

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยนิ่วในท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องในท่อนทางเดินน้ำดีและตับอ่อนและมีโรคร่วม
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่ 25 เมษายน 2566 ถึงวันที่ 27 เมษายน 2566 รวมระยะเวลาในการดูแล 3 วัน
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

บทนำ

ระบบทางเดินน้ำดีมีหน้าที่หลัก คือ ละลายไขมันในลำไส้เพื่อการย่อยและดูดซึมอาหารลำเลียงของเสียและส่วนที่เหลือไปกำจัดทิ้ง โดยถุงน้ำดี (gallbladder) มีหน้าที่เก็บสะสมน้ำดีที่ถูกสร้างจากเซลล์ตับเมื่อร่างกายต้องการใช้น้ำดี ถุงน้ำดีจะถูกกระตุ้นให้บีบตัวและขับน้ำดีลงสู่ท่อน้ำดีรวม (common bile duct) และรวมกับท่อนตับอ่อน (pancreatic duct) เรียกว่า ampulla of Vater เปิดเข้าสู่ลำไส้เล็กส่วนต้นบริเวณรูเปิดจะมีหูรูดบังคับการหลั่งน้ำดีเรียกว่า sphincter of Oddi ถุงน้ำดีจะบีบตัวเพื่อที่จะนำน้ำดีไปลำไส้เล็กในขณะที่มีการรับประทานอาหาร ระหว่างมื้ออาหาร หรือระหว่างอดอาหาร เพื่อไม่ให้มีน้ำดีคั่งอยู่ในถุงน้ำดีเพราะอาจเกิดการสะสมแต่ถ้าน้ำดีไม่สามารถหลั่งได้ส่งผลให้ความเข้มข้นของสารประกอบต่างๆ ของน้ำดีในถุงน้ำดีเพิ่มขึ้นและมีการตกตะกอนทำให้เกิดความผิดปกติตามมา เช่น การอักเสบการติดเชื้อเป็นต้น ความผิดปกติของทางเดินน้ำดีที่พบได้บ่อย คือ นิ่วในถุงน้ำดี ถุงน้ำดีอักเสบ (Cholecystitis) นิ่วในท่อน้ำดีรวม (common bile duct stone : CBD stone หรือ Choledocholithiasis) ท่อน้ำดีอักเสบ (cholangitis) และมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma) พยาบาลมีบทบาทสำคัญตั้งแต่การประเมินหาสาเหตุที่จะทำให้เกิดความผิดปกติของทางเดินน้ำดีร่วมกับทีมวิชาชีพในการรักษาเพื่อแก้ไข ความผิดปกติของทางเดินน้ำดีการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการตรวจพิเศษ และให้การพยาบาลก่อนและหลัง การทำหัตถการ

กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ งานส่องกล้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว เริ่มเปิดให้บริการรักษาโดยการส่องกล้องท่อนทางเดินน้ำดี ปี 2563 มีผู้ป่วยเข้ารับการส่องกล้องท่อนทางเดินน้ำดี 2564-2566 (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว, 2566) จำนวน 65,118,117 ราย ตามลำดับ พบว่ามีผู้ป่วยที่เป็นนิ่วในท่อนทางเดินน้ำดี (CBD Stone) 52,86,92 รายตามลำดับ ผลของการส่องกล้องในท่อนทางเดินน้ำดีและสามารถถากนิ่วออกจากท่อนทางเดินน้ำดีสำเร็จ จำนวน 19,56,72 ราย และมีผู้ป่วยที่ต้องส่องกล้องท่อนทางเดินน้ำดีซ้ำเนื่องจากนิ่วมีขนาดใหญ่จำนวน 26% และมีจำนวนผู้ป่วยจำนวน 7% ที่พบว่าหลังการส่องกล้องมีปัญหาท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน ดังนั้นพยาบาลงานส่องกล้องจึงต้องมีการพัฒนาทักษะความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการส่องกล้องท่อนทางเดินน้ำดีและตับอ่อน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการส่องกล้องอย่างปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยการเลือกเครื่องมือที่เหมาะสม การดูแลกล้องส่องตรวจให้ได้มาตรฐาน การจัดทำที่ถูกต้องให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย และเป็นไปตามมาตรฐาน ดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่องทั้งก่อนการส่องกล้อง ขณะส่องกล้อง และหลังการส่องกล้อง

โรคนิ่วในท่อน้ำดี

ความหมายของโรค (อภิรักษ์ สุขเจริญ, 2556)

นิ่วในท่อน้ำดีรวม (Common bile duct stone หรือ Choledocholithiasis) เมื่อมีนิ่วอุดตันท่อน้ำดีร่วม ทำให้แรงดันในท่อน้ำดีเพิ่มขึ้น ถุงน้ำดีบีบตัวอย่างรุนแรงเพื่อขับน้ำดีออก ทำให้เกิดอาการปวด ท้องแบบบิดเฉียบพลัน (biliary colic หรือ colicky pain) อาจทำให้ท่อน้ำดีอุดตันอย่างสมบูรณ์หรือบางส่วน ทำให้น้ำดีคั่งในเซลล์ตับและถูกดูดซึมกลับเข้าสู่กระแสเลือด ทำให้เกิดอาการตัวเหลือง ตาเหลือง อุจจาระที่ ออกมามีสีซีด ปัสสาวะมีสีเข้ม การอุดตันของนิ่วทำให้น้ำดีคั่งค้างและเกิดการติดเชื้อตามมา

พยาธิสภาพ (อภัย สุขเจริญ, 2556)

พบได้ทั้งขนาดเล็กหรือใหญ่ เม็ดเดียวหรือหลายเม็ด พบได้ร้อยละ 6-12 ในผู้ป่วยที่มีนิ่วในถุงน้ำดี และจะเพิ่มตามอายุ ดังเช่น ร้อยละ 20-25 ของผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปีที่มีนิ่วในถุงน้ำดีจะพบนิ่วในท่อน้ำดีร่วมด้วย ในผู้ป่วยทางซีกโลกตะวันตก นิ่วในท่อน้ำดีส่วนใหญ่เกิดจากนิ่วในถุงน้ำดีที่หลุดลงมาผ่าน cystic duct เรียกว่า secondary stones ในขณะที่ผู้ป่วยทางแถบเอเชียเป็นนิ่วแบบ primary stones ที่เกิดจากติดเชื้อและการหยุดนิ่วในท่อน้ำดีลักษณะนิ่วเป็น brown pigment stones สาเหตุ การเกิดมักเกี่ยวกับการตีบตันของท่อน้ำดีส่วนปลาย เช่น biliary stricture, papillary stenosis หรือเนื้องอก อากาศของนิ่วในท่อน้ำดีอาจไม่มีและจะพบโดยบังเอิญแต่บางครั้งทำให้เกิดการอุดตันแล้วเกิด cholangitis หรือ gallstone pancreatitis ก็พบได้อาการคลื่นไส้อาเจียนพบได้บ่อยร่วมกับตัวเหลืองตาเหลืองบางที่อาจจะเป็นๆ หายๆ เนื่องจากนิ่วไม่ได้อุดตันถาวรหรือหลุดผ่านไปในลำไส้ ทำให้อาการต่างๆ หายไปเองแต่ถ้ามีการอุดตันจะทำให้ผู้ป่วยตัวเหลืองตาเหลืองมากขึ้น ผลเลือดจะพบว่ามี bilirubin, alkaline phosphatase และ transaminases สูง ขึ้นแต่ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยนิ่วในท่อน้ำดี ผลเลือดการทำงานของตับอยู่ในเกณฑ์ปกติเครื่องมือที่ช่วยในการวินิจฉัยโรคที่สำคัญ คือ การทำ ultrasound ช่องท้อง ถ้าพบว่าท่อน้ำดีขนาดใหญ่กว่า 8 มม. ในผู้ป่วยที่เป็นนิ่วในถุงน้ำดีร่วมกับอาการ biliary pain และตัวเหลืองตาเหลืองให้สงสัยว่ามีนิ่วในท่อน้ำดี การทำ MRC (magnetic resonance cholangiography) จะช่วยให้ลักษณะกายวิภาคของท่อน้ำดีและตรวจดูนิ่วในท่อน้ำดี ได้อย่างแม่นยำ (sensitivity 95%, specificity 89%) การทำ endoscopic cholangiography ถือเป็นมาตรฐานในการวินิจฉัยว่ามีนิ่วในท่อน้ำดีหรือไม่ และยังสามารถทำการดึงนิ่วออกได้ในคราวเดียวกัน ถ้าเป็นแพทย์ผู้ชำนาญแล้วจะสามารถทำได้ผลสำเร็จถึงร้อยละ 90 และมีภาวะแทรกซ้อนได้ไม่ถึงร้อยละ 5

อาการและอาการแสดง (อรอนงค์ ทัพสุวรรณ์, 2559)

เมื่อตับอ่อนสร้างน้ำดีมาเก็บไว้ที่ถุงน้ำดีถุงน้ำดีทำหน้าที่ให้น้ำดีเข้มข้นและเป็นที่พักน้ำดีเมื่อเรารับประทานอาหารผ่านปากลงมาในกระเพาะอาหารและต่อเนืองมาที่ลำไส้เล็ก ลำไส้เล็กจะสร้าง ฮอร์โมนไปกระตุ้นให้ถุงน้ำดีบีบตัวน้ำดีก็จะไหลเข้ามาที่ลำไส้เล็กส่วนต้นเพื่อแตกย่อยไขมันที่เรารับประทานเข้าไปให้เป็นโมเลกุลเล็กๆ แล้วสามารถซึมเข้าสู่กระแสเลือดได้การอุดตันในท่อน้ำดี สามารถเกิดขึ้นได้ทุกบริเวณตรงไหนก็ได้ในระบบน้ำดีเมื่อท่อน้ำดีอุดตันจะทำให้เกิดอาการดีซ่าน คือ อาการที่น้ำดีแผ่ซ่านทั่วร่างกายไปอยู่ที่เยื่อปอด น้ำปัสสาวะอาการของท่อน้ำดีอุดตัน ที่เกิดจากก้อนนิ่ว จะเกิดอาการปวดท้องช่วงตรงกลางท้องตรงเหนือสะดือระหว่างสะดือกับลิ้นปี่ จะเกิดปวดกลางท้อง ร้าวไปที่หลังเกิดอาการดีซ่าน ตัวเหลือง ตาเหลือง ปัสสาวะสีเข้มขึ้น น้ำดีจะไปสะสมที่ผิวหนังทำให้คันตัว สีเหลืองในน้ำดีในร่างกายที่ทำงานปกติจะออกมากับอุจจาระทำให้อุจจาระมีสีเหลืองหรือน้ำตาลถ้าท่อน้ำดีตันอุจจาระมักจะมีสีซีดเหมือนขี้เถ้า โรคนิ่วท่อน้ำดี สามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

