# การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในไตโดยการส่องกล้องผ่านรูเจาะขนาดเล็กที่ผิวหนัง [(Percutaneous Nephrolithotomy : (PCNL)] ที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย : กรณีศึกษา

## บทคัดย่อ

สิริกุล อิสรียวงศ์, พว. ชก.[1]

การผ่าตัดนิ่วในไตเป็นการผ่าตัดที่พบได้บ่อยในโรคทางศัลยกรรม ปัจจุบันการผ่าตัดโดยการส่องกล้องผ่านรูเจาะขนาดเล็กที่ผิวหนังได้รับความนิยม[1] เพราะให้ผลที่ดีกว่าการผ่าตัดนิ่วในไตแบบเดิมในเรื่องความปลอดภัย และระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในไตโดยการส่องกล้องผ่านรูเจาะขนาดเล็กที่ผิวหนังที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย : กรณีศึกษา จากการศึกษาผู้ป่วยพบว่าพยาบาลวิชาชีพในห้องผ่าตัด มีบทบาทสำคัญมากทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และระยะรักษาตัวในโรงพยาบาล[2] ในด้านการให้ข้อมูล คำปรึกษา คำแนะนำ วิธีการปฏิบัติตัว และการดูแลผู้ป่วยทั้ง 4 ระยะ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกาย สามารถแก้ไขภาวะที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือความผิดปกติหลังการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ ตามมา ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งให้ผู้ป่วยสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ อยู่ร่วมในสังคมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข

**คำสำคัญ** : การพยาบาล การผ่าตัดนิ่วในไตโดยการส่องกล้อง

[1]กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี

# Nursing care of Patients undergoing kidney stone surgery by endoscopy through a small puncture in the skin. [(Percutaneous Nephrolithotomy : (PCNL)] with Hypertension disease : Case Study

## Abstract

Sirikul Isariyawongse. RN.[1]

Kidney stone surgery is a common operation in surgical diseases. Currently, laparoscopic surgery through a small hole in the skin has become popular. because it gives better results than surgery in terms of safety and length of hospital stay. The case study of Nursing care of patients with kidney stone surgery by endoscopy through a small puncture in the skin. [(Percutaneous Nephrolithotomy : (PCNL)] with Hypertension disease : case study.

The study also revealed that professional nursing care was very important in the pre-operative period, operative period, post- operative and Admission period to in providing information, consult, advice, practice and care for patients in all 4 stages. so that the patient can rehabilitate able to correct conditions that may cause complications or abnormalities after surgery so that patients can help themselves as much as possible. There were no complications that followed, both physically and mentally. Including allowing patients to perform their daily activities as usual. live happily in society with others.

**Keyword :** nursing care, Vaginal Hysterectomy.

[1] Operating Room Department, Chaophraya Yommarat Hospital, Suphanburi Province.

# บทนำ

**ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา**

โรคนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะเป็นโรคที่พบได้บ่อยโรคหนึ่งโดยจะพบเป็นนิ่วในไตมากที่สุด รองลงมาเป็นนิ่วในท่อไต นิ่วในกระเพาะปัสสาวะ และนิ่วในท่อปัสสาวะตามลำดับในประเทศไทย[3] โรคนิ่วสามารถพบได้ทุกภาคของประเทศ โดยจะพบบ่อยในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และอุบัติการณ์ของโรคนิ่วจะพบว่าเกิดในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 2 – 3 เท่า

**สาเหตุ** ของการเกิดนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ[4] จะเกิดหลายปัจจัย ได้แก่

1. ความเข้มข้นของปัสสาวะ ถ้าหากดื่มน้ำน้อยหรือมีการเสียเหงื่อมาก จะทำให้สารละลายที่ขับออกมาจากร่างกายทางปัสสาวะมีความเข้มข้นมาก และจะมีโอกาสที่จะตกตะกอนจับกันเป็นผลึกและเป็นก้อนนิ่วได้

2. ความเป็นกรดด่างของปัสสาวะ ในบางภาวะที่ปัสสาวะมีความเป็นกรดมากจะทำให้ผลึกนิ่วบางชนิดก่อตัวขึ้นง่าย เช่น ผลึกนิ่วยูริค

3. การขับสารบางชนิดของร่างกายออกมาทางปัสสาวะมากเกินไป พบว่าในบางคนมีความผิดปกติในการขับสารบางอย่าง เช่น แคลเซียม, ออกซาเลต, ฟอสเฟตหรือกรดยูริค ถ้าหากขับออกมาในปัสสาวะมากจะทำให้เป็นนิ่วได้ง่าย

