

การพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยโรคฝีในตับที่ได้รับการใส่สายระบายผ่านทางผิวหนัง Nursing and Caring for a Patient with a Liver Abscess and Percutaneous Drainage of a Liver Abscess

พูลทรัพย์ สุเทวี* Poonsap Sutewee*
จิตรานันต์ กงวงศ์** Jittranun Kongwong**

บทคัดย่อ

ฝีในตับคือโรคที่เกิดจากการติดเชื้อที่ทำให้เป็นหนองในเนื้อตับ มีสาเหตุมาจากการบาดเจ็บที่ตับ การติดเชื้อภายในช่องท้อง และการติดเชื้อภายในช่องท้องที่แพร่กระจายจากหลอดเลือดดำพอร์ทัล อีกทั้งในปัจจุบันสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดการอักเสบของฝีในตับ ได้แก่ โรคทางเดินน้ำดี นิ่วในท่อน้ำดี มะเร็ง และความผิดปกติแต่กำเนิด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ทำให้เกิดภาวะติดเชื้อจากการแพร่กระจายของเชื้อเข้าในกระแสเลือดซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ สำหรับแนวทางการรักษาฝีในตับ ประกอบด้วย การให้ยาปฏิชีวนะ การผ่าตัดและการระบายหนองออกด้วยการใส่สายระบายผ่านทางผิวหนังร่วมกับการใช้เครื่องมือตรวจพิเศษ เช่น การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงช่องท้องส่วนบน การตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เพื่อเป็นตัวชี้แนะทางในการใส่สายระบาย ในตำแหน่งที่ถูกต้อง ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ปลอดภัยจึงเป็นการรักษาที่ถูกเลือกใช้และเป็นที่ยอมรับในปัจจุบัน แต่หัตถการนี้ หากขาดการเตรียมความพร้อมอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนพยาธิสภาพของการเกิดฝีในตับ และเป็นการอธิบายถึงข้อบ่งชี้ แนวทางการพยาบาลในการใส่สายระบายผ่านทางผิวหนัง การเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนทำหัตถการ ขณะทำหัตถการและหลังทำหัตถการ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการใส่สายระบายทางผิวหนัง รวมถึงการดูแลตนเองหลังใส่สายระบายฝีในตับของผู้ป่วย

คำสำคัญ: โรคฝีในตับ การใส่สายระบายผ่านทางผิวหนัง ภาวะแทรกซ้อน การพยาบาล การดูแลตนเอง

*ผู้เขียนหลัก พยาบาลวิชาชีพ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

e-mail: poonsap.sutewee@gmail.com

**พยาบาลวิชาชีพ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

Abstract

A Liver abscesses is defined as a purulent infection in the liver. It is caused by liver injury, intra-abdominal infections and intra-abdominal infections spreading from the portal vein. The main causes of inflammation of the liver abscess include biliary tract disease gallstones, cancer, and congenital abnormalities. Its complications can be fatal from the spreading of infection to bloodstream. Guidelines for the treatment of liver abscess include antibiotics, surgery and percutaneous drainage of a liver abscess. Drainage is done with the use of special examination tools such as ultrasound and CT scan by interting the drain hose in the correct position. It is the treatment of choice and is popular nowadays. However, this procedure, if lacking proper preparation, may cause complications.

The purpose of this paper is to review the pathology of liver abscess, the indications and nursing guidelines for percutaneous drainage, as well as preparation of the patient before, during and after the procedure. Followed by the prevention of complications after percutaneous drainage, including self-care after intubation.

Keywords: Liver abscess, Percutaneous drainage, Complication, Nursing care, Self-care

* Corresponding Author: Registered Nurse, Golden Jubilee Medical Center, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital;
e-mail: poonsap.sutewee@gmail.com

