

การพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัดในผู้ป่วยนิ่วในถุงน้ำดีที่มีภาวะกลุ่มอาการเมอริซซี

Perioperative Nursing care of gallstone patients with Mirizzi Syndrome

| | | | |
|--------|------------------|----------|----------------------|
| บุญชู | อนุสาสนนันท์ * | Boonchoo | Anusasananun* |
| วันชัย | เลิศวัฒนวิลาศ ** | Wanchai | Lertwattthanawilat** |

บทคัดย่อ

กลุ่มอาการเมอริซซี (Mirizzi syndrome) หมายถึง กลุ่มอาการที่ท่อน้ำดีรวมจากตับถูกกดจากภายนอก เป็นภาวะแทรกซ้อนของนิ่วในถุงน้ำดีเรื้อรังที่อาจพบได้ไม่บ่อยนัก แต่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพที่รุนแรงได้ พยาธิสภาพเริ่มจากการพอกตัวของนิ่วเป็นก้อนใหญ่ มักเกิดที่ตำแหน่งฐานของถุงน้ำดีส่งผลให้เบียดท่อน้ำดีรวมจากตับจนอุดกั้นการไหลของน้ำดี ต่อมาการพอกตัวใหญ่ขึ้นของก้อนนิ่วนำไปสู่การอักเสบเรื้อรังของตำแหน่งที่นิ่วกีดจันในที่สุดผนังถุงน้ำดีเป็นแผล เกิดเนื้อตายและเกิดรูทะลุเชื่อมกับท่อน้ำดีของถุงน้ำดีจนถึงท่อน้ำดีรวมจากตับ มีการจำแนกความรุนแรงของพยาธิสภาพออกเป็น 5 ประเภท แต่ละประเภทมีรายละเอียดการผ่าตัดแตกต่างกัน อาการที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมักเป็นอาการตีขี้มัน ปวดท้องด้านขวาบน และมีไข้ ซึ่งเป็นอาการที่คล้ายคลึงกับความผิดปกติอื่นในระบบทางเดินน้ำดี ทำให้มีความยากในการวินิจฉัยและจำแนกความรุนแรงของพยาธิสภาพ ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยอย่างชัดเจนตั้งแต่ก่อนผ่าตัด จะขาดการวางแผนผ่าตัดที่รัดกุมและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงโดยอาจเกิดอันตรายต่อท่อน้ำดี พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่แม่นยำโดยคัดกรองผู้ป่วยและส่งต่อให้ได้รับการตรวจโดยศัลยแพทย์ เมื่อแพทย์ระบุแผนการผ่าตัดแล้ว พยาบาลต้องเตรียมความพร้อมสำหรับการผ่าตัดของผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ ให้การดูแลให้ฟื้นสภาพโดยเร็วหลังผ่าตัด และเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านและเมื่อมาตรวจตามนัด ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรอบรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการนี้ เพื่อให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ

คำสำคัญ: การพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัด, นิ่วในถุงน้ำดี, กลุ่มอาการเมอริซซี

Abstract

Mirizzi syndrome is a rare complication of chronic gallstone disease in which common hepatic duct is externally compressed and it can cause serious health problem. Its pathophysiology includes the obstruction of the common hepatic duct by an impacted gallstone in the infundibulum or base of the gallbladder. Later, recurrent inflammatory processes around the impacted gallstone cause necrotic pressure ulcer of the gallbladder wall and evolved cholecystobiliary fistula. Five

* ผู้เขียนหลัก, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Corresponding Author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, boonchoo.a@cmu.ac.th
รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

วันที่รับบทความ 18 พฤศจิกายน 2563 วันที่แก้ไขบทความ 11 กุมภาพันธ์ 2564 วันตอบรับบทความ 15 มีนาคม 2564

types of the syndrome were classified based on the extent of involved cholecystobiliary fistula and associated cholecystoenteric fistula. Each type of the syndrome determined particular surgical treatment. Patients with Mirizzi syndrome frequently present with obstructive jaundice, right upper abdominal pain, and fever which share the common clinical characteristics with other biliary diseases. This unspecific form of presentation leads to the difficulty of diagnosis and stage classification. The patients who have no definite diagnosis prior to surgery might lose the opportunity to have thoughtful surgical planning and are at risk of accidental bile duct injury, one of the serious intraoperative complications. Nurses take the important roles in facilitating the accurate diagnoses by screening and appointing the patients to discuss plans of treatments with surgeons. After surgical planning, nurses then prepare the patients to be physically and mentally prompted to have operations. Proper nursing cares to facilitate early recovery post operations are also crucial. Discharge planning with necessary health educations set the patients to be ready to self-care at homes and at the time of follow up visits. Therefore, the knowledge associated with Mirizzi syndrome is crucial for nurses in order to deliver qualified nursing cares for the patients.

Keywords: *Perioperative nursing, Gallstone, Mirizzi syndrome*

บทนำ

กลุ่มอาการเมอร์ซีย์เป็นภาวะแทรกซ้อนของนิ่วในถุงน้ำดีที่พบได้น้อยแต่เป็นกลุ่มอาการที่มีความรุนแรงของพยาธิสภาพหลายระดับ และยังคงเป็นความท้าทายของศัลยแพทย์ระบบทางเดินน้ำดีจากความซับซ้อนในการวินิจฉัยและการผ่าตัด อาการและอาการแสดงของกลุ่มอาการเมอร์ซีย์ไม่มีความจำเพาะเจาะจง ทว่าพบอาการแบบเดียวกันได้ในกลุ่มโรคก้อนท่อนหรือมะเร็งในระบบทางเดินน้ำดี ปัจจุบันยังไม่มีวิธีการตรวจใดที่สามารถชี้ขาดการวินิจฉัยกลุ่มอาการเมอร์ซีย์ได้ รายงานการวินิจฉัยโรคผิดและต้องปรับวิธีการผ่าตัดในระหว่างการผ่าตัดจึงเป็นสิ่งที่ไม่เหนือความคาดหมาย โดยเฉพาะกรณีที่ศัลยแพทย์ไม่สามารถแยกแยะท่อทางเดินน้ำดีร่วม (common bile duct) จากท่อน้ำดีของถุงน้ำดี (cystic duct) ได้อย่างชัดเจน อาจเกิดอันตรายต่อท่อทางเดินน้ำดีร่วม (accidental bile duct injury) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายและส่งผลต่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยได้ พยาบาลเป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ตั้งแต่เริ่มมาตรวจจนถึงหลังผ่าตัดและกลับมาตรวจตามนัด การมีความรู้ความเข้าใจถึงปัญหาของผู้ป่วย กลุ่มอาการเมอร์ซีย์มีความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วย ให้ครอบคลุมและปลอดภัยในทุกระยะ บทความนี้มีเป้าหมายให้ผู้อ่านได้ทำความเข้าใจ ถึงความหมาย ประวัติความเป็นมา อุบัติการณ์ การจำแนกประเภท พยาธิสรีรภาพ อาการและอาการแสดง วิธีการตรวจวินิจฉัย และแนวทางการรักษาที่เหมาะสมของกลุ่มอาการเมอร์ซีย์ ตลอดจนเสนอกรณีศึกษาผู้ป่วยกลุ่มอาการเมอร์ซีย์ เพื่อเป็นแนวทางในการวิเคราะห์ปัญหา และวิธีการพยาบาลในระยะก่อนและหลังผ่าตัด จนถึงระยะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ตลอดจนบทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่กลับมาตรวจตามนัด ความรู้เหล่านี้จะช่วยเป็นแนวทางให้พยาบาลนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการเมอร์ซีย์ได้อย่างเหมาะสม และเกิดผลลัพธ์การรักษาที่ดีในผู้ป่วยกลุ่มนี้

ความหมายของกลุ่มอาการเมอริซซี

กลุ่มอาการเมอริซซี หมายถึง กลุ่มอาการของการอุดตันของทางเดินน้ำดีรวมจากตับที่มีสาเหตุมาจากก้อนนิ่วก้อนใหญ่อุดตันที่ฐานของถุงน้ำดี หรือทะลุจากถุงน้ำดีเข้าไปในท่อน้ำดีของถุงน้ำดี ทำให้กดเบียดท่อน้ำดีที่อยู่ติดกัน ได้แก่ ท่อน้ำดีรวมจากตับ (common hepatic duct) ส่งผลให้น้ำดีไม่สามารถเคลื่อนตัวลงไปยังลำไส้ได้ (Beltrán, 2012) เมื่อน้ำดีทันเข้าตับ ในที่สุดตับจะอักเสบและทำงานผิดปกติ เมื่อก้อนนิ่วพอกใหญ่ขึ้นจะกดเบียดท่อน้ำดีมากขึ้นจนเกิดแผลและเกิดรูรั่วทะลุระหว่างถุงน้ำดีและท่อน้ำดีรวมจากตับ (cholecystobiliary fistula) ในบางรายเกิดรูรั่วทะลุระหว่างถุงน้ำดีและลำไส้เล็ก (cholecystoenteric fistula) จากการกดเบียดของก้อนนิ่วในถุงน้ำดีส่วนหัว (fundus) (Beltrán, 2012)

