

การพยาบาลผู้ป่วยท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันร่วมกับนิ่วในท่อน้ำดีรวมที่มีภาวะช็อก จากการติดเชื้อในกระแสโลหิต : กรณีศึกษา

Nursing care of a patient acute cholangitis with common bile duct stones with septic shock : A care study.

(Received: June 24,2025 ; Revised: June 27,2025 ; Accepted: June 29,2025)

วิภาพร บุตรเอก¹
WIPAPORN BOOT-EK¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันร่วมกับนิ่วในท่อน้ำดีรวมที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต โดยศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันร่วมกับนิ่วในท่อน้ำดีรวมที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต

ผลการศึกษา พบว่า การใช้แบบประเมินการติดเชื้อในกระแสโลหิตในระยะแรกได้รวดเร็ว qSOFA score, SOFA score, MEWS score ช่วยให้วินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้องแม่นยำส่งผลต่อการรักษาและการพยาบาลได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพภายใน 6 ชั่วโมง การให้ยาปฏิชีวนะ การให้สารน้ำทดแทน ร่วมกับการระบายท่อน้ำดีให้เร็วที่สุดด้วยวิธี Endoscopic retrograde cholangiopancreatography ภายใน 48 ชั่วโมง ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยไม่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต และช่วยให้จำหน่ายได้เร็ว รวมระยะเวลาที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาล 6 วัน

คำสำคัญ: การพยาบาล ท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต นิ่วในท่อน้ำดีรวม

Abstract

This study was case study aimed to study was to study nursing care for patients with acute cholangitis with common bile duct stones and septic shock. The study was conducted in patients with acute cholangitis with common bile duct stones and septic shock.

Result: choosing an appropriate assessment tools in the process of early detection of septic shock: quick Sequential Organ Failure Assessment (qSOFA), Sequential Organ Failure Assessment (SOFA), and Modified early warning signs (MEWs).

There are recommended as a part of screening for suspicion of sepsis. In 6 hours, early diagnosis, treatment and high quality nursing care of sepsis. The mainstay of treatment includes antibiotic therapy, adequate intravascular volume resuscitation, and endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) for biliary drainage within 48 hours. It can be effective in helping patients to survive from very serious life-threatening illness and help to early discharge. Durations of stay in the hospital within 6 days.

Keywords: Nursing care, Acute cholangitis, Septic shock, Common bile duct stones

บทนำ

โรคท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน เป็นภาวะการติดเชื้อของท่อน้ำดีและการอุดตันทางเดินน้ำดีโดยส่วนใหญ่สาเหตุของการอุดตันของท่อน้ำดีนั้นเกิดจากนิ่วในท่อน้ำดีหรือจากเนื้องอก การวินิจฉัยโรค

โดยอาศัยอาการทางคลินิก ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการตรวจทางภาพ อาการทางคลินิกตามหลัก Charcot's triad ได้แก่ ไข้ ตัวเหลือง และปวดท้อง ในกรณีที่รุนแรงจะมี Reynold's pentad ร่วมด้วย ได้แก่ อาการสับสน

¹ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบ้านหมี่

และความดันโลหิตต่ำ แนวทางการรักษาท่อน้ำดี
อักเสบเฉียบพลัน คือ การให้ยาปฏิชีวนะ การให้
สารน้ำทดแทน ร่วมกับการระบายท่อน้ำดี¹
โดยแนะนำให้ทำการส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดี
และตับอ่อน (Endoscopic Retrograde cholangiopancreatography)² โรค
ท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันมีอัตราการเสียชีวิตสูงร้อยละ 10¹ โดยประเทศไทย ปี พ.ศ. 2665 – 2567 มี
ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน
13,300, 16,049 และ 17,552 รายตามลำดับ
เสียชีวิตทั้งหมด 662, 741 และ 729 รายตามลำดับ
ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตเป็นร้อยละ 4.77, 4.52 และ
4.00 ตามลำดับ⁷

สำหรับโรงพยาบาลบ้านหมี่ในปี พ.ศ. 2565
– 2567 มีผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคท่อน้ำดี
อักเสบเฉียบพลัน 30, 25 และ 20 รายตามลำดับ เสียชีวิต
ทั้งหมด 2, 2 และ 2 รายตามลำดับ ซึ่งมีอัตราการ
เสียชีวิตเป็นร้อยละ 6.45, 7.41 และ 9.52
ตามลำดับ⁸ ภาวะท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันมัก
เกิดขึ้นในช่วงสั้น ๆ สามารถหายขาดได้หากได้รับการ
การรักษาอย่างทันท่วงทีและถ้าไม่ได้รับการรักษา
จะมีอัตราการเสียชีวิตสูง¹ โดยสาเหตุส่วนใหญ่ที่
ผู้ป่วยเสียชีวิต คือ ภาวะอวัยวะหลายส่วนล้มเหลว
ร่วมกับภาวะช็อกจากการติดเชื้อ³ ดังนั้นการ
วินิจฉัยและการดูแลรักษาที่รวดเร็วจะช่วยป้องกันการ
เกิดความเสี่ยงและอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับ
ผู้ป่วยได้ ผู้ศึกษาได้ตระหนักถึงความสำคัญเหล่านี้
จึงได้สนใจกรณีศึกษาผู้ป่วยท่อน้ำดีอักเสบ
เฉียบพลันร่วมกับนิ่วในท่อน้ำดีรวมที่มีภาวะช็อก
จากการติดเชื้อในกระแสโลหิตเพื่อนำไปใช้เป็น
แนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากรณีศึกษากระบวนการพยาบาล
ผู้ป่วยท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันร่วมกับนิ่วในท่อ