** Registered Nurse, Golden Jubilee Medical Center, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital

Received 2 February 2022; Revised 14 February 2022; Accepted 9 March 2022

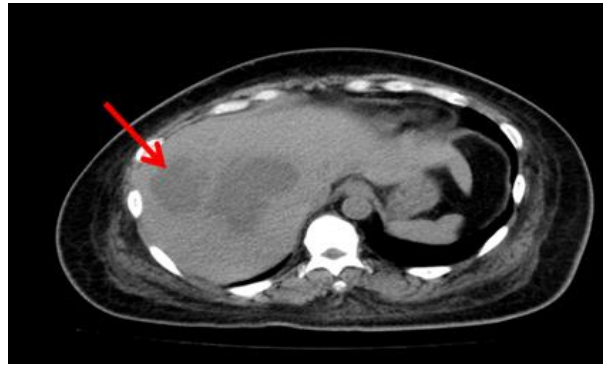
บทนำ

โรคฝีในตับ (Liver abscess) คือการติดเชื้อและเกิดโพรงหนองซึ่งในตับ สาเหตุอาจเกิดจากการบาดเจ็บที่ตับหรือจากการติดเชื้อภายในช่องท้อง และจากการติดเชื้อภายในช่องท้องที่แพร่กระจายจากหลอดเลือดดำพอร์ทัล (Portal vein) (Mischnik et al., 2017) อวัยวะข้างเคียงที่มีการติดเชื้อ ทะลุเข้าสู่ตับโดยตรง หรือไม่ทราบสาเหตุ โดยปัจจัยเสี่ยงของการเป็นฝีในตับคือโรคเบาหวาน ตับแข็ง อายุมาก เพศชาย ภูมิคุ้มกันบกพร่อง การใช้ยาลดกรด ผ่าตัดเปลี่ยนตับ (Mavilia, Molina, & Wu, 2016) ในปัจจุบันสาเหตุ โรคทางเดินน้ำดี นิ่วในท่อน้ำดี มะเร็ง และความผิดปกติแต่กำเนิดเป็นสาเหตุหลักของฝีในตับที่ทำให้เกิดการอักเสบ ความรุนแรงของฝีในตับหากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่และอาจนำไปสู่ภาวะติดเชื้อจากการแพร่กระจายของเชื้อเข้าในกระแสเลือด (Fujii et al., 2020) มีความเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิตในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาหรือหากไม่ได้รับการที่ถูกต้อง (Czerwonko et al., 2016) อุบัติการณ์ของฝีในตับต่อปีอยู่ที่ประมาณ 2.3 รายต่อ 100,000 มีการรายงานอัตราที่สูงขึ้นอย่างมากในไต้หวัน (17.6 รายต่อ 100,000) (Davis & McDonald, 2020) ประเทศไทยภาวะฝีในตับ โรคติดเชื้อที่คุกคามชีวิตที่มีอัตราการเสียชีวิต 2–12% (Suthichaimongkol, 2021) อุบัติการณ์การเกิดฝีในตับแบ่งตามเชื้อที่เป็นสาเหตุของโรค ที่พบบ่อยคือเชื้อแบคทีเรีย (Pyogenic liver abscess) และเชื้ออะมีบา (Amoebic liver abscess) โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นฝีในตับที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียมากถึงร้อยละ 95 อายุเฉลี่ยของผู้ป่วย 52 ปี เป็นเพศชายร้อยละ 66 เมื่อแยกตามภูมิภาคพบว่าฝีในตับที่เกิดจากการติดเชื้ออะมีบาพบมากในภาคใต้และภาคตะวันตก ในขณะที่ฝีในตับที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียพบได้ทั่วประเทศ แต่พบมากที่สุดที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 40 (Suthichaimongkol, 2021) จากการศึกษารวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคฝีในตับ

ที่มานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลระหว่างปีพ.ศ. 2551-2556 จากฐานข้อมูลประเทศไทย พบผู้ป่วยทั้งหมด 8,423 ราย อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาลร้อยละ 2.8 (Poovorawan et al., 2016; Mavilia et al., 2016)

ชนิดของฝีในตับแบ่งตามเชื้อที่เป็นสาเหตุของโรคได้ ดังนี้ เชื้อแบคทีเรีย Pyogenic (Pyogenic liver abscess) มักพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง หนองที่เกิดขึ้นในตับเนื่องจากติดเชื้อแบคทีเรีย ลักษณะหนองจะเป็นของเหลวที่ประกอบด้วยเซลล์เม็ดเลือดขาวและเซลล์ที่ตายแล้วซึ่งมักจะเกิดขึ้นเมื่อร่างกายต่อสู้กับการติดเชื้อในกรณีของ ฝีในตับจากเชื้อ Pyogenic แทนที่จะระบายออกจากบริเวณที่ติดเชื้อ แต่หนองจะสะสมอยู่ภายในตับ ทำให้เกิดการอักเสบ ฝีมักจะมาพร้อมกับอาการบวมและอักเสบในบริเวณโดยรอบ อาจทำให้เกิดอาการปวดและบวมในช่องท้องได้ สาเหตุส่วนใหญ่ของ ฝีในตับจากเชื้อ Pyogenic คือโรคทางเดินน้ำดี ที่มีผลต่อตับ ตับอ่อน และถุงน้ำดี ตามรายงานของ Johns Hopkins Medicine ท่อน้ำดีที่ติดเชื้อและอักเสบนั้นสัมพันธ์กับฝีในตับมากถึง 50% (Stacy Sampson, 2018)

เชื้ออะมีบา (Amoebic liver abscess) ฝีในตับจากอะมีบาเป็นกลุ่มของหนองในตับที่ตอบสนองต่อปรสิติกในลำไส้ที่เรียกว่าเอนทามีบา ฮิสโตไลติกา ฝีในตับเกิดจากเชื้อ Entamoeba histolytica ปรสิติกตัวนี้ทำให้เกิด Amebiasis ซึ่งเป็นการติดเชื้อในลำไส้ที่เรียกว่าโรคบิดอะมีบา หลังจากเกิดการติดเชื้อ ปรสิติกอาจถูกกระแสเลือดนำพาจากลำไส้ไปยังตับ การติดเชื้อเกิดขึ้นทั่วโลก พบได้บ่อยในพื้นที่เขตร้อนที่มีสภาพความเป็นอยู่แออัดและสุขาภิบาลไม่ดีได้แก่ อินเดีย แอฟริกา เม็กซิโก อเมริกากลางและใต้ ผู้ป่วยประมาณ 80% (Anesi & Gluckman, 2015) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญจากโรคนี้ (Pithawa, 2007)



รูปที่1 ภาพซีทีสแกน (Liver abscess) ผู้ชายอายุ 73 ปี ซึ่งมีขนาด 10.9 x 10.6 x 13.1 cm. (แหล่งที่มารูปภาพผู้นิพนธ์ถ่ายภาพเอง)

การประเมินทางการพยาบาลในผู้ป่วยโรคฝีในตับ

1. การซักประวัติ: เมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล ควรซักประวัติอาการที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ระยะเวลาของการเกิดอาการ โรคประจำตัวที่เป็น ประวัติการดื่มสุรา

2. การตรวจร่างกาย: อาการของผู้ป่วยโรคฝีในตับระยะแรก ปวดที่ชายโครงขวา ตับโต กดเจ็บบริเวณตับ ในบางกรณีที่มีฝีขนาดใหญ่จะโป่งออกมาบริเวณชายโครงขวาให้เห็นชัดเจน และมีไข้ อาจมีหนาวสั่นหรือไม่ก็ได้ อาการตัวเหลืองตาเหลืองพบได้ แต่ไม่บ่อย มักพบในรายที่มีไข้สูงหรือในกรณีที่มีฝีขนาดใหญ่ เกิดจากฝีไปกดบริเวณท่อน้ำดีขนาดใหญ่ เกิดการอุดตันหรือทะลุเข้าไปในท่อน้ำดีเกิดท่อน้ำดีอักเสบ (Cholangitis) บางทีผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้องเหมือนปวดบิด (colicky pain) ซึ่งเป็นอาการของฝีที่เบ่งมากจนแตกแล้ว บางรายมีอาการ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ถ่ายเหลว ร่วมด้วย ทั้งนี้การแยกวินิจฉัยโรคฝีในตับกับโรคในช่องท้องอื่นๆ ต้องตรวจทางรังสีวิทยาเป็นสิ่งที่ช่วยในการวินิจฉัยโรคมากที่สุด (Poovorawan et al., 2016; Stacy Sampson, 2018)