ประวัติความเป็นมา ความชุกและอุบัติการณ์

มีการรายงานถึงกลุ่มอาการเมอริซซี ครั้งแรกตั้งแต่ปี ค.ศ. 1948 โดย Pablo Luis Mirizzi ศัลยแพทย์ระบบตับและทางเดินน้ำดีชาวอาร์เจนตินา อธิบายอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่มีนิ่วในถุงน้ำดี ที่มีลักษณะและพยาธิสภาพที่แตกต่างจากผู้ป่วยรายอื่นที่เป็นนิ่วในถุงน้ำดีโดยทั่วไป โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้มีก้อนนิ่วรวมตัวอัดแน่นบริเวณ infundibulum (ส่วนที่ต่อจากส่วนกลาง (body) มาทางด้านฐานของถุงน้ำดีและเป็นส่วนที่ย้อยลงมากที่สุด เรียกตำแหน่งนี้อีกชื่อหนึ่งว่า Hartmann's pouch) นิ่วที่พอกเป็นก้อนใหญ่ขึ้นนี้จะกดเบียดท่อน้ำดีรวมจากตับให้ตีบ หรืออาจทำลายผนังท่อน้ำดีของถุงน้ำดีทะลุเข้าไปในท่อน้ำดีรวมจากตับ ส่งผลให้การอักเสบในถุงน้ำดีขยายออกมาสู่ท่อน้ำดีรวมจากตับ ต่อมาจึงได้บัญญัติชื่อของกลุ่มอาการดังกล่าวว่ากลุ่มอาการเมอริซซี ตามชื่อศัลยแพทย์ที่ค้นพบ

กลุ่มอาการเมอริซซี นับเป็นภาวะแทรกซ้อนของนิ่วในถุงน้ำดีที่พบได้ไม่บ่อย โดยพบกลุ่มอาการเมอริซซีได้ร้อยละ 0.05-4 ของผู้ป่วยที่มาผ่าตัดเพื่อรักษานิ่วในถุงน้ำดี (Chen, Siwo, Khu, & Tian, 2018) อุบัติการณ์

ของกลุ่มอาการดังกล่าวแตกต่างกันไปตามสภาวะสังคมและเศรษฐกิจ โดยในประเทศพัฒนาแล้ว พบประมาณร้อยละ 0.7-1.4 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดระบบทางเดินน้ำดีในแต่ละปี และในประเทศกำลังพัฒนาพบร้อยละ 4.7-5.7 (Valderrama-Treviño et al., 2017) แม้จะพบได้น้อยและไม่ใช้โรคอุบัติใหม่ แต่อุบัติการณ์การเกิดอันตรายต่อท่อน้ำดีที่สูงถึงร้อยละ 17 (Beltrán, 2012) จึงยังจำเป็นต้องทำความเข้าใจและค้นหาวิธีการที่จะกำหนดเป็นมาตรฐานในการวินิจฉัยกลุ่มอาการเมอริซซีให้แม่นยำได้ก่อนผ่าตัด อันจะนำไปสู่การวางแผนการผ่าตัดที่เหมาะสมและสัมฤทธิ์ผลในการรักษา (Chen, Siwo, Khu, & Tian, 2018) การจำแนกประเภทของกลุ่มอาการเมอริซซี

กลุ่มอาการเมอริซซีมีการแบ่งตามความรุนแรงของพยาธิสภาพเป็น 5 ประเภท (Beltrán, Csendes, & Cruces, 2008) โดย 1) ประเภทที่ 1 (type I Mirizzi syndrome) ก้อนนิ่วกดเบียดไปยังท่อน้ำดีรวมจากตับ (external compression of common hepatic duct by impacted gallstone) 2) ประเภทที่ 2 (type II Mirizzi syndrome) มีรูทะลุระหว่างถุงน้ำดีและท่อน้ำดีรวมจากตับ (cholecystobiliary fistula) ครอบคลุมบริเวณประมาณ 1 ใน 3 ของเส้นรอบวงของท่อน้ำดี และก้อนนิ่วเคลื่อนผ่านผนังถุงน้ำดีเข้าสู่ท่อน้ำดีรวมจากตับ 3) ประเภทที่ 3 (type III Mirizzi syndrome) มี cholecystobiliary fistula โดยรูทะลุของท่อน้ำดีรวมจากตับกว้างถึง 2 ใน 3 ของเส้นรอบวงของท่อน้ำดี 4) ประเภทที่ 4 (type IV Mirizzi syndrome) ก้อนนิ่วทำลายผนังและอุดตันในวงรอบท่อน้ำดีรวมจากตับทั้งหมด และ 5) ประเภทที่ 5 (type V Mirizzi syndrome) ก้อนนิ่วทะลุท่อน้ำดีรวมจากตับ พร้อมกับมีก้อนนิ่วก้อนอื่นกดที่ส่วนหัว (fundus) ของถุงน้ำดีจนเกิดรูทะลุระหว่างถุงน้ำดีและลำไส้เล็กส่วนดูโอดินัม (cholecystoenteric fistula) แต่ละระดับหรือประเภทของกลุ่มอาการเมอริซซีต้องการการผ่าตัดที่มีความซับซ้อนแตกต่างกัน

พยาธิสรีรภาพ

ผู้ป่วยกลุ่มอาการเมอร์ซี่มักเป็นถุงน้ำดีอักเสบเรื้อรัง (chronic cholecystitis) จากก้อนนิ่ว บริเวณที่พบนิ่วบ่อยที่สุดคือตำแหน่ง infundibulum (Hartmann's pouch) เมื่อมีการสะสมพอกตัวใหญ่ขึ้นของก้อนนิ่ว หรือนิ่วก้อนเล็กหลายๆ ก้อนพอกติดกัน จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงซึ่งแบ่งได้เป็น 2 ระยะ (Beltrán, 2012) ดังนี้

ระยะที่ 1 การอุดตันของท่อน้ำดีจากภายนอก (the external compression of the bile duct) การเปลี่ยนแปลงระยะนี้เกิดจากก้อนนิ่วพอกตัวใหญ่ขึ้นจนอุดกั้นท่อน้ำดีของถุงน้ำดี การเสียดสีของก้อนนิ่วที่เพิ่มขึ้นตามลำดับ ก่อให้เกิดการระคายเคืองและเกิดการอักเสบภายในถุงน้ำดีและท่อน้ำดีของถุงน้ำดี เยื่อภายในที่บวมจากการอักเสบจะเชื่อมติดกันและต่อมาพัฒนาเป็นพังผืด ในบางรายพังผืดจะหุ้มผนังถุงน้ำดีติดกับก้อนนิ่ว ในที่สุดผนังถุงน้ำดีและท่อน้ำดีของถุงน้ำดีจะเชื่อมกันด้วยพังผืด และจะบีบรัดโดยรอบท่อน้ำดีรวมจากตับ ทำให้เกิดการอุดตันของทางเดินน้ำดีรวมจากตับ น้ำดีที่ไม่สามารถเคลื่อนตัวลงไปยังท่อทางเดินน้ำดีรวม จะหันกลับไปยังท่อน้ำดีในตับ เกิดการคั่งของน้ำดีในตับ ส่งผลให้เกิดการอักเสบของเซลล์ตับและทำให้ตับเสียหายที่ นอกจากนั้นน้ำดีที่คั่งค้างจะถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือด และไปสะสมที่ผิวหนังและเยื่อตาขาว ทำให้มีสีเหลืองบริเวณดังกล่าว เรียกว่าอาการดีซ่านที่เกิดจากการอุดตันของทางเดินน้ำดี (obstructive jaundice) ผู้ป่วยอาจมาพบแพทย์ด้วยอาการคล้ายทางเดินน้ำดีอักเสบ (acute cholangitis) โดยจะมีอาการดีซ่าน ปวดท้องด้านขวาบน ร่วมกับมีไข้

ระยะที่ 2 การเกิดรูทะลุระหว่างถุงน้ำดีและท่อน้ำดี กับระหว่างถุงน้ำดีและลำไส้ (the later development of cholecystobiliary and cholecystoenteric fistulas) การเปลี่ยนแปลงในระยะต่อมา ก้อนนิ่วและการอักเสบ ทำให้ผนังท่อน้ำดีของถุงน้ำดีหดรั้ง ความยืดหยุ่นลดลงและแตกทำลายได้ง่าย

