

การพยาบาลผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบที่มีเนื้อตายร่วมกับมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด และความดันโลหิตสูง : กรณีศึกษา

Nursing care of the patient Gangrenous cholecystitis with Septic shock and Hypertension: A case study.

(Received: February 18,2025 ; Revised: February 26,2025 ; Accepted: February 28,2025)

จันทิมา เอี่ยมภูมิ¹
Chantima lampoom¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัญหาและการพยาบาลผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบที่มีเนื้อตายร่วมกับมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและความดันโลหิตสูง โดยศึกษาในผู้ป่วยชาย อายุ 72 ปี มาด้วยอาการสำคัญ ปวดท้อง มีไข้ ถ่ายอุจจาระเหลว สะอึกและอาเจียน 7 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

จากการศึกษาพบว่า ปัญหาสำคัญในระหว่างการดูแล มีดังนี้ 1) ระยะก่อนผ่าตัด ได้แก่ มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เสี่ยงต่อเกิดภาวะเนื้อเยื่อร่างกายพร่องออกซิเจน ปวดท้อง มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย มีไข้สูง ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลและกลัวการผ่าตัด 2) ระยะหลังผ่าตัด ได้แก่ เสี่ยงต่อการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก (เลือดออกในช่องท้อง ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำ) ปวดแผลผ่าตัด เสี่ยงเกิดการติดเชื้อแผลผ่าตัด ท้องอืดหลังการผ่าตัดเสี่ยงเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง วิตกกังวลจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน หลังจากได้รับการรักษาพยาบาล พบว่า ทุกปัญหาได้รับการแก้ไขจนผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและปลอดภัย แพทย์จึงจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

คำสำคัญ: ถุงน้ำดีอักเสบที่มีเนื้อตาย, ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด, ความดันโลหิตสูง

Abstract

This study was case study. The objective was to study the problem and nursing care of a patient Gangrenous cholecystitis with Septic shock and Hypertension. This is a case is a 72-year-old male The patient came with the chief complaint of generalized abdominal pain, fever, diarrhea, hiccups, and vomiting, 7 hours before coming to the hospital.

This study found that an important problem in the preoperative period follows: septic shock, risk of hypoxia, abdominal pain, imbalance of fluid and electrolytes, high fever, and patients and relatives who are anxious and afraid of surgery. This study found that an important problem in the postoperative period follows: risk of inefficient breathing, risk of complications after surgery in the first 24 hours: (intra-abdominal bleeding, fluid imbalance), surgical wound pain, flatulence, risk of complications from hypertension, anxiety from lack of knowledge on how to behave when discharged. After receiving treatment and nursing care, it was found that all problems were resolved until the patient improved and was safe. The doctor then discharged the patient from the hospital to home.

Keywords: Gangrenous cholecystitis, Septic shock, Hypertension

บทนำ

ถุงน้ำดีเป็นอวัยวะหนึ่งในระบบทางเดินอาหาร มีขนาดเล็กอยู่บริเวณท้องด้านขวาใกล้ตับ

ทำหน้าที่เก็บน้ำดีและบีบตัวให้น้ำดีไหลไปยังลำไส้เล็ก เพื่อช่วยย่อยอาหาร โดยเฉพาะอาหารจำพวกไขมัน¹ หากเกิดการอุดตันของน้ำดี จะส่งผลให้ถุง

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

น้ำดีอักเสบเฉียบพลัน ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรม พบบ่อยในผู้ที่มีอายุ 40-60 ปีขึ้นไป เนื่องจากช่วงอายุนี้มักมีไขมันในเลือดสูงมากกว่าช่วงอายุอื่นๆ โดยสาเหตุการเกิดถุงน้ำดีอักเสบส่วนใหญ่มาจากนิ่วในถุงน้ำดี พบได้สูงถึงร้อยละ 90-95 และส่วนน้อยไม่ได้มาจากนิ่วในถุงน้ำดี พบประมาณร้อยละ 5-10 เช่น ผู้ป่วยบาดเจ็บแผลไฟไหม้น้ำร้อนลวกที่มีการทำลายของเนื้อเยื่อจำนวนมาก ผู้ป่วยที่ได้รับสารอาหารทางเส้นเลือด ผู้ป่วยที่ได้รับการงดอาหารและน้ำเป็นเวลานาน² เมื่อเกิดถุงน้ำดีอักเสบและไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การติดเชื้อที่ถุงน้ำดี ทำให้ถุงน้ำดีขาดเลือด ส่งผลให้เนื้อเยื่อถุงน้ำดีเน่าตาย ถุงน้ำดีทะลุ ถุงน้ำดีแตก เกิดการติดเชื้อในช่องท้อง ติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง และเกิดภาวะช็อกตามมา ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ โดยมักพบการติดเชื้อที่ถุงน้ำดีที่ทำให้ถุงน้ำดีขาดเลือดจนเนื้อเยื่อถุงน้ำดีเน่าตายในผู้สูงอายุที่เป็นเพศชาย และมีโรคร่วม เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โดยมีอัตราการเสียชีวิตถึงร้อยละ 15 – 50^{3,4} ซึ่งในภาพรวมผู้ที่มีภาวะถุงน้ำดีอักเสบจะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 7.6-2.6 และมีอัตราการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 1⁵ การรักษาเมื่อเกิดเนื้อเยื่อถุงน้ำดีเน่าตายในปัจจุบัน คือ การผ่าตัดเพื่อตัดถุงน้ำดีออก (Cholecystectomy) ขจัดสาเหตุการติดเชื้อ มีทั้งการผ่าตัดแบบใช้กล้อง (Laparoscopic cholecystectomy) และแบบผ่าตัดเปิดหน้าท้อง (Open Cholecystectomy) ภาวะแทรกซ้อนในระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัดที่มีโอกาสเกิดได้ เช่น เลือดออกมาก ติดเชื้อ บาดเจ็บของท่อน้ำดีและตับ น้ำดีรั่ว เป็นต้น⁶