3. การตรวจห้องปฏิบัติการ: การวินิจฉัยโรคฝีในตับเกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย ใช้อาการ อาการแสดง การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เมื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการมักพบเม็ดเลือดขาวสูงขึ้น เลือดจาง ค่าการทำงานของตับผิดปกติ ได้แก่ อัลบูมินต่ำ โกลบูลินสูง ค่าเอนไซม์ตับ ALT AST และ ALP สูงขึ้นได้ การเพาะเชื้อ

ในกระแสเลือดอาจพบเชื้อที่เป็นสาเหตุของโรคประมาณร้อยละ 50

4. การตรวจพิเศษต่างๆ การตรวจทางรังสีวิทยา เป็นสิ่งที่ช่วยในการวินิจฉัยโรคมากที่สุด เช่น การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงช่องท้องส่วนบน (Ultrasound) หรือการตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computed tomography scan) เป็นต้น (Poovorawan et al., 2016; Mavilia et al., 2016)

ภาวะแทรกซ้อนสำคัญของฝีในตับ มักเกิดจากโพรงฝีแตกทะลุเข้าไปในอวัยวะข้างเคียงทำให้เกิดอาการของระบบอวัยวะต่างๆ ได้มากมายซึ่งล้วนแต่มีอันตรายและอัตราการตายสูง ฝีแบคทีเรียในตับก็อาจรั่วทะลุทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนคล้ายคลึงกันได้ นอกจากนั้นยังอาจทำให้เกิดภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (Septicemia shock) อาจมีความดันโลหิตต่ำ หรือ บางรายอาจมีภาวะแทรกซ้อนคือมีน้ำในเยื่อหุ้มปอดด้านขวา ทำให้มีอาการหายใจลำบากหรือเจ็บชายปอดขวาเวลาหายใจเข้าลึก ๆ ได้ หรือไถวยาได้ ในบางรายอาจมีการกระจายของเชื้อแบคทีเรีย หรือเชื้ออะมีบาไปตามกระแสเลือด ทำให้เกิดการติดเชื้อหรือโพรงหนองที่อวัยวะต่างๆ ได้ เช่น โพรงฝีในสมองหรือในปอด

การรักษาโรคฝีในตับ

การรักษาด้วยยา การให้ยาปฏิชีวนะ ระยะเวลาการให้ยาปฏิชีวนะขึ้นกับขนาดของฝี ในช่วงแรกจะเป็นการให้ยาทางหลอดเลือดดำ 10-14 วัน หากอาการดีขึ้นก็เปลี่ยนเป็นยาชนิดรับประทานต่อ รวมการรักษาด้วยการ

ให้ยาปฏิชีวนะ ประมาณ 4-6 สัปดาห์ (Abbas, Khan, & Elzouki, 2014)

การรักษาโดยการผ่าตัด การผ่าตัดเป็นข้อบ่งชี้ลดลงอย่างมากเนื่องจากมีแผลผ่าตัดขนาดใหญ่เสี่ยงต่ออัตราทุพพลภาพสูง ใช้ระยะเวลาพักฟื้นนาน เสียค่าใช้จ่ายสูง จึงคงเหลือความจำเป็นผ่าตัดเฉพาะในกรณีเมื่อฝีแตกรั่วเข้าช่องท้อง เยื่อช่องท้องอักเสบ (Haider, Tarulli, McNulty, & Hoffer, 2017) หรือรั่วเข้าเยื่อหุ้มปอดและเยื่อหุ้มหัวใจ ฝีก้อนใหญ่ ให้ยา เจาะ หรือใส่ PCD ไม่ได้ผล ฝีหลายก้อนใน lobe ซ้ำข้างใดข้างหนึ่งให้ยาไม่ได้ผล ทำ hepatic resection ได้ มีโรคร่วมที่ต้องรักษาด้วย เช่น gallstone, CBD stone หรือ intraperitoneal infection อื่น (Pornthep, 2016)

การรักษาโดยการใส่สายระบายผ่านทางผิวหนัง (Percutaneous drainage) เป็นวิธีการใส่สายระบายผ่านเข้าไปในตำแหน่งฝีในตับเพื่อระบายหนองออกมา ข้อดีของการใส่สายระบายผ่านทางผิวหนัง เพื่อหลีกเลี่ยงการผ่าตัด ใช้เวลาน้อยในการทำหัตถการ ประมาณ 20-30 นาที แผลมีขนาดเล็ก ระยะการพักฟื้นนอนโรงพยาบาลน้อย ประมาณ 1-3 วันหลังใส่สายระบายทางผิวหนัง และยังคงพบว่า อัตราการล้มเหลวของการใส่สายระบายฝีที่ตับผ่านทางผิวหนัง อยู่ในช่วงตั้งแต่ 0 - 30% โดยมีผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อ 0-13.4% (Lo et al., 2015) ซึ่งบทความนี้จะขอลำถึงการดูแลผู้ป่วยโรคฝีในตับที่ได้รับการใส่สายระบายผ่านทางผิวหนัง เท่านั้น