น้ำดีรวมที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแส
โลหิต

วิธีการดำเนินการศึกษา

1. ศึกษาสถิติข้อมูลผู้ป่วยท่อน้ำดีอักเสบ
เฉียบพลันที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแส
โลหิต ที่มารับบริการในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง
โรงพยาบาลบ้านหมี่ ย้อนหลัง 3 ปี

2. เลือกผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลที่มีปัญหา
มาเป็นกรณีศึกษา

3. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย
ท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันที่มีภาวะช็อกจากการติด
เชื้อในกระแสโลหิต จากเอกสารตำราวิชาการ
งานวิจัยต่าง ๆ

4. วิเคราะห์ปัญหาและประเมินความรุนแรง
ของผู้ป่วย ทบทวนทฤษฎีทางการพยาบาลและ
แนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง มาประยุกต์ใช้เพื่อวาง
แผนการพยาบาลให้ครอบคลุม ครบถ้วน ทุกปัญหา

5. ปฏิบัติการพยาบาลตามขั้นตอนของ
กระบวนการพยาบาล โดยประเมินภาวะสุขภาพ
ของผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผน
การพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลตามแผน และ
ประเมินผลการพยาบาล โดยให้การพยาบาลที่
เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย
ตามอาการ การเปลี่ยนแปลงของแต่ละบุคคล

6. สรุปผลการศึกษา เขียนรายงานการศึกษา
จัดทำเป็นรูปเล่มและเผยแพร่ผลงาน

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง
ตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจง
วัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนาม
ยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล
สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วม
การศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการ
ใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษา

ครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการศึกษเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลศึกษา

ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 71 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพหม้าย การศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ไม่ได้ประกอบอาชีพ มาด้วยอาการสำคัญคือ ใช้สูง ซึมลง ไม่พูด 50 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน : 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ใช้ ปวดท้องเจ็บบริเวณใต้ชายโครง ด้านขวาและปวดจุกใต้ลิ้นปี่ คลื่นไส้อาเจียน 2 ครั้ง รับประทานยา Paracetamol และลดกรดอาการไม่ทุเลาลง