จนในที่สุดก้อนนิ่วกดจนเกิดแผลและเนื้อตาย ทำให้ผนังรั่วและก้อนนิ่วทะลุเข้าไปยังโครงสร้างที่อยู่ติดกันคือท่อน้ำดีรวมจากตับ เกิดรูทะลุเชื่อมระหว่างถุงน้ำดีท่อน้ำดีของถุงน้ำดีและท่อน้ำดีรวมจากตับ และอาจเกิดพังผืดยึดถุงน้ำดีกับท่อน้ำดีรวมจากตับด้วย ในบางรายอาจมีก้อนนิ่วสะสมที่ตำแหน่งหัวของถุงน้ำดี และเกิดกระบวนการอักเสบและกดทับจนเกิดแผลทะลุและก้อนนิ่วเคลื่อนเข้าสู่ลำไส้เล็กส่วนดูโอเดนิ่มอีกตำแหน่งหนึ่งได้ ผู้ป่วยกรณีนี้อาจมาพบแพทย์ด้วยอาการของลำไส้อุดตัน (mechanical small bowel obstruction from gall stone ileus) โดยมีอาการ ปวดบิดในท้อง (colicky pain) อาเจียน ท้องอืดและท้องผูก โดยที่มีอาการของทางเดินน้ำดีอุดตันหรืออาการของทางเดินน้ำดีอักเสบนำมาก่อน

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยกลุ่มอาการเมอร์ซี่ มักมีอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง มักมาพบแพทย์ด้วยอาการตัวเหลือง ตาเหลืองหรือดีซ่าน (พบได้ร้อยละ 60-100) (Beltrán, 2012) ร่วมกับมีอาการปวดท้องด้านขวาบนหรือใต้ลิ้นปี่ (พบได้ร้อยละ 50-100) (Beltrán, 2012) และอาจมีไข้ร่วมด้วย (Mitsumoto et al., 2020; Valderrama-Trevino et al., 2017) นอกจากนี้อาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม (dark urine) หนาวสั่น หัวใจเต้นเร็ว เบื่ออาหาร (Valderrama-Trevino et al., 2017) ผู้ป่วยกลุ่มอาการเมอร์ซี่หลายรายอาจมาพบแพทย์ด้วยอาการของ ภาวะถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน ภาวะท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน หรือภาวะตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน (Beltrán, 2012; Valderrama-Trevino et al., 2017)

สำหรับผลการตรวจตัวอย่างเลือดทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติของผู้ป่วยกลุ่มอาการเมอร์ซี่ ที่พบบ่อยได้แก่ บิลิรูบินสูง (hyperbilirubinemia) อะมีโนทรานสเฟอเรสและเม็ดเลือดขาวสูง ซึ่งก็พบลักษณะเดียวกันได้ในผู้ป่วยที่มีการอักเสบของอวัยวะอื่นในระบบทางเดินน้ำดี (Beltrán, 2012) นอกจากนี้ มาลิกแนนส์มาร์กเกอร์

(malignancy marker) ของระบบทางเดินน้ำดี ได้แก่ CA 19-9 ยังพบว่าสูงได้ในผู้ป่วยกลุ่มอาการเมอริซซีเช่นกัน ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยกลุ่มอาการเมอริซซีมีอาการที่หลากหลายไม่จำเพาะอย่างใดอย่างหนึ่งที่เป็นรูปแบบที่ชัดเจน และเป็นอาการที่พบได้บ่อยในโรคอื่นของระบบทางเดินน้ำดีด้วยเช่นกัน ซึ่งทำให้มีความยากในการวินิจฉัยกลุ่มอาการนี้จากอาการทางคลินิก

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยที่แม่นยำก่อนผ่าตัดมีความจำเป็นในการวางแผนการผ่าตัดและลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะอันตรายต่อท่อทางเดินน้ำดี ศัลยแพทย์จำเป็นต้องวินิจฉัยสาเหตุของการอุดตันทางเดินน้ำดีโดยแยกแยะระหว่างก้อนนิ่วในท่อทางเดินน้ำดีและก้อนทวมหรือมะเร็งของอวัยวะในระบบทางเดินน้ำดี นอกจากนี้ยังจำเป็นต้องสำรวจโครงสร้างของท่อทางเดินน้ำดีร่วมและท่อน้ำดีของถุงน้ำดีให้ชัดเจนให้มากที่สุดตั้งแต่ก่อนผ่าตัด อย่างไรก็ตามเรื่องเหล่านี้ไม่ง่ายในทางปฏิบัติ จากการทบทวนรายงานที่เผยแพร่ระหว่าง ค.ศ. 2012-2017 จำนวน 16 ฉบับ พบความสำเร็จในการวินิจฉัยภาวะนี้ได้ก่อนผ่าตัดแตกต่างกันมากตั้งแต่วัยละ 18 ถึง 85.9 (Chen, Siwo, Khu, & Tian, 2018) การวินิจฉัยโรคผิดเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ค่อนข้างมากกับผู้ป่วยกลุ่มอาการเมอริซซี ดังผลการศึกษาจากสองรายงานพบว่า ร้อยละ 18 ของผู้ป่วยกลุ่มอาการเมอริซซีได้รับการวินิจฉัยโรคก่อนผ่าตัดเป็นถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน (Paya-Llorente et al., 2017) และร้อยละ 39 ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและก้อนทวมของถุงน้ำดี (Clemente et al., 2018)

ดังนั้นการวินิจฉัยกลุ่มอาการเมอริซซี นอกจากการวิเคราะห์ข้อมูลจากประวัติ อาการและอาการแสดง ความผิดปกติในการทำหน้าที่ของตับแล้ว จะต้องได้รับการตรวจพิเศษเพิ่มเติม โดยผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการตรวจ อัลตราซาวด์ (ultrasonography) ซึ่งอาจพบก้อนนิ่วขนาดใหญ่หรือก้อนนิ่วขนาดเล็กจำนวนมาก บริเวณ infundibulum ของถุงน้ำดี อาจพบการขยาย

ตัวของท่อน้ำดีรวมจากตับ รวมทั้งพบลักษณะของถุงน้ำดีอักเสบและบวม แต่การตรวจวิธีนี้มีข้อจำกัดคือ มักไม่สามารถตรวจท่อทางเดินน้ำดีร่วมส่วนล่างได้ เพราะจะถูกบดบังโดยก๊าซในลำไส้ และมีข้อจำกัดในผู้ป่วยที่อ้วน หรือลำไส้ขยายตัว หรือมีท้องมานน้ำ ซึ่งจะจำกัดการผ่านของคลื่นเสียง ดังนั้นนอกจากอัลตราซาวด์แล้วผู้ป่วยควรได้รับการตรวจพิเศษเพิ่มอีกอย่างน้อยหนึ่งวิธีเพื่อสำรวจโครงสร้างของท่อทางเดินน้ำดี การตรวจพิเศษดังกล่าว ได้แก่ endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) magnetic resonance cholangiopancreatography (MRCP) และการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (computed tomography: CT) วิธีการตรวจที่แพทย์นิยมใช้มากที่สุดคือ ERCP (31.3-100%) (Chen, Siwo, Khu, & Tian, 2018) โดยวิธี ERCP สามารถตรวจพบการกดของก้อนนิ่วภายนอกท่อน้ำดี การอุดตันของท่อน้ำดี การขยายตัวของท่อน้ำดีส่วนบน และยังสามารถตรวจตำแหน่งของรูทูลูได้ MRCP สามารถตรวจพบตำแหน่งการอุดตัน การขยายตัวของท่อน้ำดี และการอักเสบของถุงน้ำดี แต่จะไม่สามารถตรวจพบรูทูลูระหว่างถุงน้ำดีและท่อน้ำดีได้ การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ จะช่วยให้ตรวจพบสาเหตุและตำแหน่งของการอุดตันของทางเดินน้ำดี ช่วยแยกแยะสาเหตุระหว่างกลุ่มอาการเมอริซซีและก้อนทวมได้ มีรายงานว่า การตรวจด้วย ERCP ร่วมกับ MRCP สามารถเพิ่มอัตราการวินิจฉัยกลุ่มอาการเมอริซซีก่อนผ่าตัดได้ถึงร้อยละ 85.9 (Chen, Siwo, Khu, & Tian, 2018)

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีวิธีการตรวจพิเศษเพิ่มเติมแล้ว ยังพบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการเมอริซซีจำนวนหนึ่งได้รับการวินิจฉัยที่ผิดก่อนผ่าตัด และพบว่าเป็นโรคนี้ในระหว่างการผ่าตัด (Chen, Siwo, Khu, & Tian, 2018) จากลักษณะพยาธิสภาพที่พบ ได้แก่ ผนังถุงน้ำดีบวมหรือฝ่อ ร่วมกับการมีพังผืดซึ่งเกิดจากกระบวนการอักเสบเรื้อรังมายึดโครงสร้างรอบๆ ถุงน้ำดี มีก้อนนิ่วใน infundibulum หรือคอของถุงน้ำดีที่ติดกับท่อน้ำดีของถุงน้ำดี หรือบางรายเมื่อตัดถุงน้ำดีและเอาก้อนนิ่วออก