การใส่สายระบายผ่านทางผิวหนัง

การใส่สายระบายผ่านทางผิวหนัง (Percutaneous drainage) เป็นการนำของเสียที่อยู่ในร่างกาย ไม่ว่าจะเป็นน้ำเหลือง น้ำหนอง น้ำปัสสาวะหรือน้ำดี น้ำหนองที่เกิดจากการอักเสบหรือติดเชื้อของอวัยวะต่าง ๆ เช่นฝีในตับ (Liver abscess) หรือมีการอุดตันของท่อระบายปกติของร่างกาย ด้วยวิธีใส่สายระบายผ่านทางผิวหนังร่วมกับการใช้เครื่องมือ ตรวจพิเศษ เช่น การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงช่องท้องส่วนบน (Ultrasound) การตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computed tomography scan) เป็นตัวชี้แนวทาง ทำให้ใส่สายระบายได้อย่างถูกต้อง แม่นยำ และปลอดภัยเมื่อได้ตำแหน่งของฝีที่เป็นน้ำหนอง น้ำเหลืองแล้ว จะดูดหนองโดยใช้เข็ม แขนงผ่านผิวหนังเหนือฝี จากนั้นสอดท่อ

พลาสติก ที่เรียกว่าสายสวนระบายนำเข้าไป สายสวนช่วยให้หนองไหลออกมาในถุงนอกตัวผู้ป่วย (National health service, 2019) หลังจากนั้นเอาหนองบางส่วนส่งวินิจฉัยทางจุลชีววิทยาเพื่อหาเชื้อก่อโรค ผู้ป่วยตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะได้ดีขึ้นและสามารถลดระยะเวลาของการให้ยาปฏิชีวนะลง (Prueksapanich, 2019)

ข้อบ่งชี้ในการใส่สายระบายฝีในตับผ่านทางผิวหนัง

ข้อบ่งชี้ในการใส่สายระบายฝีในตับผ่านทางผิวหนัง ประกอบด้วย 1) มีฝีในตับหลายตำแหน่ง (Mendez-Pastor & Garcia-Henriquez, 2020) ในกรณีฝีในตับจากการติดเชื้อแบคทีเรียที่มีฝีหลายตำแหน่งจะเลือกเจาะฝีที่มีขนาดใหญ่ที่สุดและฝีที่มีโอกาสแตกมากที่สุดก่อน 2) ฝีมีขนาดมากกว่า 3 เซนติเมตร (Dzib Calan, Larracilla Salazar, & Morales Pérez, 2019) การใส่สายระบายมีสองเทคนิคที่ใช้กันทั่วไป การเลือกเทคนิคขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งของฝี เทคนิค Seldinger ใช้สำหรับฝีขนาดเล็ก ลึก มีความเสี่ยงสูงและเข้าถึงได้ยาก ในขณะที่เทคนิค Trocar ใช้สำหรับฝีขนาดใหญ่ (Harclerode, & Gnugnoli, 2021) และ 3) การรักษาโดยการให้ยาปฏิชีวนะแล้วอาการไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยยังมีไข้ และยังมีอาการปวดท้องมากขึ้น หรือมีฝีขนาดใหญ่ขึ้น

ข้อห้ามในการใส่สายระบายฝีในตับผ่านทางผิวหนัง

การใส่สายระบายฝีในตับผ่านทางผิวหนังมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะเลือดออก อวัยวะรอบ ๆ ตับได้รับบาดเจ็บ ดังนั้นเพื่อเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ข้อห้ามในการใส่สายระบายฝีในตับผ่านทางผิวหนัง ได้แก่

1. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการห้ามเลือด หรือ การแข็งตัวของเลือดอย่างรุนแรง ได้แก่ มีเกล็ดเลือดต่ำ (thrombocytopenia) ปัจจัยการแข็งตัวของเลือดลดลง (coagulopathy) เนื่องจากอาจทำให้เกิดปัญหาสูญเสียเลือดหลังทำหัตถการ จนนำไปสู่ภาวะช็อก (shock) ได้

2. ฟีมีขนาดน้อยกว่า 3 เซนติเมตร เพราะมีขนาดพื้นที่เล็กเกินไปที่จะใส่สายระบายผ่าทางผิวหนัง อาจทำให้บริเวณเนื้ออวัยวะรอบ ๆ ฟีได้รับบาดเจ็บได้เพิ่มขึ้น

3. ตำแหน่งของฟีในตับ อยู่ตำแหน่งที่มีโอกาสเสี่ยงที่จะทำให้อวัยวะรอบ ๆ ได้รับบาดเจ็บเช่น มีลำไส้มาใกล้ขวางระหว่างตำแหน่งที่จะเจาะฟีในตับ เป็นต้น (Harclerode & Gnugnoli, 2021)

การเตรียมตัวผู้ป่วยและอุปกรณ์ก่อนใส่สายระบายฟีในตับผ่านทางผิวหนัง

1. การพยาบาลผู้ป่วยก่อนการใส่สายระบายผ่านทางผิวหนังในผู้ป่วยโรคฟีในตับ

1.1 แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่า จะต้องมาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลล่วงหน้า 1 วันเพื่อเตรียมความพร้อม โดยอาจจะมีการตรวจเลือด เช่น การนับเม็ดเลือดและการแข็งตัวของเลือด (complete blood count: CBC) เพื่อป้องกันการสูญเสียเลือดและเลือดหยุดยากขณะทำการตัดการ โดยค่าที่ยอมรับได้ ประกอบด้วย

- 1) จำนวนเกล็ดเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 50,000/ไมโครลิตร
- 2) ค่าอัตราส่วนมาตรฐานสากลการแข็งตัวของเลือด (international normalized ratio: INR) มากกว่า 1.5
- 3) ค่าฮีโมโกลบินในเลือดมากกว่า 9.0 g/dL

1.2 ผู้ป่วยควรงดยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant drug) เช่น warfarin อย่างน้อย 1 สัปดาห์

1.3 ผู้ป่วยควรงดน้ำ-งดอาหารอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง เนื่องจากขณะทำการตัดการผู้ป่วยอาจแพ้ยาชาแบบรุนแรงขึ้นมา หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะทำการตัดการ จนต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งทำให้มีความเสี่ยงในการสำลักอาหารลงปอดทำให้เกิดปอดอักเสบ ซึ่งอาจรุนแรงจนทำให้ระบบหายใจล้มเหลวและถึงแก่ชีวิตได้ ถ้าไม่ได้งดน้ำงดอาหาร

