

บทความวิชาการ

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคนิ่วในท่อน้ำดีภายหลังการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน: กรณีศึกษา

สุพัตรา ใจรงกา¹ลัดดาวัลย์ ศรีแสนตอ²ศิริพร ปันวิหค³

บทคัดย่อ

โรคนิ่วในท่อน้ำดี เป็นโรคที่พบบ่อยในสังคมเมือง การวินิจฉัยและการรักษาโรคนิ่วในท่อน้ำดีมีหลายวิธี ปัจจุบันการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (Endoscopic retrograde cholangiopancreatography: ERCP) มีแนวโน้มมากขึ้น ภายหลังการทำหัตถการผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะตับอ่อนอักเสบ ลำไส้ทะลุ การติดเชื้อ เป็นต้น พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ความสามารถในการประเมินภาวะแทรกซ้อนในช่วงแรกที่จะเกิดขึ้น ก่อนที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง บทความวิชาการฉบับนี้ คณะผู้เขียนได้ศึกษาเกี่ยวกับโรคนิ่วในท่อน้ำดี อาการและอาการแสดง การวินิจฉัย การรักษาด้วยการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน รวมถึงการพยาบาลภายหลังการทำหัตถการ โดยใช้กรณีศึกษา วัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน สามารถดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับมาที่หอผู้ป่วยภายหลังจากการทำหัตถการได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีเป้าหมายคือ ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย

คำสำคัญ: โรคนิ่วในระบบทางเดินน้ำดี/ การส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน/ บทบาทพยาบาล

¹ อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการบริหารการพยาบาลและพื้นฐานวิชาชีพ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 11B ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ

³ อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการบริหารการพยาบาลและพื้นฐานวิชาชีพ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ Corresponding author, E-mail: siraporn@nmu.ac.th

Review article

Nurse's role in caring for patients with common bile duct stones disease post Endoscopic retrograde cholangiopancreatography: case study

*Suphattra Chairangka*¹*Laddawan Srisantaw*²*Siraporn Pinwihok*³

Abstract

Common bile duct stones, typically encountered in urban societies, present a significant healthcare challenge. The diagnostic and therapeutic approaches to common bile duct stones are varied. Among the contemporary modalities, Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP) has seen increasing use. Post-ERCP, patients are at risk of developing complications such as pancreatitis, bowel perforation, and infections. Nurses must have knowledge and skills to assess and manage early post-ERCP complications, thus preventing severe adverse outcomes. In this academic article, the authors use the case study to investigate the manifestations, diagnosis, and endoscopic treatment of bile duct stones and pancreas, as well as focus on effective nursing interventions in the post-procedure. The objective is to provide guidelines for monitoring complications, enabling effective care for patients upon their return to the ward after undergoing procedures. The goal is to ensure patient safety.

Keywords: common bile duct stone/ endoscopic retrograde cholangiopancreatography/ nurse's role

¹ Instructor, Department of Nursing Administration and Professional, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Bangkok

² Register Nurse, Professional Level, Head of Phetcharat 11B unit, Department of Nursing Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok

³ Instructor, Department of Nursing Administration and Professional, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Bangkok. Corresponding author: E-mail: siraporn@nmu.ac.th

บทนำ

ประชากรในสังคมเมืองมีแนวโน้มเป็นโรคนี้ ในท่อน้ำดีเพิ่มมากขึ้น จากการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป ในเรื่องอาหารที่ไม่สามารถปรุงอาหารเองได้ มีแนวโน้มการรับประทานอาหารนอกบ้าน ที่มีส่วนประกอบของอาหารที่มีไขมันมากขึ้น อีกทั้งการออกกำลังกายที่ลดลง มีผลต่อความไม่สมดุลของร่างกาย ก่อให้เกิดโรคนี้ในระบบทางเดินน้ำดีมากขึ้น อุบัติการณ์ของการเกิดนี้ในระบบทางเดินน้ำดีพบได้ประมาณ ร้อยละ 5-10 ของประชากรในประเทศ พบในเพศหญิงได้มากกว่าเพศชายประมาณ 2-3 เท่า ส่วนใหญ่พบในอายุมากกว่า 40 ปี และในคนอายุเกิน 70 ปี พบได้ประมาณร้อยละ 15-30 อุบัติการณ์การเกิดนี้ในท่อน้ำดี ในประเทศไทยพบได้ร้อยละ 61^{1,2} นอกจากนั้นยังพบในผู้ที่มีภาวะอ้วน รวมถึงผู้ที่ไม่ออกกำลังกาย^{2,3}

โรคนี้ในท่อน้ำดี (common bile duct stones) เป็นโรคนี้ที่พบในท่อน้ำดี มักอยู่ส่วนปลายของท่อน้ำดีก่อนเข้าสู่ลำไส้เล็ก นี้มีลักษณะเป็นก้อนคล้ายหินหรือตะกอนดินที่เกิดจากความไม่สมดุลของน้ำดี (bile) เช่น มีไขมัน (cholesterol) หรือมีสารเม็ดสี (pigment) ปริมาณที่มากจนเกินไปหรืออาจเกิดจากการลดลงของเกลือน้ำดี (bile salt) ทำให้ไขมัน (cholesterol) อยู่ในรูปแบบที่ละลายน้ำจนเกิดการตกตะกอนเป็นก้อนนี้ได้ สาเหตุของการเกิดนี้ในท่อน้ำดีคือความผิดปกติของการตกตะกอนของน้ำดี การบีบตัวของถุงน้ำดีที่ไม่ดี หรือมีการอุดตันของทางเดินน้ำดี และการติดเชื้อในทางเดินน้ำดี