4. ภาวะการติดเชื้อบางชนิดในทางเดินปัสสาวะ โดยเฉพาะกลุ่มแบคทีเรียที่สามารถผลิตสารยูเรียได้ จะทำให้เป็นนิ่วง่าย

5. มีภาวะที่ขัดขวางการไหลของปัสสาวะ เช่น มีการตีบแคบของกรวยไต, ท่อไต, ท่อปัสสาวะหรือมีต่อมลูกหมากโต จะทำให้ปัสสาวะไหลไม่คล่องคล้ายกับมีฝายกั้นน้ำหรือเขื่อนกั้นอยู่ และทำให้เกิดการตกตะกอนของสารในปัสสาวะจนก่อตัวเป็นก้อนนิ่วขึ้นได้

**การรักษา**[5]

1. การรักษาแบบสังเกตอาการ (Expectant treatment) ข้อบ่งชี้นิ่วมีขนาดเล็ก มีขนาดเล็กกว่า 5 มม.และไม่มีอาการ นิ่วที่อยู่ในเคลิกซ์ การรักษา ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำให้มากอย่างน้อย 3,000 ซีซีต่อวัน เพื่อให้มีน้ำปัสสาวะจำนวนมากพอที่จะพัดพามาให้นิ่วหลุดลงมาเป็นนิ่วในท่อไต อย่างไรก็ตามนิ่วชนิดนี้หากมีอาการ อาจต้องให้การรักษา ควรติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินขนาดนิ่ว อาการของผู้ป่วย การทำงานของไต และอาการแทรกซ้อนจากนิ่ว เช่น มีกรวยไตอักเสบ ไตเสื่อมลง ควรเปลี่ยนวิธีการรักษาเพื่อเอาก้อนนิ่วออกต่อไป

2. การผ่าตัด

2.1 Pyelolithotomy และ Extended pyelolithotomy ข้อบ่งชี้มีนิ่วก้อนใหญ่ในกรวยไต หรือถ้ามีนิ่วก้อนเล็กอยู่ในเคลิกซ์ด้วยจะสามารถคีบนิ่วออกทางกรวยไตได้ การผ่าตัด Pyelolithotomy คือการผ่าตัดเข้าไปเอานิ่วออกทางกรวยไต ถ้าผ่าเข้าไปถึงระหว่างเนื้อไตกับกรวยไต และเข้าไปถึง infundibulum เรียกว่า extended pyelolithotomy ถ้าสามารถทำได้ควรเลือกใช้การผ่าตัดวิธีนี้

เพราะจะไม่ต้องผ่าตัดทำลายเนื้อไตและไม่สูญเสียเนื้อไตจากการขาดเลือด แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยมีกรวยไตขนาดเล็ก (intrarenal pelvis) หรือมีเยื่อพังผืด (adhesion) รอบไตมากจนไม่สามารถเลาะหาตำแหน่งของกรวยไต และท่อไตได้ไม่เหมาะสำหรับการผ่าตัด เพราะอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน

- Disruption of ureteropelvic junction (UPJ) เกิดจากการขาดของกรวยไตและท่อไต จากการผ่าตัดเลาะเนื้อเยื่อ เนื่องจากมีนิ่วก้อนใหญ่อัดแน่นในกรวยไตเป็นเวลานาน ทำให้ผนังกรวยไตขาดเลือด แพทยจ์ะแก้ไขโดยการเย็บต่อกรวยไตและท่อไต โดยใส่ Double J stent เพื่อระบายปัสสาวะ (drainage) ด้วย

- Bleeding เกิดจากการพยายามหานิ่วในเคลิกซ์ เลือดมักจะหยุดได้เอง ในกรณีที่เกิดก้อนเลือด (clots) อุดกั้นการไหลของปัสสาวะอาจทำให้มีการฉีกขาดของแผลผ่าตัดที่กรวยไต ทำให้มีปัสสาวะไหลซึมออกมาทางแผลผ่าตัดนานกว่าปกติ

- Prolonged drainage เกิดจากก้อนนิ่วที่เหลือค้างในไต ตกลงมาอยู่ในท่อไตหรือเกิดจากก้อนเลือดอุดกั้นการไหลของปัสสาวะ

- Stricture เกิดได้ในกรณีที่ทำการตัดผ่านบริเวณ UPJ

2.2 Nephrolithotomy ข้อบ่งชี้ เหมาะกับการผ่าตัดนิ่วเขากวาง ที่มีกิ่งก้านหลายกิ่งและไม่สามารถเอาออกได้ด้วยวิธีอื่น การผ่าตัด มี 2 วิธี คือ