แล้วพบว่ามีการรั่วของท่อทางเดินน้ำดี ซึ่งบ่งถึงการมีรูทะลุ (cholecystobiliary fistula) ดังนั้นผู้ป่วยนิ่วในถุงน้ำดีที่มีพยาธิสภาพดังกล่าวจะต้องทำการตรวจท่อทางเดินน้ำดีเพิ่มเติมด้วย cholangiography ในระหว่างการผ่าตัด เพื่อสำรวจตำแหน่งและขนาดของรูทะลุ ตรวจหาก้อนนิ่วที่อาจหลงเหลืออยู่ในท่อทางเดินน้ำดีร่วมและสำรวจลักษณะของผนังของท่อทางเดินน้ำดีร่วม เพื่อช่วยให้ศัลยแพทย์ตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการความผิดปกติอื่นๆ ได้อย่างเหมาะสม

การรักษา

การรักษามาตรฐานของกลุ่มอาการเมอร์ซิซึ่งได้แก่การผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง (Chen, Siwo, Khu, & Tian, 2018) แม้ว่ากลุ่มอาการเมอร์ซิที่ยังไม่เกิดรูทะลุ (ประเภท 1) จะสามารถเลือกผ่าตัดแบบส่องกล้อง (laparoscopic technique) ได้ แต่ก็มักต้องปรับเป็นการผ่าตัดเปิดหน้าท้องในภายหลัง (31-100%) (Chen, Siwo, Khu, & Tian, 2018) เพราะโครงสร้างของระบบทางเดินน้ำดีของผู้ป่วยกลุ่มอาการเมอร์ซิ มักผิดปกติมาก ทำให้การแยกแยะท่อน้ำดีร่วมและท่อน้ำดีของถุงน้ำดีผ่านวิธีการส่องกล้องทำได้ยาก เป้าหมายของการผ่าตัด คือ กำจัดสาเหตุของการอุดตันในท่อน้ำดี ช่อมแซมหรือแก้ไขความผิดปกติ และจัดการให้มีการระบายของน้ำดีออกนอกร่างกายชั่วคราว โดยทั่วไปแล้ว ศัลยแพทย์จะตัดถุงน้ำดีแบบตัดออกบางส่วน (subtotal cholecystectomy) กรณีที่มีรูทะลุแล้วจะเย็บซ่อมรูรั่ว (choledochoplasty) ด้วยผนังถุงน้ำดีส่วน infundibulum หรือผนังท่อน้ำดีของถุงน้ำดี และวางท่อรูปตัวที (T-tube drainage) ไว้ในท่อทางเดินน้ำดีเพื่อระบายน้ำดีออกภายนอกนอกร่างกายร่วมกับคาไว้เป็นแกน (stent) ป้องกันการเชื่อมติดกันของผนังท่อทางเดินน้ำดี (stricture) โดยใส่คาไว้อย่างน้อย 2 เดือนหลังผ่าตัดเพื่อให้เนื้อเยื่อท่อทางเดินน้ำดีเจริญจนแข็งแรง (choledore-construction) สำหรับกลุ่มอาการเมอร์ซิประเภทที่ 3-5 แพทย์จะทำการผ่าตัดทำทางเชื่อมต่อท่อน้ำดีที่เหลือนำมายังลำไส้ (choledochol-enteric anastomo-

sis) (Chen, Siwo, Khu, & Tian, 2018)

ภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัดผู้ป่วยกลุ่มอาการเมอร์ซิที่อันตรายที่สุดได้แก่ การตัดท่อทางเดินน้ำดีร่วมโดยเข้าใจผิด สาเหตุหลักมาจากไม่สามารถแยกท่อทางเดินน้ำดีร่วมออกจากท่อทางเดินน้ำดีของถุงน้ำดีได้อย่างชัดเจน หากเกิดเหตุการณ์นี้ขึ้น ศัลยแพทย์ต้องแก้ไขโดยการนำท่อทางเดินน้ำดีที่เหลือมาต่อกันหรือในบางรายอาจจำเป็นต้องต่อกับลำไส้เล็กส่วนเจริญ (Roux-en-Y hepaticojejunostomy) (Chen, Siwo, Khu, & Tian, 2018) ซึ่งต้องเพิ่มเวลาผ่าตัดและใช้ระยะเวลาฟื้นตัวหลังผ่าตัดนานขึ้น ต้องงดอาหารและน้ำทางปากต่อเนื่องอีกหลายวัน ในขณะเดียวกัน ความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น การรั่วของท่อน้ำดีหรือการติดเชื้อในช่องท้อง (bile peritonitis และ subphrenic abscess) จะสูงขึ้นด้วย (Uppara & Rasheed, 2017) เพื่อเพิ่มความเข้าใจถึงสถานการณ์ของผู้ป่วยกลุ่มอาการเมอร์ซิ ในย่อหน้าต่อไปขอแนะนำเสนอกรณีศึกษาผู้ป่วย โดยจะกล่าวถึงประวัติความเป็นมาของอาการ กระบวนการตรวจวินิจฉัย การผ่าตัด ปัญหาหรือเป้าหมายทางการพยาบาล และแนวทางการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด ดังต่อไปนี้

กรณีศึกษา

ระยะแรกเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลถึงระยะก่อนผ่าตัด

สถานการณ์ของผู้ป่วยในระยะรอการวินิจฉัยโรคที่ชัดเจนผู้ป่วยกรณีศึกษาเป็นชายไทยอายุ 48 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการตัวและตาเหลืองมานาน 14 วัน ร่วมกับปัสสาวะสีเหลืองเข้มและอุจจาระสีซีด ไม่มีไข้ โดย 2 เดือนก่อนหน้านั้น มีอาการปวดแบบจุกแน่นบริเวณใต้ลิ้นปี่ มักเป็นหลังรับประทานอาหารมื้อใหญ่ 2-3 ชั่วโมง หรือภายหลังดื่มน้ำมากๆ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน แต่รับประทานอาหารได้น้อยลง จนน้ำหนักลดไป 7 กิโลกรัม ผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็ง เบื้องต้นอายุรแพทย์ให้การวินิจฉัยเป็นถุงน้ำดีอักเสบและรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษา

ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม

ผลการตรวจร่างกาย Murphy's sign negative และผู้ป่วยไม่มีไข้ จึงไม่สอดคล้องกับ ภาวะถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน อาการปวดแน่นใต้ลิ้นปี่ภายหลังรับประทานอาหาร ตัวและตาเหลือง ปัสสาวะสีเข้ม และอุจจาระสีซีด สอดคล้องกับการมีการอุดตันของทางเดินน้ำดี ไม่พบ spider nevi หรือท้องมานน้ำ แสดงถึงไม่มีภาวะตับแข็ง

ตรวจเลือดพบเอนไซม์จากเซลล์ตับสูงขึ้น ทั้ง Alkaline phosphatase (809 U/L), Aspartate aminotransferase (145 U/L), Alanine aminotransferase (123 U/L) บ่งบอกถึงการอักเสบของเซลล์ตับ ตรวจแอนติเจนและแอนติบอดีของไวรัสตับอักเสบบี ไม่พบความผิดปกติที่บ่งถึงตับอักเสบบีจากไวรัส ลักษณะเม็ดเลือดและปริมาณปกติ ไม่มีประวัติโรคเลือดจางหรือมะเร็งในครอบครัว นอกจากนี้ผลการตรวจบิลิรูบินยังแสดงถึงการอุดตันของท่อทางเดินน้ำดี (Total Bilirubin = 6.81 mg/dl, Direct Bilirubin = 4.48 mg/dl) ตับอักเสบน่าจะเป็นผลจากการคั่งค้างของน้ำดีในตับ คำถามต่อมาคือ การอุดตันของทางเดินน้ำดีเกิดจากอะไร เกิดภายในหรือภายนอกท่อทางเดินน้ำดี

การตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคที่ชัดเจน เริ่มด้วยการตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้องด้านบนขวา พบว่าท่อทางเดินน้ำดีรวมจากตับและถุงน้ำดีขยายใหญ่ขึ้น สื่อถึงการคั่งค้างของน้ำดี ท่อทางเดินน้ำดีรวมจากตับ น่าจะอุดตันจากนิ่วก้อนใหญ่ที่ตำแหน่งคอของถุงน้ำดี รวมทั้งพบการหนาตัวของผนังท่อทางเดินน้ำดีโดยรอบ ก้อนนิ่ว อายุรแพทย์ตั้งข้อสังเกตว่าลักษณะพยาธิสภาพที่พบสอดคล้องกับกลุ่มอาการเมอริซซี่ อายุรแพทย์ได้ปรึกษาศัลยแพทย์มาร่วมวินิจฉัยโรค ศัลยแพทย์สั่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT) ที่ช่องท้องด้านบนขวา

เป้าหมายการพยาบาลและแนวทางการพยาบาล ในระยะรอการวินิจฉัยโรคที่ชัดเจน

การประเมินทางการพยาบาลทางด้านร่างกายมีข้อมูลว่า ผู้ป่วยรับประทานอาหาร รวมทั้งดื่มน้ำได้น้อย มาอย่างน้อยสองเดือน ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีความเสี่ยงต่อ