การวินิจฉัยโรคนี้ในท่อน้ำดี อาจใช้วิธีการส่องกล้องอัลตราซาวด์ผ่านระบบทางเดินอาหาร (Endoscopic Ultrasound: EUS) โดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูงสามารถมองเห็นรอยโรค นอกจากนี้ยังมีหัตถการ ERCP ซึ่งเป็นทั้งการวินิจฉัยและรักษา⁴ โดยการส่องกล้องเข้าทางปาก ผ่านหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็กส่วนต้นจนถึงท่อเปิดของน้ำดีในลำไส้เล็กมีการฉีดสารทึบรังสี ถ่ายภาพเอกซเรย์ไว้ เพื่อตรวจหาความผิดปกติของท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน การรักษาโรคนี้

ในท่อน้ำดี สามารถทำได้โดยการผ่าตัดทั้งแบบเปิดและแบบส่องกล้อง การผ่าตัดชนิดเปิดหน้าท้องทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนาน มีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น ปัจจุบัน ERCP เป็นอีกวิธีหนึ่งที่มีแนวโน้มการทำหัตถการเพิ่มมากขึ้น^{3,4} แต่อย่างไรก็ตามภายหลัง ERCP ผู้ป่วยอาจมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนอาจเกิดเพียงเล็กน้อยหรืออาจมีอันตรายถึงชีวิตซึ่งอัตราการเกิดความเสี่ยงที่รุนแรงพบได้น้อย^{4,5}

จากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคนี้ในท่อน้ำดี ที่ได้รับการทำหัตถการ ERCP ในหอผู้ป่วยศัลยกรรม พบว่า ภายหลังการทำหัตถการเมื่อผู้ป่วยกลับมายังหอผู้ป่วย พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญต้องมีความรู้ ความสามารถในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าเพื่อตรวจจับเหตุการณ์ความผิดปกติของผู้ป่วยที่อาจจะเกิดได้ ก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อน (early detection) ทั้งนี้จะช่วยลดความเสี่ยงของโรคเพิ่มโอกาสในการรักษาผู้ป่วยได้ คณะผู้เขียนมีวัตถุประสงค์นำเสนอเพื่อเป็นแนวทางในบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยใช้กรณีศึกษาเป็นการพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยภายหลังการทำ ERCP จุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย (patient safety goals)

อาการและการแสดง

พบทั้งผู้ป่วยที่แสดงอาการและไม่แสดงอาการ ในกลุ่มที่มีอาการมักจะท้องอืด แน่นท้องจากอาหารไม่ย่อย คลื่นไส้อาเจียน ปวดท้องใต้ลิ้นปี่ ปวดท้องใต้ชายโครง ปวดเล็กน้อยจนกระทั่งปวดมาก ตัวบวม ปวดหลังจากการรับประทานอาหาร 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง โดยสัมพันธ์กับการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง มักมีอาการเล็กน้อยจนถึงอาการตัวเหลืองตาเหลือง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีนิ่วไปอุดตันท่อน้ำดีชนิดที่มีการอุดตันแน่น ผู้ป่วยจะมีอาการแสดงให้เห็นชัดเจนได้แก่ ปวดท้อง ตัวเหลือง ตาเหลือง ปัสสาวะสีเข้ม อุจจาระสีซีด ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของการอุดตัน การตรวจทางห้องปฏิบัติการจะมีระดับของ serum

bilirubin สูงระดับ serum alkaline phosphatase, transaminase สูงอย่างรวดเร็ว อาจพบค่า prothrombin time สูง เนื่องจากการดูดซึม vitamin K ลดลง ส่วนภาวะแทรกซ้อนของโรคนี้ในท่อน้ำดีที่พบบ่อย ได้แก่ การเกิดถุงน้ำดีอักเสบ ท่อทางเดินน้ำดีอุดตัน ตับอ่อนอักเสบจากนิ่วที่ไปอุดตันทางเดินน้ำดี^{5,6}

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยโรคนี้ในท่อน้ำดี ส่วนใหญ่ได้จากการซักประวัติ เช่น ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาหารไม่ย่อย เป็นต้น การตรวจร่างกายมักจะพบอาการตาเหลือง ตัวเหลือง ปวดท้องบริเวณกลางท้องเหนือสะดือ หรือปวดท้องร้าวไปหลัง ค้นตามตัว ปัสสาวะสีเข้ม อุจจาระสีซีด ซึ่งมีสาเหตุมาจากการอุดตันของท่อน้ำดี ทำให้น้ำดีเข้าสู่กระแสโลหิต การตรวจพิเศษที่ใช้คือ การอัลตราซาวด์ท้องส่วนบน (ultrasound upper abdomen) การตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ (computerized tomography: CT) สามารถใช้วินิจฉัยแยกโรคอื่น ๆ เช่น เนื้องอกในระบบทางเดินน้ำดี เนื้องอกลำไส้เล็กส่วนต้น หรือตับอ่อนได้ การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (magnetic resonance cholangiopancreatography: MRCP) มีความสามารถใช้ตรวจจำเพาะได้สูงกว่าสามารถช่วยการวินิจฉัยนิ่วในท่อน้ำดีได้อย่างดี แต่ยังมีราคาสูง ใช้ในโรงพยาบาลที่มีความพร้อมในด้านการรักษา ปัจจุบัน ERCP เป็นหัตถการสำคัญที่ถูกนำมาใช้เพื่อการวินิจฉัย ความผิดปกติของท่อน้ำดี⁷

การรักษา

ปัจจุบันวิธีการรักษาที่ดีอีกวิธีการหนึ่งคือ การรักษาโดยหัตถการ ERCP แต่ในกรณีที่นิ่วมีขนาดใหญ่ ไม่สามารถเอาออกมาได้สามารถรักษาได้ด้วยวิธีการสลายนิ่ว โดยทำให้นิ่วแตกเป็นชิ้นเล็ก ๆ และนำออกมา ซึ่งเป็นวิธีที่ปลอดภัย ไม่ต้องทำการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยลดความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดได้ ไม่มีแผลที่หน้าท้อง ทำให้ไม่ต้องดูแลแผลผ่าตัด

