

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์ที่มีโรคหัวใจร่วมด้วย
โดยการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป: กรณีศึกษา

Nursing care for a laparoscopic cholecystectomy patient with heart disease
under general anesthesia: case study.

(Received: August 18,2025 ; Revised: August 25,2025 ; Accepted: August 26,2025)

ธำปณีย์ พงศ์ศรีสุภกร¹

Thapaney Pongsrisupkron¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์ ที่มีโรคหัวใจร่วมด้วย โดยการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยชาย อายุ 63 ปี มาด้วยแน่นหน้าอกด้านขวาและได้สิ้นปี 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล มีประวัติเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจและบอลลูนถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจเมื่อ 7 ปีก่อน รับประทานยาต้านเกล็ดเลือดเป็นประจำ

ผลการศึกษา พบว่า หลังเข้ารับการรักษา มีอาการปวดท้องด้านขวา อาเจียน มีไข้ แพทย์ส่งตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้องพบนิ่วในถุงน้ำดี ถุงน้ำดีอักเสบและมีเนื้องอก วางแผนทำผ่าตัด แต่ผู้ป่วยมีปัญหาระยะเวลาการแข็งตัวของเลือดนาน ได้ให้การรักษาระยะเวลาการแข็งตัวของเลือดดีขึ้น จึงได้ทำผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์โดยการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ สารน้ำทางหลอดเลือดดำและพลาสมาตามแผนการรักษา การเลือกชนิดและปริมาณยาระงับความรู้สึกให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย การประเมินสัญญาณชีพ เพื่อ เฝ้าระวังและป้องกันการไหลเวียนเลือดไม่เพียงพอ ภาวะเลือดเป็นกรด ก๊าซอุดตันในหลอดเลือด การสูญเสียเลือดจากอวัยวะที่ทำผ่าตัด อวัยวะข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึก การเตรียมความพร้อมเครื่องมือ ยา สารน้ำ และเลือด หากเกิดภาวะวิกฤต หลังได้รับการรักษาพยาบาลทุกปัญหาได้แก้ไขหมดไป และผู้ป่วยปลอดภัยจากการระงับความรู้สึก

คำสำคัญ: ผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์, โรคหัวใจ, การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป

Abstract

This study is a case study. The objective was to study nursing care for a laparoscopic cholecystectomy patient with heart disease under general anesthesia. This study involved a 63-year-old male patient who presented with right chest tightness and epigastric discomfort, when it occurs 30 minutes before arriving at the hospital. He had a history of acute myocardial infarction and had undergone Coronary artery bypass graft and Percutaneous Coronary Intervention 7 years ago and was taking antiplatelet drugs regularly.

The study revealed that after admission, she experienced right-sided abdominal pain, vomiting, and fever. An abdominal ultrasound revealed gallstones, cholecystitis, and necrosis. Surgery was planned, but the patient had a prolonged blood clotting period. Treatment improved the clotting period, and a video-guided gallbladder resection was performed under general anesthesia. Key nursing care included administering antibiotics, intravenous fluids, and plasma as planned; selecting the appropriate type and dose of anesthesia; assessing vital signs to monitor and prevent insufficient circulation, acidosis, gas embolism, blood loss from the surgically treated organ, adjacent organs, and complications from anesthesia; and preparing equipment, medications, fluids, and blood in case of a crisis. All problems were resolved after treatment, and the patient was safe from anesthesia.

Keywords: Laparoscopic Cholecystectomy, Heart disease, General anesthesia

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

บทนำ

โรคนิ่วในถุงน้ำดีเป็นโรคของระบบทางเดินอาหารที่พบได้บ่อย และอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ หากเกิดอาการอักเสบหรือมีการติดเชื้อรุนแรง ประเทศไทยมีอุบัติการณ์การเกิดนิ่วในถุงน้ำดีร้อยละ 6 โดยมีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ เช่น เพศหญิง เป็นโรคธาลัสซีเมีย มีภาวะน้ำหนักเกิน สูบบุหรี่ รับประทานอาหารไขมันสูง เป็นโรคเบาหวาน ใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจน เป็นต้น โรคนิ่วในถุงน้ำดีผู้ป่วยอาจจะไม่มีอาการ แต่ถ้าหากก้อนนิ่วเคลื่อนไปอุดกั้นที่บริเวณรูเปิดของ cystic duct จะทำให้เกิดอาการปวดขึ้น¹ ผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องจากนิ่วในถุงน้ำดีจะมีการปวดซ้ำๆ ได้อีกถึงร้อยละ 20 -40 ต่อปี² และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 1-2 ต่อปี³ การตรวจร่างกายอาจไม่พบสิ่งผิดปกติหากเป็นนิ่วที่ไม่มีอาการ (Asymptomatic gallstone) หรืออาจตรวจพบการกดเจ็บที่ใต้ชายโครงขวาหรือใต้ลิ้นปี่ได้หากเป็นนิ่วที่มีอาการ (Symptomatic gallstone) การตรวจยืนยันการวินิจฉัยโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasonography) เป็นการตรวจที่ได้มาตรฐานและให้ความไวสูงกว่าร้อยละ 95⁴ การรักษาโรคนิ่วในถุงน้ำดีในปัจจุบันที่เหมาะสมที่สุด คือการรักษาโดยการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวิทัศน์ (Laparoscopic cholecystectomy) เนื่องจากมีความปลอดภัย เจ็บปวด สูญเสียเลือดน้อย และสามารถฟื้นตัวได้เร็ว ลดการใช้ยาระงับปวด ลดภาวะแทรกซ้อน และลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล ทำให้ให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เร็วขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีกว่าการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง^{1,5} ถึงแม้ว่าภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัดด้วยวิธีนี้จะลดลงแต่ยังมีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องเฝ้าระวัง ป้องกันในระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด เช่น การตกเลือด ท่อน้ำดีรั่ว อันตรายจากแทง trocar ทำให้เกิดการบาดเจ็บท่อน้ำดีร่วมกระเพาะอาหาร ลำไส้ และเส้นเลือดใหญ่⁶ นอกจากนี้ในการผ่าตัดจะต้องจัดท่านอนศีรษะสูงและใส่ก๊าซ CO₂ เข้าไปในช่องท้อง เพื่อขยายพื้นที่

ทำให้เห็นอวัยวะภายในช่องท้องอย่างชัดเจน ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน pneumoperitoneum ส่งผลให้ความดันในช่องท้องสูง มีผลกระทบต่อระบบการทำงานของหัวใจและระบบหายใจของร่างกาย หรือนำไปสู่ภาวะความเป็นกรดในเลือด (Acidosis) วิสัญญีพยาบาล ต้องปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจให้เหมาะสมเพื่อกำจัดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ส่วนเกินนี้ออกทางการหายใจ อีกทั้งก๊าซนี้เป็นก๊าซที่เย็น ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะ hypothermia อีกด้วย รวมทั้งยังมีโอกาสเกิด CO₂ embolism ทำให้การทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือดล้มเหลว ซึ่งเป็นอันตรายถึงชีวิต นอกจากนี้การ จัดท่าผ่าตัด ศีรษะสูงระยะเวลานาน อาจทำให้เกิด deep vein thrombosis ได้⁷

จากสถิติการให้บริการงานวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลบ้านโป่ง ในปี พ.ศ. 2564 ถึง 2566 มีจำนวนผู้ป่วยการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวิทัศน์จำนวน 48,102 และ 91 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 39.58, 37.25, และ 61.54 ของผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีทั้งหมด ตามลำดับ⁸ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความเสี่ยงจากการผ่าตัด และจากการให้ยาระงับความรู้สึก จะเพิ่มขึ้นตามอายุ และโรคประจำตัวของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วย โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคปอด โรคไต และโรคหลอดเลือดสมอง โดยจากข้อมูลจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวิทัศน์ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ประกอบกับจากข้อมูลการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเทคนิคการทำผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี และจากการระงับความรู้สึก ที่มีความรุนแรงดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาในฐานะเป็นวิสัญญีพยาบาลจึงสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวิทัศน์ที่มีโรคหัวใจ ร่วมด้วย โดยการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป เป็นกรณีศึกษา เพื่อศึกษาปัญหา วางแผนการพยาบาล ซึ่งจะเป็นแนวทางสำหรับวิสัญญีพยาบาล บุคลากรทางการพยาบาล