1. โรคนิ่วท่อน้ำดีชนิดไม่มีอาการ (silent stone) พบมากกว่า 50% โดยในคนส่วนใหญ่จะไม่มี อาการใดๆ ซึ่งกลุ่มที่ไม่มีอาการไม่จำเป็นต้องรักษาใดๆ โดยโอกาสที่จะมีอาการประมาณ 1-2 % ใน 10 ปี แรก และลดลงเรื่อย ๆ ประมาณเหลือ 0.5% ต่อปี หลัง 10 ปี

2. โรคนิ่วท่อน้ำดีชนิดมีอาการ (gallstone disease) โดยอาการจะคล้ายโรคลำไส้หรือ โรคกระเพาะมากและจำเป็นต้องรักษาทันทีโดยพบว่าเมื่อผู้ป่วยมีอาการจากนิ่วครั้งแรกแล้วโอกาสเกิดอาการรุนแรง หรือโรคแทรกซ้อนจะสูงมากนั่นคือต้องพิจารณาทำผ่าตัดในรายที่มีอาการทุกราย อาการที่เกิดจากนิ่ว หากปล่อยไว้มักจะมีอาการซ้ำ และอาจมีอาการรุนแรงมากขึ้น ถึงระดับเสียชีวิตได้ 2-3% ต่อปี โดยทั่วไปโรคนิ่วในท่อน้ำ ดีจะพบอาการดังต่อไปนี้

2.1 อาการปวดนิ่วน้ำดี (biliary colic) ส่วนใหญ่ของอาการจะมีอาการปวดเป็นชุดๆ โดยมักปวดที่ท้องด้านบนด้านขวาใต้ซี่โครงและอาจร้าวไปหลังหรือไหล่ด้านขวาได้ อาการปวดนิ่วน้ำดีนั้นมักเกิดจากถุงน้ำดีบีบตัวซึ่งมักมีขณะกินอาหารที่มีไขมัน และดัน นิ่วไปอุดตันทางออกของถุงน้ำดี (cystic duct opening) เมื่อถุงน้ำดีหยุดบีบตัวตามปกติซึ่งมักนานหลายชั่วโมงหลังรับประทานอาหาร นิ่วจะเลื่อนลงมาอยู่ในถุงตามปกติอาการปวดจึงลดลง โดยอาจมีอาการร่วมคือคลื่นไส้ อาเจียน หรือ รับประทานอาหารที่มีไขมันแล้วมีอาการแน่นท้องร่วมด้วย

2.2 อาการที่เกิดจากถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน (acute cholecystitis) การเกิดปวดนิ่วทางเดินน้ำดีบ่อยๆ และมีอุดตันของท่อทางออกถุงน้ำดี (cystic duct blockages) สามารถเป็นมากขึ้นจนถุงน้ำดี อุดตันถาวรและเกิดการอักเสบตามมาของถุงน้ำดีทำให้เกิดอาการตัวเหลือง ตาเหลืองไข้สูง หนาวสั่น ปวดท้องชายโครงขวา ถ้าเป็นมากจะมีความดันเลือดตก กรณีมีถุงน้ำดีอักเสบแล้วอาการปวดมดปวดอยู่นานกว่าและไม่หาย ซึ่งอาจมีใช้ร่วมด้วย จำเป็นต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลให้น้ำเกลือยาแก้ปวด และยารักษาโดยมักต้องผ่าตัดเอาถุงน้ำดีออกโดยการผ่าโดยตรง หรือผ่าโดยการส่องกล้อง เพราะถ้า ปล่อยทิ้งไว้ถุงน้ำดีอาจแตก ซึ่งเป็นภาวะที่เกิดโรคแทรกซ้อนถึงชีวิตได้

2.3 อาการหรือโรคแทรกซ้อนอื่นของนิ่วในท่อน้ำดี (other symptoms) กรณีนิ่วหลุดออกทางออกถุงน้ำดีแล้วค้างในท่อน้ำดีไม่หลุดออกไปในทางเดินอาหาร จะเกิดการอุดตัน ท่อน้ำดีส่วนปลาย (อุดตัน common bile duct) ทำให้เกิดตัวตาเหลืองโดยอาจมีอาการปวด หรือไม่มีก็ได้รวมทั้งส่วนใหญ่จะเกิดการติดเชื้อแทรกซ้อนของทางเดินน้ำดีเกิดอาการไข้หนาวสั่น และปวดตับชัดขึ้นเมื่อกดดู (acute cholangitis) กรณีนี้เกิดการติดเชื้อรุนแรงถึงกับชีวิตได้ จำ เป็นต้องรักษาเร่งด่วน โดยมักรักษาโดยการใส่กล้องส่องกระเพาะลำไส้เล็กใช้เครื่องมือเอานิ่วออก (endoscopic retrograde cholangiopancreatography หรือ ERCP) โดยบางรายยังเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่นภาวะตับอ่อนอักเสบ (pancreatitis) ซึ่งจะปวดท้องรุนแรง หรือมีภาวะท้องอืดท้องมากร่วมด้วย

การวินิจฉัยโรค (อรอนงค์ ทัพสุวรรณ, 2559)

แพทย์วินิจฉัยโรคนิ่วท่อน้ำดีในทุกตำแหน่งได้ด้วยวิธีการเดียวกันคือ จากประวัติอาการ ประวัติการเจ็บป่วยต่างๆ เชื้อชาติ ถิ่นที่อยู่อาศัย การตรวจร่างกาย การตรวจภาพอวัยวะในระบบทางเดินน้ำดีด้วยเอกซเรย์ทั่วไป อัลตราซาวด์ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ และ/หรือเอ็มอาร์ไอ อาจมีการตรวจสืบค้นอื่นๆเพิ่มเติมเช่น การตรวจเลือดซีบีซี/CBC เพื่อวินิจฉัยว่ามีอาการอักเสบติดเชื้อแบคทีเรีย การตรวจปัสสาวะโดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยปวดร้าวไปทีหลังเพื่อแยกจากโรคไต และ/หรือการส่องกล้องตรวจระบบทางเดินน้ำดี ทั้งนี้ขึ้นกับอาการผู้ป่วย สิ่งผิดปกติที่แพทย์ตรวจพบและดุลพินิจของแพทย์

แนวทางการรักษา (ปิตุลักษณะ อิศกุล, 2564)

ก. การรักษาโดยไม่ผ่าตัด : เช่น การเอานิ่วออกโดยการส่องกล้องที่เรียกว่า ERCP คือ การส่องกล้องน้ำดี หรือการใช้กล้องส่องเข้าไปทางปากผ่านหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และผ่านเข้าสู่ลำไส้เล็กส่วนต้นจนถึงตำแหน่งที่ท่อเปิดของน้ำดีในลำไส้เล็ก แล้วฉีดสารทึบแสงและถ่ายภาพเอกซเรย์ วิธีการนี้นับเป็นหัตถการที่จำเป็นที่จะช่วยในการวินิจฉัยและรักษานิ่วในท่อน้ำดี การส่องกล้องท่อน้ำดี หรือ ERCP จะช่วยให้เราพบสาเหตุการอุดตันของท่อน้ำดีได้ว่ามาจากนิ่วหรือจากสาเหตุอื่นๆ หากเป็นสาเหตุที่นิ่ววิธีนี้ก็ช่วยให้เราสามารถลากก้อนนิ่วออกจากท่อน้ำดีได้ โดยแพทย์อาจต้องตัดรูเปิดท่อน้ำดีให้กว้าง เพื่อให้สามารถดึงนิ่วที่ค้างอยู่ให้หลุดออกมา และนอกจากนั้นยังทำให้เราสามารถดูดเอาเซลล์ของท่อน้ำดีมาตรวจเพื่อการวินิจฉัยเรื่องอื่นๆ ได้อีกด้วยและ/หรือการสลายนิ่วด้วยคลื่น ความถี่สูง (Shockwave therapy) ที่เรียกว่า Lithotripsy หรือการสลายนิ่วด้วยการใช้แสงเลเซอร์ ทั้งนี้จะเลือกใช้คลื่นเสียงหรือใช้เลเซอร์ขึ้นกับดุลพินิจของแพทย์

ข. การรักษาโดยผ่าตัด : เช่น การผ่าตัดถุงน้ำดี ผ่าตัดท่อถุงน้ำดี และ/หรือผ่าตัดท่อน้ำดีซีบีดี หรือการใส่ท่อถาวรเพื่อขยายทางเดินน้ำดี (Stent) หลังจากเอานิ่วออกแล้ว ซึ่งการจะเลือกผ่าตัดวิธีใดอยู่ในดุลพินิจของแพทย์
อาการผู้ป่วย สาเหตุ โรคร่วมของตับ ถุงน้ำดี และ/หรือของท่อน้ำดี และสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย

ค. การรักษาประคับประคองตามอาการ : เช่น การให้ยาแก้ปวด ยาบรรเทาอาการคลื่นไส้ ยาปฏิชีวนะ
เมื่อมีการติดเชื้อแบคทีเรียร่วมด้วย และการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเมื่อผู้ป่วยกินได้น้อย

แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยส่องกล้องท่อทางเดินน้ำดี (ทัศนีย์ ตั้งตรงจิตต์, 2551)