ทั้งยังลดอาการเจ็บปวดภายหลังผ่าตัด ลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล หลังการทำการหัตถการ⁶

การส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (Endoscopic retrograde cholangiopancreatography: ERCP)

ERCP เป็นหัตถการที่ใช้เป็นทั้งการวินิจฉัยและการรักษา โดยใช้กล้องส่องพร้อมกับการเอกซเรย์ ทำการตรวจวินิจฉัยดูกายวิภาคของท่อน้ำดีและตับอ่อน⁸ เพื่อวินิจฉัยรักษาโรคนี้ในท่อน้ำดีและตับอ่อน ทั้งนี้ยังมีการผ่าตัดรักษาโดยผ่านทางกล้อง เช่น การตัดเปิดปากท่อน้ำดี การคล้องนิ่วออกจากท่อน้ำดีและตับอ่อน การสลายนิ่ว การขบนิ่ว การใส่ท่อระบายน้ำดีหรือตับอ่อน³ เป็นการรักษาที่ยอมรับ สามารถเสี่ยง การผ่าตัดเปิดท่อน้ำดีได้ แพทย์จะให้ยาชาเฉพาะที่บริเวณลำคออาจเป็นการอมกลั้วคอหรือเป็นยาชนิดพ่น ยาลดความกังวลทำให้ผู้ป่วยหลับ ยาบาลจะจัดทำผู้ป่วยนอนตะแคงด้านซ้ายหรือท่านอนคว่ำ⁹ มักมีการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำที่แขนขวาเพื่อสะดวกในการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยขณะทำการหัตถการ โดยชนิดของสารน้ำที่ให้ขึ้นกับสภาพของผู้ป่วย เมื่อจัดทำแล้วแพทย์อาจพิจารณาให้ยาให้ผู้ป่วยสงบในกรณีมีอาการวิตกกังวล ตื่นกลัว เช่นยา diazepam 5-10 มิลลิกรัมหรือให้ยาแก้ปวดในรายที่มีความปวด มักให้เป็นยา pethidine ผู้ป่วยที่แพทย์พิจารณาแล้วว่าต้องใช้เวลาในการทำหัตถการนาน อาจพิจารณาการดมยา ERCP จะใช้กล้องสอดเข้าทางปาก ผ่านหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็กส่วนต้นถึงรูเปิดท่อน้ำดีในลำไส้เล็ก มีการฉีดสารทึบรังสี และเอกซเรย์เพื่อประกอบการวินิจฉัย เมื่อตรวจพบความผิดปกติของท่อน้ำดีและตับอ่อน เช่น พบนิ่วในท่อน้ำดีหรือในถุงน้ำดี อาจมีการตัดถุงน้ำดีหรือขบนิ่วออกโดยไม่ต้องได้รับการผ่าตัดเปิดทางหน้าท้องหรือเมื่อพบความผิดปกติในท่อน้ำดีอาจจะมีการใส่สายที่เป็นวัสดุทางการแพทย์ถ่างขยายไว้ ERCP อาจกระทำเพื่อการวินิจฉัยในผู้ป่วยที่มีภาวะดีซ่าน ตัวเหลือง ตาเหลือง เนื้องอกท่อน้ำดี เนื้องอกตับอ่อน หรือ

เพื่อการวินิจฉัยก่อนการรักษาด้วยการผ่าตัด นอกจาก ERCP มีประโยชน์ทำให้ไม่ต้องผ่าตัดใหญ่ ในโรคบางชนิดแล้ว ยังลดอาการเจ็บปวดจากการต้องผ่าตัด ลดระยะเวลาที่ต้องนอนในโรงพยาบาล ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้เร็ว หลังส่องกล้องในกรณีไม่พบอุบัติเหตุไม่พึงประสงค์หลังการทำหัตถการ อาจนอนพักที่โรงพยาบาลอย่างน้อย 24 ชั่วโมง นอกจากนั้นยังไม่มีรอยแผลหลังการทำหัตถการ ERCP อาจมีข้อจำกัดในผู้ป่วยบางกลุ่ม เช่น intrahepatic duct stone, multiple duct stone, large impacted stone, bile duct stricture เป็นต้น การใช้เวลาตรวจเป็นเวลานานจะทำให้มีลมค้างในลำไส้เกิดอาการท้องอืด ปวดท้อง ภายหลังการทำหัตถการ การเตรียมตัวตรวจ ควรหยุดยา aspirin หรือยา nonsteroidal-inflammatory drug (NSAIDs) 5-7 วันก่อนทำผ่าตัด หรือตามแผนการรักษาของแพทย์ งดน้ำงดอาหาร ทางปากอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงก่อนทำการตรวจ⁸

ข้อห้ามของการทำหัตถการคือ ผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถนอนราบได้ เช่น มีโรคประจำตัวเป็นโรคหัวใจ มีภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข หรือในผู้ป่วยที่มีระบบการไหลเวียนที่ผิดปกติ⁸

ผู้ป่วยหลังทำ ERCP มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการทำหัตถการได้ โดยอาจเกิดจาก 3 องค์ประกอบสำคัญคือ ประสิทธิภาพของแพทย์ สภาพของผู้ป่วยและจากหัตถการ⁶ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญภายหลังการทำหัตถการมีดังนี้