จากสถิติผู้ป่วยโรคถุงน้ำดีอักเสบในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าปี พ.ศ. 2564, 2565, 2566 พบมีจำนวนผู้ป่วย 49, 57, 53 รายตามลำดับ และได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิดช่องท้อง (Open cholecystectomy) จำนวน 40, 45, 47 รายตามลำดับ ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีผ่าตัดถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง

(Laparoscopic cholecystectomy) จำนวน 22, 19, 28 รายตามลำดับ⁷ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายเป็นหน่วยงานหนึ่งที่รับดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบ สามารถนำความรู้เหล่านั้น มาวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยทั้งระยะวิกฤต ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และระยะจำหน่าย ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากสถิติผู้ป่วยโรคถุงน้ำดีอักเสบที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดถุงน้ำดีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และความจำเป็นในการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้ศึกษาเล็งเห็นถึงความสำคัญ จึงได้คัดเลือกผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรงร่วมกับมีภาวะความดันโลหิตสูงที่ได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิดช่องท้อง (Open cholecystectomy) มาเป็นกรณีศึกษา โดยค้นคว้าหาความรู้จากแหล่งต่างๆ นำมาเป็นแนวทางวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของพยาธิสภาพของโรค ปลอดภัยภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา และสามารถกลับไปดำรงชีวิตได้อย่างปกติ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัญหา และการพยาบาลผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบที่มีเนื้อตายร่วมกับมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและความดันโลหิตสูง

วิธีการศึกษา

เลือกโรคที่จะศึกษา จากปัญหาการดูแลผู้ป่วยของหน่วยงาน ศึกษาทฤษฎีของโรคเกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยโรค การรักษา การพยาบาล และเลือกผู้ป่วยจำนวน 1 ราย ศึกษาปัญหา และวางแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมศึกษา ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและญาติ เพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษา โดย

ขอความยินยอมด้วยวาจา ได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา ไม่มีการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยและข้อมูลส่วนตัวเป็นความลับและได้ขออนุญาตทบทวนกรณีศึกษาจากคณะกรรมการจริยธรรมโดยการขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยชายอายุ 72 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัวและ ไม่เคยตรวจสุขภาพ นับถือศาสนาพุทธ สัญชาติไทย สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 7 อาชีพค้าขาย เข้ารับการรักษาเมื่อวันที่ 29 ตุลาคม พ.ศ. 2566 แพทย์วินิจฉัยโรคครั้งแรก Abdominal infection with Severe sepsis วินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย Gangrenous cholecystitis with Septic shock ทำผ่าตัด Open cholecystectomy (Subtotal cholecystectomy) เมื่อวันที่ 2 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 จำหน่ายทุเลาวันที่ 9 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 รวมระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล 11 วัน

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ปวดทั่วท้อง มีไข้ ถ่ายอุจจาระเหลว สะอึกและอาเจียนมาก 7 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน 5 วันก่อนมาโรงพยาบาล ปวดจุกแน่นท้องได้ลั้นปี ไม่มีถ่ายเหลว ไม่อาเจียนและไม่มีไข้ ไปซื้อยาแก้ปวดท้องรับประทานเอง อาการทุเลาเป็นพักๆ 7 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ปวดทั่วท้อง มีไข้ ถ่ายอุจจาระเหลว สะอึกและอาเจียนมาก

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ไม่มีโรคประจำตัว

การประเมินสภาพร่างกายแรกพบ รู้สึกตัวดี กระสับกระส่าย หายใจเร็วตื้น ตัวเย็น ปวดท้อง กดเจ็บทั่วท้อง เจ็บมากบริเวณช่องท้องด้านบนข้างขวา ท้องอืด สะอึก สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 38.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 122 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 170/70 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วได้ 97 เปอร์เซ็นต์

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วันที่ 29 ตุลาคม พ.ศ. 2566 CBC: WBC 26,240 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร, Neutrophil 93 เปอร์เซ็นต์ Blood chemistry: BUN 67 มิลลิกรัม/เดซิลิตร Creatinine 1.90 มิลลิกรัม/เดซิลิตร Sodium 124 มิลลิโมล/ลิตร, Potassium 2.9 มิลลิโมล/ลิตร Coagulogram: INR 1.47 Hemo culture: no growth

วันที่ 30 ตุลาคม พ.ศ. 2566 Blood chemistry: Sodium 126 มิลลิโมล/ลิตร, Potassium 3.1 มิลลิโมล/ลิตร

วันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2566 Blood chemistry: BUN 40 มิลลิกรัม/เดซิลิตร Creatinine 0.80 มิลลิกรัม/เดซิลิตร Sodium 139 มิลลิโมล/ลิตร Potassium 4.1 มิลลิโมล/ลิตร

วันที่ 3 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 Blood chemistry: Sodium 137 มิลลิโมล/ลิตร Potassium 4.1 มิลลิโมล/ลิตร

ผลการตรวจอื่นๆ

วันที่ 29 ตุลาคม พ.ศ. 2566 CT Abdomen: Gallstone, Gallbladder hydrops with acute calculus cholecystitis

การรักษา

ระยะก่อนผ่าตัด

1. สารน้ำ ยาเข้าทางหลอดเลือดดำ ดังนี้ Acetar 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำอย่างเร็ว 500 มิลลิลิตร ต่อด้วย 100 มิลลิลิตร/ชั่วโมง, NSS 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ หยดอัตรา 120 มิลลิลิตร/ชั่วโมง, NSS 1,000 มิลลิลิตร + KCL 40 มิลลิอิกวาเลนต์ ทางหลอดเลือดดำ หยดอัตรา 120 มิลลิลิตร/ชั่วโมง x 2, Plasil 10 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ เวลาสะอึก ทุก 6 ชั่วโมง, Ceftriaxone 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำ วันละ 1 ครั้ง, Metronidazole 500 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง, Meropenem 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง, Pethidine 50 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ เวลาปวด ทุก 6 ชั่วโมง Nicardipine 1:10 ทางหลอดเลือดดำ หยด

อัตรา 10 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ควบคุมความดันโลหิต
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 160/90 มิลลิเมตรปรอท