การส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) ในการรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วในท่อน้ำดี ด้วยการใช้เครื่องมือดึงนิ่วออกมาขึ้นขั้นตอนในการเตรียมผู้ป่วยก่อนการส่องกล้องคล้ายคลึงกับการ เตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดซึ่งต้องมีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจรวมทั้งการ เฝ้ารอผู้ป่วยก่อนและหลังการส่องกล้องตรวจ พยาบาลในหอผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) เพื่อให้ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือได้รับอันตรายจากการส่องกล้องตรวจรักษา ท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) โดยมีการใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมต่อไป การพยาบาลผู้ป่วยโรคนิ่วในท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องตรวจท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) ที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วย แบ่งได้เป็น 2 ระยะดังนี้

1. การพยาบาลผู้ป่วยนิ่วในท่อน้ำดีก่อนได้รับการส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน
2. การพยาบาลผู้ป่วยนิ่วในท่อน้ำดีหลังได้รับการส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน

การพยาบาลผู้ป่วยนิ่วในท่อน้ำดีก่อนได้รับการส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน

ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยก่อนได้รับการส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) ประกอบด้วยการประเมินสภาวะร่างกายและจิตใจเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการตรวจรักษา ซึ่งเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เป็นอย่างยิ่ง โดยมีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและ จิตใจ ดังนั้น การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยมากที่สุด ภายหลังจากแพทย์และพยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับ การส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อนและผู้ป่วยลงนามยินยอมในการรับการตรวจรักษาแล้ว พยาบาลจะมีการประเมินสภาพต่างๆ ของผู้ป่วย เพื่อการเฝ้าระวังและรายงานแพทย์ หากพบปัญหาที่อาจมีผลต่อความพร้อมของผู้ป่วยในการเข้ารับการตรวจรักษา รวมทั้งให้การดูแลก่อนการตรวจรักษา ดังนี้

1. ประเมินสัญญาณชีพ เช่น อุณหภูมิร่างกาย ชีพจร การหายใจความดันโลหิต เพื่อเฝ้าระวัง อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

2. ตรวจสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นตามแผนการรักษา เช่น การตรวจCBC,coagulogram, liver function test ในเลือด เป็นต้น สำหรับผู้ป่วยที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป ต้องมีผลการตรวจ chest x-ray และผู้ป่วยที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป ต้องมีผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

3. ตรวจสอบประวัติแพ้ยา แพ้อาหารทะเล หรือแพ้สารทึบรังสีแนะนำให้ผู้ป่วยรายงานแพทย์หรือพยาบาลทราบเนื่องจากการส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) อาจมีการฉีดสารทึบแสงและสารทึบแสงสังเคราะห์มาจากอาหารทะเลเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่อาจเกิดจากการแพ้สารทึบแสงและสามารถจัดเตรียมยาชนิดอื่นแทนได้

4. ตรวจสอบประวัติการรับประทานยาละลายลิ่มเลือด เช่น aspirin, plavix เป็นต้น และดูแล ให้ผู้ป่วยงดยาดังกล่าวอย่างน้อย 7 วัน ก่อนตรวจเพื่อป้องกันการตกเลือด

5. ชักประวัติเกี่ยวกับ โรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น สำหรับสตรีหากมีครรภ์แนะนำให้ผู้ป่วยรายงานแพทย์ทราบก่อนการรักษาเพราะต้องมีการใช้สารทึบรังสีในการตรวจ

1. ดูแลให้ผู้ป่วยงดการรับประทานอาหารและน้ำอย่างน้อย 6 – 8 ชั่วโมงโดยอธิบายให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการทำให้กระเพาะอาหารว่าง เพื่อป้องกันการอุดตันของทางเดินหายใจที่อาจเกิดขึ้นจากการอาเจียนแลสลักเอาเศษอาหารเข้าไปขณะส่องกล้องตรวจ

2. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยทำความสะอาดปากและฟัน เพื่อป้องกันการติดเชื้อของช่องปากและทางเดินหายใจส่วนต้น หากมีฟันโยกคลอนให้แจ้งพยาบาลทราบทันทีและหากผู้ป่วยสวมฟันปลอม ชนิดทั้งชุดหรือชนิดไม่ติดแน่นบางส่วน ให้ถอดออกในวันตรวจเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุด และการอุดต้นทางเดินหายใจ

3. ดูแลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ที่แขนขวา เนื่องจากผู้ป่วยต้องนอนตะแคงซ้าย ขณะทำการตรวจและอาจจำเป็นต้องได้ยาปฏิชีวนะก่อนรับการตรวจ

4. ดูแลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับยาต่างๆ ตามแผนการรักษาเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการตรวจ เช่น ผู้ป่วยบางรายจะได้รับการพ่นยาชาบริเวณคอ เพื่อให้ลำคอหมดความรู้สึกเจ็บชั่วคราวขณะทำการส่องกล้อง หรืออาจได้รับการพิจารณาให้ยาแก้ปวดทางหลอดเลือดดำ ตามความเหมาะสม การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ เนื่องจากการส่องกล้องตรวจท่อน้ำดีและตับอ่อน เป็นการตรวจโดยใช้เทคโนโลยีแผนใหม่ อาจทำให้ผู้ป่วยรวมทั้งครอบครัวมีความวิตกกังวล การให้กำลังใจและการให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ ผู้ป่วยและครอบครัว เช่น การอธิบายเกี่ยวกับขั้นตอนของการตรวจอย่างคร่าวๆ และบทบาททีมสุขภาพในการดูแลอย่างใกล้ชิด จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและความมั่นใจในการดูแลรักษามากขึ้นลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวลงการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวระหว่างการตรวจส่องกล้องตรวจท่อน้ำดีและตับอ่อน

การพยาบาลผู้ป่วยนิวในท่อน้ำดีขณะได้รับการส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน

เป็นการดูแลที่เกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยได้รับการย้ายเข้าห้องส่องกล้องและได้รับยาระงับความรู้สึกโดยวิสัญญีแพทย์จนถึงผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังห้องพักรักษาหรือหอผู้ป่วยวิกฤต บทบาทพยาบาลห้องส่องกล้องในระยะส่องกล้อง แบ่งการปฏิบัติหน้าที่เป็น 2 หน้าที่ ได้แก่

ก. ปฏิบัติหน้าที่พยาบาลช่วยเหลือรอบนอก ดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพ พูดคุยซักถามผู้ป่วยด้วยวาจาสุภาพ อ่อนโยน เสียงดังฟังชัด และมีความนุ่มนวล โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มาด้วยอาการหุดหืด ยืนลดลง หรือหุด

2. ทบทวนข้อมูลในแบบบันทึกการตรวจสอบการระบุตัวผู้ป่วย ตรวจสอบผู้ป่วยให้ถูกคนร่วมกับ ศัลยแพทย์และทีมวิสัญญีโดยใช้แบบ Surgical Safety Checklist ซึ่งจะมีการตรวจสอบ 3 ระยะ ได้แก่ก่อนผู้ป่วยดมยาสลบ ก่อนศัลยแพทย์ส่องกล้อง และก่อนเสร็จสิ้นการส่องกล้อง

3. เคลื่อนย้ายผู้ป่วยมาที่ห้องผ่าตัดด้วยความระมัดระวัง และให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย โดยเตรียมบุคลากรในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างน้อย 2 คน ขณะย้ายผู้ป่วยมานอนยังเตียงผ่าตัด และแจ้งให้ผู้ผู้ป่วยทราบก่อนยึดตรึงด้วยอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อป้องกันการพลัดตกเตียง เช่น เข็มขัดรัดตัว ผ้ารัดแขนแบบลำตัว เป็นต้น หากผู้ป่วยไม่รู้สึกรัดตัวให้จัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับการเคลื่อนย้ายโดยใช้ pad slide ดูแลสายระบายต่างๆที่ติดมากับผู้ป่วยระวังไม่ให้เลื่อนหลุด

4. การเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายในระยะส่องกล้อง

4.1 ประเมินการงดน้ำ งดอาหาร ประวัติแพ้ยาแพ้อาหาร ฟันโยกฟันปลอม ประเมินความยากในการใส่ท่อช่วยหายใจหรือความเสี่ยงในการสลัก ในขั้นตอนการทำ sign in ร่วมกับทีมวิสัญญีเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

4.2 ดูแลการจัดท่าหลังจากใส่ท่อช่วยหายใจบนเปลและย้ายผู้ป่วยมายังเตียงผ่าตัด โดยใช้เจ้าหน้าที่ในการพลิกย้ายผู้ป่วยข้างละ 3 คน มีการใช้อุปกรณ์เสริมเพื่อความปลอดภัยในการจัดท่า เช่น หมอนเจลรองศีรษะ หมอนกอดต้นบริเวณหน้าอก หมอนรองข้อเท้า หมอนเจลรองบริเวณเข่า

4.3 ติดแผ่นสื่อนำไฟฟ้าในตำแหน่งที่เหมาะสม ไม่กดทับบริเวณกระดูก

4.4 ดูแลความอบอุ่นของร่างกายผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ โดยห่มผ้าห่มอุ่น ขณะผู้ป่วยรู้สึกตัวก่อนได้รับยาระงับความรู้สึก หลังจัดทำห้องเครื่องดูแลใช้ผ้าห่มเป่าลมร้อน (forced air warmer) ให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการส่องกล้อง ไม่เปิดเผยร่างกายของผู้ป่วยมากเกินไปจนเกิดความจำเป็น ปรับอุณหภูมิของห้องผ่าตัด 18-24 องศาเซลเซียส หรือให้เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย ควบคุมอุณหภูมิของสารน้ำ ที่ให้ทางหลอดเลือดดำให้มีอุณหภูมิประมาณ 38-39 องศาเซลเซียส ร่วมกับทีมวิสัญญีโดยตรวจสอบการทำงานของเครื่องอุ่นสารน้ำ ให้อยู่ในอุณหภูมิที่ปรับตั้งค่าไว้เพื่อป้องกัน ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ

5. การเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจในระยะเวลาส่องกล้อง

5.1 ประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วย โดยสังเกตอาการแสดงและพฤติกรรมที่บ่งชี้ถึงความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนเริ่มให้ยาระงับความรู้สึก

5.2 ให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาความวิตกกังวลตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละราย พูดคุย สร้างกำลังใจและให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่าอยู่ในความดูแลของทีมส่องกล้องอย่างปลอดภัยตลอดการทำการส่องกล้อง และเป็นการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย รับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยบอกให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มที่เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือในการส่องกล้อง

1. จัดเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการส่องกล้องให้ครบถ้วนและพร้อมใช้งาน เช่น กล้องส่องตรวจ เครื่องจีห้ามเลือด เป็นต้น มีความรู้ในการดูแลและใช้งานอุปกรณ์ต่างๆ ตรวจสอบสภาพของแผ่นนำไฟฟ้า จัดสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัดให้มีความปลอดภัย

2. เตรียมเครื่องเอกเรย์ (Fluoroscope) ให้พร้อมใช้งาน พร้อมสวมเสื้อตะกั่ว

3. เก็บชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาอย่างถูกต้อง โดยยืนยัน ชื่อของชิ้นเนื้อ (specimen) และวิธีการส่งตรวจกับศัลยแพทย์ที่ทำผ่าตัด เพื่อป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นได้

4. ประเมินสภาพผู้ป่วยภายหลังเสร็จสิ้นการส่องกล้อง เช็ดทำความสะอาดบริเวณปากให้เรียบร้อย ตรวจสอบจำนวนฟัน ไม่มีหลุดหรือโยก

5. บันทึกทางการพยาบาลให้ครบถ้วนและถูกต้องลงในแบบบันทึกการพยาบาลในระยะเวลาส่องกล้อง (perioperative nursing record) ให้เรียบร้อย รวมทั้งบันทึกภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างส่องกล้อง หรือหลังส่องกล้อง ส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องรับทราบ โดยเฉพาะอาการที่ผิดปกติหรือสิ่งที่ต้องระวังเป็นพิเศษ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหา จำเป็นต้องบันทึกส่งต่อข้อมูลแบบ Focus Charting ซึ่งเป็นการบันทึกแบบชี้เฉพาะได้แก่ ข้อมูลการประเมินผู้ป่วย (A:Assessment) ข้อมูลปฏิบัติการพยาบาล (I: Intervention) และข้อมูลการประเมินผล (E: Evaluation) เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

ข. ปฏิบัติหน้าที่พยาบาลส่องกล้อง ดังนี้

1. ช่วยเปิดท่อเครื่องมือเครื่องใช้ที่เตรียมไว้ขึ้นวางบนโต๊ะปลอดเชื้อ

2. สวมเสื้อตะกั่วเพื่อป้องกันรังสี สวมเสื้อคลุมปราศจากเชื้อ และถุงมือปลอดเชื้อโดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อตามหลักปฏิบัติอย่างถูกต้อง

3. เตรียมกล้องส่องตรวจและอุปกรณ์ที่ใช้ในการส่องกล้องท่อทางเดินน้ำดี และอุปกรณ์สำหรับหัตถการลากลู นิ่ว ขบนิ่ว ในท่อน้ำดี

4. ยืนยันอุปกรณ์ และขนาดของวัสดุที่ใช้ใส่ในร่างกายผู้ป่วยตามมาตรฐานการพยาบาล(WI) และบันทึกไว้เป็นหลักฐาน

5. เก็บกล้องส่องตรวจและเครื่องมือเพื่อทำความสะอาด และทำให้ปราศจากเชื้อตามมาตรฐานการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ

การพยาบาลระยะหลังส่องกล้อง

1. ประสานงานกับวิสัญญีเพื่อป้องกันผู้ป่วยตื่นจากการให้ยาระงับความรู้สึกก่อนการถอดกล้องส่องตรวจ
2. เตรียมความพร้อมของอุปกรณ์และทีมในการย้ายผู้ป่วยไปที่รณอนก่อนการถอดท่อช่วยหายใจ ใช้ทีมเคลื่อนย้ายข้างละ 3 คน เฝ้าระวังการบาดเจ็บของกระดูกสันหลังส่วนคอ

การส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อนมีความปลอดภัยสูง โอกาสเกิด ภาวะแทรกซ้อนมีน้อยกว่า 0.1% อย่างไรก็ตาม การเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดยังเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อ ประเมิน ปัญหาแทรกซ้อนและให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีการดูแลผู้ป่วยนี้ในท่อน้ำดีหลังได้รับการส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) ในหอผู้ป่วย มีดังนี้

1. ประเมินสัญญาณชีพ เช่น อุณหภูมิกาย ชีพจร การหายใจ ความดันโลหิต เพื่อเฝ้าระวัง อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย
2. ประเมินภาวะแทรกซ้อนและความไม่สุขสบายต่างๆ เช่น ปวดต้นคอ ปวดหลังส่วนบน เป็นต้น หากพบอาการปวดเสียดท้องมาก แน่นหน้าอก มีไข้สูง อูจาระดำหรือมีเลือดออก ต้องรายงานแพทย์ทันทีเพื่อประเมินและให้การช่วยเหลือ
3. ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติให้ รับทราบถึงอาการต่างๆ ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้หลังตรวจดังนี้
 - ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกชา หนๆบริเวณภายในลำคอ ซึ่งเป็นอาการที่เกิดจากฤทธิ์ของยาชา โดยอาการดังกล่าวจะค่อยๆหายไปเองในระยะเวลาไม่นาน
 - ในระหว่างที่ฤทธิ์ยาชาบริเวณภายในลำคอยังไม่หมดไปไม่ควรรับประทานอาหาร หรือดื่มน้ำ หากมีน้ำลายควรบ้วนทิ้งเพื่อป้องกันการสำลัก
 - เมื่อเริ่มหายชาบริเวณภายในลำคอแล้วควรจิบน้ำ น้อยๆก่อนเพื่อทดสอบระบบการกลืนเมื่อปกติแล้วจึงรับประทานอาหารได้และควรรับประทานอาหารเหลว หรืออาหารอ่อน รสไม่จัด ควรหลีกเลี่ยงการดื่มน้ำ หรืออาหารร้อนๆในช่วง 2-3วันแรกหลังตรวจ
 - แนะนำให้ผู้ป่วยให้สังเกตน้ำลายที่บ้วนออกมาอาจมีเลือดปนบ้างเล็กน้อยแต่ถ้ามีเลือดออกมากผิดปกติให้รายงานแพทย์ทันที
 - อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าหลังส่องกล้องอาจจะมีอาการแน่น ท้องอืดจากลมที่แพทย์ ใส่เข้าไปขณะทำการตรวจซึ่งอาการนี้ค่อยๆหายไปได้เองเมื่อผู้ป่วยผายลม

11. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด 24-72 ชั่วโมง ที่หอผู้ป่วยเพื่อประเมินสภาพผู้ป่วย ปัญหาและนำมาวางแผนการดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

กิจกรรมการพยาบาลระยะฟื้นฟู

1. เฝ้าระวังและสังเกตอาการการเกิดภาวะเลือดออก ตับอ่อนอักเสบ การทะลุของอวัยวะในระบบทางเดินอาหาร มีการประเมินและบันทึก สัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง
2. ดูแลภาวะโภชนาการของผู้ป่วย ประเมินภาวะโภชนาการ ประเมินการกลืน ประเมินการทำงานของลำไส้ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ดูแลให้รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ แนะนำให้ญาติจัดอาหารตามที่ผู้ป่วยชอบที่ไม่ขัดกับแผนการรักษา
3. ดูแลความสบายและความปลอดภัย เช่น การนอนหลับ ความสะอาดร่างกายการพละตักทกล้ม
4. ดูแลการขับถ่าย ให้รับประทานอาหารที่มีกากใย ผัก ผลไม้ จัดให้ดื่มน้ำวันละ 2,000-3,000 มิลลิลิตร ให้ยาระบายตามแผนการรักษา กระตุ้นการเคลื่อนไหว (Early Ambulation) ของร่างกายต่อเนื่อง
5. ส่งเสริมด้านจิตใจ โดยประสานผู้ป่วยและญาติ ให้พบแพทย์เพื่อฟังการดำเนินของโรคและแผนการรักษา พร้อมซักถามข้อสงสัย สร้างความมั่นใจ และมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล ให้การพยาบาลอย่างมีมนุษยธรรม ให้กำลังใจ แสดงท่าทีความเข้าใจ ซักถามอย่างสม่ำเสมอ ประคับประคองจิตใจ และจัดหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

กิจกรรมการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

1. ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ได้แก่ สัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท การประเมินกิจวัตรประจำวัน โดยใช้ Barthel Index สถานะด้านอารมณ์และจิตใจ อาหารและยา การสื่อสาร การรับรู้ และการขับถ่าย
2. ประเมินสภาพปัญหาและความต้องการของครอบครัวและผู้ดูแล เกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค ความรู้ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ความพร้อมด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ สภาพแวดล้อมที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อค่านิยมต่างๆ
3. เตรียมพร้อมผู้ป่วยและญาติ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน
4. ส่งต่อและประสานงานเครือข่ายเพื่อติดตามการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
5. การติดตามผู้ป่วยมาตรวจตามนัดและเปิดโอกาสให้ปรึกษาทางโทรศัพท์ได้

ท่อน้ำดีอักเสบ(Cholangitis)

ท่อน้ำดีอักเสบ (Cholangitis) คือ การอักเสบติดเชื้อแบคทีเรียของท่อน้ำดี/ ระบบทางเดินน้ำดี / ท่อทางเดินน้ำดี ซึ่งจัดเป็นการอักเสบติดเชื้อที่รุนแรงจนเป็นสาเหตุให้เสียชีวิตได้สูง โดยเฉพาะในคนที่มาพบแพทย์/ มาโรงพยาบาลล่าช้าท่อน้ำดีอักเสบ พบไม่บ่อยนัก พบทุกเชื้อชาติ พบทุกเพศใกล้เคียงกัน พบทุกอายุตั้งแต่เด็กแรกเกิดไปจนถึงผู้สูงอายุ แต่พบบ่อยกว่าในผู้ใหญ่ในช่วงอายุ 50-60 ปีท่อน้ำดีอักเสบมีหลายชนิด ทั่วไปแบ่งเป็น 3 ชนิด/กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่ ท่อน้ำดีอักเสบตีบแข็ง, ท่อน้ำดีอักเสบปฐมภูมิ, และ ท่อน้ำดีอักเสบจากระบบภูมิคุ้มกันต้านทานโรคผิดปกติ (Immune cholangitis)