การขาดสมดุลสารอาหาร น้ำและอิเล็กโทรไลต์ ส่วนทางด้านจิตใจนั้นตัวผู้ป่วยได้รับข้อมูลแรกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลว่าเป็นถุงน้ำดีอักเสบ ต่อมาได้รับข้อมูลเพิ่มเติมว่าความผิดปกติของตนอาจมีสาเหตุมากกว่าถุงน้ำดีอักเสบและอาจต้องได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกว่าการผ่าตัดเป็นเรื่องเกินความคาดหมาย มีความวิตกกังวลว่าในที่สุดการวินิจฉัยโรคของตนจะเป็นโรคที่รุนแรงหรือไม่ การรักษาและการพยากรณ์โรคจะเป็นอย่างไร ผลจากการประเมินของพยาบาล นำมาสู่การกำหนดเป้าหมายการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด ได้แก่ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสมดุลของสารอาหาร น้ำ และอิเล็กโทรไลต์ และช่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรับรู้การวินิจฉัยโรคและแนวทางการรักษา โดยมีแนวทางการพยาบาลในระยะรอการวินิจฉัยโรคที่ชัดเจน ดังนี้

1. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสมดุลของสารอาหาร น้ำและอิเล็กโทรไลต์ ในระยะการตรวจวินิจฉัยและก่อนถึงวันผ่าตัด มีดังนี้

1.1 ประเมินภาวะขาดสมดุลของสารอาหาร ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย มวลกล้ามเนื้อลดลง น้ำหนักลด ซีด ระดับอัลบูมินในเลือดต่ำกว่าปกติ และคำนวณดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) ประเมินภาวะขาดสมดุลน้ำ ได้แก่ ความตึงตัวของผิวหนังลดลง ริมฝีปากและเยื่อตาแห้ง ปัสสาวะน้อย สีเหลืองเข้ม ซีพจรเร็ว ความดันโลหิตต่ำ

1.2 ดูแลให้ได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำ (ผู้ป่วยได้รับ 5%D/S/2 1000 ml IV drip 100 ml/hr) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารโดยเน้นเพิ่มสารอาหารโปรตีน เช่น อาหารผงเสริมโปรตีน และผลไม้ที่เสริมอิเล็กโทรไลต์ที่เสี่ยงต่อการขาดสมดุล โดยเฉพาะโปแตสเซียม เช่น ส้ม กล้วย มะละกอ องุ่น เป็นต้น

1.3 ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ electrolyte, serum albumin

1.4 ติดตามอาการและอาการแสดงของภาวะขาดสมดุลของสารอาหาร น้ำ และอิเล็กโทรไลต์ และ

รายงานแพทย์ เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสม โดย อิเล็กโตรไลต์ที่เสี่ยงต่อการขาดสมดุลได้แก่ โปแตสเซียม และโซเดียม มีอาการและอาการแสดง ดังนี้ 1) hypokalemia มีอาการหัวใจเต้นผิดจังหวะ ท้องผูก อ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปวดกล้ามเนื้อ และเป็นตะคริว และ 2) hyponatremia จะแสดงอาการเมื่อ $\text{Na} < 125 \text{ mmol/L}$ โดยอาการเริ่มต้น ได้แก่ สมองมืด คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ

2. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรับรู้การวินิจฉัยโรคและแนวทางการรักษา มีดังนี้

2.1 ประเมินความต้องการของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกและความต้องการ ด้วยท่าทีที่ตั้งใจ เห็นใจ แสดงความเอาใจใส่ ในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทุกด้าน

2.2 ให้ข้อมูล เหตุผลและความสำคัญของการตรวจพิเศษแต่ละวิธี รวมทั้งวิธีการตรวจ การเตรียมร่างกายให้พร้อมรับการตรวจ โดยในกรณีศึกษา ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจ CT abdomen ควรอธิบายว่า CT จะช่วยให้วินิจฉัยโรคได้ โดยช่วยให้สำรวจท่อน้ำดีร่วมส่วนล่างหรือตับอ่อนได้ดีกว่าอัลตราซาวด์ ควรสอบถามประวัติการแพ้ไอโอดีนในอาหารทะเล ถ้ามีประวัตินี้ ต้องรายงานแพทย์ ในขณะเดียวกันต้องให้ข้อมูลความเสี่ยงของการตรวจ CT คือผู้ป่วยต้องดื่มน้ำผสมสารทึบรังสีก่อนตรวจ ซึ่งอาจทำให้เกิดปฏิกิริยาแพ้ได้ แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการแพ้ที่อาจเกิดภายหลังการตรวจทันทีหรือภายใน 7 วัน ได้แก่ มีตุ่มนูนคัน เปลือกตาบวมหรือปากบวม หากมีอาการให้แจ้งพยาบาล เพื่อรายงานแพทย์ นอกจากนี้ภายหลังการตรวจผู้ป่วยต้องดื่มน้ำสะอาดวันละ 2 ลิตร เพื่อขับสารทึบรังสีออกทางปัสสาวะ (European Society of Urogenital Radiology, 2019)

2.3 เตรียมผู้ป่วยให้รับรู้ว่าการตรวจอาจเป็นไปได้อาหรือน้อย 2 โรคคือ เป็นกลุ่มอาการเมอริซซีหรือพบความผิดปกติอื่นที่กดเบียดท่อน้ำดีรวมจากตับ

แนะนำให้ผู้ป่วยคิดถึงด้านดีของการทราบการวินิจฉัยโรคให้ได้ชัดเจนก่อนผ่าตัด ซึ่งจะช่วยให้ศัลยแพทย์วางแผนการผ่าตัดได้ถูกต้อง หากไม่ทราบความผิดปกติของทางเดินน้ำดีตั้งแต่ก่อนผ่าตัด อาจนำไปสู่การผ่าตัดที่ไม่เหมาะสมกับพยาธิสภาพของผู้ป่วย และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

สถานการณ์ของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด ผล CT พบว่ามีก้อนนิ่วขนาด 2.9 ซม. อุดตันที่ตำแหน่งท่อน้ำดีของถุงน้ำดีและท่อน้ำดีรวมจากตับแต่ยังไม่เปิดเต็มวงรอบของท่อน้ำดี น้ำดีที่ระบายออกไม่สะดวก จึงทันทันทำให้มีการขยายตัวของท่อน้ำดีรวมจากตับส่วนต้นไปจนถึงท่อทางเดินน้ำดีภายในตับทั้งสองข้าง (bilateral intra hepatic ducts) มีการหนาตัวของผนังถุงน้ำดีส่วนหัว (fundus) พยาธิสภาพที่มีการหนาตัวของผนังถุงน้ำดีนี้สามารถแปลผลได้ทั้งเป็น fundal adenomyomatosis และเป็นผลจากการอักเสบเรื้อรัง ตรวจไม่พบน้ำในช่องท้อง หรือความผิดปกติของต่อมน้ำเหลืองในช่องท้องส่วนบน สามารถวินิจฉัยได้ว่าสาเหตุการอุดตันในท่อน้ำดีรวมจากตับของผู้ป่วยรายนี้เกิดจากกลุ่มอาการเมอริซซีประเภทที่สอง ระยะเวลาตั้งแต่แรกเริ่มถึงได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มอาการเมอริซซีรวมทั้งหมด 15 วัน

ศัลยแพทย์ระบบตับและทางเดินน้ำดีรับย้ายผู้ป่วยมาหอผู้ป่วยศัลยกรรมและวางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องเพื่อตัดถุงน้ำดี หลังสำรวจพยาธิสภาพในท้องผ่าตัดแล้วจึงจะตัดสินใจว่าจะเย็บซ่อมแซมท่อทางเดินน้ำดีด้วยวิธีใด จากนั้นจะคาท่อรูปตัวทีไว้ในท่อทางเดินน้ำดี

เป้าหมายการพยาบาลและแนวทางการพยาบาล ในระยะก่อนผ่าตัด

เมื่อแพทย์สรุปการวินิจฉัยโรคเป็นกลุ่มอาการเมอริซซีประเภทที่สอง และกำหนดวันผ่าตัดได้แล้วพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมรับการผ่าตัด ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เช่นเดียวกับการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรับการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องทั่วไป ในที่นี้จะกล่าวเฉพาะการพยาบาลที่

เจาะจงสำหรับผู้ป่วยรายนี้ ดังนี้

ให้ข้อมูลผู้ป่วยถึงวิธีการผ่าตัด ตำแหน่งแผลผ่าตัด และสภาพหลังผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยรายนี้แพทย์จะเปิดหน้าท้องที่ตำแหน่งใต้ชายโครงขวา (subcostal incision) ตัดถุงน้ำดีออก เย็บซ่อมแซมรูรั่วที่ท่อน้ำดีรวมจากตับและท่อทางเดินน้ำดีรวม และใส่คาท่อระบายรูปตัวทีไว้ในท่อทางเดินน้ำดีรวม ซึ่งจะใส่คาไว้อย่างน้อย 2 เดือน

