อนวันผ่าตัด พร้อมอธิบายเมื่อมีข้อซักถาม

### 4.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1.ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดีทางกล้องวีดีทัศน์ (Laparoscopic Cholecystectomy : LC)

2.พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล และผู้ช่วยผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง สามารถดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดีทางกล้องวีดีทัศน์ (Laparoscopic Cholecystectomy : LC)

### 5.ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1.อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับการผ่าตัด เท่ากับ 0

2.พยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง สามารถดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดีทางกล้องวีดีทัศน์ (Laparoscopic Cholecystectomy : LC) ให้ Early ambulation ได้ร้อยละ 100

(ลงชื่อ)  .....

(นางสาววิลาสินี มลิजार)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 7 / สิงหาคม / 2566

ผู้ขอประเมิน