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : 14 ปีก่อน

เป็นโรคพาร์กินสัน รับประทานยาสม่ำเสมอ 7 ปี อาการดีขึ้น แพทย์ให้หยุดยามาแล้ว 7 ปี, 7 ปีก่อนเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูง รับประทานยา Amlodipine 5 มิลลิกรัม 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า, Atenolol 50 มิลลิกรัม 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า, Enalapril 20 มิลลิกรัม 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า Simvastatin 20 มิลลิกรัม 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า มาตรวจตามนัดทุกครั้ง รับประทานยาสม่ำเสมอ ไม่ขาดยา, 6 ปี เป็นโรคกระเพาะอาหารทะลุได้รับการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด 1. มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตเนื่องจากท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน	ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวทุก 5 - 15 นาที จนกระทั่งผู้ป่วยมีอาการคงที่ ประเมินทุก 1 ชั่วโมง ประเมินภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตสัญญาณเตือน ได้แก่ แบบประเมินอวัยวะล้มเหลวจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรวดเร็ว qSOFA Score ประเมินการล้มเหลวของอวัยวะ SOFA และแบบประเมินแจ้งเตือนอันตราย MEWS ดูแลเจาะเลือดโดยส่งตรวจ Serum lactate และ Hemoculture 2 ชุด ก่อนให้ยาปฏิชีวนะ ดูแลให้ยาปฏิชีวนะเร็วที่สุดภายใน 1 ชั่วโมง คือ Sulperazone 1.5 กรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 12 ชั่วโมง ดูแลให้สารน้ำเพื่อให้มีปริมาตรสารน้ำในหลอดเลือดเพียงพอ คือ Normal saline solution 1500 มิลลิลิตร หยดเข้าทางหลอดเลือดดำอัตราที่เร็วใน 1 ชั่วโมง เพื่อให้ค่า Mean arterial pressure มากกว่า 65 มิลลิเมตรปรอท หลังจากนั้นหยดเข้าทางหลอดเลือดดำ 120 มิลลิลิตร/ชั่วโมง และเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันผลข้างเคียงที่อาจได้รับจากการให้สารน้ำในปริมาณที่มากและเร็ว ได้แก่ ไอ มีเสมหะเป็นน้ำมีฟอง ฟังปอดพบเสียง Creptitation คาสายสวนปัสสาวะและบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง จนค่า Mean arterial pressure มากกว่า 65 มิลลิเมตรปรอท และบันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกทุก 8 ชั่วโมง ดูแลให้ออกซิเจนทางท่อช่วยหายใจ ร่วมกับ Mechanical ventilator และดูแลการทำงานของเครื่องช่วยหายใจพร้อมบันทึก Parameter waveform ของเครื่องช่วยหายใจ คือ Pressure control ventilation (PCV) mode setting ดังนี้ Fraction Of Inspired O ₂ (FiO ₂) 0.4, Peak inspiratory pressure (PIP) 16, Positive end expiratory pressure (PEEP) 5, Respiratory rate (RR) 16 ติดตามระดับน้ำตาลโดยเจาะ DTX ทุก 6 ชั่วโมง และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ระหว่าง 80 – 200 mg/dL ลดปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อเพิ่มขึ้น ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง ให้การพยาบาลโดยยึดหลัก Aseptic technique, ป้องกัน Cross infection ดูแลให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเป็นระยะ ๆ ที่เพียงพอ ได้แก่ โรคที่ผู้ป่วยเป็น สาเหตุของโรค แผนการรักษาของแพทย์และการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ ยอมรับการเจ็บป่วยและให้ความร่วมมือตามแผนการรักษา ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Blood for complete blood count, Renal function test, Blood for liver function test, Electrolytes blood test, Blood lactate ถ้าผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติรายงานแพทย์ทันที
	การประเมินผล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	รู้สึกตัว Glasgow coma scale 15 คะแนน สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36 – 37.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 90 – 100 ครั้งต่อนาที อัตราหายใจเร็ว 16 – 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตไม่ต่ำกว่า 90 - 137/60 – 79 มิลลิเมตรปรอท, Mean arterial pressure 73 - 101 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนมากกว่า 95 – 100%, Capillary refill time น้อยกว่า 2 วินาที ปัสสาวะออก 0.9 - 3 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง
2. มีภาวะเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายลดลงเนื่องจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตหลุดเลือดขยายตัว	ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน เช่น ซีม สับสน หายใจลำบาก ปลายมือปลายเท้าเขียว อัตราชีพจรและการหายใจเพิ่มขึ้น มีการตึงรั้งของช่องซี่โครง ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที จนกระทั่งผู้ป่วยมีอาการคงที่ ประเมินทุก 1 ชั่วโมง ติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนอย่างต่อเนื่อง และ keep Oxygen saturation มากกว่า 95% ดูแลให้ออกซิเจนทางท่อช่วยหายใจร่วมกับ Mechanical ventilator และดูแลการทำงานของเครื่องช่วยหายใจพร้อมบันทึก Parameter waveform ของเครื่องช่วยใจ คือ Pressure control ventilation (PCV) mode setting ดังนี้ Fraction Of Inspired O₂ (FiO₂) 0.4, Peak inspiratory pressure (PIP) 16, Positive end expiratory pressure (PEEP) 5, Respiratory rate (RR) 16 ฟังเสียงหายใจทุก 2 ชั่วโมง เพื่อประเมินเสียงผิดปกติ เช่น Creptitation, Rhonchi ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งโดยดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ว่ามีเสมหะมากขึ้น จัดทำนอนศีรษะสูง 30 – 45 องศาเซลเซียส ดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอเพื่อช่วยลดการใช้ออกซิเจนในการทำกิจกรรม จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ บันทึกประเมินปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง และบันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกทุก 8 ชั่วโมง การประเมินผล รู้สึกตัว Glasgow coma scale 15 คะแนน ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายขาดออกซิเจน ฟังเสียงปอดปกติ ไม่มีเสียง Creptitation, Rhonchi สัญญาณชีพปกติ อัตราการเต้นของชีพจร 90 – 100 ครั้งต่อนาที อัตราหายใจ 16 – 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตไม่ต่ำกว่า 90 - 137/60 – 79 มิลลิเมตรปรอท, Mean arterial pressure 73 - 101 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนมากกว่า 95 – 100%, Capillary refill time น้อยกว่า 2 วินาที ปัสสาวะออก 0.9 - 3 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง
3. มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์เนื่องจากคลื่นไส้อาเจียน	ประเมินอาการทางคลินิกของภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน กล้ามเนื้ออ่อนแรง สับสน ชัก ประเมินอาการทางคลินิกของภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปวดกล้ามเนื้อ ตะคริว มีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ได้แก่ ST depression, T wave มีลักษณะราบลง, ระยะ PR ยาวขึ้น ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพอย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง หรือถ้านั้นเมื่อมีอาการไม่คงที่ ประเมินระดับความรู้สึกตัวทุก 2 ชั่วโมง ประเมินและติดตามความสมดุลของปริมาณสารน้ำเข้ากับปริมาณปัสสาวะที่ออก ประเมินทุก 8 ชั่วโมง ประเมิน Motor power แขน ขา ก่อนให้ทำกิจกรรม จัดให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียง มีกิจกรรมเท่าที่จำเป็น ดูแลความปลอดภัยยกไม้กั้นเตียงขึ้นทุกครั้งเพื่อป้องกันการพลัดตกกลิ้ง ประเมินการเคลื่อนไหวของลำไส้ที่ลดลงและอาการท้องอืด ดูแลให้ได้รับยา Potassium chloride elixir 30 มิลลิลิตร รับประทานทุก 3 ชั่วโมง จำนวน 4 ครั้ง ตามแผนการรักษา และสังเกตผลข้างเคียง เช่น มีภาวะระคายเคืองในช่องทางเดินอาหาร ดูแลให้ได้น้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา คือ Normal saline solution 1000 มิลลิลิตร + Potassium chloride (KCl) 20 mEq หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ 120 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ตามแผนการรักษา โดยบริหารการให้สารน้ำผ่าน Infusion pump และการบริหารยา Potassium chloride ประเมินและติดตามภาวะโพแทสเซียมสูง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ปัสสาวะบ่อย ขาปลายมือปลายเท้า ติดตามภาวะร่วซึมของยาโพแทสเซียมออกนอกหลอดเลือดดำ คือ ผิวหนังซีดสีขาวซีดหรือมีสีเทา และผิวหนังเย็น หรือพบอาการปวด เจ็บ บวม แดง หรือพองบริเวณใกล้เคียง ถ้าพบให้หยุดให้ยาทันที ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ คือ Electrolytes blood test ความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ การประเมินผล ระดับความรู้สึกตัว E4V5M6 Glasgow coma scale 15 คะแนน, Motor power grade V all extremities สัญญาณชีพปกติ อัตราการเต้นของหัวใจ 90 – 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16 – 20 ครั้งต่อนาที ไม่พบคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่เด่นชัดจังหวะ เช่น PVC, Short run หรือ ST segment เปลี่ยนแปลง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ไม่พบอาการและอาการแสดงของโซเดียมและโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติ Sodium 132 mmol/L, Potassium 3.4 mmol/L ความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ 1.015
4. เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก เนื่องจากมีกระบวนการแข็งตัวของเลือดผิดปกติจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต	สังเกตลักษณะ จำนวนและตำแหน่งของเลือดออกนอกร่างกาย เช่น เลือดกำเดาไหล เลือดออกตามไรฟัน เป็นต้น สังเกตอาการและอาการแสดงของการมีเลือดออกภายในร่างกาย เช่น อาการปวดท้อง กระสับกระส่าย ถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ เป็นต้น ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง จนกระทั่งผู้ป่วยมีอาการคงที่ประเมินทุก 4 ชั่วโมง ป้องกันอุบัติเหตุต่าง ๆ เช่น การตกเตียง การหกล้ม ดูแลให้ได้รับ Fresh frozen plasma (FFP) 1 Unit หยดเข้าทางหลอดเลือดดำใน 20 นาที จำนวน 2 Unit ตามแผนการรักษา ติดตามผลข้างเคียงปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์จากการให้เลือด และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Prothrombin Time, International Normalized Ratio, Partial thromboplastin time, Platelet count การประเมินผล ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดออก เช่น อาการปวดท้อง กระสับกระส่าย ถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ เลือดกำเดาไหล สัญญาณชีพปกติ อัตราการเต้นของชีพจร 90 – 100 ครั้งต่อนาที อัตราหายใจเร็ว 16 – 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตไม่ต่ำกว่า 90 - 137/60 – 79 มิลลิเมตรปรอท, Mean arterial pressure 73 - 101 มิลลิเมตรปรอท ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Platelet count อยู่ในเกณฑ์ปกติ 130,400 cell/mm3
5. ไม่สุขสบายจากการมีไข้เนื่องจากท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน	สังเกตและประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ดูแลเช็ดตัวลดไข้ 15 - 20 นาที เพื่อเป็นการระบายความร้อนออกจากร่างกาย หากหนาวสั่นให้หุ้ดเช็ดตัวทันทีเนื่องจากอาการหนาวสั่นจะเพิ่มอัตราการเผาผลาญในร่างกายส่งผลอุณหภูมิสูงขึ้น ดูแลให้รับประทานยาตามแผนการรักษาคือ Paracetamol 1 เม็ด รับประทานทุก 4 - 6 ชั่วโมง, Paracetamol 1 Ampule ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ เป็นครั้งคราวเมื่อจำเป็นทุก 4 - 6 ชั่วโมง และติดตามผลข้างเคียงของยา คือ ใบหน้า ดวงตา และปากเกิดอาการบวม มีจุดแดงเล็ก ๆ ขึ้นตามผิวหนัง ติดตามวัดอุณหภูมิร่างกายซ้ำหลังเช็ดตัวลดไข้ 30 นาทีหรือหลังให้ยาลดไข้ 1 ชั่วโมง สวมเสื้อบาง ๆ ดูแลให้พักผ่อน จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม เช่น ลดแสงสว่าง ลดเสียงรบกวนต่าง ๆ ในห้องไม่ให้อุณหภูมิสูง อากาศถ่ายเทได้สะดวก ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ คือ Sulperazone 1.5 กรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 12 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาและติดตามผลข้างเคียงของยา คือ ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น ดูแลให้ได้น้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา คือ Normal saline solution 1000 มิลลิลิตร + Potassium chloride (KCl) 20 mEq หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ 120 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ตามแผนการรักษา การประเมินผล นอนหลับพักผ่อนได้ อุณหภูมิร่างกาย 36 – 37.1 องศาเซลเซียส
6. ไม่สุขสบายจากการปวดท้องเนื่องจากท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน	ประเมินความเจ็บปวดโดยใช้เครื่องมือวัดความเจ็บปวด Numerical Pain Rating Scale ดูแลให้ความรู้ ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรค อาการ แผนการรักษา เพื่อการลดความวิตกกังวล ดูแลจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา เช่น การหายใจเข้า - ออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ การสัมผัส การนวด จัดท่าผู้ป่วยเพื่อลดการยืดขยายของกล้ามเนื้อที่มากเกินไป เบี่ยงเบนความสนใจอาการเจ็บปวด เช่น ดูทีวี ฟังเพลง เป็นต้น ดูแลให้ได้รับยาลดอาการปวด Morphine 3 mg ทางหลอดเลือดดำ เป็นครั้งคราวเมื่อจำเป็น ทุก 4 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาและประเมิน Sedation score ก่อนให้ยามีคะแนน 0 – 1 คะแนนเท่านั้น และติดตามผลข้างเคียงของยา Morphine คือ กดการหายใจ หายใจลำบาก ม่านตาเล็กลง คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น หลังได้รับยาประเมิน Sedation score ถ้าได้มากกว่า 2 คะแนน รายงานแพทย์ทันที ประเมินความเจ็บป่วยและวัดสัญญาณชีพหลังทำการหัตถการหรือเมื่อผู้ป่วยบอกว่าปวด รวมทั้งก่อนและหลังการเจ็บปวด ดูแลให้พักผ่อน จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม เช่น ลดแสงสว่าง ลดเสียงรบกวนต่าง ๆ การประเมินผล ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ อาการปวดเป็นพัก ๆ น้อยลง Pain score 3 คะแนน
7. พร่องความรู้และการปฏิบัติตัวก่อนการส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับ	ประเมินการรับรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อนและการปฏิบัติตัวที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ให้การพยาบาลผู้ป่วยตามโรคและความจำเป็นสำหรับการส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อนที่ถูกต้อง ดูแลให้ข้อมูล ความรู้การส่องกล้องตรวจ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
อ่อนเนื่องจากไม่รับข้อมูลข่าวสาร	รักษาช่องทางเดินน้ำดีและตับอ่อนแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ประเมินผลความรู้ การปฏิบัติตัวก่อนและหลังการส่องกล้องตรวจรักษาช่องทางเดินน้ำดีและตับอ่อนและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวสอบถามเพื่อให้เกิดความกระจ่างกับข้อมูลที่ได้รับ การประเมินผล ผู้ป่วยและครอบครัวตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้และปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการส่องกล้องตรวจรักษาช่องทางเดินน้ำดีและตับอ่อนถูกต้อง
8. มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะคุกคามจากโรคและกลัวตาย	ประเมินการตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ป่วยและครอบครัว รับฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งภาวะทางอารมณ์และทางจิตใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวระบายความรู้สึกกลัวและความวิตกกังวลและให้คำแนะนำ ปรับยืดหยุ่นเวลาในการเข้าเยี่ยม จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ให้เวลาผู้ป่วยได้พักผ่อน ทุกครั้งที่ทำกิจกรรมการพยาบาลหรือการรักษาอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจ สอบถามสาเหตุของความวิตกกังวลเพื่อเลือกกิจกรรมที่เหมาะสม แนะนำเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การทำสมาธิ การสวดมนต์ เป็นต้น โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจเลือก ให้กำลังใจในการปรับตัวเพื่อลดความวิตกกังวลและส่งเสริมให้มีการใช้เทคนิคการผ่อนคลายบ่อย ๆ ประเมินอัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิต การประเมินผล ผู้ป่วยและครอบครัวบอกรู้สึกความวิตกกังวลลดลง สิ้นหายใจแน่นแสบแน่น นอนหลับพักผ่อนได้ ไม่มีอาการรบกวน ปฏิบัติตามคำแนะนำต่าง ๆ ได้ดี สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้
การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด 9. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากของเหลวสะสมในเนื้อเยื่อปอด	ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึม สับสน หายใจลำบาก เหนื่อยหอบ หัวใจเต้นเร็ว ชีพจรเต้นเร็ว ปลายมือ ปลายเท้าเขียว ติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนอย่างต่อเนื่องและ keep Oxygen saturation มากกว่า 95% ดูแลให้ได้รับออกซิเจนด้วย Mechanical ventilator และดูแลการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ การปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจพร้อมบันทึก Parameter waveform ของเครื่องช่วยใจ คือ Pressure control ventilation (PCV) mode setting ดังนี้ Fraction Of Inspired O ₂ (FiO ₂) 0.4, Peak inspiratory pressure (PIP) 8, Positive end expiratory pressure (PEEP) 5, Respiratory rate (RR) ตามลำดับตามแผนการรักษา ฟังเสียงหายใจทุก 2 ชั่วโมง ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งโดยดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ว่ามีเสมหะมากขึ้น ดูแลจัดท่าให้นอนศีรษะสูงโดยจัดท่า Fowler's position ดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอเพื่อลดการใช้ออกซิเจนในการทำกิจกรรม บันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกทุก 8 ชั่วโมง กระตุ้นและสอนวิธีไออย่างถูกวิธีฝึกการไออย่างมีประสิทธิภาพ ดูแลให้ได้รับพินายายาลดปวด คือ Berodual 1 nebulizer เป็นครั้งคราวเมื่อจำเป็น ทุก 4 ชั่วโมง และสังเกตอาการข้างเคียงของยา คือ อาการกล้ามเนื้อสั่น กระสับกระส่าย ติดตามผลภาพถ่ายรังสีทรวงอก การประเมินผล รู้สึกตัว Glasgow coma scale 15 คะแนน ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน สัญญาณชีพปกติ อัตราการเต้นของชีพจร 90 – 100 ครั้งต่อนาที อัตราหายใจ 16 – 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตไม่ต่ำกว่า 90 - 137/60 – 79 มิลลิเมตรปรอท, Mean arterial pressure 73 - 101 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนมากกว่า 95 – 100%, Capillary refill time น้อยกว่า 2 วินาที เสียงลมหายใจผ่านปอดปกติทั้ง 2 ข้าง
10. มีภาวะระดับน้ำตาลในกระแสเลือดเปลี่ยนแปลง	ประเมินและสังเกตอาการและอาการแสดงภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ มือสั่น ใจสั่น เหงื่อออก เป็นลม ปวดศีรษะ สับสน ประเมินและสังเกตอาการและอาการแสดงภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ซึม สับสน หายใจตื้นช้า ชักเกร็ง เป็นต้น ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและสูง แนะนำให้รีบบอกทันทีหากพบว่ามีอาการผิดปกติ ดูแลให้ได้รับประทานอาหารในปริมาณที่เพียงพอ ดูแลให้ได้รับสารละลายกลูโคส 50% 50 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำอย่างรวดเร็ว และดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่อง คือ 5% Dextrose in 1/2 sodium chloride หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ 80 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ติดตามระดับน้ำตาลในกระแสเลือดที่ 15 นาที หลังได้สารละลายกลูโคสและสารน้ำทางหลอดเลือดดำ หลังจากนั้นติดตามทุก 6 ชั่วโมง รักษาระดับน้ำตาลในเลือดที่มากกว่า 80 – 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	การประเมินผล ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ DTX 85 - 124 mg% ไม่มีอาการและอาการแสดงของระดับน้ำตาลในกระแสเลือดเปลี่ยนแปลง
11. ท้องอืดและปวดท้องจากการใส่ลมในท้องระหว่างการส่องกล้องตรวจรักษาท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน	ประเมินความปวดแน่นท้องโดยใช้แบบวัดความเจ็บปวด Numerical pain rating scale ประเมินความรุนแรงของอาการท้องอืด ฟังเสียง Bowel sound อธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบถึงสาเหตุของอาการท้องอืดและปวดแน่นท้องซึ่งเกิดจากลมที่ใส่เข้าไปขณะส่องกล้องระหว่างการตรวจรักษาท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน และอาการจะหายไปเมื่อผู้ป่วยเรอหรือผายลม กระตุ้นให้มี Early ambulation ให้พลิกตะแคงตัวบ่อย ๆ ลูกนั่ง งดน้ำและอาหาร ดูแลให้เริ่มจิบน้ำ ถ้าไม่มีอาการปวดท้องจะเริ่มให้ทานอาหารอ่อนย่อยง่ายต่อไปตามลำดับ ดูแลให้ได้รับยาลดอาการปวด Buscopan 20 mg เข้าทางหลอดเลือดดำ และติดตามผลข้างเคียงของยา เช่น ตาพร่า มองเห็นไม่ชัด ใจสั่น ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่อง คือ 5% Dextrose in 1/2 sodium chloride หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ 80 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ตามแผนการรักษา การประเมินผล นอนหลับพักผ่อนได้ ท้องอืดลดลง อาการปวดลดลง Pain score 3 คะแนน สามารถเรอหรือผายลมได้ การเคลื่อนไหวของลำไส้ปกติ Normoactive bowel sound 8 ครั้งต่อวันที่
12. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้องตรวจรักษาท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน	ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที เป็นเวลา 1 ชั่วโมง ทุก 30 นาที เป็นเวลา 2 ชั่วโมง และทุก 4 ชั่วโมง เป็นเวลา 48 ชั่วโมง ดูแลให้บ้วนน้ำลายหรือดูดเสมหะในปาก เพื่อป้องกันการสูดสำลัก เมื่อรู้สึกตัวจัดท่าให้นอนศีรษะสูง (Fowler's position) ติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนอย่างต่อเนื่องและ keep Oxygen saturation มากกว่า 95% งดน้ำและอาหารทุกชนิดทางปากเพื่อลดการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ สังเกตลักษณะสี และปริมาณของเลือดที่ปนออกมา กับน้ำลาย การถ่ายอุจจาระสีดำหรือมีเลือดออก สังเกตอาการผิดปกติของการติดเชื้อท่อน้ำดีหรือตับอ่อน เช่น มีไข้ ปวดแน่นท้องมาก ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ คือ ความเข้มข้นของเลือดเพื่อประเมินการเสียเลือด ดูแลให้ได้รับยา คือ Omeprazole 40 mg เข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 24 ชั่วโมง เพื่อลดการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำและยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา การประเมินผล สัญญาณชีพปกติ ปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36 - 37.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 90 - 100 ครั้งต่อนาที อัตราหายใจ 16 - 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตไม่ต่ำกว่า 90 - 137/60 - 79 มิลลิเมตรปรอท อาการกลืนได้ปกติ ความรู้สึกชาหายไปไม่มีเลือดออก Hematocrit 37% ไม่พบการถ่ายอุจจาระสีดำหรือมีเลือดออก ไม่มีอาการของการติดเชื้อท่อน้ำดีหรือตับอ่อน อาการปวดลดลง
การพยาบาลระยะจำหน่าย 13. พร่องความรู้และการปฏิบัติตัวในการปฏิบัติตัวที่บ้านเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ	ประเมินการรับรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวและใช้ข้อมูลจากการประเมินในระยะแรกรับ ระยะต่อเนื่องและระยะจำหน่าย กำหนดแผนการให้ข้อมูล ความรู้และการสร้างเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว จัดระบบและแนวทาง/โปรแกรมให้ข้อมูล ความรู้ด้านสุขภาพ การเสริมสร้างสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ดูแลให้ข้อมูล ความรู้ด้านสุขภาพ และการสร้างเสริมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ตามหลัง D - METHOD ดังต่อไปนี้ D : Disease อธิบายเกี่ยวกับโรคท่อน้ำดีอักเสบ คือมักเกิดจากการติดเชื้อหรือมีสิ่งแปลกปลอมมาอุดตัน เช่น นิ่วในถุงน้ำดี เกิดการติดเชื้อในท่อน้ำดี แพร่กระจายไปสู่ปกระแสเลือด ให้ผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง ไข้ ตัวเหลือง ตาเหลือง หากไม่ได้รับการผ่าตัดอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ M : Medication ยาที่กลับไปรับประทานที่บ้าน 2 ตัว คือ Cefixime 100 มิลลิกรัม รับประทาน 2 เม็ด หลังอาหารเช้า - เย็น คือยาปฏิชีวนะ อาการข้างเคียงที่พบได้บ่อย คือ ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น Paracetamol 500 มิลลิกรัม รับประทาน 1 เม็ด ทุก 4 - 6 ชั่วโมง อาการข้างเคียง คือ ใจหน้า ดวงตา และปากเกิดอาการบวม E : Environment แนะนำให้จัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้สะอาด ที่พักอาศัยควรมีอากาศถ่ายเทสะดวก รวมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาลและการจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจ T : Treatment สอนแนะนำให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีปฏิบัติตัวหลังการส่องกล้องตรวจรักษาท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน ได้แก่ หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำอุ่นหรืออาหารร้อน 2 - 3 วันแรก หลังตรวจ การออกกำลังกายไม่มีข้อจำกัด สังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ เช่น ตัวและตาเหลือง ปวดท้อง มีไข้ H: Health education แนะนำให้สังเกตอาการ เช่น กลับมามีไข้ ตัวเหลือง ตาเหลืองเพิ่มขึ้น ควร