สถานการณ์ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัดและในระยะเวลาหลังผ่าตัด ศัลยแพทย์ทำการผ่าตัด เปิดช่องท้องตำแหน่งใต้ชายโครงขวายาว 5 ซม. ตัดถุงน้ำดีออก (cholecystectomy) ส่องตรวจท่อทางเดินน้ำดีร่วมกับ choledochoscopy ซึ่งไม่พบก้อนนิ่วหรือรอยโรคในจุดอื่นตลอดท่อทางเดินน้ำดี จากนั้นวางท่อระบายรูปตัวที ไว้ในท่อทางเดินน้ำดีรวมเนื่องจากผนังของท่อน้ำดีรอบๆ ก้อนนิ่วเปื่อยยุ่ยมากจึงไม่สามารถเย็บซ่อมแซมรูทะลุที่ท่อน้ำดีให้ปิดได้อย่างสมบูรณ์ ก่อนปิดแผลแพทย์วางท่อระบาย JP drain บริเวณใต้ฐานของถุงน้ำดี ใช้เวลาผ่าตัดรวม 3 ชั่วโมง เสียเลือดจากการผ่าตัด 100 มิลลิลิตร ผลตรวจชิ้นเนื้อจากท่อน้ำดีไม่เป็นเนื้อร้าย ศัลยแพทย์วางแผนคาท่อรูปตัวทีไว้ในท่อทางเดินน้ำดีรวมนานประมาณ 2 เดือน เพื่อให้เกิด inflammation process บริเวณแผลผ่าตัด (raw surface) จนสร้างพังผืด (fibrosis) มาหุ้มรอบแผลจนผนังท่อทางเดินน้ำดีรวมแข็งแรงจึงจะถอดท่อรูปตัวทีออก

ภายหลังผ่าตัด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ยกเว้นมีไข้สูงกว่า 38.5 องศาเซลเซียสหนึ่งครั้งในวันที่สามหลังผ่าตัด หลังจากนั้นไม่มีไข้ อีก สารเหลวจากท่อระบายทั้งสองสายเป็นสีคล้ายน้ำดี ออกรวมกันวันละ 800-1,000 มล. แผลท่อระบายไม่มีสารคัดหลังซึมใน 2 วันแรกหลังผ่าตัด ปวดแผลผ่าตัด 6-8 จากคะแนนเต็ม 10 เมื่อความปวดหลังผ่าตัดลดลง ผู้ป่วยลุกเดินออกจากเตียงและลำไส้เคลื่อนไหวตามปกติแล้ว ศัลยแพทย์ให้รับประทานอาหารทางปากได้ หลังรับประทานอาหารไม่มีอาการอึดท้อง

ผลการตรวจตัวอย่างเลือดพบว่าระดับเอนไซม์

จากเซลล์ตับและระดับบิลิรูบินลดลงอย่างรวดเร็ว จนอยู่ในระดับปกติในวันที่เจ็ดหลังผ่าตัด อาการตัวและตาเหลืองลดลง แสดงถึงผลลัพธ์การรักษาเป็นไปตามเป้าหมาย

เป้าหมายการพยาบาลและแนวทางการพยาบาลที่สำคัญหลังผ่าตัด

การพยาบาลหลังผ่าตัดที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยรายนี้ นอกจากการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ และกระตุ้นให้ลุกเดินออกจากเตียงหลังจากความปวดลดลงแล้ว เพื่อฟื้นฟูการทำงานของทุกระบบของร่างกาย การพยาบาลที่ควรเน้นเพิ่มเติม ได้แก่ การดูแลให้ได้รับสารอาหารเพียงพอ การดูแลให้มีความสมดุลของสารน้ำ และอิเล็กโทรไลต์ทดแทนการสูญเสียสารเหลวและน้ำดีทางท่อระบาย และการป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด แผลท่อระบาย และภายในช่องท้องด้านขวาบนซึ่งอาจเกิดได้หากน้ำดีที่รั่วจากท่อทางเดินน้ำดีค้างอยู่ในช่องท้อง แนวทางการพยาบาลตามเป้าหมายดังกล่าว มีดังนี้

1. การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารเพียงพอ มีแนวทางการพยาบาลเช่นเดียวกับก่อนผ่าตัด ส่วนที่เพิ่มเติมคือ เน้นอาหารโปรตีนสูง เสริมด้วยอาหารทางการแพทย์ ได้แก่ อาหารผงเสริมโปรตีน ซึ่งดื่มระหว่างมื้ออาหารวันละ 3 ครั้ง เพิ่มอาหารคาร์โบไฮเดรตจากข้าวและของหวาน วิตามินและเกลือแร่จากผักและผลไม้ และลดไขมัน เนื่องจากน้ำดีส่วนใหญ่ถูกระบายออกจากร่างกาย ส่วนน้อยเคลื่อนสู่ลำไส้ หากรับประทานอาหารที่มีไขมัน จะขาดน้ำดีมาย่อยกรดไขมัน ทำให้ผู้ป่วยท้องอืดและไม่สบายใจได้ หากมีอาการท้องอืดให้ปรับเป็นรับประทานครั้งละน้อย แต่รับประทานให้บ่อยขึ้น ซึ่งน้ำหนักเวลาเข้าทุกวันเพื่อประเมินว่าน้ำหนักลดหรือเพิ่มขึ้นเท่าไร และเปรียบเทียบกับน้ำหนักมาตรฐาน (ideal body weight: IBW) โดย IBW สำหรับเพศชายคำนวณได้จาก ส่วนสูง (ซม.) ลบ 100 หากน้ำหนักต่ำกว่า IBW ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารมากขึ้นหรือบ่อยขึ้น

2. การพยาบาลเพื่อคงความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ โดยเมื่อแพทย์ให้รับประทานอาหาร

ได้แล้ว ควรดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 2,000 มิลลิลิตร เพื่อชดเชยการสูญเสียสารน้ำทางท่อระบายรูปตัวที และ JP drain ร่วมกับทดแทนการสูญเสียน้ำที่ดวงไม้ได้ (insensible loss) ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่มีภาวะโปแตสเซียม ในเลือดต่ำจึงแนะนำญาติให้จัดหาผลไม้ที่มีโปแตสเซียม สูง เช่น กล้วย องุ่น ส้ม สับปะรด เป็นต้น มาให้รับประทาน บ่อยๆ

3. การพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่แผล ผ่าตัด แผลท่อระบาย และป้องกันการติดเชื้อในช่อง ท้องด้านขวาบน มีแนวทางเช่นเดียวกับหลักการ พยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลผ่าตัดและแผลท่อระบายทั่วไป โดยมีจุดเน้นที่การดูแลให้การระบายของสารเหลว ทางท่อระบายมีประสิทธิภาพ สำหรับท่อรูปตัวทีต่อลง ณงูรองรับ ใช้หลักการระบายตามแรงโน้มถ่วง จึงต้องจัด สายระบายไม่ให้ห้อยหย่อนด้านแรงโน้มถ่วง รวมทั้งจัด สายระบายไม่ให้บิดหรือหักพับ และจัดณงูรองรับให้ต่ำ กว่าระดับเอวผู้ป่วยเสมอ ส่วน JP drain ต่อลงขวด สูญญากาศ ดูแลให้ระบบเป็นสุญญากาศตลอดเวลา โดยสังเกตตัวหนอนด้านบนขวดจะต้องยุบตัวแน่น และดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ ซึ่งผู้ป่วยได้รับ - Ceftri axone 2 gm IV OD และ Metronidazole 500 mg IV ทุก 8 ชม.