-ท่อน้ำดีอักเสบตีบแข็ง (Sclerosing cholangitis ย่อว่า SC) : คือ โรคที่เกิดจากการตีบแข็งของท่อทางเดินน้ำดี/ท่อในระบบทางเดินน้ำดี ร่วมกับมีการอักเสบติดเชื้อแบคทีเรียของท่อน้ำดีเหล่านั้น ซึ่งท่อน้ำดีอักเสบชนิดนี้จะนำไปสู่โรคตับแข็งภาวะตับวาย, และสามารถเปลี่ยนไปเป็นมะเร็งท่อน้ำดีได้ท่อน้ำดีอักเสบตีบแข็ง เป็นโรคพบทุกอายุ ตั้งแต่แรกเกิดไปจนถึงผู้สูงอายุ โรคกลุ่มนี้แบ่งย่อยเป็น 2ชนิด ได้แก่

ชนิดไม่ทราบสาเหตุเกิด หรือเรียกว่า ‘ท่อน้ำดีอักเสบตีบแข็งปฐมภูมิ (Primary sclerosing cholangitis ย่อว่า PSC) : พบได้ประมาณ 10% ของผู้ป่วยในกลุ่มใหญ่นี้ และชนิดทราบสาเหตุเกิด หรือเรียกว่า ท่อน้ำดีอักเสบตีบแข็งทุติยภูมิ (Secondary sclerosing cholangitis หรือ Acquired sclerosing cholangitis) : พบเป็นประมาณ 90%ของผู้ป่วยในกลุ่มใหญ่ ซึ่งสาเหตุ เช่นมีความผิดปกติในระบบภูมิคุ้มกันต้านทานโรค เช่นในผู้ป่วยโรคเอดส์ผลข้างเคียงจากยาบางชนิดที่ฉีดเข้าหลอดเลือดแดง เช่น ยา Floxuridine ผลข้างเคียงจากการบาดเจ็บของท่อน้ำดี เช่น จากอุบัติเหตุต่างๆต่อตับ/ระบบทางเดินน้ำดี, จากการตรวจโรคด้วยการสอดท่อตรวจระบบทางเดินน้ำดี การเกิดนิ่วในระบบน้ำดี ท่อน้ำดีตีบตั้งแต่กำเนิด มะเร็งท่อน้ำดีจากมีพยาธิจากระบบทางเดินอาหาร เช่น พยาธิไส้เดือนไชเข้าไปอยู่ในระบบทางเดินน้ำดี

-ท่อน้ำดีอักเสบทุติยภูมิ (Secondary cholangitis) : เป็นการอักเสบติดเชื้อของท่อน้ำดีที่ทราบสาเหตุ และไม่มีอาการตีบแข็งของท่อน้ำดี เป็นการอักเสบติดเชื้อที่มักเกิดอย่างเฉียบพลัน ชื่ออื่นๆของกลุ่มนี้คือ Ascending cholangitis ย่อว่า AC หรือ Acute cholangitis หรือ Suppurative cholangitis (กรณีมีการอักเสบจนเกิดหนอง) หรือ Simply cholangitis’

สาเหตุ

- มีประวัติ หรือ เป็นโรคนิ่วถุงน้ำดี
- มีประวัติระบบทางเดินน้ำดีเคยได้รับบาดเจ็บ เช่น การทำหัตถการทางการแพทย์ที่ระบบทางเดินน้ำดี เช่น การส่องกล้อง หรือการใช้สายสวนตรวจท่อน้ำดี หรือเคยได้รับอุบัติเหตุรุนแรงที่ตับและระบบทางเดินน้ำดี

- มีโรคของระบบทางเดินน้ำดีตีบตันตั้งแต่เกิด
- มีโรคอโตอิมมูน หรือ โรคที่ร่างกายมีภูมิคุ้มกันต้านทานโรคบกพร่อง เช่น โรคเอดส์
- มีประวัติมีพยาธิในระบบทางเดินอาหาร หรือเคยเดินทางท่องเที่ยวหรืออยู่อาศัยในถิ่นที่มีพยาธิระบบทางเดินอาหาร เช่น พยาธิไส้เดือน

การรักษา

ท่อน้ำดีอักเสบ ซึ่งในระยะแรกจะเป็นการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยแนวทางการรักษา ได้แก่ ก. การให้ยาปฏิชีวนะ: มักเป็นการให้ยาทางหลอดเลือดดำ ซึ่งชนิดยาปฏิชีวนะจะเป็นยาในกลุ่มที่ครอบคลุมการติดเชื้อแบคทีเรียได้หลายชนิดพร้อมกันที่เรียกว่า Broad-spectrum antibiotics นำไปก่อนหลังจากนั้นเมื่อผลการตรวจระบุชนิดเชื้อแบคทีเรียสาเหตุได้แล้ว แพทย์จึงพิจารณาปรับเปลี่ยนชนิดยาปฏิชีวนะ ทั้งนี้ขึ้นกับดุลพินิจของแพทย์

ข. การรักษาแก้ไขการอุดตันของท่อน้ำดี: ซึ่งจะเลือกใช้วิธีการใดจะขึ้นกับ สภาพร่างกายผู้ป่วย และดุลพินิจของแพทย์ เช่น

- การส่องกล้องตรวจ/รักษาระบบทางเดินน้ำดีด้วยเทคนิค ERCP ซึ่งอาจมีการใส่ท่อขยายทางเดินน้ำดี
- การระบายน้ำดีที่คั่งอยู่ออกจากท่อน้ำดีผ่านทางหน้าท้อง
- การสลายนิ่วท่อน้ำดีด้วยคลื่นเสียง Acoustic shock waves
- การผ่าตัดถุงน้ำดี/ท่อน้ำดีที่มีนิ่ว/มีการอักเสบ ซึ่งจะใช้ในกรณีที่การรักษาล้มเหลวจากการให้ยา

ปฏิชีวนะและจากการรักษาด้วย ERCP

ค. การรักษาประคับประคองตามอาการ: เช่น

- การให้สารน้ำ สารอาหารทางหลอดเลือดดำ กรณีผู้ป่วยทางอาหาร ตึมน้ำได้
- การให้ยาลด
- การให้ยาแก้ปวด
- การให้ยาแก้คัน กรณีมีอาการคันเหตุจากภาวะตาเหลือง ตัวเหลือง
- การให้ออกซิเจนเมื่อมีปัญหาทางการหายใจ

การพยาบาล เมื่อพบภาวะท่อน้ำดีอักเสบจากการส่องกล้องทางเดินน้ำดีและตับอ่อน

1. ให้ข้อมูล อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าหลังการส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อนอาจพบภาวะการติดเชื้อในท่อน้ำดีหรือตับอ่อนอักเสบได้ซึ่งส่วนใหญ่จะมีอาการเพียงเล็กน้อย
2. ดูแลบันทึกสัญญาณชีพทุก 8 ชั่วโมง หากสัญญาณชีพผิดปกติให้รายงานแพทย์ทันที
3. ประเมินอาการผิดปกติของผู้ป่วยที่ห้อง เช่น อาการปวดในช่องท้องกดเจ็บ ท้องแข็งตึง เป็นต้น และรายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบอาการผิดปกติ
4. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะเป็น Ceftriaxone 2 gm. OD จำนวน 5 วัน ตามแผนการรักษาประเมินอาการข้างเคียงจากการได้ยาและอาการข้างเคียงของยา
5. ติดตามผลตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ และรายงานแพทย์ เมื่อพบความผิดปกติ การประเมินผลผู้ป่วยไม่มีปวดแน่นท้อง ไม่มีไข้วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 133/76 มิลลิเมตรปรอท O₂ saturation 96% (room air)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

กรณีศึกษา

หญิงไทยอายุ 83 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการ 4 เดือนก่อน (ม.ค.2566) ก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยมีอาการปวดจุกแน่นท้อง คลื่นไส้อาเจียนบ่อยครั้ง แพทย์สั่ง CT พบ Distal CBD Stone ขนาด 1.6 cm. จำนวน 3 ก้อน ผู้ป่วยมีประวัติส่องกล้องท่อทางเดินน้ำดีไป 1 ครั้งเมื่อวันที่ 18 มกราคม 2566 แต่ด้วยขนาดนิ่วที่ใหญ่ทำให้ไม่สามารถลากนิ่วออกมาจากท่อน้ำดีได้หมดแพทย์จึงนัดส่องกล้องท่อน้ำดีและตัดอ่อนซ้ำแพทย์นัดนอนรพ. วันที่ 25 เมษายน 2566 แรกรับรู้สึกตัวดี อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 157/82 มิลลิเมตรปรอท แพทย์สั่งส่องกล้องท่อน้ำดีและตัดอ่อน วันที่ 26 เมษายน 2566

ระยะก่อนส่องกล้อง ติดตามเยี่ยมอาการก่อนส่องกล้องแพทย์ได้เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างละเอียด ความเข้มข้นของเลือด 30 % วิสัญญีตรวจเยี่ยมอาการร่วมด้วย สามารถเข้ารับการส่องกล้องได้ ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7-37.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 72 - 84 ครั้งต่อนาที เต็มสม่ำเสมอ หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 132/78 - 140/88 มิลลิเมตรปรอท O₂ sat 100 % ผู้ป่วยวิตกกังวลเรื่องการส่องกล้องและการได้รับยาระงับความรู้สึก แจ้งแพทย์เจ้าของไข้เพื่อรับทราบปัญหาความวิตกกังวลมีคำสั่งให้ยา Artivan (0.5) 1 เม็ดก่อนนอน สร้างสัมพันธภาพ พูดให้กำลังใจพร้อมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับการส่องกล้องท่อทางเดินน้ำดีและตัดอ่อน และการได้รับยาระงับความรู้สึก พอสังเขป โดยอธิบายด้วยภาษา ที่เข้าใจง่ายเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามจนคลายความวิตกกังวล ผู้ป่วยพร้อมเข้ารับการส่องกล้อง