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	มาตรวจรับการรักษาที่โรงพยาบาล การป้องกันสาเหตุที่สำคัญคือการป้องกันการเกิดนิ่วถุงน้ำดี ตรวจสุขภาพประจำปี การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ การมาตรวจตามนัด D : Diet อธิบายเกี่ยวกับแนวทางการเลือกรับประทานอาหารได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับโรคโดยให้ความหลากหลายครบ 5 หมู่ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารไขมันสูง รับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ ประเมินผลการให้ข้อมูล ความรู้และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้เกิดความกระจ่างกับข้อมูลที่ได้รับ การประเมินผล สามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวหลังได้รับการส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อนเมื่อกลับบ้านได้ รวมทั้งวิธีการปฏิบัติตัวป้องกันการกลับมาซ้ำของโรคท่อน้ำดีอีกเสบได้ถูกต้อง

สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนได้รับการประเมินและการค้นหาผู้ป่วยที่สงสัยการติดเชื้อในกระแสเลือด SOS score ร่วมกับการประเมินภาวะการอักเสบของร่างกาย (Systemic inflammatory response syndrome, SIRS) ช่วยให้วินิจฉัย การรักษาและการพยาบาลได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพภายใน 6 ชั่วโมง ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างรวดเร็วและเพียงพอ ได้รับยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมรวดเร็วหลังจากส่งเพาะเชื้อในเลือดและสิ่งส่งตรวจต่าง ๆ แล้ว ร่วมกับแก้ไขภาวะระบบการหายใจล้มเหลวโดยใส่ท่อช่วยหายใจ ช่วยหายใจโดยการปั๊ม Ambu bag และส่งต่อมารักษาต่ออย่างรวดเร็ว เมื่อมาถึงหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลบ้านหมี่ ใช้ประเมินภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตสัญญาณเตือน ได้แก่ qSOFA Score, SOFA, MEWS ผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตได้รับยาปฏิชีวนะอย่างรวดเร็วภายในเวลา 30 นาที การให้สารน้ำทดแทนที่รวดเร็วและเพียงพอเพื่อให้มี Mean arterial pressure มากกว่า 65 มิลลิเมตรปรอท การแก้ไขภาวะหายใจล้มเหลวคาท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจตลอดจนการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนการเสียหายที่ของอวัยวะในหลายระบบ ร่วมกับการระบายท่อทางเดินน้ำดีให้เร็วที่สุดด้วยวิธี Endoscopic retrograde