สถานการณ์ของผู้ป่วยในระยะก่อนจำหน่าย

โดยเฉลี่ยระยะเวลาอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย กลุ่มอาการเมอร์ริชซึ่งจะประมาณ 15 วัน (Paya-Llorente et al., 2017) สำหรับผู้ป่วยรายนี้ แพทย์ ให้ผู้ป่วยกลับบ้านพร้อมท่อระบายทั้งสองสายหลัง ผ่าตัดวันที่สิบ ให้บันทึกปริมาณสารเหลววันละครั้ง และให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 2,000 มิลลิลิตร นัดมาตรวจอัลตราซาวด์ บริเวณท่อทางเดินน้ำดีร่วม ครั้งแรกเมื่อจำหน่ายครบสองสัปดาห์ จากนั้นนัดทุก สัปดาห์จนครบสองเดือน จึงจะถอดท่อรูปตัวทีออก และ นัดตรวจอีกครั้งหลังการตรวจครั้งสุดท้ายหนึ่งปี

เป้าหมายการพยาบาลและแนวทางการพยาบาล ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล พยาบาลมี หน้าที่ในการเตรียมผู้ป่วยและญาติให้มีความพร้อม

ในการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง เมื่อกลับไปอยู่บ้าน โดย ควรแจกสมุดคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ ท่อระบายจากทางเดินน้ำดี ร่วมกับให้ความรู้ และ ฝึกผู้ป่วยและญาติให้ปฏิบัติได้ถูกต้อง ดังนี้

1. การดูแลสายระบาย T-tube และ JP-drain ต่อลง ณงู การบันทึกปริมาณและการเทน้ำดี

1.1 ป้องกันท่อระบายเลื่อนหลุด โดยใช้ พลาสติกเหนียวยึดท่อระบายติดกับผิวหนัง และป้องกันการ ดึงรั้งในขณะที่ทำกิจวัตรประจำวัน โดยใช้ไหมผ้านุ่ม ถักเปียผูกท่อระบายไว้รอบเอวตลอดเวลา และใส่ ณงู รองรับน้ำดีลง ณงูยามหรือณงูผ้า จัดให้ณงูอยู่ระดับต่ำกว่าเอว ดูแลท่อระบายไม่ให้หักพับหรือบิด

1.2 จัดบันทึกปริมาณ สี และลักษณะ ของน้ำดีที่อยู่ในณงูรองรับ ในช่วงเวลาเดียวกันทุกวัน โดยบันทึกลงในสมุดบันทึก

1.3 ใช้เทคนิคปราศจากเชื้อในการเทน้ำดี ออกจากณงู โดยล้างมือด้วยน้ำและสบู่ นานอย่างน้อย 20 วินาที จากนั้นใช้ไม้พันสำลีปราศจากเชื้อชุบน้ำยา โภวิดีนเช็ดรอบปลายณงูรองรับน้ำดี ทั้งก่อนและหลัง เทน้ำดี และใช้ผ้าก๊อชปราศจากเชื้อหุ้มปิดปลายณงูรองรับ รััดด้วยยางวงไว้

1.4 เปลี่ยนณงูรองรับน้ำดีด้วยเทคนิค ปราศจากเชื้อทุก 2 สัปดาห์

1.5 กรณีมีคราบพลาสติกติดแน่นตาม ท่อระบาย ไม่ต้องใช้เบนซินหรืออะซีโตนเช็ด เพราะ จะทำให้ท่อกรอบและแตกง่าย ให้ทำความสะอาดด้วย สำลีชุบแอลกอฮอล์

1.6 ถ้ามีอาการผิดปกติดังต่อไปนี้ให้ไป พบแพทย์ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ได้แก่ ท่อระบาย เลื่อนออกมากหรือหลุด น้ำดีไหลออกน้อยกว่าปกติ อย่างชัดเจน (น้อยกว่าครึ่งจากปริมาณเดิม) สีน้ำดี ขุ่นมากหรือเป็นหนอง มีน้ำดีซึมออกมารอบท่อระบาย มีอาการไข้สูง หนาวสั่น ปวดท้อง หรือตาขาวเปลี่ยน เป็นสีเหลือง ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม หรืออุจจาระสีซีด

2. ทำความสะอาดแผลผ่าตัดและแผลท่อระบาย ทุก 3 วัน หรือทุกครั้งที่มีการคัดหลังซึมหรือเปียกน้ำ

ด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ พร้อมกับสังเกตลักษณะผิวหนังที่ขอบแผล และความแข็งแรงของด้ายเย็บยึดท่อ หากแผลบวมแดงหรือมีหนองซึม หรือด้ายเย็บมีสภาพชำรุดหรือผิวหนังที่เย็บเปื่อยยุ่ย ต้องไปปรึกษาแพทย์ และเย็บซ่อมแซมที่โรงพยาบาลใกล้บ้านทันที

3. รับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการอย่างเพียงพอ โดยลดอาหารที่มีไขมันต่อไปอีกนาน 4-6 สัปดาห์ หลังจากนั้นค่อยๆ เพิ่มอาหารไขมันที่ละน้อย หากมีอาการอึดแน่นท้องให้ลดอาหารไขมันลง และควรชั่งน้ำหนักสัปดาห์ละครั้ง

4. ดื่มน้ำให้ได้ปริมาณเท่ากับการสูญเสียน้ำ ออกจากร่างกายทางน้ำดีและปัสสาวะ หรืออย่างน้อยวันละ 2,000 มล. สังเกตอาการของการขาดสมดุลน้ำ ได้แก่ ริมฝีปากและเยื่อぶตาแห้ง กระจายน้ำ และปัสสาวะสีเข้ม หากมีอาการขาดน้ำ ให้เพิ่มปริมาณน้ำดื่มมากขึ้น

5. รับประทานยาที่ได้รับ โดยอธิบายการออกฤทธิ์ของยาแต่ละชนิดและอาการแทรกซ้อนที่อาจพบ

6. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 1) การอาบน้ำ อาบน้ำได้โดยวางถุงพลาสติกคลุมแผลปิดโดยรอบด้วยพลาสติกกันน้ำ หรืออาจใช้แผ่นปิดแผลกันน้ำ หากผ้าปิดแผลเปียกน้ำ ให้เปลี่ยนผ้าปิดแผลใหม่ 2) ทำงานบ้านและออกกำลังกายเบาๆ เช่น การเดิน 3) ห้ามยกของหนักเกิน 2.5 กก. อย่างน้อย 1 เดือน หลังผ่าตัด 4) ขับรถได้ 5) มีเพศสัมพันธ์ได้ โดยระวังไม่ให้กระแทกแผล

7. มาตรฐานตามนัด ถ้ามีอาการผิดปกติให้มาพบแพทย์ได้ทันที อาการผิดปกติที่อาจเกิดได้ ได้แก่ การติดเชื้อภายในช่องท้องด้านบนขวา แนะนำให้ผู้ป่วย และญาติสังเกตอาการ ได้แก่ ปวดท้อง ท้องอืด มีไข้ สารเหลวที่ออกจากท่อระบายมีลักษณะข้น เหนียวและกลิ่นเหม็น เป็นต้น ถ้ามีอาการผิดปกติใดใด ให้ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน หรือมาที่โรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา โดยไม่ต้องรอวันนัด

สถานการณ์ของผู้ป่วยในระยะมาตรฐานตามนัด
ระยะเวลาการติดตามอาการผู้ป่วย โดยปกติ

มีการนัดมาตรวจหลังผ่าตัดโดยเฉลี่ยคือ 13 เดือน (Paya-Llorente et al., 2017) สำหรับผู้ป่วยรายนี้ แพทย์นัดมาตรวจทุกสัปดาห์ เพื่อประเมินการระบายของน้ำดีและตรวจอุลตราซาวด์เพื่อสำรวจการคั่งค้างของน้ำดีบริเวณรอบท่อทางเดินน้ำดี เมื่อ JP drain ไม่มีสารเหลวออกมาแล้ว แพทย์ได้ถอดสาย JP drain ออก หลังจากผ่านไปหกสัปดาห์ แพทย์ให้ผู้ป่วยทดลองหักพับสายระบายจากท่อรูปตัวทีและรอจนครบสองสัปดาห์จึงถอดท่อระบายรูปตัวทีออก อีกหนึ่งสัปดาห์ต่อมา เมื่ออาการทั่วไปปกติดี แพทย์จึงนัดมาตรวจในอีก 12 เดือน

เป้าหมายการพยาบาลและแนวทางการพยาบาล
เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัด

พยาบาลควรสอบถามถึงอาการผิดปกติที่อาจเกิดกับผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะอาการปวดท้องหรือท้องอืด ตรวจแผล ความแข็งแรงของด้ายยึดท่อระบายและลักษณะของน้ำดี สอบถามถึงปัญหาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและให้คำแนะนำการจัดการปัญหา หรือช่วยประสานแหล่งสนับสนุนที่จะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ในการเตรียมถอดท่อระบายรูปตัวที มีลำดับขั้นตอนการเตรียมถอดท่อล่วงหน้าอย่างน้อย 7 วัน เริ่มจากการหักพับ (clamp) สาย T-tube 1 ซม. ก่อนและหลังอาหาร เพื่อให้ น้ำดีไหลลงสู่ดูโอเดนิม ขณะ clamp สาย ให้ผู้ป่วยสังเกตว่ามีอาการผิดปกติ ได้แก่ ปวดท้อง หรือมีไข้ หรือไม่ หากมีอาการต้องเปิด clamp ก่อน หากไม่มีอาการผิดปกติให้เพิ่มระยะเวลา clamp สายนานขึ้นตามลำดับ จน clamp สายได้ตลอดวัน เมื่อครบ 7 วัน แพทย์จะถอดสาย T-tube ออก หลังถอดสายแล้ว พยาบาลต้องให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติให้สังเกตอาการปวดท้องด้านบนขวา และติดตามดูค่าอุณหภูมิร่างกาย หากมีไข้หรือมีอาการปวดท้อง ให้ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน หากแผลที่ถอดท่อระบายออกมีสารคัดหลั่งซึม ต้องทำความสะอาดแผล สังเกตลักษณะผิวหนังที่ขอบแผลและปิดก๊อชใหม่ หากผิวหนังที่ขอบแผลมีลักษณะบวมแดงหรือมีสารคัดหลั่งเหนียวข้นคล้าย