ระยะส่องกล้อง วันที่ 26 เมษายน 2566 ผู้ป่วยมีการควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ ปกติสามารถนอนหลับพักผ่อนได้ เมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัด ทักทายผู้ป่วย พูดคุยเป็นกันเองและเปิดโอกาสให้ซักถามอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา ตรวจสอบความถูกต้อง วิสัญญีแพทย์พิจารณาให้ยาระงับความรู้สึกแบบ General Anesthesia ก่อนให้ยาระงับความรู้สึกมีการทำ Sign in โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมกับทีมส่องกล้อง จัดท่าผ่าตัดท่อนอนตะแคงกึ่งคว่ำใช้หมอนเจลรองปุ่มกระดูกส่วนต่างๆของร่างกายผู้ป่วย ยึดตรึงด้วยเทปผ้าป้องกันการพลัดตกจากเตียงและเพื่อยึดทำให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ทำ Time out เพื่อทราบชนิดของหัตถการที่ทำร่วมกับทีมและลงบันทึกวัสดุที่เข้าสู่ร่างกายผู้ป่วย เริ่มส่องกล้องเวลา 13.35 น. ศัลยแพทย์ส่องกล้องเข้าบริเวณกระเพาะอาหารใช้สายลวดตัดเปิดท่อทางเดินน้ำดี เพื่อขยายท่อให้กว้างขึ้น ใช้บอลลูนลากนิ่วออกจากท่อทางเดินน้ำดีได้บางส่วนเนื่องจากนิ่วมีขนาดใหญ่และมีลักษณะเป็นโคลน แพทย์จึงพิจารณาใส่สายระบายในท่อน้ำดี 1 เส้น ขนาด 10 Fr. 10 Cm. ใช้ระยะเวลาในการส่องกล้อง 1.30 นาที ขณะส่องกล้องมีการใส่สายเข้าไปรบกวนท่อน้ำดีบ่อยครั้ง ศัลยแพทย์จึงพิจารณา ใส่สายระบายเข้าท่อน้ำดีอีก 1 เส้นขนาด 5 Fr. 7 cm. เพื่อลดภาวะท่อน้ำดีอักเสบ ขณะส่องกล้องไม่มีการบาดเจ็บของอวัยวะใกล้เคียง สัญญาณชีพคงที่ตลอดการส่องกล้อง วิสัญญีแพทย์ถอดเครื่องช่วยหายใจได้ หลังการถอดเครื่องช่วยหายใจผู้ป่วยตื่นดี หายใจปกติ บ่นแน่นท้องเล็กน้อย Pain score = 3 คะแนน มีปัญหาริมฝีปากบวมแตกเล็กน้อยจากการใส่อุปกรณ์กันกัดกล้อง ทายา Terramycin แจ้งผู้ป่วยรับทราบว่าแผลจะหายไปใน 1-2 วัน ผู้ป่วยนอนสังเกตอาการที่ห้องพักฟื้นนาน 1 ชม. จึงย้ายกลับตึกเดิม

ระยะหลังส่องกล้อง วันที่ 27 เมษายน 2566 ติดตามเยี่ยมอาการ 1 วันหลังส่องกล้อง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีช่วยเหลือตนเองได้ ท้องอืด ปวดท้องเป็นบางครั้ง อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบถึงอาการที่อาจเกิดได้หลังการส่องกล้องที่มีการรบกวนท่อน้ำดี ไม่มีอาเจียนหรือไอ ปนเลือด เริ่มทานอาหารอ่อนได้ สัญญาณชีพ ปกติ อุณหภูมิ 36.5-37.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 72 - 94 ครั้งต่อนาที เต็มสม่ำเสมอ หายใจ 16-18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 134/84 - 140/ 86 มิลลิเมตรปรอท กระตุ้นผู้ป่วยออกกำลังกายโดยการเดินรอบเตียง ผู้ป่วยทำได้ดี ไม่มีวิงเวียนศีรษะ ให้คำแนะนำการปฏิบัติตน การสังเกตอาการผิดปกติ การรับประทานอาหาร และการมาตามนัดเพื่อนำท่อระบายที่ทางเดินน้ำดีออก แพทย์อนุญาต กลับบ้าน วันที่ 29 เมษายน 2566 รวมระยะเวลาการดูแล 3 วัน

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

กรณีศึกษา

หญิงไทยอายุ 83 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการ 4 เดือนก่อน (ม.ค.2566) ก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยมีอาการปวดจุกแน่นท้อง คลื่นไส้อาเจียนบ่อยครั้ง แพทย์สั่ง CT พบ Distal CBD Stone ขนาด 1.6 cm. จำนวน 3 ก้อน ผู้ป่วยมีประวัติส่องกล้องท่อทางเดินน้ำดีไป 1 ครั้งเมื่อวันที่ 18 มกราคม 2566 แต่ด้วยขนาดนิ่วที่ใหญ่ทำให้ไม่สามารถลากนิ่วออกมาจากท่อน้ำดีได้หมดแพทย์จึงนัดส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อนซ้ำแพทย์นัดนอนรพ. วันที่ 25 เมษายน 2566 แรกรับรู้สึกตัวดี อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 157/82 มิลลิเมตรปรอท แพทย์สั่งส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน วันที่ 26 เมษายน 2566

ระยะก่อนส่องกล้อง ติดตามเยี่ยมอาการก่อนส่องกล้องแพทย์ได้เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างละเอียด ความเข้มข้นของเลือด 30 % วิสัญญีตรวจเยี่ยมอาการร่วมด้วย สามารถเข้ารับการส่องกล้องได้ ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7-37.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 72 - 84 ครั้งต่อนาที เต็มสม่ำเสมอ หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 132/78 - 140/88 มิลลิเมตรปรอท O₂ sat 100 % ผู้ป่วยวิตกกังวลเรื่องการส่องกล้องและการได้รับยาระงับความรู้สึก แจ้งแพทย์เจ้าของไข้เพื่อรับทราบปัญหาความวิตกกังวลมีคำสั่งให้ยา Artivan (0.5) 1 เม็ดก่อนนอน สร้างสัมพันธภาพ พูดให้กำลังใจพร้อมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับการส่องกล้องท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน และการได้รับยาระงับความรู้สึก พอสั่งเขป โดยอธิบายด้วยภาษา ที่เข้าใจง่ายเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามจนคลายความวิตกกังวล ผู้ป่วยพร้อมเข้ารับการส่องกล้อง

ระยะส่องกล้อง วันที่ 26 เมษายน 2566 ผู้ป่วยมีการควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ ปกติสามารถนอนหลับพักผ่อนได้ เมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัด ทักทายผู้ป่วย พูดคุยเป็นกันเองและเปิดโอกาสให้ซักถามอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา ตรวจสอบความถูกต้อง วิสัญญีแพทย์พิจารณาให้ยาระงับความรู้สึกแบบ General Anesthesia ก่อนให้ยาระงับความรู้สึกมีการทำ Sign in โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมกับทีมส่องกล้อง จัดท่าผ่าตัดทำนอนตะแคงกึ่งคว่ำใช้หมอนเจาะรองปุ่มกระดูกส่วนต่างๆของร่างกายผู้ป่วย ยึดตรงด้วยเทปผ้าป้องกันการพลัดตกจากเตียงและเพื่อยึดทำให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ทำ Time out เพื่อทราบชนิดของเหตุการณ์ที่เข้าร่วมกับทีมและลงบันทึกวัสดุที่เข้าสู่ร่างกายผู้ป่วย เริ่มส่องกล้องเวลา 13.35 น. ศัลยแพทย์ส่องกล้องเข้าบริเวณกระเพาะอาหารใช้สายลวดตัดเปิดท่อทางเดินน้ำดี เพื่อขยายท่อให้กว้างขึ้น ใช้บอลูนลากนิ่วออกจากท่อทางเดินน้ำดีได้บางส่วนเนื่องจากนิ่วมีขนาดใหญ่และมีลักษณะเป็นโคลน แพทย์จึงพิจารณาใส่สายระบายในท่อน้ำดี 1 เส้น ขนาด 10 Fr. 10 Cm. ใช้ระยะเวลาในการส่องกล้อง 1.30 นาที ขณะส่องกล้องมีการใส่สายเข้าไปรบกวนท่อน้ำดีบ่อยครั้ง ศัลยแพทย์จึงพิจารณา ใส่สายระบายเข้าท่อน้ำดีอีก 1 เส้นขนาด 5 Fr. 7 cm. เพื่อลดภาวะท่อน้ำดีอักเสบ ขณะส่องกล้องไม่มีการบาดเจ็บของอวัยวะใกล้เคียง สัญญาณชีพคงที่ตลอดการส่องกล้อง วิสัญญีแพทย์ถอดเครื่องช่วยหายใจได้ หลังการถอดเครื่องช่วยหายใจผู้ป่วยตื่นดี หายใจปกติ บนแน่นท้องเล็กน้อย Pain score = 3 คะแนน มีปัญหาริมฝีปากบนแตกเล็กน้อยจากการใส่อุปกรณ์กันกั๊กกล้อง ทายา Terramycin แจ้งผู้ป่วยรับทราบว่าผลจะหายไปใน 1-2 วัน ผู้ป่วยนอนสังเกตอาการที่ห้องพักฟื้นนาน 1 ชม. จึงย้ายกลับตึกเดิม

ระยะหลังส่องกล้อง วันที่ 27 เมษายน 2566 ติดตามเยี่ยมอาการ 1วันหลังส่องกล้อง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีช่วยเหลือตนเองได้ ท้องอืด ปวดท้องเป็นบางครั้ง อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบถึงอาการที่อาจเกิดได้หลังการส่องกล้องที่มีการรบกวนท่อน้ำดี ไม่มีอาเจียนหรือไอ ปนเลือด เริ่มทานอาหารอ่อนได้ สัญญาณชีพ ปกติ อุณหภูมิ 36.5-37.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 72 - 94 ครั้งต่อนาที เต็มสม่ำเสมอ หายใจ 16-18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 134/84 - 140/ 86 มิลลิเมตรปรอท กระตุ้นผู้ป่วยออกกำลังกายโดยการเดินรอบเตียง ผู้ป่วยทำได้ดี ไม่มีวิงเวียนศีรษะ ให้คำแนะนำการปฏิบัติตน การสังเกตอาการผิดปกติ การรับประทานอาหาร และการมาตามนัดเพื่อนำท่อระบายที่ทางเดินน้ำดีออก แพทย์อนุญาต กลับบ้าน วันที่ 29 เมษายน 2566 รวมระยะเวลาการดูแล 3 วัน