2.2.1 Bivalve nephrolithotomy คือผ่าและแหวกเนื้อไตในแนวยาวตรงกับ lateral border ที่ไต

2.2.2 Anatrophic nephrolithotomy (ANL) คือผ่าและแหวกเนื้อไตในแนว Brodel's line เพื่อหลีกเลี่ยงการตัดเส้นเลือด ภาวะแทรกซ้อน การทำ Nephrolithotomy เป็นการผ่าตัดที่มีภาวะแทรกซ้อนสูง ทำให้เนื้อไตเกิด atrophy เพราะขาดเลือด และถูกรัดด้วย suture ที่เย็บเนื้อไตเพื่อห้ามเลือด

- Delayed intrapelvic hemorrhage พบได้ในวันที่ 5-8 หลังการผ่าตัด โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ หรือมีการทำงานของไตผิดปกติ (poor renal function) สามารถรักษาแบบประคับประคอง โดยให้เลือดและสารละลายทางหลอดเลือดให้เพียงพอ ในกรณีที่เสียเสือดยังเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ควรทำ angiogram และ embolization แต่ถ้าไม่สามารถทำได้ ควรผ่าตัดซ้ำเพื่อเย็บซ่อมแซมตำแหน่งที่มีเลือดออก

- Renal damage เกิดจากการขาดเลือด

- Hypertension อาจเป็นผลจากการตีบของหลอดเลือดแดง (arteries)

2.3 Pyelolithotomy ร่วมกับ Radial Nephrolithotomy ข้อบ่งชี้นิ่วมีขนาดใหญ่ในกรวยไต เอาออกได้ด้วย Pyelolithotomy แต่มีนิ่วในเคลิกซ์ที่ไม่สามารถเอาออกทางกรวยไตได้เนื่องจากท่อกรวย (infundibulum) เล็กกว่านิ่วมาก การผ่าตัด คือผ่าตัดเปิดเข้าไปเอานิ่วออกทางกรวย

ไต และในกรณีที่ต้องกรีด และแหวกเนื้อไตตรงตำแหน่งนิ่ว แนวกรีดนี้จะต้องอยู่ในแนววิ่งเข้าหา hilum ของไต เรียกว่า radialnephrolithotomy เพื่อหลีกเลี่ยงการตัดเส้นเลือด

2.4 Nephrectomy ข้อบ่งชี้ทำในกรณีที่เนื้อไตเสียไปมาก หรือมีการอักเสบเป็นหนองจนไม่สามารถเก็บเนื้อไตได้ การผ่าตัดเป็นการตัดไตทั้งไตออก ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยการทำ Nephrectomy จะเป็นทางเลือกสุดท้ายให้พยายามเก็บไตไว้ เนื่องจากอาจเกิดโรคกับไตอีกข้างได้

ภาวะแทรกซ้อน

- Hemorrhage จากหลอดเลือดใหญ่ เช่น renal artery, aorta, venacava ซึ่งอยู่ใกล้เคียงกับไต

- ลำไส้ไม่ทำงาน (Ileus) จากการดึงรั้งในเยื่อบุช่องท้อง (peritoneum) จากการผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดควรให้ผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารทางปากได้ เมื่อมีการบีบตัวของลำไส้ (bowel peristalsis) ก่อน

2.5 Partial Nephrectomy ข้อบ่งชี้ ใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีนิ่วอยู่ที่ upper หรือ lower pole และเนื้อไตส่วนนั้นเสียไปมากแล้ว การผ่าตัดโดยตัดไตออกบางส่วน

ภาวะแทรกซ้อน

- Urinoma หรือ fistula เกิดเนื่องจากมีการอุดกั้นการไหลของปัสสาวะ เมื่อเกิดภาวะนี้ควรตรวจเพิ่มเติมเพื่อหา distal obstruction

- Adrenal insufficiency ในกรณีผ่าตัด upper pole ควรนึกถึงภาวะนี้เมื่อผู้ป่วยมีความดันโลหิตต่ำ (hypotension) มีไข้และปวดท้อง