2. ยารับประทาน Hydralazine 10
มิลลิกรัม 1 เม็ด รับประทานทันที

ระยะหลังผ่าตัด

1. สารน้ำ ยาเข้าทางหลอดเลือดดำ ดังนี้
NSS 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ หดอัตรา
60 มิลลิลิตร/ชั่วโมง, 5%D/N/2 1,000 มิลลิลิตร
ทางหลอดเลือดดำ หดอัตรา 80 มิลลิลิตร/ชั่วโมง,
Plasil 10 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ เวลาคลื่นไส้
อาเจียน ทุก 6 ชั่วโมง, MO 4 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือด
ดำ ทุก 6 ชั่วโมง, MO 3 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือด

เลือดดำ เวลาปวด ทุก 2-4 ชั่วโมง, Losec 40
มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ วันละ 1 ครั้ง,
Meropenem 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8
ชั่วโมง, Nicardipine 1 : 5 ทางหลอดเลือดดำ
หยดอัตรา 5-20 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

2. ยารับประทาน ดังนี้ Tramol 40 มิลลิกรัม
1 เม็ด รับประทานหลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น,
Amlodipine 10 มิลลิกรัม 1 เม็ด รับประทาน
วันละ 1 ครั้ง, Gastab 1 เม็ด รับประทานหลัง
อาหารเช้า กลางวัน เย็น