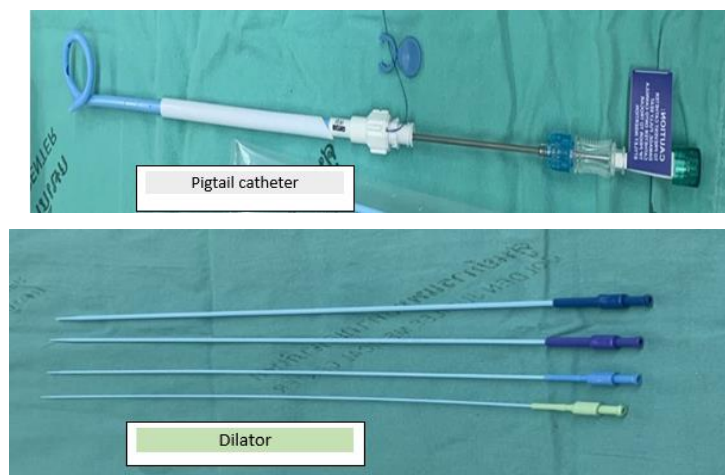
1.4 การตรวจผู้ป่วยต้องลงชื่อในใบยินยอมรับการตรวจรักษา ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถลงชื่อได้เอง ต้องให้ผู้ที่มีอำนาจกระทำแทนผู้ป่วยหรือผู้ปกครองที่มีสิทธิอันชอบธรรมลงชื่อแทน

2. อุปกรณ์

2.1 สายระบาย (รูปที่ 2)

การเลือกขนาดสายระบาย

การผ่าตัดใส่สายระบายหนองที่ตับผ่านทางผิวหนัง มีสิ่งสำคัญที่จำเป็นเพื่อให้เกิดความสำเร็จคือการเลือกสายระบายซึ่งมักจะขึ้นอยู่กับขนาด รูปร่างของฟี และลักษณะความเหนียว ชั้นของน้ำหนอง ผู้ป่วยที่มีฟีขนาดใหญ่ จำเป็นต้องปรับสายระบายให้ใหญ่ขึ้น (Haider et al., 2017) เพื่อการระบายน้ำหนองได้ดี สามารถระบายได้ต่อเนื่องและฝึบได้เร็วกว่า (Singh et al., 2019; Singh et al., 2013) ถ้ารูปร่าง ขนาดของฟีที่มีขนาดเล็ก หนองไม่เหนียวข้น สามารถ ใส่สายสวนขนาดเล็ก 8 ถึง 10 F ได้



รูปที่ 2 ตัวอย่างของเข็มถ่างขยายนำตัวสายระบาย (Dilator) และ ตัวอย่างท่อระบายหนอง (Pigtail) ที่มีแกนเข็มอยู่ด้านในสามารถสอดเข้าไปฟีในตับได้ภายในครั้งเดียว การเลือกใช้ขึ้นอยู่กับขนาด รูปร่างของฟี และลักษณะความเหนียวข้นของน้ำหนอง (แหล่งที่มารูปภาพผู้นิพนธ์ถ่ายภาพเอง)

- 2.2 ถุงสำหรับรองรับน้ำหนองที่ระบายออกมา
- 2.3 เซทปราศจากเชื้อสำหรับทำหัตถการ
- 2.4 ยาชาเฉพาะที่
- 2.5 0.9% NSS Irrigation
- 2.6 น้ำยาฆ่าเชื้อ Chlorhexidine
- 2.7 ถุงมือปราศจากเชื้อ
- 2.8 เครื่องตรวจสัญญาณชีพ และ ออกซิเจน

การพยาบาลผู้ป่วยขณะใส่สายระบายฝีในตับ

การพยาบาลผู้ป่วยขณะใส่สายระบายฝีในตับ มีดังนี้ (Prueksapanich, 2019)

1. จัดผู้ป่วยขึ้นนอนราบบนเตียง หรือนอนในท่าที่เหมาะสม ตามดุลยพินิจของแพทย์พิจารณา
2. แพทย์ใส่สายระบายทำได้ภายใต้อัลตราซาวด์หรือการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เพื่อดูตำแหน่งที่จะใส่สายระบายผ่านทางผิวหนังไปยังฝีในตับ
3. เมื่อได้ตำแหน่ง พยาบาลทำความสะอาดผิวหนังผู้ป่วยบริเวณตำแหน่งที่จะเจาะด้วย น้ำยาฆ่าเชื้อ Chlorhexidine คลุมผ้าสะอาดปราศจากเชื้อและผ้าช่องเจาะกลาง หุ้ม Ultrasound Probe ด้วยถุงพลาสติกปราศจากเชื้อ
4. แพทย์ฉีดยาชาเฉพาะที่ Under Ultrasound Guidance บริเวณที่จะใส่สายระบายผ่านทางผิวหนังไปยังฝีในตับ
5. ขณะทำหัตถการพยาบาลต้องสังเกตอาการและคอยสอบถาม พูดคุยกับผู้ป่วยเป็นระยะเพื่อลดความวิตกกังวล
6. บันทึกสัญญาณชีพทุก 5 นาทีระหว่างทำหัตถการ
7. แพทย์ทำการใส่สายระบายขนาดเล็ก โดยใช้เครื่องอัลตราซาวด์, เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ในการดูตำแหน่งที่เหมาะสม การใส่สายระบายคาไว้สามารถใช้เทคนิค Modified Seldinger โดยใส่ลวดตัวนำผ่านเข็มเจาะหรือเทคนิคการใช้ Trocar แทงเข้าโพรงฝี โดยตรงเพื่อวางท่อระบายชนิด Pigtail Catheter ขนาด 8-10 Fr ต่อ ลงถุงเพื่อระบายหนองออก อย่างไรก็ตาม หากหนองข้นมากควรเลือก ใช้ท่อระบายขนาดใหญ่ขึ้นคือ 10-12 Fr และพิจารณาใช้น้ำเกลือปลอดเชื้อฉีดเข้าไปล้างและดูดออกจะช่วยล้างโพรงหนองและลดความข้นของหนองลงได้ (Prueksapanich, 2019)