1. ภาวะตับอ่อนอักเสบหลังการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (Post ERCP Pancreatitis: PEP) เป็นเหตุการณ์ที่พบบ่อยที่สุดหลังการทำหัตถการชนิดนี้ พบร้อยละ 10-20 พบอัตราตาย 1 ใน 1,000⁵ เนื่องจากกลายเป็นตับอ่อนอักเสบชนิดรุนแรง มีการศึกษาในศัลยแพทย์บางรายอาจใช้ยา nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) เน้นทางทวารก่อนการทำหัตถการเพื่อลดภาวะตับอ่อนอักเสบจากการส่องกล้อง เมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะนี้จำเป็นต้องได้รับยาแก้ปวดและสารน้ำทางหลอดเลือดดำ

อาการแสดงที่บ่งบอก ผู้ป่วยจะมีอาการปวดท้องบริเวณลิ้นปี่ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบค่า serum amylase สูงกว่าปกติ 3 เท่า อาจตรวจพบการกดเจ็บร่วมด้วยและมักจะมีไข้ในภายหลัง ซึ่งการปวดต้องแยกระหว่างอาการไม่สุขสบายจากการใช้แก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ขณะการส่องกล้อง ปัจจัยชักนำที่ทำให้เกิด PEP มีหลายปัจจัย เช่น ในผู้ป่วยบางรายมีความยากในการใส่สายจำเป็นต้องมีการสอดใส่หลาย ๆ ครั้ง การใช้ปริมาณของสารทึบแสงที่มากเกินไปหรือมีการฉีดเร็ว ใช้ความแรงในการฉีด และอีกปัจจัยหนึ่งคือเชื้อ bacteria ซึ่งเป็นสาเหตุการเกิดตับอ่อนอักเสบหลังการส่องกล้องในผู้ป่วยที่มีการอุดตันของท่อตับอ่อน กลุ่มนี้ต้องใช้ยาปฏิชีวนะป้องกันไว้ก่อนจึงจะสามารถลดภาวะนี้ได้ มีบางรายงานการใช้ยา somatostatin จะลดโอกาสการเกิดภาวะตับอ่อนอักเสบหลังการทำหัตถการนี้ได้¹⁰ จากรายงานการศึกษา พบว่า ภาวะตับอ่อนอักเสบภายหลังการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อนต้องมีการเฝ้าระวังอย่างน้อย 7 วัน หลังจากการทำหัตถการ ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังการทำหัตถการ¹¹

2. ลำไส้ทะลุ (perforation) พบน้อยกว่าร้อยละ 0.08-0.6¹² เป็นผลจากการความเชี่ยวชาญการใช้เทคนิคส่องกล้องของแพทย์ การวินิจฉัยขณะทำการตรวจอาจพบว่ามีสารทึบแสงออกนอกลำไส้เล็ก และทางเดินน้ำดี การใช้เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) อาจใช้ช่วยแยกระหว่างลำไส้ทะลุกับภาวะตับอ่อนอักเสบได้ การทะลุบางกรณีอาจต้องนำไปสู่การผ่าตัดครั้งใหม่หรือบางครั้งอาจเป็นแค่การรักษาแบบประคับประคอง

3. การติดเชื้อ (infection) พบร้อยละ 1.5¹³ หลังการทำหัตถการจำเป็นต้องติดตามภาวะไข้ สาเหตุอาจพบในกลุ่มผู้ป่วยที่มีทางเดินน้ำดีอุดตันหรือการระบายน้ำดีไม่ดี จะมีโอกาสติดเชื้อสูงทั้งจากเชื้อในน้ำดีเองหรือจากการทำหัตถการ การวินิจฉัยอาการมักมีไข้หลังการทำหัตถการภายใน 48 ชั่วโมง ปวดท้อง กดเจ็บใต้ชายโครงขวาหรือใต้ลิ้นปี่ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมี

เม็ดเลือดขาวสูงกว่าปกติ การติดเชื้อ พบว่ามีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อแบคทีเรีย อุ้งน้ำดีมีการอักเสบหรือการติดเชื้อในกระแสเลือดจากตับอ่อนอักเสบ การติดเชื้ออาจนำไปสู่ท่อน้ำดีอักเสบ (cholangitis)^{14,15} การให้ยาปฏิชีวนะครอบคลุมเชื้อ gram negative bacilli, gram positive cocci และ anaerobic bacteria อย่างเพียงพอ และการระบายทางเดินน้ำดี จะทำให้การติดเชื้อลดลงได้

4. ภาวะเลือดออก (bleeding) พบร้อยละ 1-2^{13,16} ถึงแม้จะพบน้อยแต่เป็นภาวะที่พยาบาลควรให้ความสำคัญหลังการทำหัตถการส่องกล้องปัจจัยที่ทำให้เกิดคือ ภาวะเลือดแข็งตัวผิดปกติของผู้ป่วย โดย พบว่า ผู้ป่วยที่มีการอุดตันของทางเดินน้ำดีมานานมักจะมีค่า prothrombin time ที่ยาวนานมากกว่าปกติ ผู้ป่วยที่มีเกร็ดเลือดต่ำ¹⁷ ปัจจัยอีกหนึ่งอย่างคือ การชำนาญในการใช้เทคนิคในการทำหัตถการ ภาวะเลือดออกหลังการทำหัตถการพยาบาลต้องสังเกตและประเมินได้จากอาการถ่ายเป็นสีดำ หรืออาเจียนเป็นเลือดสดหรือมีค่าฮีโมโกลบินลดลงจากเดิมมากกว่า 2 g/dL¹⁶ พยาบาลจำเป็นต้องดูแลเกี่ยวกับค่าความแข็งตัวของเลือด ความเข้มข้นของเลือด ก่อนผู้ป่วยเข้าทำหัตถการ บางรายที่มีภาวะเลือดออกขั้นรุนแรงอาจจำเป็นต้องได้รับเลือดและย้ายเข้า ICU ในห้องผู้ป่วยหนัก

5. เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiopulmonary events) มีความสัมพันธ์กับการให้ยาระงับความวิตกกังวลและภาวะอ้วน หรือผู้ป่วยมีภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับ อาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดระบบหัวใจและหลอดเลือดล้มเหลว หรือในผู้ป่วยที่มีปัจจัยพื้นฐานมีภาวะหัวใจขาดเลือดบางส่วนอยู่ก่อนหน้านั้น และมีปัจจัยชักนำคือการเกิดการขาดออกซิเจนในเลือด ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น เกิดหัวใจขาดเลือด พยาบาลต้องสังเกตการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจเมื่อคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีความเปลี่ยนแปลงจากเดิม พยาบาลต้องให้ออกซิเจน และรีบด่วนในการรายงานแพทย์ อัตราตายหลังการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน มีการเกิด

น้อยครั้งมาก^{12,18} มีรายงานเกี่ยวกับการเกิดลมในช่องเยื่อหุ้มปอดหลังการทำหัตถการแต่การเกิดน้อยครั้งมาก¹³ พยาบาลจึงจำเป็นต้องให้ความสนใจเฝ้าระวังระบบการหายใจและไหลเลือดตลอดถึงการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังผู้ป่วยกลับจากการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อนหลัง 24-72 ชั่วโมงเป็นอย่างน้อย

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการเฝ้าระวัง ดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับมาที่หอผู้ป่วยภายหลังจากการทำหัตถการโดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 86 ปี นอนโรงพยาบาล 20 กุมภาพันธ์ 2567

วินิจฉัยโรค

common bile duct stones

อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล

แพทย์นัดมาส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 วันก่อนมาโรงพยาบาลปวดท้องตรงกลางเยื้องด้านขวาบน แพทย์อัลตราซาวด์ที่หน้าท้องพบนิ่วในท่อน้ำดี จึงนัดมาส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน

ประวัติการเจ็บป่วยอดีต

ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ได้รับการรักษาด้วยยา simvastatin (10 mg) 1x1 po hs และ amlodipine (5 mg) 1x2 po pc

หัตถการที่ได้รับ

22 กุมภาพันธ์ 2567 เวลา 09.00 น. endoscopic retrograde cholangiopancreatography remove common bile duct stones with dilatation at ampullar with biliary under GA ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

20 กุมภาพันธ์ 2567 แรกรับ

- hematology: Hb 11.5 g/dL (ค่าปกติ 13-16 g/dL), Hct 35.3% (ค่าปกติ 39-50%), Plt. count 309×10^3 cells/cumm (ค่าปกติ $150-400 \times 10^3$ cells/cumm), WBC Count 7.59×10^3

cells/cumm (ค่าปกติ $5-10 \times 10^3$ cells/cumm), neutrophil 60.8% (ค่าปกติ 38-75%), lymphocyte 20.1% (ค่าปกติ 20-45%)

- PT 11.9 sec (ค่าปกติ 10.5-13.5 sec), aPTT 24.9 sec (ค่าปกติ 22-30 sec) INR 0.94

- chemistry: Na 135 mmol/L (ค่าปกติ 136-145 mmol/L), K 4.15 mmol/L (ค่าปกติ 3.5-5.1 mmol/L), Cl 104 mmol/L (ค่าปกติ 98-107 mmol/L), HCO_3^- 21 mmol/L (ค่าปกติ 21-32 mmol/L), BUN 14 mg/dL (ค่าปกติ 7-18 mg/dL), Cr 1.17 mg/dL (ค่าปกติ 0.67-1.17 mg/dL)

22 กุมภาพันธ์ 2567 13.00 น.

หลังทำหัตถการ ERCP

- hematology: Hb 11.2 g/dL (ค่าปกติ 13-16 g/dL), Hct 34.8% (ค่าปกติ 39-50%), Plt. count 300×10^3 cells/cumm (ค่าปกติ $150-400 \times 10^3$ cells/cumm), WBC count 15.90×10^3 cells/cumm (ค่าปกติ $5-10 \times 10^3$ cells/cumm), neutrophil 76.8% (ค่าปกติ 38-75%), lymphocyte 19% (ค่าปกติ 20-45%)

- lipase 629 (ค่าปกติ 13-60 U/L) amylase 209 (ค่าปกติ 28-100 U/L)

- LFT: AST 38 (ค่าปกติ 9-32 U/L) ALT 15 (ค่าปกติ 7-55 U/L) ALP 74 (ค่าปกติ 30-120 U/L) total bilirubin 0.42 (ค่าปกติ 0.1-1.0 mg/dL) direct bilirubin 0.26 (ค่าปกติ 0.2-0.6 mg/dL) albumin 3.4 (ค่าปกติ 3.5-5.2 mg/dL) GGT 34 (ค่าปกติ 5-36 U/L)

ผลตรวจทางรังสี

CXR: normal, no active lung opacity

EKG 12 lead: normal sinus rhythm regular rate 86 bpm

ผลตรวจร่างกายระบบสำคัญ

vital signs: T 36.8 °C, PR 86 bpm, RR 20 bpm, BP 130/69 mmHg, O₂ saturation 98% weight 58 kg, height 160 cm. BMI 22.65 kg/m²

GA: A Thai female, good consciousness, no dyspnea, no orthopnea abdomen: mild tenderness at RUQ, no guarding

Pre operation

- NPO AMN

- on acetar 1000 ml. IV 80 ml./hr หลัง NPO

- EKG ก่อนไป ERCP

- เตรียมยาสำหรับไปห้องส่องกล้อง ceftriaxone 2 gm. IV, metronidazole 500 mg. IV, buscopan 1 amp, Air-x syrup 1 ขวด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1

เกิดภาวะตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันหลังการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน

ข้อมูลสนับสนุน

- WBC count 15.90×10^3 cells/cumm (ค่าปกติ $5-10 \times 10^3$ cells/cumm)