cholangiopancreatography ภายใน 48 ชั่วโมง ทำจำหน่ายได้เร็ว ระยะเวลาที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาล 6 วัน

สรุปและอภิปรายผล

จากวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากรณีศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันร่วมกับนิ่วในท่อน้ำดีรวมที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยไม่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตสามารถให้จำหน่ายกลับบ้านได้เร็ว รวมระยะเวลาดือนอนพักรักษาในโรงพยาบาล 6 วัน ทั้งนี้เนื่องจาก 1) การใช้แบบประเมินและการค้นหาผู้ป่วยที่สงสัยการติดเชื้อในกระแสเลือด SOS score, qSOFA Score, SOFA score, MEWS score ช่วยให้วินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้องแม่นยำ ส่งผลต่อการรักษาและการพยาบาลได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับศึกษาเรื่องการประเมินและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดของนนทรัตน์ จำเริญวงศ์, สุพรรณิการ์ ปิยะรักษ์ และชยธิดา ไชยวงศ์⁹ ที่พบว่าภาวะ Septic shock เป็นภาวะฉุกเฉินและเร่งด่วน การใช้แบบประเมินการทำงานของอวัยวะล้มเหลวที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อในกระแสเลือดที่ถูกต้องแม่นยำจะช่วยให้การวินิจฉัยและให้การดูแลรักษาพยาบาลได้อย่างทันท่วงที การให้ยาปฏิชีวนะใน 1 ชั่วโมงแรกหลังการวินิจฉัยและควบคุมแหล่ง