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาสถิติ ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ในหน่วยงานส่งกล้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สระแก้ว
2. เลือกเรื่องที่จะศึกษา และกรณีศึกษาจากผู้ป่วยที่มารับบริการส่งกล้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สระแก้ว
3. ศึกษารวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวกับกรณีศึกษา ประวัติการเจ็บป่วย อาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมา โรงพยาบาล แผนการรักษาของแพทย์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางรังสี แผนการดูแลรักษาของแพทย์ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย
4. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ ตลอดจนปรึกษาแพทย์ผู้รักษา และแพทย์เฉพาะทางนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ และหาแนวทางปฏิบัติการพยาบาล
5. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม และวิเคราะห์ปัญหา
6. วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม
7. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล และประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลตามที่กำหนด
8. สรุปกรณีศึกษา วิเคราะห์ และให้ข้อเสนอแนะ
9. จัดทำเอกสาร พิมพ์ตรวจสอบความถูกต้อง
10. เผยแพร่ผลงานโดยรอดำเนินการนำเสนอที่ประชุมวิชาการ (Oral presentation) ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

4.3. เป้าหมายของงาน

เพื่อให้ผู้ป่วยนิวในท่อน้ำดีที่ได้รับการส่งกล้องท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อนและมีโรคร่วม ได้รับความปลอดภัยจากการส่งกล้องและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยนิวในท่อน้ำดีที่ได้รับการส่งกล้องท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อนและมีโรคร่วม ได้รับความปลอดภัยจากการส่งกล้องและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน จำนวน 1 ราย รับไว้ในการดูแลตั้งแต่วันที่ 25 เมษายน 2566 เวลา 08.00 น. ถึงวันที่ 28 เมษายน 2566 เวลา 12.00 น. รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 3 วัน ระยะเวลาดูแลในห้องส่งกล้อง 1.30 นาที

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยผู้ป่วยนิวในท่อน้ำดีที่ได้รับการส่งกล้องท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อนและมีโรคร่วม ได้รับความปลอดภัยจากการส่งกล้อง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะส่งกล้องและหลังส่งกล้อง การส่งกล้องผ่านพ้นไปได้ด้วยดี ผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยใช้กระบวนการพยาบาลอย่างเป็นองค์รวม มีการเยี่ยมประเมินปัญหาและเตรียมความพร้อมในการช่วยชีวิตผู้ป่วยเมื่อเข้าสู่ภาวะวิกฤตอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยปลอดภัยจากการส่งกล้อง ติดตามเยี่ยมประเมินอาการภายใน 24-72 ชั่วโมง หลังส่งกล้องมีภาวะแทรกซ้อน คือท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันให้ยาปฏิชีวนะ 5 วัน จึงอนุญาตให้กลับบ้าน ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจในการรักษาพยาบาล

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนิวในท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน
2. ใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
3. เป็นแนวทางประกอบการนิเทศงานบุคลากรทางการพยาบาล

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ท่อน้ำดีเป็นอวัยวะที่ซับซ้อนโอกาสเกิดในการทำการส่องกล้องไม่สำเร็จจึงมีสูง การมีอุปกรณ์ที่ทันสมัย กล้องส่องตรวจที่มีเทคโนโลยีขั้นสูง และทักษะของทีมจะช่วยเพิ่มโอกาสให้การทำการหัตถการมีความสำเร็จเพิ่มมากขึ้น การเตรียมผู้ป่วยก่อนการส่องกล้องจึงต้องมีความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ เมื่อตรวจพบว่าผู้ป่วยมีอายุที่มาก (Extrem age) จึงมีความวิตกกังวล ถึง Anatomy ของทางเดินอาหารที่จะทำการส่องกล้องยากขึ้น การเตรียมผู้ป่วยก่อนการส่องมาส่องกล้องจึงต้องมีการตรวจสอบความพร้อมอย่างละเอียดครบถ้วน ขณะส่องกล้องพยาบาลห้องส่องกล้องต้องเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการลากนิ้วให้มีความเหมาะสม นอกจากนี้ต้องจัดเตรียมอุปกรณ์เพื่อการจัดทำให้เหมาะสมกับตัวผู้ป่วย และตรวจสอบสภาพความพร้อมใช้ทุกครั้งก่อนใช้งาน และช่วยแพทย์จัดทำส่องกล้องผู้ป่วยด้วยความระมัดระวังเพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สุขสบายและป้องกันการเกิดการบาดเจ็บจากการจัดทำ บทบาทพยาบาลห้องส่องกล้องที่สำคัญอย่างยิ่ง คือต้องมีความรู้เรื่องโรคและเข้าใจขั้นตอนการส่องกล้อง มีความเชี่ยวชาญในการเตรียมกล้องส่องตรวจ เพื่อให้การส่องกล้องเป็นไปอย่างราบรื่น มีความรู้ ความเข้าใจ และศึกษาอุปกรณ์ที่ใช้ได้เป็นอย่างดี

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

- การส่องกล้องท่อน้ำดีต้องจัดทำตะแคงกึ่งคว่ำ ต้องใช้เครื่องมือและเจ้าหน้าที่ในการจัดทำที่เหมาะสมซึ่งอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บจากการจัดทำได้ และผู้ป่วยมีภาวะ Diverticulum ในระบบทางเดินอาหารด้วยอายุที่มากขึ้นทำให้มีความยากในการผ่านอุปกรณ์เข้าไปในท่อน้ำดีในการส่องกล้องพยาบาลส่องกล้องต้องใช้ความชำนาญในการใช้งานอุปกรณ์ต่าง ๆ หากพยาบาลส่องกล้องมีประสบการณ์น้อย อาจผ่านสายลวดเข้าท่อน้ำดีไม่ได้ และการลากนิ้วจะไม่ประสบความสำเร็จ และสายลวดอาจเข้าช่องทางอื่น ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ดังนั้นพยาบาลส่องกล้องจึงต้องมีความรู้และประสบการณ์ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยส่องกล้องท่อน้ำดีอย่างถูกต้องตามมาตรฐานงานส่องกล้อง

9. ข้อเสนอแนะ

กล้องส่องตรวจท่อน้ำดีเป็นการใช้เทคโนโลยีใหม่และการลากนิ้วในท่อน้ำดีให้สำเร็จได้นั้นพยาบาลห้องส่องกล้องจึงมีบทบาทสำคัญ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องในท่อน้ำดี โดยต้องมีการพัฒนาทักษะความรู้ความชำนาญ มีการประเมิน ความพร้อมผู้ป่วยก่อนส่องกล้อง ให้ความรู้และข้อมูลแก่ผู้ป่วยให้เตรียมพร้อมและให้ความร่วมมือในการส่องกล้อง จัดเตรียมอุปกรณ์ส่องกล้องได้อย่างเหมาะสม เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ทีมส่องกล้อง และแก้ไขปัญหาได้อย่างทันท่วงทีทั้งระยะก่อนส่องกล้อง ขณะส่องกล้องและหลังส่องกล้องได้อย่างเหมาะสม จึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรงานส่องกล้องให้มีความรู้ความเข้าใจกายวิภาคและสรีรวิทยา ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับท่อน้ำดี และขั้นตอนการส่องกล้องท่อน้ำดีสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลส่องกล้องทั้งก่อน ขณะ และหลังส่องกล้องได้อย่างเหมาะสม
2. พัฒนาทักษะการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติอย่างถูกต้องมีเอกสารความรู้เรื่องการส่องกล้องท่อน้ำดี


10.การเผยแพร่ผลงาน

เผยแพร่ผลงานโดยรอดำเนินการนำเสนอที่ประชุมวิชาการ (Oral presentation) ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

11.ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

1) นางจิราภรณ์ นาสีบ ผู้เสนอมีส่วนส่วนของผลงาน ร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....


(นางจิราภรณ์ นาสีบ)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 28 / 8 / 2566

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางจิราภรณ์ นาสีบ	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นางอุษา ศุภมิตรกฤษณา)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ

(วันที่) 2 / มกราคม / 2567

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....

(นางสาวรัตนา ด้านปรีดา)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ)

(วันที่) 3 / มกราคม / 2567

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....

(นายสมคิด ยืนประโคน)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

(วันที่) ๓ / มกราคม / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ).....

(นายธราพงษ์ กัปโก)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

(วันที่) ๗-9 ก.พ. ๒๕๖๗

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

1. เรื่อง การจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินหายใจและปอด (Bronchoscope)

2. หลักการและเหตุผล

การส่องกล้องหลอดลม (bronchoscopy) ในประเทศไทย มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีข้อบ่งชี้ทั้งเพื่อการวินิจฉัยและการรักษา โรคของระบบการหายใจ ปัจจุบันกล้องสำหรับการส่องตรวจ หลอดลมมี 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ flexible bronchoscope และ rigid bronchoscope แพทย์อายุรกรรมโรกระบบการหายใจส่วนใหญ่จะคุ้นเคยกับการ ส่องกล้องตรวจหลอดลมโดยใช้ flexible bronchoscope ทั้ง เพื่อการวินิจฉัยโรคและการรักษา โดยสามารถให้ยาระงับความรู้สึกแบบเฉพาะที่และระดับปานกลาง (conscious sedation) ได้ ส่วนการส่องกล้องด้วย rigid bronchoscope นั้น มีข้อดีคือแพทย์สามารถทำหัตถการที่ซับซ้อนได้มากกว่า เช่น การนำก้อนเนื้อออกจากหลอดลม (tumor removal), การใส่ท่อคาหลอดลม (airway stent) เป็นต้น และแพทย์ สามารถเปิดทางเดินหายใจให้โล่งและช่วยหายใจขณะทำหัตถการได้ง่ายในช่วง 10 กว่าปีที่ผ่านมาประเทศไทยได้นำการ ส่องกล้องตรวจหลอดลมเข้ามาเพื่อใช้ในการวินิจฉัยโรค และสามารถช่วยผู้ป่วยได้มากขึ้น ในหลายๆ โรงเรียนแพทย์ได้มีการฝึกแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการส่องกล้องตรวจหลอดลมได้มากขึ้นมีการฝึกทำหัตถการที่เกี่ยวข้องกับการส่องกล้องตรวจหลอดลมทำให้มีการนำเทคโนโลยีใหม่ๆ และวิธีการใหม่เข้ามาใช้เพื่อทำให้การส่องกล้องตรวจหลอดลมมีประสิทธิภาพและ ประสิทธิภาพมากขึ้น งานส่องกล้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วมีแพทย์อายุรกรรมที่จบเฉพาะทางด้านโรกระบบการหายใจและเวชบำบัดวิกฤต ในปี 2566 เป็นเวลา 6 เดือน และมีการให้บริการแบบ One Day Surgery (ODS) แต่ด้วยบุคลากรที่อยู่ในทีมงานส่องกล้องยังไม่มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจนทำให้เกิดปัญหาจากการปฏิบัติงาน เช่น