8. ภายหลังได้ตำแหน่งที่เหมาะสม แพทย์ทำการดูดเอาหนองออกเพื่อส่งตรวจเพาะเชื้อ หลังจากนั้นต่อสายระบายลงถุงซึ่งอยู่นอกตัวผู้ป่วย และสายระบายจะถูกเย็บติดกับผิวหนังผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุด

9. หลังใส่สายระบายฝีที่ตับเสร็จทำ CT scan ซ้ำเพื่อดูตำแหน่งซ้ำ

10. บันทึกสัญญาณชีพทุก 5 นาทีระหว่างเริ่มทำหัตถการจนสิ้นสุดการทำหัตถการ

การพยาบาลผู้ป่วยหลังได้รับการใส่สายระบายฝีในตับ

ผู้ป่วยหลังได้รับการใส่สายระบายฝีในตับผ่านทางผิวหนังเสร็จ จะส่งกลับตักผู้ป่วยใน พยาบาลควรเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ที่สำคัญ ดังนี้ (Teach, 2014)

1. ภาวะเลือดออกในช่องท้อง ตกเลือด ประเมินโดยบันทึกสัญญาณชีพ โดยวัด ความดันโลหิต ชีพจร อุณหภูมิร่างกายทุก 15 นาที ในชั่วโมงแรก 30 นาที ในสองชั่วโมงถัดมา และ ทุก 1 ชั่วโมง ใน 4 ชั่วโมงถัดมา ถ้าพบผู้ป่วยมีความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเต้นเร็ว ตัวเย็น ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะ Hypovolemic shock จากการเสียเลือด ควรรีบรายงานแพทย์
2. เยื่อช่องท้องอักเสบ ประเมินโดยสังเกตอาการและอาการแสดง ผู้ป่วยมักจะมีไข้ อาการปวด และ กดเจ็บบริเวณหน้าท้อง แผลผ่าตัด บวม แดง ร้อน ท้องอืด ถ้าพบอาการควรรีบรายงานแพทย์ทันที
3. ปวดแผล ประเมินอาการปวดแผลถ้าผู้ป่วยปวดมาก รายงานแพทย์เพื่อสั่งยาแก้ปวดตามความเหมาะสมเพื่อลดอาการปวด
4. การทำแผลบริเวณที่ใส่สายระบาย ควรทำแผลอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง เพื่อลดการติดเชื้อผิวหนัง บริเวณรอบของสายระบาย ขณะทำแผลควรสังเกตสายระบายว่ามีการเลื่อนหลุด หรือหักพับงอหรือไม่

การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยภายหลังใส่สายระบายฝีในตับผ่านทางผิวหนังเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ระยะเวลาของการใส่สายระบายฝีที่ตับผ่านทางผิวหนังอย่างน้อยประมาณ 28 วัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับขนาดของฝีที่ตับ (Haider et al., 2017) แต่ในระยะนี้แพทย์ต้องนัดติดตามการรักษาโดยให้ผู้ป่วยมาอัลตราซาวด์หรือ

เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ดูขนาด และปริมาณของน้ำหนองในฝีลดลงหรือไม่เป็นระยะ ระหว่างนี้ผู้ป่วยอาจต้องกลับบ้านโดยมีสายระบาย ซึ่งการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านดังนี้ (Prueksapanich, 2019)

1. แนะนำใส่ถุงระบายหนอง ในถุงผ้า หรือ กระเป๋าสะพายข้าง ในขณะที่ทำกิจวัตรประจำวัน โดยจัดถุงให้อยู่ระดับต่ำกว่าแผล เพื่อป้องกันการไหลย้อนกลับเข้าสู่ร่างกายอาจทำให้มีการติดเชื้อได้ (รูปที่3)

2. ผู้ป่วยหรือญาติ บันทึกปริมาณ ลักษณะ และ สีของน้ำหนอง ที่ออกในแต่ละวัน โดยแนะนำให้บันทึกเวลาเดิมของแต่ละวัน เพื่อดูว่าปริมาณน้ำหนองที่ออกมาน้อยกว่าปกติ สีน้ำหนองมีเลือดสดปนออกมา ควรสังเกตว่าสายมีการเลื่อนหลุดหรือไม่

3. สามารถทำกิจวัตรประจำวัน หรือออกกำลังกายเบาๆได้ ไม่ควรวิ่ง ยกของหนัก หรือบิดตัวอย่างรวดเร็วเพราะจะทำให้สายเลื่อนหลุดได้

4. รับประทานอาหารตามข้อกำหนดของโรคประจำตัวของผู้ป่วย ร่วมกับลดอาหารประเภทไขมันสูง

5. ผู้ป่วยสามารถเช็ดตัว หรืออาบน้ำได้ เพื่อลดการหมักหมมของเชื้อโรค โดยก่อนอาบน้ำ ควรวางถุงพลาสติกคลุมแผล และใช้พลาสติกกันน้ำปิดรอบแผ่นพลาสติก เพื่อหลีกเลี่ยงไม่ให้แผลโดนน้ำ

6. หากแผลโดนน้ำ ควรทำความสะอาดบริเวณแผลให้แห้ง เพื่อลดการติดเชื้อ ทำให้แผลอักเสบได้



รูปที่3 การนำถุงผ้าใส่ถุงระบายหนอง โดยจัดถุงให้อยู่ระดับต่ำกว่าแผล เพื่อป้องกันการไหลย้อนกลับเข้าสู่ร่างกาย (แหล่งที่มารูปภาพผู้นิพนธ์ถ่ายเอง)