3. อื่นๆ Berodual 1 หลอด พ่นทุก 6 ชั่วโมง
และเวลา Dyspnea

แผนการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนผ่าตัด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะช็อก จากการติดเชื้อในกระแสเลือด เนื่องจากถุงน้ำดี อักเสบ ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องรุนแรง กระสับกระส่าย มีอาการหนาวสั่น ท้องแข็งตึง กด เจ็บทั่วท้อง วัดสัญญาณชีพ พบมีไข้สูง อุณหภูมิ ร่างกาย 39.8 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 180/100 มิลลิเมตร ปรอท วัดระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนปลาย นิ้วได้ 92 เปอร์เซ็นต์ เจาะระดับแลคเตทใน เลือด เท่ากับ 5.3 CBC พบ ค่า WBC เท่ากับ 26,240 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร Neutrophil เท่ากับ 93 เปอร์เซ็นต์ วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจาก ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด	- ประเมินระดับความรู้สึกตัว ภาวะพร่องออกซิเจน และเฝ้าระวังอาการ อาการ แสดงของภาวะช็อก เช่น เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย ซึมลง หายใจเหนื่อย - ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที ทุก 1 – 2 ชั่วโมง และประเมินทุก 4 ชั่วโมง เมื่ออาการคงที่ - ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ O₂ mask with bag 10 ลิตร/นาที - ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา สังเกตอาการหลังให้สารน้ำ ทางหลอดเลือดดำ ได้แก่ หายใจเหนื่อย หน้าตาบวม - ค้นหาชนิดของเชื้อ (septic work up) ตามแผนการรักษา โดยติดตามผลเพาะ เชื้อจากเลือด และให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังแพทย์มีคำสั่งรักษาเป็น Ceftriaxone 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำ วันละ 1 ครั้ง และ Metronidazole 500 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง - ประเมินภาวะไข้เพื่อติดตามผลการตอบสนองต่อการให้ยาปฏิชีวนะ กรณีผู้ป่วย รายนี้ไข้ไม่ลง ทบทวนร่วมกับทีมแพทย์พิจารณาปรับยาเป็น Meropenem 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง - ตรวจวัดและบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง รายงานแพทย์ทราบ - ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Hemo culture, CBC, BUN, creatinine, electrolyte, lactase เพื่อประเมินการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง การประเมินผล ผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัวปกติ ไม่มีเหงื่อออก ตัวเย็น สัญญาณชีพ อุณหภูมิกายอยู่ระหว่าง 38.2 – 38.5 องศาเซลเซียส ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 140/90 – 150/90 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย มากกว่า 65 อัตรา การเต้นของหัวใจ 100-104 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ระดับแลค เตทในเลือดลดลงเหลือ 1.5 ปัสสาวะมากกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดภาวะเนื้อเยื่อร่างกายพร่องออกซิเจน เนื่องจากหายใจเหนื่อย ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยหายใจเหนื่อย หายใจเร็ว ตื้น อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที หน้าซีด ตัวเย็น มือเท้าเย็น ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน 92 เปอร์เซ็นต์	1. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง 2. จัดท่าให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 45 องศา เพื่อให้กระบังลมหย่อนตัว และปอดสามารถขยายตัวได้มากขึ้น 3. ดูแลให้ผู้ป่วย On O₂ mask with bag 10 ลิตร/นาที 4. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ และ O₂ sat ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังอาการแสดง ของภาวะพร่องออกซิเจน
วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเนื้อเยื่อร่างกายพร่องออกซิเจน	5. ประเมินภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน โดยสังเกตจากอาการและอาการแสดง ได้แก่ หายใจลำบาก ปลายมือปลายเท้า ริมฝีปากเขียวคล้ำ ผิวหนังซีด เย็น ระดับความรู้สึกตัวลดลง ความอิ่มตัวของออกซิเจน น้อยกว่า 90 เปอร์เซ็นต์ การไหลกลับของเลือดในหลอดเลือดฝอย มากกว่า 3 วินาที เมื่อพบความผิดปกติรายงานแพทย์ทันที 6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน และจำกัดกิจกรรมที่ไม่จำเป็น เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของร่างกาย การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีอาการกระสับกระส่าย อัตราการหายใจลดลง 18 – 22 ครั้ง/นาที ความอิ่มตัวของออกซิเจน 95 - 99 เปอร์เซ็นต์ การไหลกลับของเลือดในหลอดเลือดฝอย น้อยกว่า 2 วินาที ปลายมือปลายเท้าอุ่น แดงดี
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยปวดท้องได้ชายโครงข้างขวาเนื่องจากการหดเกร็งของท่อน้ำดีจากการอักเสบ ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยบ่นปวดท้องมาก สีหน้าไม่สุขสบาย กระสับกระส่าย pain score = 8 คะแนน ท้องอืด ตรวจหน้าท้องพบท้องแข็งตึง กดเจ็บทั่วท้อง แพทย์วินิจฉัยเป็นถุงน้ำดีอักเสบ วัตถุประสงค์ เพื่อลดอาการปวดท้อง และให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น	1. ประเมินพฤติกรรมที่แสดงถึงความเจ็บปวด โดยสังเกต สีหน้าท่าทาง และสอบถามจากการบอกเล่าของผู้ป่วย ประเมิน pain score เพื่อประเมินความรุนแรงของการเจ็บปวด 2. ดูแลการงดอาหารและน้ำ อธิบายถึงความสำคัญและความจำเป็นของการงดอาหารและน้ำให้ผู้ป่วยทราบ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษา พยาบาล การงดอาหารและน้ำ จะช่วยลดการกระตุ้น ทำให้อาการปวดท้องลดลง 3. ให้ Pethidine 50 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ เวลาปวด ทุก 6 ชั่วโมง ตรวจวัดสัญญาณชีพหลังได้รับยา และเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ 4. จัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การจัดท่านอนตะแคงซ้ายลง และงอเข่า ตำแหน่งนี้ช่วยลดแรงกดบนถุงน้ำดี และสามารถบรรเทาอาการปวดได้ 5. ประเมินอาการปวดซ้ำหลังจากได้ยาบรรเทาปวด และการพยาบาลเพื่อลดปวด ถ้าอาการปวดไม่ดีขึ้น พิจารณารายงานแพทย์ การประเมินผล หลังได้รับยาแก้ปวด Pethidine 50 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ จำนวน 1 ครั้ง สีหน้าผู้ป่วยสุขสบายขึ้น นอนพักได้ ไม่มีอาการกระสับกระส่าย pain score = 3 คะแนน ความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีภาวะ ไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย เนื่องจากรับประทานอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย และสูญเสียน้ำและเกลือแร่จากร่างกาย ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องทั่วท้อง รับประทานอาหารได้น้อยมา 5 วัน แรก	1. ประเมินอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ ได้แก่ กระหายน้ำ ผิวแห้ง ปากแห้ง ชีพจรเร็ว ปัสสาวะออกน้อยสีเข้ม 2. ประเมินลักษณะสีและจำนวนของสารคัดหลั่งที่ออกจากสาย NG tube หากไม่มีออกเพิ่ม หรือออกน้อยลง ร่วมกับท้องไม่อืดตึงและไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน พิจารณาถอดสาย NG tube ตามแผนการรักษา 3. ประเมินสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย ทุก 8 ชั่วโมง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