และผู้สนใจในการดูแลผู้ป่วย กลุ่มนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัญหาและการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์ ที่มีโรคหัวใจร่วมด้วย โดยการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาสถิติ/ข้อมูลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์ ย้อนหลัง 3 ปี
2. เลือกผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์และมีโรคร่วมทางอายุรกรรม เป็นกรณีศึกษาจำนวน 1 ราย เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน ซึ่งต้องใช้ความรู้ ความชำนาญ รวมทั้งประสบการณ์สูงในการระงับความรู้สึกและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน
3. ศึกษาเอกสาร ตำราวิชาการ บทความ งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
4. รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยกรณีศึกษา จากประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันและในอดีต ผลการตรวจสภาพร่างกายทั่วไป การประเมินทางวิสัญญี สัญญาณชีพ ระบบประสาท ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการรักษาของแพทย์
5. วิเคราะห์ข้อมูล ค้นหาประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและญาติ และนำมากำหนดแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล และ 5) การประเมินผล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลสามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษา

ครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษเป็นแบบภาพรวม และใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยชาย อายุ 63 ปี นับถือศาสนาพุทธ สภาพสมรสคู่ รับเข้ารักษาในโรงพยาบาลเมื่อ วันที่ 5 พฤษภาคม 2567 จำหน่ายทุเลาเมื่อ วันที่ 11 พฤษภาคม 2567 การวินิจฉัยแรกรับ NSTEMI การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย Acute gangrenous cholecystitis with multiple gall stone

การผ่าตัด Laparoscopic cholecystectomy เมื่อ วันที่ 7 พฤษภาคม 2567

อาการสำคัญ แน่นหน้าอกด้านขวา แน่นใต้ลิ้นปี่ 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล

การเจ็บป่วยในอดีต 7 ปีก่อน เป็นโรค หัวใจเต้นผิดจังหวะ โรคเกาต์ ไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจชนิดขาดเลือด ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery bypass graft : CABG) ทำบอลลูนถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) และใส่สายสวนหลอดเลือดชนิดเคลือบยา (Drug-Eluting Stents)

การประเมินสภาพร่างกายแรกรับ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกและใต้ลิ้นปี่ มีอาการปวดท้อง pain score 3/10 คะแนน หน้าท้องตึง กดเจ็บบริเวณหน้าท้องด้านขวา มีไข้ อุณหภูมิ 38.2 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นหัวใจ 78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/68 มิลลิเมตรปรอท ประเมินสภาพจิตใจ มีความวิตกกังวลเรื่องการผ่าตัด

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วันที่ 5 พฤษภาคม 2567

- CBC: WBC 10,170 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร, Neutrophil 78.0 เปอร์เซนต์

- Coagulogram: PT35.7 วินาที, PTT 38.8 วินาที, INR 3.11 เท่า

- Blood chemistry: TroponinT 13.0 พิโกกรัม / มิลลิกรัม, SGOT 62 หน่วย/ลิตร, SGPT64 หน่วย/ลิตร

วันที่ 6 พฤษภาคม 2567

- CBC: WBC 12,150 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร, Neutrophil 81.0 เปอร์เซ็นต์

- Coagulogram: PT 17.7 วินาที, PTT 34.8 วินาที, INR 1.66 เท่า

วันที่ 9 พฤษภาคม 2567

- CBC: WBC 5,910 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร Neutrophil 58 เปอร์เซ็นต์

- Coagulogram: PT 15.3 วินาที, PTT 29.4 วินาที, INR 1.32 เท่า

ผลการตรวจอื่นๆ

วันที่ 5 พฤษภาคม 2567

- EKG: Sinus Bradycardia และ inferior infarction

- U/S Abdomen: Distended gallbladder and diffuse wall thickening with bile sludge and positive sonographic Murphy's sign. Suspicious for acute cholecystitis. Diffuse mild coarse liver parenchymal echogenicity, possible liver parenchymal disease. Mild diffuse intrahepatic duct

dilatation. Few tiny hyperdense lesions with twinkling artifact at right kidney, possible calcified vessels or calyceal stones

- CXR (Portable) ปกติ

การรักษา

- สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำ ได้แก่ Fresh frozen plasma (FFP) 2 ยูนิท, 5%D/NSS/2 1,000 มิลลิกรัม อัตราการไหล 50 มิลลิกรัม/ชั่วโมง Vit K 10 มิลลิกรัม x ๑ ครั้ง, Ceftriaxone 2 กรัม วันละ 1 ครั้ง, Metronidazole 500 มิลลิกรัม ทุก 8 ชั่วโมง, Morphine 3 มิลลิกรัม เวลาปวดทุก 6 ชั่วโมง

- ยาระงับความรู้สึก ได้แก่ Succinylcholine, Fentanyl, Propofol, Sevoflurane, Cisatracurium, Prostigmine

- ยารับประทาน ได้แก่ Isosorbide Dinitrate (ISMO) 20 มิลลิกรัม รับประทาน 1 เม็ด หลังอาหาร เข้าและเย็น, Losec 20 มิลลิกรัม 1 เม็ด รับประทาน ก่อน อาหารเช้าและเย็น, Aspirin 81 มิลลิกรัม 1 เม็ด รับประทานหลังอาหารเช้าทันที, Ticagrelor 90 มิลลิกรัม รับประทาน 1 เม็ด หลังอาหารเช้าเย็น, Warfarin (Orfarin) 5 มิลลิกรัม 1 เม็ด รับประทาน ก่อนนอน ทุกวันจันทร์ถึงเสาร์

แผนการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. ระยะก่อนให้บริการทางวิสัญญี ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดติดเชื้อในกระแสเลือดเนื่องจากถุงน้ำดีอักเสบ ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยเป็นนิ่วในถุงน้ำดี ถุงน้ำดีอักเสบและมีเนื้อตาย (Acute gangrenous cholecystitis with multiple gall stone) 2. มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย อยู่ระหว่าง 38.2 – 38.7 องศาเซลเซียส 3. ผล CBC พบ WBC 12,350 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร Neutrophil 81 เปอร์เซ็นต์ Lymphocyte 36 เปอร์เซ็นต์	1. ประเมิน SIRS criteria ได้แก่ อุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 38 องศาเซลเซียสหรือต่ำกว่า 36 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นชีพจรมากกว่า 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจมากกว่า 20 ครั้งต่อนาที เม็ดเลือดขาวในเลือดมากกว่า 12,000 เซลล์/ลูกบาศก์เมตรหรือน้อยกว่า 4,000 เซลล์/ลูกบาศก์เมตร 2. ดูแลให้ได้รับ 5%D/NSS/2 1,000 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 50 มิลลิกรัม/ชั่วโมง ตามแผนการรักษา เพื่อทดแทนสารน้ำซึมผ่านออกนอกเส้นเลือด 3. ติดตามผลการส่งเลือดเพาะเชื้อ 2 ชุด ตามแนวทาง septic workup 4. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ คือ Ceftriaxone 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำ วันละ 1 ครั้ง เฝ้าระวังผลข้างเคียง ได้แก่ บวมแดงหรือเจ็บปวดในบริเวณที่ฉีดยา ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน อาการแพ้ยารุนแรง Metronidazole 500 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง เฝ้าระวังผลข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปวดศีรษะ ชาตามแขนขา อาการแพ้ยารุนแรง 5. ติดตามผลการประเมินสัญญาณชีพ ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยในหลอดเลือดแดง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด	6. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC เพื่อประเมินระดับเม็ดเลือดขาวที่แสดงถึงการติดเชื้อ ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด รู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 37.6 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นหัวใจ อยู่ระหว่าง 60 - 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต อยู่ระหว่าง 110/68 - 121/77 มิลลิเมตรปรอท ผล CBC พบ WBC 5,910 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร Neutrophil 58 เปอร์เซ็นต์ Lymphocyte 36 เปอร์เซ็นต์ พบ SIR criteria 1 ข้อ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกง่าย หยุดยากเนื่องจากประสิทธิภาพของกลไกการแข็งตัวของเลือดลดลงจากการได้รับยาต้านเกล็ดเลือด และยาต้านการแข็งตัวของเลือด ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยมียาที่รับประทานประจำ คือ Aspirin 81 มิลลิกรัม รับประทาน 1 เม็ด หลังอาหารเช้า ทานที่ Ticagrelor 90 มิลลิกรัม รับประทาน 1 เม็ด หลังอาหารเช้าและเย็น Warfarin (Orfarin) 5 มิลลิกรัม รับประทาน 1 เม็ด ก่อนนอน 2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Prothrombin time (PT) 17.7 วินาที, Partial thromboplastin time (PTT) 34.8 วินาที, INR 1.66 เท่า วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ ทั้งภายใน และภายนอกร่างกาย	1. สังเกตลักษณะและตำแหน่งของเลือดออกภายนอก ร่างกาย เช่น จุดเลือดออกตามร่างกาย เลือดกำเดาไหล เลือดออกตามไรฟัน 2. สังเกตอาการและอาการแสดงของการมีเลือดออกภายในร่างกาย เช่น อาการปวดท้อง กระสับกระส่าย ถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ (Melena) ปัสสาวะมีเลือดปน (Hematuria) อาเจียนเป็นเลือด 3. ประเมินสัญญาณชีพ และการวัดความดันเลือดไม่ควรใส่ความดันใน cuff สูงเกินไป เพราะอาจทำให้เส้นเลือดแตกได้ง่าย 4. แนะนำผู้ป่วยให้ระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุหรือการกระทบกระแทกที่อาจทำให้เสียเลือดได้ เช่น การตกเตียง การหกล้ม การชนโต๊ะ 5. แนะนำการทำความสะอาดช่องปาก การแปรงฟันควรใช้แปรงสีฟันที่มีขนอ่อนนุ่ม หรือใช้วิธีบ้วนปากด้วยน้ำเกลือ เพื่อลดการระคายเคืองต่อเหงือกและเยื่อในปาก 6. ติดตามการได้รับ FFP 2 ยูนิตและ Vit K 10 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มปัจจัยการแข็งตัวของเลือดและลดความเสี่ยงต่อการมีเลือดออก 7. ส่งต่อข้อมูลแก่ทีมผ่าตัดในการฉีดยา การเจาะเลือด การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ควรเลือกเข็มขนาดเล็ก หลังจากฉีดยาหรือเจาะเลือดแล้ว ควรกดบริเวณที่ฉีดไว้ประมาณ 3-5 นาที หลีกเลี่ยงการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ 8. ติดตามผลการตรวจเลือด Coagulogram เพื่อประเมินผลการดูแลรักษา ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีเลือดออกผิดปกติตามเยื่อหรืออวัยวะภายใน และภายนอก ร่างกาย สัญญาณชีพปกติ อัตราการเต้นหัวใจ อยู่ระหว่าง 60 - 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ อยู่ระหว่าง 18 - 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต อยู่ระหว่าง 110/68 - 121/77 มิลลิเมตรปรอท PT 15.3 วินาที, PTT 29.4 วินาที, INR 1.32 เท่า
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยปวดท้องเนื่องจากการหดเกร็งของท่อน้ำดีจากการอักเสบ ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยบอกว่า ปวดท้องด้านขวา เวลาหายใจเข้าลึกๆ 2. ตรวจร่างกายพบ หน้าท้องตึง กดเจ็บบริเวณหน้าท้องด้านขวา pain score 3/10 คะแนน 3. ผล U/S พบ Distended gallbladder and diffuse wall thickening with bile sludge and positive sonographic Murphy's sign. Suspicious for acute cholecystitis. Diffuse mild coarse liver parenchymal	1. ประเมินอาการปวดท้องโดยใช้หลัก OPQRST ดังนี้ O = Onset : เวลาที่เริ่มปวดท้อง P = Provocation สาเหตุกระตุ้นให้อาการปวดท้องรุนแรงขึ้น Q = Quality ลักษณะอาการปวดท้องอย่างไร R = Radiation ตำแหน่งที่ปวดและอาการปวดท้องเจ็บร้าวไปที่ใดบ้าง S = Severity ความรุนแรงของอาการปวดท้อง โดยประเมินจาก pain score 2. ประเมินพฤติกรรมที่แสดงถึงความเจ็บปวดโดยสังเกต สีหน้า ท่าทาง และสอบถามความรุนแรงจากการบอกเล่าของผู้ป่วย 3. ประเมินอาการอักเสบของเยื่อช่องท้อง การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง ท้องแข็งเกร็ง กดเจ็บทั่วท้อง ต้องรายงานแพทย์ทันที 4. จัดทำนอนตะแคงซ้ายลง และงอเข่า เพื่อช่วยลดแรงกดบนถุงน้ำดี 5. แนะนำเทคนิคการจัดการปวดโดยไม่ต้องใช้ยา เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจโดยการทำสมาธิ การผ่อนคลายโดยการหายใจเข้า-ออกลึกๆ ซ้ำๆ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
echogenicity, possible liver parenchymal disease. Mild diffuse intrahepatic duct dilatation. Few tiny hyperdense lesions with twinkling artifact at right kidney, possible calcified vessels or calyceal stones 4. ผล CBC พบ WBC 12,150 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร, Neutrophill 81.0 เปอร์เซนต์ 5. แพทย์วินิจฉัยโรคเป็นนิ่วในถุงน้ำดี ถุงน้ำดีอักเสบและมีเนื้อตาย (Acute gangrenous cholecystitis with multiple gall stone) วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อลดอาการ ปวดท้องและผู้ป่วยสุขสบายขึ้น	6. ให้คำแนะนำหากมีอาการปวดมากขึ้นหรือมีอาการคล้ำเป็นไข้ แจ้งพยาบาลประจำหอผู้ป่วยทราบ เพื่อรายงานแพทย์พิจารณาให้ยาแก้ปวด และลดไข้ 7. ดูแลให้ผู้ป่วยงดอาหารและน้ำ อธิบายถึงความสำคัญและความจำเป็นของการงดอาหารและน้ำให้ผู้ป่วยทราบ เพื่อเป็นการพักการทำงานของถุงน้ำดี ลดการกระตุ้นการหลั่งน้ำดี ซึ่งจะช่วยลดการอักเสบและอาการปวดท้อง ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยปวดท้องลดลง pain score 1 – 2 /10 คะแนน หน้าท้องไม่ตึงแต่ยังกดเจ็บ นอนหลับ พักผ่อนได้
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดเนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดและกลัวโรคหัวใจกำเริบ ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยถามเกี่ยวกับการผ่าตัดบ่อยๆ 2. ผู้ป่วยสีหน้าวิตกกังวล ไม่ยิ้มแย้ม 3. ผู้ป่วยบอกว่าวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและกลัวโรคหัวใจกำเริบ วัตถุประสงค์การพยาบาล 1. เพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด 2. ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด นิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์	1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ด้วยการแนะนำตนเองและทีมผ่าตัด แสดงท่าทีการยอมรับความเป็นบุคคล รวมถึงความเชื่อเรื่องสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ 2. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความจำเป็นของการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด เพื่อให้เกิดความเข้าใจและความร่วมมือ รวมทั้งมีญาติหรือบุคคลในครอบครัวเข้าร่วมรับฟังด้วย เพื่อช่วยเหลือ สนับสนุนการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย 3. อธิบายและให้ความรู้เกี่ยวกับโรค วิธีการผ่าตัดที่จะได้รับ ตลอดจนถึงวิธีและผลของยาระงับความรู้สึกที่จะได้รับ ด้วยคำพูดที่ชัดเจน หรือมีเอกสารประกอบ เพื่อให้เข้าใจได้ง่ายและลดความกลัววิตกกังวลต่อการผ่าตัด 4. ให้ความมั่นใจและกำลังใจแก่ผู้ป่วยว่า ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลขณะผ่าตัดจากทีมผ่าตัดตลอดเวลา 5. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด เพื่อรับการผ่าตัด นิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์ และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน 6. เปิดโอกาสให้ซักถามหรือพูดระบายความรู้สึกกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด และรับฟังด้วยความตั้งใจ สังเกตพฤติกรรม คำพูดของผู้ป่วยเพื่อประเมินเรื่องความวิตกกังวล และตอบคำถามอย่างชัดเจนและตรงประเด็นที่ผู้ป่วยซักถาม 7. จัดให้พูดคุยกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแล้ว เพื่อลดความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือในการผ่าตัด 8. แจ้งให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยทราบเพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยมีความรู้ เข้าใจแผนการรักษาของแพทย์ การปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด ให้ร่วมมือในการรักษาพยาบาล คลายความวิตกกังวล และลงนามยินยอมผ่าตัด นอนหลับ พักผ่อนได้
2. ระยะให้บริการวิสัญญี ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนในระยะนำสลบและสำลักน้ำย่อยเข้าปอดขณะใส่ท่อหายใจเนื่องจากได้รับยาหย่อนกล้ามเนื้อ ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับการให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อ คือ Succinylcholine เพื่อช่วยในการใส่ท่อช่วยหายใจ ทำให้ผู้ป่วยสูญเสีย protective airway reflexes ไปช่วงหนึ่ง จึงมีโอกาสรสำลักได้ รวมทั้งยังออกฤทธิ์ยับยั้งการ	1. ตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์พิเศษในการช่วยใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องดูดเสมหะ 2. ติดอุปกรณ์สำหรับการเฝ้าระวังต่าง ๆ ได้แก่ noninvasive blood pressure (NIBP), EKG, pulse oximeter, core temperature ต่อสาย Capnograph 3. จัดท่า Sniffing position เพื่อสะดวกในการใส่ท่อช่วยหายใจ 4. Preoxygenate ด้วย O₂ 100 เปอร์เซนต์ และช่วยหายใจด้วย bag-mask-valve ก่อนใส่ท่อช่วยหายใจ 5. เลือกใส่ท่อช่วยหายใจชนิดที่มี cuff (endotracheal tube with cuff) สามารถใส่ลมเข้าใน cuff ได้โดยไม่รั่วซึมหลังใส่ เพื่อปิดกั้นทางเดินหายใจ และช่วยป้องกันการสำลัก