ที่ติดเชื้อ การให้สารน้ำที่รวดเร็วและเพียงพอ การใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจกรณีมีภาวะหายใจล้มเหลว ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยและลดอัตราการตายได้ 2) การระบายท่อทางเดินน้ำดีด้วยวิธี Endoscopic retrograde cholangiopancreatography ภายใน 48 ชั่วโมง สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องการศึกษารูปแบบเก็บข้อมูลย้อนหลังอัตราการตายของผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินน้ำดีเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการส่องกล้องทางเดินน้ำดีและตับอ่อนภายในและภายหลัง 48 ชั่วโมง ของสุธาสินี เกาศรี, ธนชวัล เจริญานนท์ และวรดา ทาปณี¹¹ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินน้ำดีเฉียบพลันระดับความรุนแรง III ในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยการส่องกล้องทางเดินน้ำดีและตับอ่อนภายใน 48 ชั่วโมง มีอัตราการตายน้อยกว่า 0.75 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาภายหลัง 48 ชั่วโมง

ข้อเสนอแนะ

การเลือกใช้เครื่องมือคัดกรองภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดไม่แนะนำตัวไหนเป็นพิเศษเพราะ

แต่ละตัวล้วนมีข้อดี ข้อเสียและอาจมีข้อจำกัด ผู้ป่วยบางคนอาจไม่เข้าได้กับ qSOFA score แต่มีคะแนนมากกว่า 4 ใน MEWS score แทนก็ได้ หรือการใช้ SOFA score ต้องรอผลทางห้องปฏิบัติการร่วมด้วยซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลล่าช้าได้ จึงควรใช้หลาย ๆ คะแนนประเมินร่วมกันเพื่อให้ Sensitivity สูงขึ้น อย่างไรก็ตามไม่ควรยึดมั่นว่าผู้ป่วยที่เครื่องมือคัดกรองเป็นบวกมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดทุกราย ไม่อย่างนั้นผู้ป่วยอาการหนักเกือบทุกรายจะได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อในกระแสเลือดไปด้วยหมด ซึ่งภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดคือผู้ป่วยที่มี infection หรือสงสัย infection

การรู้จักโรคท่อน้ำดีอักเสบอย่างทันที่ และการเข้าใจปัจจัยเสี่ยงของโรคนี้เป็นสิ่งสำคัญตามแนวทางปฏิบัติ Tokyo guideline 2018 สำหรับโรคท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันและแนวทางปฏิบัติ Surviving sepsis campaign guideline 2021 ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้ ดังนั้นสมาชิกในทีมสหวิชาชีพทุกคนที่ดูแลผู้ป่วยโรคท่อน้ำดีอักเสบจึงจำเป็นต้องทราบคำแนะนำเหล่านี้

เอกสารอ้างอิง

1. An, Z., Braseth, A. L., & Sahar, N. Acute Cholangitis: Causes, Diagnosis, and Management. Gastroenterology clinics of North America [Internet]. 2021 [cited 2023 Feb 21]; 50(2): 403– 414. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.gtc.2021.02.005>
2. Park, C. S., Jeong, H. S., Kim, K. B., Han, J.-H., Chae, H. B., Youn, S. J., & Park, S. M. (2016). Urgent ERCP for acute cholangitis reduces mortality and hospital stay in elderly and very elderly patients. Hepatobiliary & Pancreatic Diseases International, 15(6), 619–625. Available from: [https://doi.org/10.1016/S1499-3872\(16\)60130-3](https://doi.org/10.1016/S1499-3872(16)60130-3)
3. Kimura Y, Takada T, Kawarada Y, Nimura Y, Hirata K, Sekimoto M, Yoshida M, Mayumi T, Wada K, Miura F, Yasuda H, Yamashita Y, Nagino M, Hirota M, Tanaka A, Tsuyuguchi T, Strasberg SM, Gadacz TR. Definitions, pathophysiology, and epidemiology of acute cholangitis and cholecystitis: Tokyo Guidelines. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2007;14(1):15-26. [PMC free article] [PubMed]
4. Takada T. Tokyo Guidelines 2018: updated Tokyo Guidelines for the management of acute cholangitis/acute cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2018 Jan;25(1):1-2. [PubMed] [Reference list]

6. Mohammad Alizadeh AH. Cholangitis: Diagnosis, Treatment and Prognosis. J Clin Transl Hepatol. 28 ธันวาคม 2017; 5 (4):404-413 [บทความฟรี PMC] [PubMed] [Reference list]
7. กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2568). ระบบรายงาน Service Plan สาขาศัลยกรรม Acute Cholangitis https://cmi.moph.go.th/isp/sp_surg/index?menu_id=3
8. งานสารสนเทศ โรงพยาบาลบ้านหมี่. (2567). รายงานประจำปี 2567. โรงพยาบาลบ้านหมี่.
9. นนทรรัตน์ จำเริญวงศ์, สุพรรณิการ์ ปิยะรักษ์ และชยธิดา ไชยวงศ์. การประเมินและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2563;7:319-29
10. โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. คู่มือแนวทางการรักษาผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะ severe sepsis/septic shock. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 เมษายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www2.si.mahidol.ac.th/km/knowledgeassets/sirirajknowledge/sepsis/3545>
11. สุธาสินี เกาศรี, ธนชวัล เจริญนนท์ และวรดา ทาปณี. การศึกษาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลังอัตราการตายของผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินน้ำดีเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการส่องกล้องทางเดินน้ำดีและตับอ่อนภายในและภายหลัง 48 ชั่วโมง. Health science clinical research 2567;37:37-47
12. วิจิตรา กุสุมภ์. การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต : แบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์; 2560. หน้า 37 - 64