ขั้นตอนการทำแผล

ควรทำแผลอย่างน้อย1ครั้ง หรือเมื่อแผลเปื่อยกน้ำ มีสารคัดหลั่งซึมออกมาชุ่มผ้าก็อซ ซึ่งญาติหรือผู้ป่วยสามารถทำแผลเองได้ โดยมีขั้นตอน ดังนี้ (Prueksapanich, 2019)

1. ล้างมือฟอกสบู่ให้สะอาดและเช็ดมือให้แห้งก่อนทำแผล

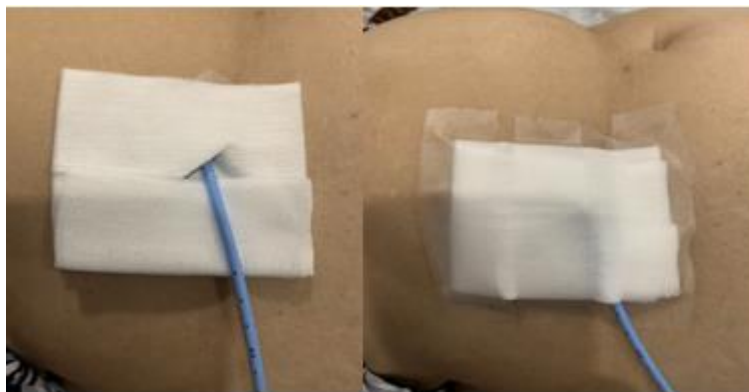
2. เปิดผ้าปิดแผลอย่างระมัดระวังเพื่อป้องกันไม่ให้สายเลื่อนหลุดออกขณะทำแผล

3. ใช้สำลีชุบน้ำยาฆ่าเชื้อ เช่น โพรวิดีน หรือน้ำยาแอลกอฮอล์ เช็ดผิวหนังรอบๆ แผล โดยเริ่มเช็ดจากด้านที่ติดแผลวนออกด้านนอก และเช็ดท่อระบายที่ติดกับผิวหนัง

4. ใช้ผ้าปิดแผลพับครึ่งรองสายเพื่อไม่ให้สายพับแล้วใช้ผ้าปิดแผลปิดแผลด้านบนอีกครั้ง

5. ปิดแผลด้วยพลาสติกหรือแผ่นพลาสติกเทปเหนียว

6. ใช้ผ้าปิดแผลพันรอบข้อต่อของสายกับถุงและพันพลาสติกเหนียวรอบข้อต่อ



รูปที่ 4 การปิดแผล ใช้ผ้าปิดแผลพับครึ่งรองสายเพื่อไม่ให้สายพับ แล้วใช้ผ้าปิดแผลปิดแผลด้านบนอีกครั้ง (แหล่งที่มาภาพ ผู้นิพนธ์ถ่ายภาพเอง)

7. ติดพลาสติกหรือให้ท่อระบายยึดติดกับผิวหนังหน้าท้องเพื่อป้องกันสายระบาย งอ หัก พับ ดึงรั้ง หรือเลื่อนหลุด

8. ในขณะที่ทำแผล ควรตรวจสอบไหมเย็บ และตำแหน่งสายระบายว่ามีการเลื่อนหลุดหรือไม่

การดูแลสายระบายและถุงระบาย

เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ป่วยหรือญาติควรดูแลสายระบายและถุงระบาย ดังนี้ (Prueksapanich, 2019)

1. ห้ามใช้มือรีดสายระบายเนื่องจากอาจทำให้สายชำรุด หรือฉีกขาดได้

2. ระวังอย่าให้สายระบาย งอ พับ หรือ หัก เพื่อป้องกันการอุดตัน หรือการเลื่อนหลุดของสาย

3. ก่อนการอาบน้ำ ออกจากถุง ล้างมือให้สะอาด ใช้น้ำยาฆ่าเชื้อเช่น โพลีดีน หรือ น้ำยาแอลกอฮอล์เช็ดบริเวณปลายถุง แล้วจึงปิดจุก และบันทึกปริมาณหนอง ที่ออกมาแต่ละวัน

อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด ได้แก่ มีไข้สูง หนาวสั่น มีอาการบริเวณรอบแผลปวด บวม แดง ร้อน มีหนองซึมออกมามีการเลอะซึมออกมารอบ ๆ สาย จนเปื้อนผ้าปิดแผล หรือน้ำหนองไม่ไหลเลย

24 ชั่วโมง สีของน้ำหนองมีปนเลือดแดงสด ท่อระบายหลุด หรือเลื่อน ควรรีบมาพบแพทย์

บทสรุป

ปัจจุบันโรคฝีในตับสามารถรักษาได้ด้วยการใส่สายระบายผ่านทางผิวหนัง เป็นวิธีการที่ค่อนข้างปลอดภัยซึ่งขั้นตอนการทำหัตถการได้แก่อัลตราซาวด์หรือการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เพื่อเพิ่มความแม่นยำของตำแหน่ง แต่อย่างไรก็ตามบุคลากรทางการแพทย์ควรมีความเข้าใจถึงข้อบ่งชี้ ขั้นตอนของการใส่สายระบาย การพยาบาลในการเตรียมผู้ป่วยก่อนทำหัตถการขณะทำ และหลังการใส่สายระบายฝีในตับเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุดหรือไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน การเฝ้าระวังเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการใส่สายระบายฝีในตับผ่านทางผิวหนัง รวมถึงการแนะนำการดูแลตนเองของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ถ้าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง ก็จะไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