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ทำงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว ซึ่งรวมถึงกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจ วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเนื้อเยื่อปอดออกซิเจนและให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ	6. ให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อที่ออกฤทธิ์สั้น คือ Succinylcholine ขนาด 1 - 2 มิลลิกรัม/กิโลกรัม 7. ใส่ท่อช่วยหายใจเมื่อยาหย่อนกล้ามเนื้อออกฤทธิ์เต็มที่ ร่วมกับการกด กระดูกอ่อนไครคอยด์ (cricoid cartilage) และดันลมใส่ cuff ของท่อช่วยหายใจก่อนปล่อยมือที่กดกระดูกอ่อนไครคอยด์ (Rapid sequence with cricoid pressure) วิธีนี้จะช่วยปิดกั้นหลอดอาหารส่วนต้น เป็นการป้องกันไม่ให้มีเศษอาหารหรือน้ำย่อยไหลย้อนขึ้นมา 8. ประเมินความถูกต้อง เหมาะสม ของตำแหน่งภายหลังใส่ท่อช่วยหายใจ โดยยืนยันตำแหน่งด้วย Colorimetric CO₂ detector หรือ Capnograph และ Inflate cuff 5 – 7 มิลลิเมตร และวัด cuff pressure ประมาณ 25 – 40 เซนติเมตรน้ำ 9. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อปอดออกซิเจน จากลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ค่า SpO₂ ค่า Capnograph ค่าความดันโลหิต สัตวิริมีฝึกปาก ลิ้น ขณะใส่ท่อช่วยหายใจ และหลังใส่ท่อช่วยหายใจ 10. ฟังเสียงปอดหรือเสียงหายใจที่ผิดปกติ เช่น Rales, Rhonchi, Wheeze และ Crepitation 11. ตั้งเครื่องช่วยหายใจเป็น CMV mode ประเมินผลการพยาบาล ขณะใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่เกิดภาวะสำลักเศษอาหารหรือน้ำย่อยเข้าปอด สามารถใส่ท่อหายใจสำเร็จภายใน 1 ครั้ง ฟังเสียงปอดเท่ากันทั้งสองข้าง ไม่ได้ยินเสียงผิดปกติ ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 – 100 เปอร์เซ็นต์ ค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก 30 - 40 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิต อยู่ระหว่าง 100/60 - 145/100 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นหัวใจ อยู่ระหว่าง 76-90 ครั้ง/นาที คลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่มีการเปลี่ยนแปลงจากเดิม
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลง เนื่องจากหัวใจบีบตัวช้าและเลือดไหลกลับหัวใจลดลง ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วย มีประวัติโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ (AF) และโรคหัวใจชนิดขาดเลือด (IHD) ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery bypass graft: CABG) ทำบอลลูนถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) และใส่สายสวนหลอดเลือดชนิดเคลือบยา (Drug-Eluting Stents) 2. ผู้ป่วยได้รับการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในช่องท้อง ทำให้ความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เลือดไหลกลับหัวใจและปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง 3. EKG monitor พบ sinus bradycardia อัตราการเต้นหัวใจ 52 ครั้ง/นาที วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย	1. ประเมินและติดตามสัญญาณชีพ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนอย่างต่อเนื่องทุก 5 นาที เพื่อเฝ้าระวังอาการแสดงของปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลง 2. ประเมินอาการและอาการแสดงของปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลงอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ความดันซิสโตลิตต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตเฉลี่ยในหลอดเลือดแดง (MAP) น้อยกว่า 65 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นหัวใจมากกว่า 100 ครั้ง/นาที ชีพจรเบา ความกว้างของ ความดันโลหิตน้อยกว่า 40 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิร่างกายต่ำกว่า 36 องศาเซลเซียส ปลายมือปลายเท้าเย็น ปัสสาวะน้อยกว่า 0.5 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/ชั่วโมง ระยะเวลาการไหลกลับของเลือดในหลอดเลือดฝอยมากกว่า 3 วินาที 3. ติดตามและบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินและ สังเกตลักษณะและรูปแบบของคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติ 4. ติดตามและบันทึกสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย ทุก 1 ชั่วโมง และบันทึกจำนวนปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินการไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงไต 5. ดูแลให้ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ออกซิเจนและเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ 6. จัดเตรียมยาเพิ่มการบีบตัวของหัวใจและกระตุ้นหัวใจ เช่น Atropine, Epinephrine, Dopamine 7. เตรียมอุปกรณ์การช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมใช้งาน เช่น Defibrillator ยา และอุปกรณ์ช่วยชีวิตไว้ให้พร้อม ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยมีปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย สัญญาณชีพ อัตราการเต้นหัวใจ อยู่ระหว่าง 52 - 70 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต อยู่ระหว่าง 100/60 -