แรกรับมีไข้ ถ่ายอุจจาระเหลว สะอึกและอาเจียนมาก อ่อนเพลีย ผิวน้ำแข็ง ปากแห้ง ผลตรวจ Electrolyte พบค่า sodium ต่ำเท่ากับ 124 มิลลิโมล/ลิตร และ potassium ต่ำเท่ากับ 2.9 มิลลิโมล/ลิตร BUN 67 มิลลิกรัม/เดซิลิตร Creatinine 1.90 มิลลิกรัม/เดซิลิตร NG tube content สีเขียว 200 มิลลิลิตร วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันอันตรายจากภาวะ ไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย และเพิ่มปริมาณสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย	4. ให้สารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ NSS 1,000 มิลลิลิตร + KCL 40 มิลลิลิควาเลนต์ ทางหลอดเลือดดำ หยดอัตรา 120 มิลลิลิตร/ชั่วโมง x 2 ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อรักษาสสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย 5. ประเมินและติดตามอาการของภาวะไม่สมดุลเกลือแร่ในร่างกาย เช่น อาการอ่อนเพลีย ชีพจรเต้นผิดจังหวะ 6. ติดตามผลการตรวจ BUN, creatinine, electrolyte เพื่อประเมิน ความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกายอย่างต่อเนื่อง การประเมินผล ผู้ป่วยผิวน้ำชุ่มชื้นขึ้น ริมฝีปากไม่แห้ง ผลการตรวจค่า electrolyte อยู่ในเกณฑ์ปกติ sodium 137 มิลลิโมล/ลิตร potassium 4.1 มิลลิโมล/ลิตร chloride 101 มิลลิโมล/ลิตร bicarbonate 30.4 มิลลิโมล/ลิตร BUN 24 มิลลิกรัม/เดซิลิตร Creatinine 0.80 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และมีสมดุลน้ำเข้าและออกจากร่างกาย
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้สูง ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยตัวร้อน บ่นหนาวๆร้อนๆ วัดสัญญาณชีพพบมีไข้สูง อุณหภูมิกาย 39.8 องศาเซลเซียส วัตถุประสงค์ เพื่อลดไข้และส่งเสริมความสบายให้แก่ผู้ป่วย	1. ดูแลช่วยเหลือเช็ดตัวลดไข้ และสอนญาติญาติให้เช็ดตัวลดไข้ โดยวิธีที่ถูกต้อง ดังนี้ เช็ดตัวโดยใช้ผ้าเย็นธรรมดา การเช็ดตัวต้องเช็ดนาน 15 - 30 นาที ขณะเช็ดตัวใช้ผ้าอุ้มน้ำบริเวณซอกคอ รักแร้ ขอพับ หน้าอก เพื่อให้บริเวณนี้ได้สัมผัสน้ำมากที่สุด จะช่วยนำความร้อนออกจากร่างกายได้มาก 2. หลังเช็ดตัวแล้ว 30 นาที วัดอุณหภูมิซ้ำและบันทึกในฟอร์มปรอท เพื่อติดตามผลการพยาบาล 3. ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอทางหลอดเลือดดำเป็น NSS 1,000 ml + KCL มิลลิลิควาเลนต์ ทางหลอดเลือดดำ หยดอัตรา 120 มิลลิลิตร/ชั่วโมง แผนการรักษาของแพทย์ 4. จัดสิ่งแวดล้อมที่เย็นสบาย เพื่อเป็นการลดกิจกรรมของร่างกาย จะทำให้การเผาผลาญลดน้อยลง ซึ่งจะช่วยลดความร้อนที่ผลิตขึ้นในร่างกายได้ 5. ติดตามอุณหภูมิทุก 4 ชั่วโมง เพื่อดูการดำเนินของไข้ หากพบความผิดปกติประสานรายงานแพทย์ การประเมินผล ผู้ป่วยยังคงมีไข้ 38 – 38.2 องศาเซลเซียส หลังจากได้รับการเช็ดตัวลดไข้ ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น นอนหลับพักผ่อนได้
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยและญาติมีความกังวลและกลัวการผ่าตัดเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการรักษาโดยการผ่าตัดและเป็นการผ่าตัดแบบเร่งด่วน ข้อมูลสนับสนุน หลังได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะมา 4 วัน ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องรุนแรงขึ้น มีอาการแสดงถึงภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด แพทย์จึง Set OR for Open cholecystectomy ทันที ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล สอบถามซ้ำๆ เกี่ยวกับการผ่าตัด วัตถุประสงค์ เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ และเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด	1. ประเมินความรู้ความเข้าใจ ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ หลังได้รับข้อมูลจากแพทย์ 2. อธิบายถึงพยาธิสภาพของโรค และการรักษาโดยการผ่าตัดของแพทย์ ให้ผู้ป่วยและญาติทราบ พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามถึงสิ่งที่เกี่ยวข้อง กับโรคและการรักษา 3. ให้ความมั่นใจและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติ ว่า ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลขณะผ่าตัดจากทีมผ่าตัดตลอดเวลา 4. ดูแลความสะอาดของร่างกาย และบริเวณที่จะทำผ่าตัด โกนขนหน้าท้องด้วยการใช้ Electric clipper 5. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย NSS 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ หยดอัตรา 120 มิลลิลิตร/ชั่วโมง 6. ดูแลลงเลือด PRC 2 ยูนิต ตามแผนการรักษาของแพทย์ 7. ประสานงานกับทีมห้องผ่าตัดและวิสัญญี เพื่อส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่จำเป็น ก่อนส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด 8. ตรวจสอบฟันปลอม สร้อย แหวนของมีค่าของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยถอดฝากของมีค่าไว้กับญาติ ตรวจสอบแฟ้มประวัติผู้ป่วย ให้ครบถ้วนและถูกต้อง เพื่อส่งต่อทีมผ่าตัด 9. วัดสัญญาณชีพก่อนส่งไปห้องผ่าตัด และให้การดูแลใกล้ชิดจากพยาบาลขณะเคลื่อนย้ายไปห้องผ่าตัด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะหลังผ่าตัด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 เสี่ยงต่อการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากระดับความรู้สึกตัวลดลง และฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกตกค้าง ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับการทำผ่าตัด Subtotal cholecystectomy ภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย และได้รับยาระงับความรู้สึก Propofol ยาระงับความปวด Fentanyl ผลข้างเคียงทำให้เกิดการหายใจและหลังออกจากห้องผ่าตัด ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ซึมหลับลึกตื่น sedative score 1 คะแนน วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ และส่งเสริมการหายใจให้มีประสิทธิภาพ	การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติเข้าใจในแผนการรักษาโดยการผ่าตัดของแพทย์ และร่วมมือในการรักษา คลายความวิตกกังวล ลงนามยินยอมผ่าตัด และได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดอย่างถูกต้องครบถ้วน 1. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนคงที่ และปกติ ติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน ประเมินสีของเล็บ ปลายมือและปลายเท้า ลักษณะการซีดเขียว เพื่อดักจับอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน 2. สังเกตลักษณะการหายใจ การขยายตัวของทรวงอกและฟังเสียงลมเข้าปอดทั้งสองข้าง 3. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ 4. จัดท่านอนหายใจศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ เพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนออกซิเจนมากขึ้น 5. กระตุ้นการหายใจ ลึกและช้า เพื่อให้ถุงลมปอดขยายตัว 6. ให้ O₂ T-piece 10 ลิตร/นาที เพื่อเพิ่มปริมาตรออกซิเจนในเลือด 7. ดูแลพ่นยา Berodual 1 หลอด ทุก 6 ชั่วโมง และเวลา Dyspnea ตามแผนการรักษา การประเมินผล ผู้ป่วยตื่นรู้ตัวดี สัญญาณชีพปกติ หายใจเองสม่ำเสมอ การขยายตัวของปอดปกติ เสียงหายใจไม่พบเสียงผิดปกติ ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 98 เปอร์เซ็นต์ ถอดท่อช่วยหายใจ ให้ O₂ cannula และต่อมาหายใจในอากาศปกติได้
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก ได้แก่ เลือดออก ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำ ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับการทำผ่าตัด Subtotal cholecystectomy เสียเลือดจากการผ่าตัด 200 มิลลิลิตร ใส่สายระบาย jackson – pratt drain 1 เส้น สารคัดหลั่งเป็นเลือดคาว วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเลือดออกมาก และภาวะไม่สมดุลของสารน้ำ	1. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนคงที่ และปกติ 2. ประเมินอาการเลือดออกในช่องท้อง เช่น ปวดในช่องท้องรุนแรง ท้องแข็งตึง หรือมีอาการกระสับกระส่าย ให้รีบรายงานแพทย์ 3. สังเกตสี และบันทึกปริมาณของสารคัดหลั่งจากสายระบาย jackson – pratt drain 4. ติดตามผล Hematocrit ตามแผนการรักษา เพื่อประเมินภาวะเสียเลือด 5. ดูแลให้สารน้ำอย่างเพียงพอ NSS 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ หยอดอัตรา 60 และ 80 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ตามแผนการรักษา 6. ประเมินปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง และบันทึกน้ำเข้าและออกจากร่างกาย การประเมินผล ผู้ป่วยรู้ตัวดี สัญญาณชีพปกติ แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม และ สารคัดหลั่ง jackson – pratt drain เป็นเลือดออกเล็กน้อย ไม่มีอาการและอาการแสดงของการมีภาวะตกเลือดในช่องท้องหลังผ่าตัด สารน้ำเข้าและออกจากร่างกายมีความสมดุล Hematocrit 35.2 เปอร์เซ็นต์