- lipase 629 (ค่าปกติ 13-60 U/L) amylase 209 (ค่าปกติ 28-100 U/L)

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะตับอ่อนอักเสบที่อาจเกิดภายหลังการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน

เกณฑ์การประเมินผล

- สัญญาณชีพปกติ T 36.5-37.4°C, PR 60-100 bpm, RR 16-20 bpm, BP 90/60 – 130/90 mmHg ค่าออกซิเจนในร่างกาย $\geq 95\%$

- NEWs (national early warning score) ระดับคะแนนรวมไม่ลดลงไปจากเดิม ≥ 3

- อาการปวดท้องลดลง pain score ≤ 3

กิจกรรมการพยาบาล

1. เมื่อผู้ป่วยกลับมาถึงหอผู้ป่วย ประเมินระดับความรู้สึกตัว วัดสัญญาณชีพ post op care ประเมิน NEWs พร้อมทั้งให้การพยาบาลตามระดับคะแนน ดังนี้

- NEWs เท่ากับ 0-4 (low score) วัดสัญญาณชีพ ทุก 4-6 ชั่วโมง

- NEWs เท่ากับ 5-6 (medium score) รายงานแพทย์ทราบภายใน 20 นาที วัดสัญญาณชีพ

ทุก 1 ชั่วโมง ประเมินเพิ่มเติมตามปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยขณะนั้น และตามแผนการรักษา เช่น EKG 12 lead, urine output, capillary fasting blood glucose, pain score เป็นต้น

- NEWS ≥ 7 (high score) ผู้ป่วยมีภาวะวิกฤต รายงานแพทย์ทราบทันที วัดสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที ติดตาม และบันทึกการเฝ้าระวังอาการเพิ่มเติม EKG 12 lead, urine output, capillary fasting blood glucose, pain score เตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือในการช่วยฟื้นคืนชีพ

2. ประเมินอาการแสดงของภาวะตัวอ่อน อักเสบเฉียบพลัน เช่น ปวดท้องอย่างรุนแรง ปวดร้าวลงไปบริเวณกลางหลัง คลื่นไส้ อาเจียน ไข้สูง หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว เป็นต้น หากพบความผิดปกติรายงานแพทย์ทันที

3. สังเกตอาการทางหน้าท้อง (abdominal sign)

4. ติดตามประเมินอาการปวดท้อง โดยใช้แบบประเมินความปวด numeric score

5. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษา ได้แก่ amylase, lipase, LFT, bilirubin หลังทำการหัตถการ 3 ชั่วโมง¹² รายงานแพทย์เมื่อพบผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ

6. จัดน้ำงดอาหารทางปากตามการรักษาของแพทย์

7. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา on acetar 1,000 ml IV 80 ml/hr

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2

เกิดภาวะติดเชื้อของระบบทางเดินน้ำดีและตัวอ่อน เนื่องจากมีการทำลายเนื้อเยื่อขณะที่ได้รับการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตัวอ่อน

ข้อมูลสนับสนุน

- มีไข้ T 37.9°C

- WBC count 15.90×10^3 cells/cumm (ค่าปกติ $5-10 \times 10^3$ cells/cumm)

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะติดเชื้อของระบบทางเดินน้ำดีและตัวอ่อนที่รุนแรงขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล

- สัญญาณชีพปกติ T 36.5-37.4°C, PR 60-100 bpm, RR 16-20 bpm, BP 90/60 – 130/90 mmHg ค่าออกซิเจนในร่างกาย $\geq 95\%$

- ผล WBC 5,000-10,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการแสดงของภาวะติดเชื้อของระบบทางเดินน้ำดีและตัวอ่อน เช่น ไข้สูง หนาวสั่น ตาเหลือง ตัวเหลือง เป็นต้น

2. วัดสัญญาณชีพ ประเมิน NEWS พร้อมทั้งให้การพยาบาลตามระดับคะแนน ดังนี้

- NEWS เท่ากับ 0-4 (low score) วัดสัญญาณชีพ ทุก 4-6 ชั่วโมง

- NEWS เท่ากับ 5-6 (medium score) รายงานแพทย์ทราบภายใน 20 นาที วัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง ประเมินเพิ่มเติมตามปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยขณะนั้น และตามแผนการรักษา เช่น EKG 12 lead, urine output, capillary fasting blood glucose, pain score เป็นต้น

- NEWS ≥ 7 (high score) ผู้ป่วยมีภาวะวิกฤต รายงานแพทย์ทราบทันที วัดสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที ติดตาม และบันทึกการเฝ้าระวังอาการเพิ่มเติม EKG 12 lead, urine output, capillary fasting blood glucose, pain score เตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือในการช่วยฟื้นคืนชีพ

3. สังเกตอาการทางหน้าท้อง (abdominal sign) เพื่อประเมินอาการแสดงของการติดเชื้อของระบบทางเดินน้ำดีและตัวอ่อน

4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา meropenem 2 gm IV stat then 1 gm IV q 8 hr. ตามแผนการรักษา

5. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC หรือผลเพาะเชื้อตามแผนการรักษา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3

อาจเกิดภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารหลังการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน

ข้อมูลสนับสนุน

- หลังได้รับการส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) มีอาการอ่อนเพลียและปลายมือปลายเท้าซีดเย็น

- post-endoscopic sphincterotomy

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารที่อาจเกิดภายหลังการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน

เกณฑ์การประเมินผล

- ไม่มีอาเจียนเป็นเลือด ไม่มีถ่ายอุจจาระสีดํา

- สัญญาณชีพปกติ T 36.5-37.4°C , PR 60-100 bpm, RR 16-20 bpm, BP 90/60 – 130/90 mmHg ค่าออกซิเจนในร่างกาย $\geq 95\%$