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	120/80 มิลลิเมตรปรอท ความอึดตัวของออกซิเจน อยู่ระหว่าง 99 - 100 เปอร์เซ็นต์ คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ ระยะเวลาการไหลกลับของเลือดในหลอดเลือดฝอยน้อยกว่า 2 วินาที ปัสสาวะออก 30 - 50 มิลลิลิตร/ชั่วโมง
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในการผ่าตัดผ่านกล้อง ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดนี้ในอุ้งน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์และใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าในช่องท้อง วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าในช่องท้อง ได้แก่ Acidosis, Pneumomediastinum, Pneumothorax, Subcutaneous emphysema, Hypercarbia, Hypoxemia,	1. เฝ้าระวัง บันทึก และติดตามสัญญาณชีพทุก 5 นาที ติดตามการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ระดับความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด และค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก (ETCO₂) อย่างต่อเนื่อง 2. จัดทำนอนศีรษะสูง ใช้ผ้าห่ม ป้องกันการกดทับบริเวณเส้นประสาท ต้นแขน ข้อศอก ใช้อุปกรณ์รัด ป้องกันการเลื่อนตัวต่ำลง ตรวจสอบตำแหน่งของท่อหายใจ ไม่เกิดการหัก พับ งอหรือเลื่อนหลุด 3. ประสานงานภายในทีมผ่าตัดระหว่างศัลยแพทย์ ทีมพยาบาลห้องผ่าตัดปรับค่าความดันในช่องท้อง (Intraabdominal pressure) ควบคุมให้อยู่ระหว่าง 8 -12 มิลลิเมตรปรอท เพื่อป้องกันไม่ให้แรงดันในช่องท้องสูงเกิน 4. ปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจ และติดตามอาการเปลี่ยนแปลงตลอดระยะเวลาทำผ่าตัด ควบคุมการหายใจให้ได้ tidal volume 6-8 มิลลิลิตร/กิโลกรัม อัตราการหายใจ ปรับตั้งให้ได้ค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก
gas embolism และอาการปวดไหล่	(ETCO₂) ปกติ ไม่เกิน 40 มิลลิเมตรปรอท ค่าแรงดันทางเดินหายใจ (Airway pressure) ไม่เกิน 35 เซนติเมตรน้ำ ตั้งค่า PEEP 5-6 เซนติเมตรน้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอและการช่วยหายใจที่มีประสิทธิภาพ 5. ควบคุมระดับความลึกของยาสลบ ให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อเพียงพอ 6. สังเกตและเฝ้าระวังอาการของภาวะ Pneumomediastinum (บวมและมีลมใต้ผิวหนังบริเวณใบหน้า คอ หรือหน้าอก ฟังปอดได้ยินเสียงกรอบแกรบพร้อมกับการเต้นของหัวใจ) Pneumothorax (ฟังจะได้ยินเสียง breath sound ลดลง เคาะบริเวณปอดได้เสียงโป่งมาก (Hyperresonance) หายใจเหนื่อยหอบ) Subcutaneous emphysema (ผิวหนังบวมบริเวณใบหน้า คอ หรือหน้าอก คลำพบเสียงกรอบแกรบ) Hypercarbia (หายใจหอบเหนื่อย หายใจลำบาก หน้าแดง ชัก) และ Hypoxemia (หายใจหอบเหนื่อย หายใจลำบาก ปลายมือปลายเท้าเขียว) หรือภาวะ Gas embolism (หัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตต่ำ ผิวหนังซีดหรือเขียวคล้ำ อาการของหัวใจล้มเหลว) 7. ร่วมกับพยาบาลช่วยผ่าตัดตรวจสอบการดูดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ที่เหลือในช่องท้องให้หมดก่อนถอน trocar ออกจากช่องท้อง 8. ส่งต่อพยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้เฝ้าระวังการหายใจผิดปกติ อาการระอึก อาการปวดไหล่ เนื่องจากมีก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ทำให้เกิดระคายเคืองต่อเส้นประสาทพรีนิค (Phrenic nerve) ที่มีหน้าที่ควบคุมการทำงานของกะบังลม ซึ่งสำคัญต่อกลไกการหายใจเข้าและออก ประเมินผลการพยาบาล ระหว่างการผ่าตัดไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก (ETCO₂) อยู่ระหว่าง 30-40 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด 99- 100 เปอร์เซ็นต์ แรงดันทางเดินหายใจ (Airway pressure) 31 - 35 มิลลิเมตรปรอท หายใจไม่เหนื่อยหอบ สัญญาณชีพคงที่ ไม่พบภาวะ Arrhythmia อัตราการเต้นหัวใจสม่ำเสมอ อยู่ระหว่าง 52 - 70 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต อยู่ระหว่าง 100/60 - 120/80 มิลลิเมตรปรอท หลังผ่าตัดหายใจเองได้ ไม่มีอาการหายใจลำบาก ไม่มีอาการปวดไหล่