หนอง หรือมีกลิ่นเหม็น ให้ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ใกล้บ้านทันที

การประยุกต์ความรู้จากบทความไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการเมอร์ซีย์

พยาบาลสามารถให้การพยาบาลที่เหมาะสม และต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยกลุ่มอาการเมอร์ซีย์ในทุกๆระยะ ตั้งแต่เริ่มมาตรวจ รอการวินิจฉัยโรคและกำหนดแผนการรักษา เตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด พื้นสภาพ หลังผ่าตัด เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย และเมื่อผู้ป่วยกลับมาตรวจตามนัด โดยพอจะสรุปแนวทางการพยาบาลที่สำคัญในแต่ละระยะได้ดังนี้

ปัญหาทางคลินิกที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยกลุ่มอาการเมอร์ซีย์คือความซับซ้อนในการวินิจฉัยโรคและการตรวจระดับความรุนแรงของพยาธิสภาพของโรค ซึ่งจะไปสู่การวางแผนการผ่าตัดที่มีประสิทธิผล และผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน พยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยสามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคที่แม่นยำและรวดเร็วได้โดย เมื่อพบผู้ป่วยมาด้วยอาการตีขานและ/หรือปวดท้องด้านขวาบน ควรคิดถึงกลุ่มโรคที่เป็นไปได้ที่ทำให้ทางเดินน้ำดีอุดตันรวมถึงกลุ่มอาการเมอร์ซีย์ และซักประวัติที่ครอบคลุมถึงประวัติโรคในระบบตับและทางเดินน้ำดี ระยะเวลาเริ่มต้นของตีขาน สีของปัสสาวะและอุจจาระ สำหรับอาการปวดท้องควรสอบถามถึงระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการ ลักษณะความปวด ความสัมพันธ์กับมื้อและประเภทของอาหาร สอบถามอาการที่เกิดร่วม เช่น ไข้ คลื่นไส้ หรืออาเจียน จากนั้นควรจัดให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจกับศัลยแพทย์

ในระยระการวินิจฉัยโรคและกำหนดแผนการรักษา พยาบาลควรให้ข้อมูลวิธีการตรวจและการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ให้มุมมองทางบวกต่อการตรวจให้ได้การวินิจฉัยโรคที่ชัดเจน เมื่อแพทย์ให้การวินิจฉัยและแจ้งแผนการผ่าตัดแล้ว พยาบาลควรประเมินความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการผ่าตัด ประเมินความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม และดูแลให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทุกด้านก่อนการผ่าตัด เน้นการให้ข้อมูล

ที่จำเป็นและให้กำลังใจผู้ป่วย พร้อมกับอธิบายวิธีปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเพื่อให้ฟื้นสภาพได้โดยเร็ว

ระยะหลังผ่าตัด พยาบาลต้องเน้นการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ กระตุ้นให้ออกกำลังกาย หลังผ่าตัดและช่วยให้ลุกออกจากเตียงโดยเร็ว ดูแลให้ได้รับสารอาหาร น้ำและอิเล็กโทรไลต์อย่างเพียงพอ ดูแลการระบายของท่อระบายให้มีประสิทธิภาพ และดูแลป้องกันการติดเชื้อของแผลผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยฟื้นสภาพจนใช้ชีวิตประจำวันด้วยตนเองได้ พยาบาลต้องเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยเน้นทักษะการดูแลท่อระบาย การทำความสะอาดแผลผ่าตัด และแนะนำการสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งการดูแลตนเอง ที่ถูกต้องสอดคล้องกับอาการผิดปกติที่พบ

พยาบาลที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจะได้พบผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัด ควรสอบถามถึงอาการผิดปกติที่อาจเกิดกับผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะอาการปวดท้องหรือท้องอืด ตรวจแผล ความแข็งแรงของด้ายยึดท่อระบายและลักษณะของน้ำดี สอบถามถึงปัญหาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและให้คำแนะนำการจัดการปัญหาหรือช่วยประสานแหล่งสนับสนุนที่จะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ หลังจากถอดท่อระบายรูปตัวทีแล้ว ควรแนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการปวดท้อง ท้องอืดและตีขาน ซึ่งจะต้องกลับมาพบแพทย์ใหม่ เนื่องจากอาจเกิดการตีบตันของท่อทางเดินน้ำดีร่วม หรือมีนิ่วอุดตันในท่อทางเดินน้ำดีซ้ำได้แม้โอกาสการเกิดจะมีน้อยก็ตาม (4-7%) (Paya-Llorente et al., 2017)

สรุป

กลุ่มอาการเมอร์ซีย์ เป็นกลุ่มอาการที่อาจพบได้น้อย แต่มีความสำคัญทางคลินิก โดยเฉพาะมีความซับซ้อนในการวินิจฉัยและการรักษา การวินิจฉัยโรคและจำแนกระดับความรุนแรงของพยาธิสภาพได้ในระยะก่อนผ่าตัด มีความสำคัญต่อการวางแผนการผ่าตัดที่เหมาะสมและรัดกุม พยาบาลสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพและ

ปลอดภัยได้โดย เริ่มจากศึกษาธรรมชาติของโรค ทำความเข้าใจในอาการและอาการแสดง วิธีการตรวจวินิจฉัย วิธีการผ่าตัด เพื่อสามารถประเมินความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม และสามารถให้การพยาบาลที่เหมาะสมตามเป้าหมายการพยาบาลที่สำคัญเพื่อลดความวิตกกังวลในระยะรอการวินิจฉัย เตรียมผู้ป่วยให้พร้อมรับฟังการ

วินิจฉัยโรคและแผนการรักษา เตรียมความพร้อมเพื่อรับการผ่าตัด ดูแลให้ผู้ป่วยฟื้นสภาพโดยเร็วหลังผ่าตัด แนะนำและฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน รวมทั้งแนะนำการสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์การรักษาที่ดี และใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพในระยะยาวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Beltrán, M.A. (2012). Mirizzi syndrome: History, current knowledge and proposal of a simplified classification. *World Journal of Gastroenterology*, 18(34), 4639-4650. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3442202/> doi: 10.3748/wjg.v18.i34.4639
- Beltrán, M.A., Csendes, A., & Cruces, K.S. (2008). The relationship of Mirizzi syndrome and cholecystoenteric fistula: Validation of a modified classification. *World Journal of Surgery*, 32, 2237-2243.
- Chen, H., Siwo, E.A., Khu, M., & Tian, Y. (2018). Current trends in the management of Mirizzi syndrome: A review of literature. *Medicine (Baltimore)*, 97(4): e9691. doi: org/10.1097/MD.0000000000009691
- Clemente, A., Tringali, A., De Rose, A.M., Panettieri, E., Murazio, M., Nuzzo, G., & Giuliante, F. (2018). Mirizzi syndrome: diagnosis and management of a challenging biliary disease. *Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 2018, Article ID 6962090. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6109484/pdf/CJGH2018-6962090.pdf> doi:org/10.1155/2018/6962090
- European Society of Urogenital Radiology. (2019). *ESUR guidelines on use of CM in certain clinical situations*. Retrieved from http://www.esur.org/fileadmin/content/Contrast_Media_Education/VII_2011_CM_in_special_clinical_conditions.pdf
- Mitsumoto, G.L., Silva, L.A.M., Ribeiro, M.A., Tocchio, M.M., Yvamoto, N.E., Santi, T.D., Santi, T.D., Ferreira, C.P.C., & Szutan, L.A. (2020). Mirizzi syndrome mimicking cholangiocarcinoma: Case report, *Acta Gastroenterol Latinoam*, 50(2), 198-204.
- Paya-Llorente, C., Vazquez-Tarragon, A., Alberola-Soler, A., Martinez-Perez, A., Martinez-Lopez, E., Santarrufina-Martinez, S., Ortiz-Tarin, I., & Armananzas-Villena, E. (2017). Mirizzi syndrome: A new insight provided by a novel classification. *Ann Hepatobiliary Pancreat Surg*, 21, 67-75. Retrieved from <https://doi.org/10.14701/ahbps.2017.21.2.67>
- Uppara, M., & Rasheed, A. (2017). Systematic review of Mirizzi Syndrome's management. *Journal of Pancreas*, 18(1), 1-8. Retrieved from <http://pancreas.imedpub.com>

Valderrama-Treviño, A.I., Granados-Romero, J.J., Espejel-Deloiza, M., Chernitzky-Camaño, J., Mera, B.B., Estrada-Mata, A.G., Ceballos-Villalva, J.C., Campos, J.A., & Argüero-Sánchez, R. (2017). Updates in Mirizzi syndrome. *Hepatobiliary Surgical Nutrition*, 6(3), 170-178. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5474450/> doi: 10.21037/hbsn.2016.11.01