1. ผู้ป่วยเลื่อนส่องกล้องหลอดลมจากการเตรียมตัวไม่พร้อมคือ LAB ไม่ NPO ไม่งดยาละลายลิ่มเลือด จำนวน 4 ราย
2. ทีมเกิดภาวะเสี่ยงในการปฏิบัติงานเนื่องจากการดูแลเลือดทางห้องปฏิบัติการไม่ครอบคลุม เช่น HIV, COVID 19 จำนวน 3 ราย
3. การเก็บสิ่งส่งตรวจเกิดความคลาดเคลื่อน ในตำแหน่งที่เก็บ ปริมาณ และการนำส่ง จำนวน 5 ครั้ง จากปัญหาทั้งหมดนั้นเกิดจากการที่งานส่องกล้องทางเดินหายใจและปอด ไม่มีแนวทางการทำงานที่ชัดเจนและไม่เป็นไปตามมาตรฐาน

ดังนั้นผู้เสนอผลงานจึงมีความสนใจในการจัดทำแนวทางการส่องกล้องทางเดินหายใจและปอดเพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความปลอดภัยและพึงพอใจในการเข้ารับการทำหัตถการส่องกล้องทางเดินหายใจและปอด

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

แนวความคิด บทวิเคราะห์/แนวคิดข้อเสนอ

จากการทบทวนสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องทางเดินหายใจและปอด (จริยา เลาหวิช, 2558) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว พบว่า มีปริมาณผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถิติของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ผู้ป่วยหัตถการส่องกล้องทางเดินหายใจและปอด (Bronchoscope) เดือน ก.ค. 2566 จำนวน 3 ราย เดือน ส.ค. 2566 จำนวน 5 ราย เดือน ก.ย. 2566 จำนวน 12 ราย เดือน ต.ค. 2566 จำนวน 11 ราย และเดือน พ.ย. 2566 จำนวน 15 ราย ทบทวนปัญหาในการปฏิบัติร่วมกับการนิเทศหน้างาน พบว่า โดยภาพรวมบุคลากรขาดความรู้ความชำนาญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยส่องกล้องทางเดินหายใจและปอดปฏิบัติไม่เป็นแนวทางเดียวกัน

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

แนวความคิด บทวิเคราะห์/แนวคิดข้อเสนอ (ต่อ)

บางส่วนปฏิบัติไม่ครบขั้นตอน จากการขาดความรู้และทักษะในการปฏิบัติรวมทั้งขาดสื่อและอุปกรณ์ที่ใช้ให้คำแนะนำหลังการส่องกล้อง ซึ่งอาจ ส่งผลต่อความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วย เกิดภาวะแทรกซ้อน รวม 4 รายที่ จากทั้งสิ้น 46 ราย คิดเป็น 1.84 % เมื่อวิเคราะห์สาเหตุและขั้นตอนการปฏิบัติงาน

พบปัญหาการดูแล 3 ขั้นตอน ได้แก่

1) การเตรียมตัวก่อนการส่องกล้องทางเดินหายใจและปอดหรือทำหัตถการ เช่น การซักประวัติไม่ครบถ้วน การให้คำแนะนำวิธีปฏิบัติตน ก่อนส่องกล้องทางเดินหายใจและปอดหรือหัตถการ

2) การเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ ที่มีความยุ่งยากซับซ้อน การเก็บชิ้นเนื้อและสิ่งส่งตรวจที่มีปริมาณหลายชนิดและเก็บส่งที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดความผิดพลาดในการเก็บสิ่งส่งตรวจและการนำส่งเอกสารสิ่งส่งตรวจ

3) ขาดความชำนาญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยส่องกล้องทางเดินหายใจและปอด เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน เกิดภาวะวิกฤต เมื่อวิเคราะห์สาเหตุปัญหาข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบงานส่องกล้องทางเดินหายใจและปอด รับหน้าที่เป็นหัวหน้างานและผู้ปฏิบัติงานพยาบาลผู้ป่วยส่องกล้องทางเดินหายใจและปอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จึงสนใจ ศึกษาเรื่องการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินหายใจและปอด เพื่อป้องกันการเกิด ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินหายใจและปอดที่มีความถูกต้องเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบท

ผู้เสนอผลงานในฐานะหัวหน้างานส่องกล้องจึงเห็นความสำคัญในการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินหายใจและปอดโดยใช้แนวคิด King's ทฤษฎีการพยาบาลของคิง (ถนอมวรรณ ดาแก้ว, 2551) เป็นทฤษฎีที่มีฐานความคิดเกี่ยวกับการปฏิสัมพันธ์มาจากทัศนะเกี่ยวกับการพยาบาลในรูปแบบการสนับสนุน และส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการ/ผู้รับบริการ ซึ่งใช้ทฤษฎีระบบอธิบายการพยาบาล ทฤษฎีนี้ให้ความสำคัญกับความต้องการของมนุษย์ที่คุณค่ามนุษย์และความสำคัญของกระบวนการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสพการณ์ ความเชื่อระหว่างผู้ให้บริการ/ผู้รับบริการกับพยาบาล ให้ความกระจ่างในการใช้การติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลในการปฏิบัติพยาบาล ซึ่งมีโน้ตทัศน์ของทฤษฎีการพยาบาลของคิง มี 3ระดับคือ 1) ระบบบุคคล (Personal System) 2) ระบบระหว่างบุคคล (Interpersonal System) 3) ระบบสังคม (Social System) และ ความสัมพันธ์ระบบต่างๆ เหล่านี้จะนำมาสู่ทฤษฎีของการบรรลุเป้าหมาย (Theory of goal attainment) มโนทัศน์พื้นฐานของทฤษฎีการพยาบาลของคิงนั้น บุคคลคือ บุคคล สิ่งแวดล้อมคือ สิ่งที่มีปฏิสัมพันธ์กันตลอดเวลาของบุคคล ระหว่างบุคคล และผู้รับบริการ สุขภาพคือ การมีสุขภาพที่ดีตามเป้าหมายที่กำหนด การพยาบาลคือ การสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การสร้างสัมพันธ์ภาพหรือปฏิสัมพันธ์เป็นหัวใจในการกำหนดเป้าหมายของการให้บริการร่วมกันให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ คือการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการเพื่อให้ผู้รับบริการปฏิบัติตามแนวทางการส่องกล้องทางเดินหายใจและปอดได้อย่างถูกต้อง มีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ ลดความวิตกกังวล และเห็นประโยชน์ในการปฏิบัติตามแนวทางการส่องกล้องทางเดินหายใจและปอด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมถึงการสื่อสารการทำงานระหว่างทีมสุขภาพ ทั้งแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ทางห้องปฏิบัติการ เพื่อให้มีแนวทางการทำงานไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อลดข้อร้องเรียนและความผิดพลาดที่จะเกิดขึ้น

วัตถุประสงค์

1. มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินหายใจและปอดของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วจำนวน 1 ฉบับ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยส่องกล้องทางเดินหายใจและปอดได้รับบริการที่ปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ระยะเวลาดำเนินการ

เดือน มีนาคม 2567 – เดือน กันยายน 2567

กลุ่มเป้าหมาย

1. พยาบาลวิชาชีพในงานส่องกล้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จำนวน 3 คน
2. ผู้ป่วยที่มารับบริการส่องกล้องทางเดินหายใจและปอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

ขั้นตอนการดำเนินการ

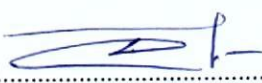
1. ทบทวนปัญหา และสืบค้นจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่เกี่ยวข้องกับการส่องกล้องทางเดินหายใจและปอด
2. ส่งอบรมระยะสั้นการพยาบาลผู้ป่วยส่องกล้องทางเดินหายใจและปอด
3. ประชุมร่วมกันในแผนกส่องกล้องเพื่อออกแบบและวางแผนในการทำแนวทาง พร้อมจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยส่องกล้องทางเดินหายใจและปอด
4. ดำเนินการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยส่องกล้องทางเดินหายใจและปอด
5. กำกับติดตามการทดลองใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยส่องกล้องทางเดินหายใจและปอด
6. รวบรวมข้อมูลการปฏิบัติ ปัญหาและอุปสรรคที่พบ
7. วิเคราะห์ข้อมูลตามตัวชี้วัดที่กำหนด
8. ประเมินผลการดำเนินการทดลองใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยส่องกล้องทางเดินหายใจและปอด

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้รับบริการส่องกล้องทางเดินหายใจและปอดพึงพอใจ
2. พยาบาลวิชาชีพงานส่องกล้องมีความมั่นใจในการให้บริการส่องกล้องทางเดินหายใจและปอดมากขึ้น

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. พยาบาลวิชาชีพงานส่องกล้องใช้แนวทางทางการดูแลผู้ป่วยส่องกล้องทางเดินหายใจและปอดจำนวน 1 ฉบับ
2. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้องทางเดินหายใจและปอด เท่ากับ 0

(ลงชื่อ).....

(นางจิราภรณ์ นาสีบ)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 28 / กันยายน 2567

ผู้ขอประเมิน