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการตกเลือดและมีโอกาสเกิดการบาดเจ็บของอวัยวะใกล้เคียงในขณะผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1. การผ่าตัดในช่องท้องผ่านกล้องวิดิทัศน์จะมีขั้นตอนการใส่ trocar ซึ่งอาจพลาดไปถูกอวัยวะใกล้เคียงได้ เช่น ท่อน้ำดี กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็กส่วนต้น และหลอดเลือดแดงตับข้างขวา (Right hepatic artery; RHA) 2. ผล Coagulogram ผิดปกติ Prothrombin time (PT) 19.1 วินาที, Partial thromboplastin time (PTT) 34.4 วินาที, INR 1.66 วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการ ตกเลือดและบาดเจ็บอวัยวะใกล้เคียงขณะผ่าตัด	1. ตรวจสอบสายสวนปัสสาวะไม่ให้หัก พับ งอ เพื่อป้องกันปัสสาวะคั่งในกระเพาะปัสสาวะซึ่งจะขัดขวางการมองเห็นบริเวณทำผ่าตัด 2. จัดท่าผ่าตัดให้ผู้ปวยนอนหงาย กางแขนออกทั้ง 2 ข้าง ปรับเตียงให้เอียงขวาเล็กน้อย ศีรษะสูง 10 - 30 องศา เพื่อไม่ให้ลำไส้ กระเพาะอาหาร ไพรบวบนบริเวณผ่าตัด 3. สังเกตความดันในช่องท้องขณะใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในช่องท้องและขณะทำผ่าตัด เพื่อควบคุมความดันในช่องท้องให้อยู่ระหว่าง 8-12 มิลลิเมตรปรอท 4. ระหว่างทำผ่าตัดสังเกตว่ามีน้ำดีรั่วออกมาจากบริเวณผ่าตัดหรือไม่ 5. เตรียมเปิดเส้นเลือดดำเพิ่มอีก 1 เส้น ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ด้วย IV catheter เบอร์ใหญ่ เพื่อให้สารน้ำทดแทนอย่างรวดเร็ว ในกรณีผู้ป่วยเกิดภาวะตกเลือดจากการบาดเจ็บของอวัยวะใกล้เคียง 6. เตรียมเลือด PRC 2 ยูนิต ให้พร้อมใช้ โดยประสานกับธนาคารเลือดก่อนเริ่มทำผ่าตัด 7. ดูแลให้ FFP 2 ยูนิต ทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มปัจจัยในกระบวนการแข็งตัวของเลือด 8. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 5 นาที บันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง เพื่ออาการแสดงของภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด 9. ประเมินปริมาณเลือดที่สูญเสียในการผ่าตัด 10. ติดตามผลการตรวจระดับ Hemoglobin ในห้องผ่าตัด ประเมินผลการพยาบาล ระหว่างทำผ่าตัดไม่เกิดการบาดเจ็บของอวัยวะใกล้เคียง ผู้ป่วยสูญเสียเลือดในขณะผ่าตัดรวม 100 มิลลิลิตร สัญญาณชีพ อัตราการเต้นหัวใจอยู่ระหว่าง 52-70 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต อยู่ระหว่าง 100/60 - 120/80 มิลลิเมตรปรอท Hemoglobin 10.4 กรัม/เดซิลิตร
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดภาวะหนาวสั่นเนื่องจากสูงอายุ ระยะเวลาผ่าตัดนาน อุณหภูมิในห้องผ่าตัดและก๊าซที่ใช้ทำผ่าตัดเย็น ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ อายุ 63 ปี 2. ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ทำให้ความสามารถของร่างกายในการรักษาระดับอุณหภูมิร่างกายให้ปกติลดลง 3. ระยะเวลาทำผ่าตัดนานมากกว่า 1 ชั่วโมง คือ 1 ชั่วโมง 50 นาที 4. สูญเสียเลือดในการผ่าตัด 100 มิลลิลิตร และได้รับการให้สารน้ำและพลาสมาทดแทนขณะทำผ่าตัด 5. ผู้ป่วยได้รับการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในช่องท้อง ซึ่งเป็นก๊าซที่มีความเย็น 6. อุณหภูมิในห้องผ่าตัด 21 องศาเซลเซียส อุณหภูมิร่างกาย 35.8 องศาเซลเซียส วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อควบคุมอุณหภูมิร่างกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	1. วัดอุณหภูมิกาย (Core temperature) ทุก 5 นาที จนกระทั่งเสร็จการผ่าตัด 2. ให้ความอบอุ่นร่างกายผู้ป่วยด้วยผ้าห่มเป่าลมร้อน (Bair Hugger) 3. อุณหภูมิในร่างกายให้ทางหลอดเลือดดำให้อุณหภูมิอยู่ที่ 37 องศาเซลเซียส ก่อนให้ผู้ป่วยตลอดการผ่าตัด 4. หลีกเลี่ยงการเปิดเผยพื้นที่ผิวของร่างกายเป็นบริเวณกว้างเกินความจำเป็น เพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อนออกจากร่างกาย 5. ใช้ Fresh gas flow (FGF) ที่ต่ำประมาณ 1-2 ลิตร/นาที และให้ความชื้นแก่ก๊าซที่ใส่ดมยาสด เพื่อลดการสูญเสียความร้อนในร่างกาย 6. ปรับเพิ่มอุณหภูมิในห้องผ่าตัด และควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ระหว่าง 23.0 - 25.0 องศาเซลเซียส 7. เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ได้แก่ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะหนาวสั่น ภาวะเลือดแข็งตัวยาก ทำให้สูญเสียเลือดมากขณะผ่าตัด ประเมินผลการพยาบาล ตลอดการผ่าตัด ผู้ป่วยมีอุณหภูมิร่างกายปกติ อยู่ระหว่าง 36.7 - 37.2 องศาเซลเซียส ไม่พบภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ และภาวะหนาวสั่น (Shivering)
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำเนื่องจาก	1. ติดตามสัญญาณชีพและค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดของผู้ป่วยตลอดการผ่าตัด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
การไหลกลับของเลือดดำสู่หัวใจ ช้าลง และร่างกายไม่เคลื่อนไหว ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยได้รับการจัดท่านอนหงาย ศีรษะสูง (Reverse Trendelenburg position) ทำให้การไหลเวียนเลือดกลับสู่หัวใจช้าลง 2. ผู้ป่วยได้รับการรับรู้ความรู้สึกแบบทั่วไป ทำให้ไม่รู้สึกตัว แขน ขา ไม่เคลื่อนไหว 3. ผู้ป่วยได้รับการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในช่องท้อง ทำให้ความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เลือดบริเวณขาไหลกลับสู่หัวใจได้ช้าลง 4. ระยะผ่าตัดนาน 1 ชั่วโมง 50 นาที วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ	2. ประเมินเสี่ยงปอดทุก 1 ชั่วโมง 3. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา 4. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (PE) อาการและอาการแสดงของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก ที่ขา (DVT) ระหว่างผ่าตัด ภายหลังเสร็จสิ้นการผ่าตัด หากผิดปกติรายงานแพทย์ทันที และส่งต่อข้อมูลแก่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรม ให้เฝ้าระวังภาวะดังกล่าว ดังนี้ 4.1 อาการและอาการแสดงของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกที่ขา (DVT) ได้แก่ กระดกข้อเท้าแล้วปวด หรือกดเจ็บ ขาบวมหรือสีคล้ำกว่าปกติ มองเห็นหลอดเลือดดำที่ผิวหนังชัดเจน 4.2 อาการและอาการแสดงของภาวะภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด ได้แก่ หายใจลำบาก หอบเหนื่อย ฟังปอดอาจได้ยินเสียงวี๊ด อัตราการเต้นของหัวใจเร็ว หลอดเลือดดำที่คอโป่ง เจ็บหน้าอก ไอเป็นเลือด กระสับกระส่าย สิวเขียวคล้ำ ระดับความดันโลหิตต่ำ ระดับความรู้สึกตัวลดลง เป็นต้น ประเมินผลการพยาบาล ภายหลังผ่าตัดเสร็จ ผู้ป่วยรู้สึกตัว ง่วงซึม สัญญาณชีพ อัตราการเต้นหัวใจ อยู่ระหว่าง 52 - 70 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต อยู่ระหว่าง 100/60 - 120/80 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการหายใจลำบาก ฟังปอดไม่ได้ยินเสียงผิดปกติ ขาไม่บวมหรือมีสีคล้ำ ไม่มีหลอดเลือดเป็นลิ่มแข็ง
3. ระยะหลังการให้บริการวิสัญญี ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการหายใจไม่มีประสิทธิภาพหลังถอดท่อช่วยหายใจ และเครื่องช่วยหายใจ เนื่องจากฤทธิ์ยาดมสลบ ยาหย่อนกล้ามเนื้อ และยาระงับความปวดตกค้างในร่างกาย ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกด้วยวิธีดมยาสลบ โดยยาที่ใช้ ได้แก่ Propofol, Sevoflurane, Fentanyl ทำให้ง่วงซึม และกดการหายใจ 2. Post-anesthetic recovery score 8/10 คะแนน 3. Sedation score 1 คะแนน วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน	1. ประเมินสัญญาณชีพ สังเกตลักษณะการหายใจ เสียงหายใจ ประเมินระดับความรู้สึกตัว ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดทุก 15 นาที 2. ประเมินลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 3. ประเมิน post-anesthetic recovery score ทุก 30 นาที เพื่อติดตามระดับการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดและการได้รับยาสลบ 4. ในระยะแรกผู้ป่วยยังซึม จัดท่านอนผู้ป่วยนอนหงายราบ ใช้ผ้าม้วนเป็นหมอนเล็กๆหนุนใต้ไหล่ให้หน้าหงาย เพื่อเปิดทางเดินหายใจและป้องกันไม่ให้ลิ้นของผู้ป่วยตกไปด้านหลังทำให้ทางเดินหายใจอุดตัน หากผู้ป่วยรู้สึกตัวดี จัดท่าให้นอนศีรษะสูง 30 องศา เพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดีขึ้น รวมทั้งกระตุ้นให้หายใจลึกๆ 5. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ 6. ดูแลให้ O₂ mask with bag 10 ลิตร/นาที 7. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจน ได้แก่ ปลายมือ ปลายเท้า ริมฝีปากเขียวคล้ำ ผิวหนังซีด เย็น ระดับความรู้สึกตัวลดลง ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดน้อยกว่า 90 เปอร์เซ็นต์ ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ อัตราการเต้นหัวใจ อยู่ระหว่าง 62 - 70 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต อยู่ระหว่าง 110/64- 120/80 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ post-anesthetic recovery score 10/10 คะแนน หายใจเองได้ดี เสียงการหายใจเข้า - ออกปกติ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดในช่องท้อง ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยบ่นปวดในช่องท้อง pain score 4 คะแนน วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อลดอาการปวดในช่องท้อง	1. ประเมินความปวด ทุก 15 - 30 นาที ถ้าคะแนนความปวดมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน พิจารณาให้ยาแก้ปวด ตามแผนการรักษา 2. ฉีดยา Morphine 3 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ เวลาปวด ทุก 6 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา เฝ้าระวังผลข้างเคียง คือ ง่วงซึม ปฏิกิริยาไม่ตื่น หายใจช้า หยุดหายใจ หากพบ อัตราการหายใจน้อยกว่า 10 ครั้ง/นาที หายใจลำบาก รุ่มนานตาขนาดเล็กกว่า 2 มิลลิเมตร ความดันโลหิตน้อยกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท ปฏิกิริยาไม่ตื่น รายงานวิสัญญีแพทย์ เพื่อให้การรักษา