- ไม่มีอาการอ่อนเพลีย ปลายมือปลายเท้าซีด เย็น

- ผล Hct ลดลง ไม่เกิน 3 %

กิจกรรมการพยาบาล

1. วัดสัญญาณชีพ ประเมิน NEWS พร้อมทั้งให้การพยาบาลตามระดับคะแนน ดังนี้

- NEWS เท่ากับ 0-4 (low score) วัดสัญญาณชีพ ทุก 4-6 ชั่วโมง

- NEWS เท่ากับ 5-6 (medium score) รายงานแพทย์ทราบภายใน 20 นาที วัดสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง ประเมินเพิ่มเติมตามแผนการรักษา และปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยขณะนั้น เช่น EKG 12 lead, urine output, capillary fasting blood glucose, pain score เป็นต้น

- NEWS ≥ 7 (high score) ผู้ป่วยมีภาวะวิกฤต รายงานแพทย์ทราบทันที วัดสัญญาณชีพ ทุก 15-30 นาที ติดตาม และบันทึกการเฝ้าระวังอาการเพิ่มเติม EKG 12 lead, urine output, capillary fasting blood glucose, pain score เตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือในการช่วยฟื้นคืนชีพ

2. ประเมินอาการแสดงของภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร เช่น อาเจียนเป็นเลือด อุจจาระสีซีด ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ปลายมือปลายเท้าเย็น เป็นต้น รายงานแพทย์ทราบทันทีที่พบอาการผิดปกติ

3. ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ งดอาหารทุกชนิดทางปากตามแผนการรักษา

4. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามการรักษาเพื่อป้องกันภาวะช็อกจากการเสียเลือด และเพิ่มการไหลเวียนโลหิต

5. ดูแลให้ยาลดกรดในกระเพาะอาหารเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร

6. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษา ได้แก่ CBC และ coagulogram

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4

ไม่สุขสบายเนื่องจากภาวะท้องอืดหลังการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยบอกว่าอาการท้องอืด แน่น รู้สึกไม่สุขสบาย

- pain score 4

- ตรวจร่างกาย เคาะหน้าท้องได้ยินเสียงโป่ง (tympanic sound)

- ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ (bowel sound) น้อยกว่า 6 ครั้งต่อนาที

เป้าหมายการพยาบาล

ลดความไม่สุขสบายจากภาวะท้องอืด

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยหลับพักผ่อนได้ ไม่บอกรู้สึกเกี่ยวกับอาการท้องอืด

- pain score ≤ 3

- ผู้ป่วยสามารถผายลม หรือเรอ ได้

- ตรวจร่างกาย เคาะหน้าท้องไม่ได้ยินเสียงโป่ง (tympanitic sound)

- ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ (bowel sound) ปกติ 6 - 10 ครั้งต่อนาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดน้ำงดอาหารหลังการส่องกล้องตามแผนการรักษา
2. ดูแลให้ early ambulation โดยการพลิกตะแคงตัวบ่อยครั้ง พาผู้ป่วยลุกเดินเมื่อไม่มีข้อจำกัด
3. แนะนำให้รับประทานอาหารอ่อน หลีกเลี่ยงอาหารมันหรืออาหารที่มีแก๊ส เมื่อแพทย์อนุญาตให้เริ่มรับประทานอาหาร
4. ประเมินการเคลื่อนไหวของลำไส้ โดยการฟัง bowel sound สอบถามการผายลม การเรอ การขับถ่าย วัตรอบท้อง
5. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงสาเหตุของอาการท้องอืดและอาการจะดีขึ้นเมื่อเรอหรือผายลมได้

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 5

วิตกกังวลเนื่องจากพร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านหลังการส่องกล้อง

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านและมีสีหน้าวิตกกังวล

เป้าหมายการพยาบาล

วางแผนการจำหน่าย

เกณฑ์การประเมินผล

- สีหน้าคลายความวิตกกังวล
- สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้าเป็นผู้ป่วยใน ให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติซึ่งเป็นผู้ดูแล
2. D: diagnosis ให้ความรู้เรื่องโรคที่เป็นอยู่และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ
3. M: medicine แนะนำการใช้ยาที่ตนเองได้รับอย่างละเอียด สรรพคุณของยา ขนาดวิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ตลอดจนการสังเกตภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งข้อห้ามการใช้ยาด้วยแนะนำการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง
4. E: environment การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม

5. T: treatment การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับรวมถึงการเฝ้าสังเกตอาการตนเอง การมาตรวจตามนัด การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์

6. H: health การส่งเสริม ฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ หลังจากการทำหัตถการส่องกล้องการออกกำลังกาย 30 นาทีอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ อย่างเหมาะสม เช่น การเดิน โยคะ หรือการรำมวยจีน เป็นต้น

7. O: outpatient แนะนำการตรวจตามแพทย์นัดพร้อมทั้งแนะนำอาการผิดปกติที่ควรมาตรวจก่อนวันนัด ได้แก่ ปวดท้องมาก มีไข้ ตัวเหลืองตาเหลือง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด

8. D: diet การเลือกรับประทานอาหารเหมาะสมกับโรค งดหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่มัน

9. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติที่เป็นผู้ดูแลได้ซักถามในสิ่งที่ยังมีความสงสัย

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาด้วยหัตถการ ERCP หลังหัตถการผู้ป่วยมีภาวะตับอ่อนอักเสบภายใน 24 ชั่วโมงแรก พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยหลังหัตถการ ERCP อย่างใกล้ชิด ติดตามสัญญาณชีพ อาการปวดท้อง สังเกตภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ลำไส้ทะลุ การติดเชื้อ ภาวะเลือดออก รวมถึงผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นของระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยการติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ผลตรวจรังสีวินิจฉัย และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป้าหมายการพยาบาล เพื่อเฝ้าระวังเหตุไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นได้หลังทำหัตถการ และประสานงานกับแพทย์เพื่อการเตรียมพร้อมการดูแลตนเองเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล

บทสรุปและเสนอแนะ

การส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) เป็นหนึ่งวิธีการที่ใช้ทั้งวินิจฉัยและการรักษาโรคในท่อน้ำดีที่ได้ผลดี ซึ่งการทำหัตถการชนิดนี้มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในเขตเมือง หลังจากทำหัตถการ ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการทำหัตถการได้แก่ ตับอ่อนอักเสบ การแตกทะลุของทางเดินอาหาร การติดเชื้อของระบบทางเดินน้ำดี ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร และอาการแสดงที่เกี่ยวข้อง

หัวใจและหลอดเลือดได้ ซึ่งอาจมีอาการเพียงเล็กน้อยหรือรุนแรงจนเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต ดังนั้น พยาบาลบนหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลหลังจากทำหัตถการต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลที่จะดูแลผู้ป่วยภายหลังการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (Endoscopic retrograde cholangiopancreatography: ERCP) โดยต้องประเมินอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการส่องกล้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลหลังการทำหัตถการ ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา เกิดความพึงพอใจต่อผู้รับบริการทั้งตัวผู้ป่วยและญาติ

เอกสารอ้างอิง

1. Pace Hospitals. choledocholithiasis-cbd-stone-symptoms-types-causes-complications-treatment-prevention [cited 2022 Jun 15]. Available from: <https://www.pacehospital.com/choledocholithiasis-cbd-stone-symptoms-types-causes-complications-treatment-prevention>.
2. อภัย สุขเจริญ. การพัฒนาแบบแผนการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น.มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2556.
3. Kazmi SKH, Khan RSA, Alam L, Saeed F. A Year of Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP) At a Glance. Indications, Interventions, Complications. Pakistan Armed Forces Medical Journal. 2022; 72(2): 555–9.
4. Lv Z-H, Kou D-Q, Guo S-B. Three-hour post-ERCP amylase level: a useful indicator for early prediction of post-ERCP pancreatitis. BMC Gastroenterology. 2020; 20(1): 1-9.
5. วีรยุทธ โถวประเสริฐ, อัสนี ทองอยู่, ประสิทธิ์ มหาวงศ์จิต, สฤกษ์พัฒน์ ออร์พินท์. ศัลยศาสตร์ธรรมชาติ. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.
6. ธนิต วิชรพุกก์. ตำราศัลยศาสตร์.กรุงเทพฯ: ไพลินบุ๊คเน็ต ; 2558.
7. Akaydin M, Demiray O. Evaluation of the Causes for Repeated Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography in the Early Period. Journal of Academic Research in Medicine. 2021; 11(2): 219–26.
8. สุกิจ พันธุ์พินามาศ, ทวี รัตนชูเอก. หัตถการการส่องกล้องระบบทางเดินน้ำดีและตับอ่อน: Practical ERCP. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร; 2556.
9. Xiaojia C, Fan W, Jing L, Wenhui T, Zhang Z, Tingting C, et al. Risk factors for adverse events associated with endoscopic retrograde cholangiopancreatography in patients with surgically altered anatomy: a retrospective study. BMC Gastroenterology. 2021; 21(1): 1–9.
10. Abdullah AT. The Efficacy of Ringer lactate and Sublingual Nitrates vs Indomethacin to Reduce Post-ERCP Pancreatitis: A Review Article. Egyptian Journal of Hospital Medicine. 2021; 85(2): 4149–53.
11. Brindise EM, Gerke H. Monitoring adverse events after ERCP: Call me maybe? Gastrointestinal Endoscopy. 2021; 93(4): 911–3.
12. Peter BC, Joseph L. ERCP: the fundamentals. John Wiley & Sons, Ltd.; 2015.

- 13.AbiMansour JP, Garimella V, Petersen BT, Law RJ, Storm AC, Martin JA, et al. Risk of post-sphincterotomy bleeding in patients with thrombocytopenia. *Therapeutic Advances in Gastrointestinal Endoscopy*. 2023; 1-10.
- 14.Gokceimam M, Goret NE. Strategies for ERCP complications: A new performer's experience and strategies for beginners to avoid complications. *Annals of Medical Research*. 2021; 28(5): 932–6.
- 15.Khan R, Osman H, Lee S, Chen Y-I, Singh A, Hookey L, et al. Post-ERCP cholecystitis: Incidence, characteristics, and outcomes from a prospective multicenter biliary endoscopy registry. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2024; 99(4): 633-40.
- 16.Yildirim AE. ERCP-related bleeding. *Journal of Experimental & Clinical Medicine / Deneyisel ve Klinik Tıp Dergisi*. 2021; 38: 44–52.
- 17.Nayab D, Akhtar SA, Rehman S, Habib H. Frequency of Early Post-Ercp Adverse Events in Both Diagnostic and Therapeutic Procedures. *Gomal Journal of Medical Sciences*. 2019; 16(2): 43–5.
- 18.Rothrock JC. Alexander's Care of the Patient in Surgery. Elsevier; 2023. Abdullah AT. The Efficacy of Ringer lactate and Sublingual Nitrates vs Indomethacin to Reduce Post-ERCP Pancreatitis: A Review Article. *Egyptian Journal of Hospital Medicine*. 2021; 85(2): 4149–53.
- 19.Valiyev E, Kankoc A, Turk MS, Ozkan D, Sayan M, Celik A. A Rare Complication of Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography; Bilateral Pneumothorax. *Gazi Medical Journal*. 2022; 33(1): 75–7.