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 ปวดแผลผ่าตัด เนื่องจากเนื้อเยื่อถูกทำลายจากการผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Subtotal cholecystectomy มีแผลผ่าตัดใต้ชายโครงข้างขวา บ่นปวดแผลผ่าตัด นอนไม่หลับ ประเมิน pain score = 8 คะแนน ความดันโลหิต 170/90 มิลลิเมตรปรอท วัตถุประสงค์ เพื่อลดอาการปวดแผลผ่าตัดและทำให้ผู้ป่วยสบาย	1. ประเมินพฤติกรรมและการแสดงความเจ็บปวดของผู้ป่วย และประเมิน pain score ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง 2. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล แสดงท่าทีที่เป็นกันเอง ดูแลจิตใจโดยการพูดคุยปลอบโยนให้กำลังใจ 3. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและสบายขึ้น พักผ่อนได้ 4. แนะนำการพลิกตะแคงตัวหรือเปลี่ยนอิริยาบถ โดยใช้มือประคองแผลผ่าตัดเพื่อช่วยลดการเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้อง ดูแลไม่ให้อุปรกรณ์และสายต่างๆ ดึงรั้ง 5. สอนการไออย่างถูกวิธีโดยใช้มือประคองแผลผ่าตัดและหายใจเข้าลึกๆ ซ้ำๆ ผ่านทางจมูกและหายใจออกช้าๆ ผ่านทางปากจำนวน 5 ครั้ง ในขณะที่หายใจเข้าครั้งสุดท้ายให้ผู้ป่วยอ้าปาก และไอออกมาจากส่วนลึกของลำคอ 1-2 ครั้ง เป็นการช่วยขับเสมหะออกมา และลดการสำลักของบาดแผลใช้มือประคองแผลทุกครั้ง 6. ดูแลให้ยาแก้ปวด MO 4 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง และ MO 3 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ เวลาปวด ทุก 2-4 ชั่วโมง พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก 7. ดูแลให้ยาแก้ปวด Tramol 40 มิลลิกรัม 1 เม็ด รับประทานหลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น 8. ประเมิน pain score และตรวจวัดสัญญาณชีพหลังได้รับยา การประเมินผล ผู้ป่วยนอนพักผ่อนได้ ไม่มีอาการกระสับกระส่าย ประเมิน pain score = 2 คะแนน ความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 ผู้ป่วยเสี่ยงเกิดการติดเชื้อแผลผ่าตัดเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัดและมีสายระบายออกสู่ภายนอก ข้อมูลสนับสนุน ได้รับการผ่าตัด Subtotal cholecystectomy มีแผลผ่าตัดใต้ชายโครงข้างขวา แผลมีเลือดเก่าๆ ซึม ใส่สายระบาย Jackson – pratt drain 1 เส้น หลังผ่าตัด 3 วันแรกยังมีใช้อุณหภูมิอยู่ในช่วง 38-38.5 องศาเซลเซียส วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อของแผลผ่าตัด	1. ประเมินดูลักษณะบาดแผล สังเกตลักษณะของสารคัดหลั่งจากแผลทุกครั้งที่ทำแผล 2. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลและทำแผลโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ 3. สอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลแผล ระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ ไม่ให้แกะเกาแผล ไม่ใช้มือหรือสิ่งของถูกบาดแผล 4. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติดูแลรักษาความสะอาดร่างกายทั่วไปเพื่อลดการติดเชื้อ 5. แนะนำการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ประเภทโปรตีนและวิตามินซีสูง เพื่อส่งเสริมการหายของแผล 6. ให้ยาปฏิชีวนะ Meropenem 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาและสังเกตอาการข้างเคียงของยา 7. ดูแล Jackson Pratt drain ดังนี้ ดูแลให้เป็นระบบปิด และต้องบีบกระเปาะให้แบนเพื่อสร้าง Negative pressure ตลอดเวลา บันทึกลักษณะ ปริมาณของสารคัดหลั่งอย่างน้อยวันละครั้ง เมื่อสารคัดหลั่งเต็มกระเปาะต้องเททิ้ง เมื่อต้องเปิด-ปิด จุกระบาย ใช้ alcohol 70% เช็ดทำความสะอาดก่อนทุกครั้ง 7. วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง โดยเฉพาะอุณหภูมิกาย เพื่อประเมินภาวะติดเชื้อที่แผล การประเมินผล แผลผ่าตัดไม่มีการอักเสบ รอบแผลไม่บวมแดง ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.9 – 37.4 องศาเซลเซียส
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11 ผู้ป่วยไม่สบายเนื่องจากท้องอืดหลังการผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน หน้าท้องอืดตึง ไม่ผายลม ไม่ถ่ายอุจจาระ บ่นแน่นท้อง เสี่ยงการเคลื่อนไหวของลำไส้ 1-2 ครั้ง/นาทีก่อน วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหวของลำไส้	1. กระตุ้นการเคลื่อนไหวและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง 2. ดูแลให้ดื่มน้ำและน้ำในช่วง 2 วันแรกหลังผ่าตัด และให้เริ่มรับประทานอาหารเหลว อาหารอ่อน ตามแผนการรักษาของแพทย์ และกระตุ้นการลุกเดินโดยเร็ว (Early Ambulation) 3. ประเมินอาการแน่นอึดท้องอืดท้องเสียการเคลื่อนไหวของลำไส้ และรายงานแพทย์เพื่อให้ยาลดอาการท้องอืด 4. จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบาย ปรับหัวเตียงให้สูง ให้ผู้ป่วยอยู่ในท่า Fowler's Position เพื่อช่วยบรรเทาอาการแน่นอึดท้องอืด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	5. ดูแลให้ Gastab 1 เม็ด รับประทานหลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น 6. แนะนำให้ดื่มน้ำอุ่น หรือน้ำสมุนไพรที่มีฤทธิ์ขับลม เช่น น้ำขิง ชามินท์ น้ำลูกยอ เป็นต้น การประเมินผล ผู้ป่วยลุกเดินได้ดี ไม่มีอาการแน่นท้อง ผายลมและถ่ายอุจจาระได้ท้องนิ่ม
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 12 ผู้ป่วยเสี่ยงเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยไม่เคยตรวจร่างกาย ไม่มีประวัติการรักษาเกี่ยวกับโรคประจำตัวมาก่อน แต่ตลอดการรับการรักษา ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์สูง 160/90 – 180/100 มิลลิเมตรปรอท จากการสอบถามประวัติเพิ่มเติม ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะบ่อยๆ แต่ไม่เคยมารับการตรวจจากแพทย์ วัตถุประสงค์ เพื่อลดความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และป้องกันอันตรายจากความดันโลหิตสูง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ โรคไต	1. ดูแลให้ยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษาเป็น Nicardipine 1 : 5 ทางหลอดเลือดดำ หยดอัตรา 5 -20 มิลลิตร/ชั่วโมง ในช่วงวันแรกๆของการเข้ารับการรักษา และปรับเป็นยา Amlodipine 10 มิลลิกรัม 1 tab วันละ 1 ครั้งหลังอาหาร 2. ติดตามสัญญาณชีพ เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงทุก 4 ชั่วโมง 3. สังเกตและประเมินอาการที่แสดงถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากหลอดเลือดสมอง เช่น อาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย ตาพร่ามัว พูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรง 4. แนะนำการรับประทานยาลดความดันอย่างต่อเนื่อง การมาพบแพทย์เพื่อรับยาตามนัด 5. แนะนำการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และลดอาหารเค็ม อาหารที่มีไขมันสูง 6. แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ทันที ได้แก่ 6.1 กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือตาย อาการผิดปกติ ได้แก่ เจ็บแน่นหน้าอก คล้ายมีสิ่งของทับที่หน้าอก เจ็บบริเวณหัวไหล่ หายใจเหนื่อย 6.2 โรคหลอดเลือดสมอง อาการผิดปกติ ได้แก่ พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น เวียนศีรษะ มองเห็นภาพซ้อน 6.3 ไตเสื่อมสภาพมากขึ้น อาการผิดปกติ ได้แก่ ปัสสาวะเป็นฟอง ปัสสาวะสีส้มหรือสีน้ำตาลเนื้อ อาการบวมบริเวณหนังตา ใบหน้า และขาทั้งสองข้าง การประเมินผล ความดันโลหิตไม่สูงกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ไม่ปวดศีรษะ ไม่มีอาการตาพร่ามัว เจ็บแน่นหน้าอก ปัสสาวะออกดี สีเหลืองใส ผู้ป่วยเข้าใจคำแนะนำในการปฏิบัติตัวของโรคความดันโลหิตสูง
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 14 ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้ากังวล สอบถามเกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด การรับประทานอาหารและยา วัตถุประสงค์ เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในการดูแลตนเองหลังจำหน่ายกลับบ้าน	1. ให้ความรู้เรื่องโรค สาเหตุการเกิดโรค อาการ ภาวะแทรกซ้อน 2. ให้ความแนะนำ ดังนี้ 2.1 ควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม คือ 140/90 มิลลิเมตรปรอท 2.2 งดสูบบุหรี่ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2.3 ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติ โดยให้มีค่าดัชนีมวลกาย 19-23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร 2.4 ออกกำลังกายหรือบริหารร่างกายอย่างเบาๆ เช่น บริหารแขน ขา และเท้า ยกแขน วันละประมาณ 30-45 นาที 5 วันต่อสัปดาห์ 2.5 หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง หรืออาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง รับประทานอาหารประเภทกากใย เนื่องจากพบว่าอาหารที่มีกากใยสูงจะช่วยควบคุมอาการท้องเสียภายหลังผ่าตัดถุงน้ำดี และอาหารที่มีกากใยจะรวมตัวกับน้ำดีที่ตับสร้างและหลั่งออกมา เพื่อช่วยย่อยไขมันและคอเลสเตอรอล ตลอดจนช่วยการทำงานของลำไส้ รับประทานอาหารประเภทผักและผลไม้ เนื่องจากจะช่วยในกระบวนการย่อยและดูดซึมทำให้การขับถ่ายปกติ และควรหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด ผักที่เพิ่มแก๊สในทางเดิน