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	3. ประเมินความปวดซ้ำ หลังฉีดยา Morphine 30 นาที โดยหากผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดติดต่อกัน 3 ครั้ง ระดับความปวดยังไม่ลดลง รายงานวิสัญญีแพทย์ เพื่อให้การรักษา 4. ดูแลให้ผู้ป่วยให้อนอนในท่าที่สุขสบาย โดยปรับหัวเตียงให้ศีรษะสูง 30 องศา เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัว 5. ดูแลให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล เพื่อลดความกระตือรือร้นแผลผ่าตัดในช่องท้อง 6. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อลดสิ่งกระตุ้นและช่วยให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน ประเมินผลการพยาบาล หลังได้รับ Morphine จำนวน 1 ครั้ง ผู้ป่วยปวดในช่องท้องลดลง pain score 2 คะแนน นอนหลับพักผ่อนได้
4. ระยะดูแลต่อเนื่อง ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดถุงน้ำดี ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดในถุงน้ำดีผ่านกล้อง วีดีทัศน์ มีแผลเป็นรูบริเวณหน้าท้อง จำนวน 3 ตำแหน่ง และใส่สายระบาย Jackson's drainage 1 สาย 2. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดถุงน้ำดี จะไม่มีแหล่งกักเก็บน้ำดีที่สร้างมาจากตับ ทำให้น้ำดีขาดความเข้มข้น ส่งผลให้ประสิทธิภาพการย่อยไขมันลดลง และเกิดปัญหาเกี่ยวกับระบบการย่อยอาหารอาจเกิดอาการท้องอืดได้ 2. ตรวจร่างกายเคาะท้องได้เสียงโปร่ง ฟังเสียง Bowel sound 3 ต่อนาที วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อบริเวณแผล และท้องอืด	1. ประเมินสัญญาณชีพ เพื่อเฝ้าระวังการติดเชื้อในร่างกาย 2. สังเกตแผลผ่าตัด และสาย Jackson's drainage ตักขยะรอบแผลและ สารคัดหลั่งที่ออกมา 3. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา คือ Ceftriaxone 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำ วันละ 1 ครั้ง เฝ้าระวังผลข้างเคียง ได้แก่ บวมแดงหรือเจ็บปวดในบริเวณที่ฉีดยา ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน อาการแพ้ยารุนแรง Metronidazole 500 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง เฝ้าระวังผลข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปวดศีรษะ ชาตามแขน-ขา อาการแพ้ยารุนแรง 4. แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด ระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ ไม่ให้แกะเกาแผล ไม่ใช้มือหรือสิ่งของต่างๆ ถูกบาดแผล 5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว โดยการเริ่มลุก นั่ง ยืน เดิน จะ ทำให้อาการตัวได้เร็วและลดภาวะแทรกซ้อนและเป็นการกระตุ้นการเคลื่อนไหวลำไส้ ทำให้ผู้ป่วยสามารถเรอและผายลมได้ ช่วยลดอาการท้องอืด หรืออึดอัดแน่นท้องได้ 6. ติดตามผลการตรวจ WBC และ Neutrophil เพื่อประเมินภาวะติดเชื้อตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินผลการพยาบาล สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.7-37.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นหัวใจ อยู่ระหว่าง 60 -70 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต อยู่ระหว่าง 98/59 -108/77 มิลลิเมตรปรอท แผลผ่าตัดไม่มีสารคัดหลั่งซึม ท้องไม่อืด เสียงเคลื่อนไหวของลำไส้ 6-7 ครั้ง/นาที ผลการตรวจ CBC ซ้ำปกติ พบ WBC 5,910 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร, Neutrophil 58.0 เปอร์เซ็นต์
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยถามเมื่อกลับบ้านต้องปฏิบัติตัวอย่างไรบ้าง วัตถุประสงค์การพยาบาล 1. เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 2. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดถุงน้ำดี และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ	1. ร่วมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้ความรู้และคำแนะนำการดูแลตนเองโดยใช้หลัก D-METHOD ดังนี้ 1.1 D: Disease อธิบายเกี่ยวกับโรคถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน เกิดจากการที่มีนิ่วอยู่ในถุงน้ำดี และน้ำดีไหลไม่สะดวก ส่งผลให้ถุงน้ำดีอักเสบและติดเชื้อในช่องท้อง และเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด 1.2 M: Medication ยาที่กลับไปรับประทานที่บ้าน ได้แก่ 1.2.1 Augmentin 1,000 มิลลิกรัม 1 เม็ด รับประทานหลังอาหารเช้า เย็น เป็นยาปฏิชีวนะ อาการข้างเคียง คือ ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน ผื่นคัน อาการแพ้รุนแรง (หายใจลำบาก หน้าบวม แน่นหน้าอก หายใจมีเสียงวี๊ด) 1.2.2 Losec 20 มิลลิกรัม 1 เม็ด รับประทานก่อน อาหารเช้า เย็น เป็นยาลดกรดในกระเพาะอาหาร อาการข้างเคียง คือ ปวดท้อง ท้องเสีย คลื่นไส้ ท้องอืด ปวดศีรษะ ควรหลีกเลี่ยงในการรับประทานยาลดกรดที่มีแมกนีเซียม (Mg) เป็นส่วนประกอบ เพราะทำให้ท้องเสียได้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	1.2.3 Aspirin 81 มิลลิกรัม 1 เม็ด รับประทานหลังอาหารเช้าทันที เป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือด อาการข้างเคียง ทำให้ระคายเคืองทางเดินอาหารและมีเลือดออกในทางเดินอาหาร 1.2.4 Ticagrelor 90 มิลลิกรัม รับประทาน 1 เม็ด หลังอาหารเช้าและเย็น เป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือด อาการข้างเคียง คือ เลือดออกตามอวัยวะต่างๆ 1.2.5 Warfarin (Orfarin) 5 มิลลิกรัม 1 เม็ด รับประทานก่อนนอน ทุกวันจันทร์ถึงเสาร์ เป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือด อาการข้างเคียง คือ เลือดออกตามอวัยวะต่างๆ 1.3 E: Environment and Economic หลีกเลี่ยงและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การรักษาความสะอาดของบ้าน การล้างมือก่อนสัมผัสสิ่งของต่างๆ หลีกเลี่ยงมลพิษจากสิ่งแวดล้อมที่มีฝุ่น ควัน สารพิษ สารเคมี 1.4 T: Treatment สอนการดูแลแผล โดยแผลจะปิดแผลด้วยแผ่นเทปใสปิดแผลกันน้ำ พร้อมแผ่นซับ ไม่ต้องทำความสะอาดแผลอีก สามารถอาบน้ำได้ และซับให้แห้งทันทีหลังอาบน้ำ ถ้ามีเลือด น้ำเหลือง สารคัดหลังซึมออกมาจากแผลให้ไปทำแผลที่ รพ.สต. ใกล้บ้าน แต่ถ้ามีอาการปวด แดง ร้อน ร่วมกับมีไข้ ให้กลับมาพบแพทย์ทันที 1.5 H: Health education แนะนำเรื่องการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลสุขภาพอนามัย เช่น การทำความสะอาดร่างกาย ผู้ป่วยสามารถเช็ดตัว หรืออาบน้ำได้ เพื่อลดการสะสมของเชื้อโรค บริหารร่างกายอย่างเบาๆ นอนหลับพักผ่อนอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง ต่อวัน หลีกเลี่ยงการยกของหนักอย่างน้อย 6 สัปดาห์ (น้ำหนักมากกว่า 5 กิโลกรัม) เพราะอาจทำให้เกิดแรงดันใน ช่องท้อง เสี่ยงต่อการเกิดแผลปริหรืออักเสบได้ ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 18.5 - 24.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร หลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ 1.6 O: Outpatient referral แนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด โดยแพทย์นัดติดตามอาการอาการหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ หากมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ให้มาพบแพทย์ ก่อนวันนัดทันที 1.7 D: Diet and Digestive ในผู้ป่วยที่ผ่าตัดถุงน้ำดี ผู้ป่วยจะมีภาวะท้องอืดง่าย ควรรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย รสไม่จัด อาหารที่มีไขมันน้อย รับประทาน อาหารให้ครบ 5 หมู่ อาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน เช่น ข้าวกล้อง ธัญพืช ขนมหั้วโฮลวีท เส้นหมี่เลือกที่ทำจากข้าวกล้อง อาหารประเภทกากใย เนื่องจากพบว่า อาหารที่มีกากใยสูงจะช่วยควบคุมท้องเสียภายหลังผ่าตัดถุงน้ำดี และอาหารที่มีกากใยจะรวมตัวกับน้ำดีที่ตับสร้าง และ
	หลังออกมา เพื่อช่วยย่อยไขมันและคอเลสเตอรอล ตลอดจนช่วยการทำงานของลำไส้ นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีน้ำตาลสูง จะทำให้ร่างกายผลิตและหลั่งอินซูลินมากขึ้น และจะเปลี่ยนคาร์โบไฮเดรตเป็นไขมันสะสมในร่างกาย หลีกเลี่ยงอาหารที่เพิ่มแก๊สในทางเดินอาหาร เช่น กะหล่ำปลี หัวหอม กระเทียม หน่อไม้ฝรั่ง บล็อกโคลี่ ข้าวโพด ถั่วลิสง เป็นต้น 2. ประเมินความรู้ย้อนกลับหลังจากให้ความรู้และคำแนะนำ ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อกลับไปบ้านได้อย่างถูกต้อง