References

- Anesi, J. A., & Gluckman, S. (2015). Amebic liver abscess. *Clinical Liver Disease*, 6(2), 41–43. <https://doi.org/10.1002/cld.488>
- Abbas, M. T., Khan, F. Y., Muhsin, S. A., Al-Dehwe, B., Abukamar, M., & Elzouki, A. N. (2014). Epidemiology, clinical features and outcome of liver abscess: A single reference center experience in Qatar. *Oman Medical Journal*, 29(4), 260-263. doi:10.5001/omj.2014.69
- Czerwonko, M. E., Huespe, P., Bertone, S., Pellegrini, P., Mazza, O., Pekolj, J., Santibañes, E., ... Santibañes, M. (2016). Pyogenic liver abscess: Current status and predictive factors for recurrence and mortality of first episodes. *The Official Journal of the International Hepato Pancreato Biliary Association*, 18(12), 1023-1030. doi:10.1016/j.hpb.2016.09.001
- Davis, J., Mcdonald, M. (2020). *Pyogenic liver abscess*. Uptodate. Retrieve form <https://www.uptodate.com/contents/pyogenic-liver-abscess>
- Dzib Calan, E., Larracilla Salazar, I., & Morales Pérez, J. I. (2019). A giant liver abscess due to fasciola hepatica infection. *Revista Espanola de Enfermedades Digestivas*, 111(10), 815-816. doi:10.17235/reed.2019.6136/2018
- Fujii, M., Shirakawa, T., Shime, N., & Kawabata, Y. (2020). Successful treatment of extensive spinal epidural abscess with fluoroscopy-guided percutaneous drainage: A case report. *Journal of Anesthesia Clinical Reports*, 6(1), 4. doi:10.1186/s40981-020-0309-z
- Haider, S. J., Tarulli, M., McNulty, N. J., & Hoffer, E. K. (2017). Liver abscesses: Factors that influence outcome of percutaneous drainage. *American Journal of Roentgenology*, 209(1), 205-213. doi:10.2214/ajr.16.17713
- Harclerode, T. P., & Gnugnoli, D. M. (2021). *Percutaneous abscess drainage*. Treasure island, FL: Statpearls.
- Lo, J. Z., Leow, J. J., Ng, P. L., Lee, H. Q., Mohd Noor, N. A., Low, J. K., ... Woon, W. W. L. (2015). Predictors of therapy failure in a series of 741 adult pyogenic liver abscesses. *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences*, 22(2), 156-165. doi:10.1002/jhbp.174
- Mavilia, M. G., Molina, M., & Wu, G. Y. (2016). The evolving nature of hepatic abscess: A review. *Journal of Clinical and Translational Hepatology*, 4(2), 158-168. doi:10.14218/jcth.2016.00004
- Mendez-Pastor, A., & Garcia-Henriquez, N. (2020). Complicated diverticulitis. *Diseases of the Colon & Rectum*, 63(1), 26-28.
- Mischnik, A., Kern, W. V., & Thimme, R. (2017). Pyogenic liver abscess: Changes of organisms and consequences for diagnosis and therapy. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 142(14), 1067-1074. doi:10.1055/s-0043-100540
- National Health Service. (2019). *Percutaneous drainage*. National Health Service. Retrieve form [https://www.nhs.uk/conditions/abscess/treatment/\(wPCD4\(1\)\)](https://www.nhs.uk/conditions/abscess/treatment/(wPCD4(1)))
- Pithawa, A. K. (2007). Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease: Pathophysiology, diagnosis, management. *Medical Journal, Armed Forces India*, 63(2), 205-205. doi:10.1016/S0377-1237(07)80085-2
- Prueksapanich, P. (2019). Ultrasound-guided liver biopsy and drainage. *Thai Journal Hepatology*, 2(1), 18-26.

- Poovorawan, K., Pan-Ngum, W., Soonthornworasiri, N., Kulrat, C., Kittitrakul, C., Wilairatana, P., ... Phaosawasdi, K. (2016). Burden of liver abscess and survival risk score in Thailand: A population-based study. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 95(3), 683-688. doi:10.4269/ajtmh.16-0228
- Pornthep, S. (2016). *Liver abscess*. *Medicnote*. Retrieve form <https://sites.google.com/site/medicnote/infection/liver-abscess>
- Shavrina, N. V., Ermolov, A. S., Yartsev, P. A., Kirsanov, I. I., Khamidova, L. T., Oleynik, M. G., & Tarasov, S. A. (2019). Ultrasound in the diagnosis and treatment of abdominal abscesses. *Journal Khirurgiia Mosk*, 2019(11), 29-36. doi:10.17116/hirurgia201911129
- Singh, P., Tapasvi, C. Kaur, R., Aggarwal, S., Nagpal, N., & Kaur, R. (2019). Prospective randomized comparison of ultrasound guided percutaneous catheter drainage and percutaneous needle aspiration for the treatment of liver abscess. *Journal of Medical Sciences*, 39(2), 67-73. doi: 10.4103/jmedsci.jmedsci_74_18
- Singh, S., Chaudhary, P., Saxena, N., Khandelwal, S., Poddar, D. D., & Biswal, U. C. (2013). Treatment of liver abscess: Prospective randomized comparison of catheter drainage and needle aspiration. *Annals of Gastroenterology*, 26(4), 332-339.
- Stacy Sampson, D. O. (2018). *Pyogenic liver abscess, health line*. Retrieve form <https://www.healthline.com/health/pyogenic-liver-abscess>
- Stan-Ilie, M., Plotogea, O. M., Rinja, E., Sandru, V., Butuc, A., Gheorghe, G., ... Constantinescu, G. (2021). Ultrasound-guided percutaneous drainage of abdominal collections an analysis over 5 years. *Gastroenterol Insights*, 12, 366–375. doi: org/10.3390/ gastroent12030035
- Suthichaimongkol, T. (2021) *Liver abscess caused by a bacterial infection*. Thai Association for the Study of the Liver. Retrieve form <https://thasl.org/liver-abscess/>
- Teach, R., (2014). *Percutaneous drainage of liver abscess, medical imaging guided minimal invasive procedures*. Retrieve form <http://drrattawachteach.blogspot.com/2014/08/percutaneous-drainage-of-liver-abscess.html>