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	อาหาร เช่น กะหล่ำปลี ดอกกะหล่ำ หัวหอม กระเทียม หน่อไม้ฝรั่ง บล็อกโคลี่ เป็นต้น และผลไม้ที่เพิ่มแก๊สในทางเดินอาหาร เช่น องุ่น แคนตาลูป แอปเปิ้ล ลูกาสี แครอท ข้าวโพด ถั่วลิสง เนื่องจากผู้ป่วยหลังผ่าตัดถุงน้ำดีกระบวนกรย่อยอาหารผิดปกติ ทำให้แน่นและอึดอัดในท้อง และท้องเสียง่าย จดอาหารที่มีรสเค็ม เพื่อลดการดูดกลืนน้ำเข้าสู่ร่างกาย ทำให้ความดันโลหิตสูง และลดสารก่อนนี้ 2.6 ปรับปริมาณมื้ออาหารโดยแบ่งการบริโภคอาหารเป็นมื้อย่อยคือ 5 มื้อ ต่อวัน และลดปริมาณอาหารในแต่ละมื้อ เนื่องจากการความเข้มข้นของถุงน้ำดีลดลงจากการตัดถุงน้ำดี ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการย่อยอาหาร 2.7 รับประทานยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษา 2.8 หลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดอารมณ์เครียด 2.9 นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพออย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงต่อวัน 2.10 หลีกเลี่ยงการยกของหนักอย่างน้อย 6 สัปดาห์ (น้ำหนักมากกว่า 5 กิโลกรัม) เพราะอาจทำให้เกิดแรงดันในช่องท้องเสี่ยงต่อการเกิดแผลปริหรืออักเสบได้ 2.11 จัดสิ่งแวดล้อมที่สะอาด อยู่ในที่อากาศถ่ายเท 2.12 แนะนำการดูแลแผลผ่าตัด การทำแผลวันละครั้งที่โรงพยาบาล ถ้ามีเลือด น้ำเหลือง สารคัดหลั่งซึมออกมาจากแผลให้ไปทำแผล แต่ถ้ามีอาการปวด บวม แดง ร้อน ร่วมกับมีไข้ ให้รีบกลับมาพบแพทย์ก่อนวันนัด 2.13 แนะนำการมาตรวจตามนัด 2 สัปดาห์ หลังออกจากโรงพยาบาล 3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสอบถามข้อสงสัยและตอบข้อสงสัยเพื่อให้มีความเข้าใจที่ถูกต้อง การประเมินผล ผู้ป่วยคลายความกังวล สีหน้าสดชื่นขึ้น บอกวิธีการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