สรุปและอภิปรายผล

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้มาด้วยอาการสำคัญ แขนงอกด้านขวา แขนงใต้ลิ้นปี่ ซึ่งอาการนี้อาจมีสาเหตุมาจาก 2 ประการ คือ ประการแรก

กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ Bradyarrhythmia มีผลให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง เลือดไปเลี้ยงหัวใจได้ไม่เพียงพอ และนำไปสู่ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจ

ขาดเลือด ผู้ป่วยจึงมีอาการแน่นหน้าอก และพบค่า Troponin T เกินเกณฑ์มาตรฐาน ส่วนประการที่สอง ภาวะน้ำดีอักเสบจากการเป็นนิ่ว โดยผลการตรวจ Ultrasound upper abdomen พบ Acute gangrenous cholecystitis with multiple gall stone ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำอย่างทันต่วงที พร้อมทั้งเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยไม่มีอาการรุนแรงขึ้น และไม่เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด แต่จากผล Ultrasound พบถุงน้ำดีมีเนื้อตาย ซึ่งมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดถุงน้ำดีทะลุ ส่งผลให้เกิดการระคายเคือง อักเสบและติดเชื้อภายในช่องท้องตามมา ดังนั้นจึงเป็นข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วยการผ่าตัด โดยผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดนี้ในถุงน้ำดีแบบผ่านทางกล้องวิดีโอทัศน ซึ่งเป็นการผ่าตัดที่นิยมปัจจุบัน เนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง⁴ แม้ว่าจะเป็นวิธีที่ปลอดภัยที่สุด แต่ก็มีภาวะแทรกซ้อนสำคัญในระยะผ่าตัด คือภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในช่องท้อง ซึ่งจะมีผลกระทบต่อระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆในช่องท้อง ระบบหัวใจ หลอดเลือด และระบบหายใจ ทีมผ่าตัดต้องมีการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตในระหว่างผ่าตัด เช่น ภาวะเลือดเป็นกรด โดยเกิดจากก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ที่ใช้ในการผ่าตัดจะถูกดูดซึมเข้าสู่หลอดเลือด บริเวณ peritoneum cavity ทำให้เกิดภาวะความเป็นกรดในเลือดสูงขึ้น อีกทั้งเมื่อก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าสู่กระแสเลือด ทำให้เกิดภาวะก๊าซการอุดตัน หลอดเลือด (Air embolism) ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (Deep vein thrombosis) เกิดจากความดันในช่องท้องสูงขึ้น ทำให้ venous return ลดลง⁷ นอกจากนี้ผู้ป่วย รายนี้ยังมีภาวะหัวใจเต้นช้าระหว่างผ่าตัดซึ่งเกิดร่วมกับความดันใน

ช่องท้องสูงขึ้น ทำให้ต้องป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะ low cardiac output⁹ ซึ่งในบทบาทวิสัญญีพยาบาลที่แสดงถึงการป้องกันการเกิดภาวะดังกล่าว ได้เตรียมความพร้อมผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนให้บริการทางวิสัญญี ในระยะให้บริการทางวิสัญญีสามารถเลือกใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ ยาระงับความรู้สึก การตั้งเครื่องช่วยหายใจที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย ติดตามสัญญาณชีพ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ช่วยทีมผ่าตัดประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งเตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือผู้ป่วยหากเกิดภาวะวิกฤตขึ้น และส่งต่อข้อมูลกับพยาบาลในหอผู้ป่วย เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้ศัลยแพทย์ผ่าตัดด้วยความราบรื่น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็ว สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ และมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้อย่างถูกต้อง

ข้อเสนอแนะ

1. ใส่ pneumatic cuff pressure บริเวณขาทั้ง 2 ข้างของผู้ป่วยที่ได้รับการจัดทำผ่าตัดนอนศีรษะสูง 30 – 45 องศา หรือใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในช่องท้อง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (Deep Vein Thrombosis; DVT) เนื่องจากมีการคั่งของเลือดดำบริเวณขา
2. พัฒนาสมรรถนะวิสัญญีพยาบาลในการตั้งเครื่องช่วยหายใจที่เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในช่องท้อง เพื่อช่วยกำจัดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ที่สูงขึ้น ลดภาวะเลือดเป็นกรด รวมถึงการตั้งเครื่องช่วยหายใจในผู้ที่มีความดันในช่องท้องสูง

เอกสารอ้างอิง

1. อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ, ยศ ตีระวัฒนานนท์, ทวี รัตนชูเอก, รัชมน ภิญโญเทพประทาน, สุรุทธิ ไม่ประเสริฐ,องอาจ วิจิณธนสา และอรุณี ไทยะกุล.(2563). การประเมินทางเศรษฐศาสตร์การผ่าตัดผ่านกล้อง เปรียบเทียบกับการผ่าตัดแบบเปิด ใน

- การรักษาในถุงน้ำดี. [อินเทอร์เน็ต]. 2563.[สืบค้นเมื่อ 12 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงจาก:
https://www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Research/Attach/
2. Saiman Y.(2023). Gallstones. [Internet]. 2023. [cited 2024 May 12]. Available from:<https://www.msmanuals.com/home/liver-and-gallbladder-disorders/gallbladder-and-bile-duct-disorders/gallstones>
 3. Sangwan M., Vijayata Sangwan V., Garg M., Singla D., Thami G., Malik P.(2015). Gallstone. disease menacing rural population in north India: a retrospective study of 576 cases in a rural hospital. International Surgery. Int Surg J. 2015; 2(4): 487-491.
 4. วรณา สิทธิไชย.(2567). การพยาบาลผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง.กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน การกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์; 2567.
 5. สุทธิรักษ์ บัวแก้ว.(2562). การผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ณ โรงพยาบาลพหลุ. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2562; 33(2): 303-310.
 6. วิริยาพร ฤทธิพิศ.(2564). โรคถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน (Acute cholecystitis). กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2564.
 7. วิศรา ตูยานนท์.(2554). งานสังเคราะห์เรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องวิทัศน์. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554.
 8. งานวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลบ้านโป่ง. ทะเบียนการให้บริการระดับความรู้สึ; 2564 ,2565, 2566.
 9. ธนอมศรี แดงศรี และปณิตา เพ็ญพิมล.(2561). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นช้าผิดปกติที่ ได้รับ การรักษา โดยใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดชั่วคราวทางหลอดเลือดดำ. งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2561.