สรุปและอภิปรายผล

เนื่องจากกรณีศึกษาผู้ป่วยมีถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมด้วย มีสาเหตุมาจากนิ่วในถุงน้ำดี ทำให้ความดันในถุงน้ำดีสูงขึ้น ถุงน้ำดีจะโป่งตึง ผ่นงบวม กดทับลงบนท่อลำไส้จนทำให้ท่อน้ำดีบวม ส่งผลให้น้ำดีไหลไม่สะดวกและขังอยู่ในถุงน้ำดีและมีการอักเสบและติดเชื้อ² ในช่วงที่เริ่มมีการติดเชื้อในร่างกายผู้ป่วยได้รับสารน้ำไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อ และเกิดอวัยวะล้มเหลว ได้แก่ การแข็งตัวของเลือดเริ่มผิดปกติ ไตมีของเสียคั่ง³ ทำให้แพทย์ต้องตัดสินใจผ่าตัดถุงน้ำดีออกอย่างรีบด่วน การเตรียมความพร้อมในการผ่าตัด ทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจให้พร้อม ทำให้การผ่าตัดผ่านพ้นไปได้ด้วยดี ในระยะหลังผ่าตัดต้องมีการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ ภาวะเลือดออก

ในช่องท้อง ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำ รวมถึงภาวะท้องอืด ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยของการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดถุงน้ำดี แต่พบผู้ป่วยมีปัญหาท้องอืด เนื่องจากไม่สามารถกระตุ้นการลุกเดินเร็วได้ จากผู้ป่วยมีความปวดระดับรุนแรง จึงต้องจัดการความปวดโดยให้ยา Morphine เพื่อบรรเทาอาการปวด ซึ่งผลข้างเคียงทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวลดลง แพทย์จึงต้องพิจารณาให้ยาลดอาการท้องอืดร่วมด้วย นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ในระยะวางแผนจำหน่าย พยาบาลต้องให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ให้คำแนะนำการดูแลตนเอง เพื่อการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดถุงน้ำดี การติดตามผู้ป่วยเป็นระยะๆ เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในการ

ดูแลตนเอง และช่วยแก้ปัญหาให้ตรงกับความ
ต้องการของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยโรคถุงน้ำดีอักเสบและมีการติดเชื้อ
ในกระแสเลือด ควรได้รับการประเมิน คัดกรอง
เพื่อคัดจับภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแส
เลือดและการล้มเหลวของอวัยวะต่างๆอย่าง
ต่อเนื่อง โดยกำหนดความถี่ในการประเมินให้มี
ความไวเพียงพอสำหรับการคัดจับตั้งแต่ระยะ
เริ่มต้น โดยใช้เครื่องมือประเมินเฝ้าระวังสัญญาณ

เตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต เช่น SOS score หรือ
qSOFA หรือเครื่องมืออื่นๆ ที่องค์กรพัฒนาขึ้น

2. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดถุงน้ำดี จะทำให้
กระบวนการย่อยอาหารผิดปกติ เกิดอาการแน่น
และอึดอัดในท้อง และท้องเสียง่าย ควรเน้นการให้
คำแนะนำเพื่อป้องกันอาการท้องอืด แน่นท้อง เช่น
การบริโภคอาหารที่ย่อยและดูดซึมง่าย หลีกเลี่ยง
อาหารที่เพิ่มแก๊สในทางเดินอาหาร การออกกำลังกาย
 และการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบ
แพทย์

เอกสารอ้างอิง

1. อัญชลี พงศ์ชัยเดชา. สรีรวิทยาระบบทางเดินอาหาร. เชียงใหม่: ภาควิชาสรีรวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2562.
2. วรณา สิทธิไชย. 2567. การพยาบาลผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง. [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงจาก: <https://nrh.nopparat.go.th/academic/public/files/>
3. ตรุณี สมบูรณ์กิจ, อัจฉรา มีนาสันติรักษ์, กมลรัตน์สุปัญญาบุตร, และรัชชยา มหาสิริมงคล. การพัฒนาแนวปฏิบัติการ
พยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องโรงพยาบาล มหาสารคาม.วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
2561; 15(3) : 24-34.
4. Onder A., Kapan M., Burak Veli Ulger BV., Oguz A., Turko A., and Uslukaya O. Gangrenous Cholecystitis: Mortality and Risk Factors. Int Surg 2015; 100: 254 – 260.
5. วิริยาพร ฤทธิพิศ. โรคถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน Acute cholecystitis. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2564.
6. Martinez GA. Summary of Complications of Laparoscopic Cholecystectomy International Journal of Medical Science and Clinical Research Studies 2023; 3(9) :1989-1991.
7. ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. รายงานผู้ป่วยรายโรคปีงบประมาณ 2564, 2565, 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 22 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงจาก: http://somdetdata.moph.go.th/data/sys/report_/
8. ทิภูสิ ศิริวิสัย, และวิมล อ่อนเส็ง. ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ: ความท้าทายของพยาบาลฉุกเฉิน.วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ 2560; 9(2): 152- 162.