- Renal artery thrombosis พบน้อย

- renal insufficiency พบในกรณีที่ผู้ป่วยมีไตข้างเดียว

3. ESWL

การทำ ESWL (Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy) เป็นวิธีการรักษานิ่วโดยไม่ต้องผ่าตัด โดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ต้องนอนโรงพยาบาล ศัลยแพทย์ที่ทำการสลายนิ่วจะต้องฝึกฝนและค้นเคยในการใช้อัลตราซาวนด์หรือเอกซเรย์เพื่อหาตำแหน่งของนิ่ว ในบางรายนิ่วจะหลุดออกมาไม่หมด ต้องสลายนิ่วซ้ำอีกหลายครั้ง และไม่สามารถรับรองผลการรักษาได้ทุกราย โดยอัตราการปลอดนิ่ว (stonefree rate) ที่ 3 เดือนมีค่าประมาณร้อยละ 75 เครื่องที่ใช้สลายนิ่วของแต่ละบริษัทก็มีคุณสมบัติแตกต่างกัน และความแตกต่างของความแรงของพลังงานที่ใช้ ก็อาจทำให้การสลายนิ่วสำเร็จต่างกัน ดังนั้น แพทย์ที่ทำการสลายนิ่วหรือจะส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาด้วยการสลายนิ่วควรศึกษาถึงคุณลักษณะของเครื่องด้วยการที่เศษนิ่วไม่หลุดออกมา ทำให้ผู้ป่วยต้องเดินทางมารับการตรวจติดตามผลหลายครั้ง เป็นการเสียทั้งเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วย นิ่วที่เหมาะสำหรับ ESWL ได้แก่ นิ่วที่มีขนาดไม่เกิน 2 ซม. ส่วนนิ่วที่ใหญ่กว่านี้ จำเป็นต้องใช้วิธีอื่นร่วมด้วย เช่น การผ่าตัด

หรือทำ PCNL ในกรณีที่นิ่วก้อนใหญ่และการทำงานของไตอีกข้างผิดปกติ แพทย์มักใส่ Double J stent เพื่อป้องกันการอุดกั้นของท่อไตจากผงนิ่วที่แตกหล่นลงมา

4. Endourology :

4.1 PCNL (Percutaneous Nephrolithotomy) เป็น minimally invasive therapy, มีแผลขนาดเล็ก ประมาณ 1-1.5 เซนติเมตร ผู้ป่วยนอนอยู่โรงพยาบาลสั้นกว่าการผ่าตัด แต่ต้องมีเครื่องมือและอุปกรณ์ที่เฉพาะมากกว่าการทำผ่าตัดแบบเปิด และศัลยแพทย์จะต้องได้รับการฝึกอบรมมาโดยเฉพาะ ข้อบ่งชี้คือนิ่วในไต การรักษาคือการส่องกล้องผ่านทางท่อnephrostomy ที่เจาะผ่านผิวหนังทางด้านหลังเข้าไปยังกรวยไต และใช้เครื่องมือพิเศษ เช่น Ultransonic lithotripsy, Ballistic lithoyripsy (Lithoclast), EHL (Electrohydraulic lithotripsy), LASER lithotripsy, การคีบก้อนนิ่วออกด้วย forceps หรือคล้องนิ่วด้วย basket หลงัจากทำให้ก้อนนิ่วแตกและนำออกมาทาง nephroscope ภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้จากการบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง ประมาณร้อยละ1-13 เลือดออกประมาณ ร้อยละ 3-11 อัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 0.1-1 อัตราการปลอดนิ่วร้อยละ 72

4.2 URS (ureterorenoscope) ข้อบ่งชี้คือนิ่วในท่อไต การรักษาคือการสอดกล้องเข้าทางท่อปัสสาวะผ่านกระเพาะปัสสาวะเข้าไปถึงนิ่ว และทำให้นิ่วแตกโดยใช้ Ultrasonic lithoyripsy, Ballistic lithotripsy(Lithoclast), EHL (Electrohydraulic lithotripsy) , Laser lithotripsy , การคีบก้อนนิ่วออกด้วย forceps หรือคล้องนิ่ว ด้วย basket ปัจจุบัน เครื่องมือมีวิวัฒนาการดีขึ้น คือกล้องมีขนาดเล็กลง กล้องบางแบบไม่ต้องขยายท่อไตก่อนส่องกล้อง สามารถโค้งงอและสอดขึ้นไปถึงกรวยไตได้ ทำให้สามารถบังคับส่วนปลายให้งอเข้าไปหาส่วนที่ตรวจได้ยากในไต เช่น Calyx ต่างๆ ได้หมด ผลการรักษา และภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ การบาดเจ็บต่อท่อไต และท่อไตตีบ พบได้ประมาณร้อยละ 1-4 อัตราการปลอดนิ่ว ร้อยละ 94

4.3 การรักษาร่วมด้วย ESWL และ Endourology ทำ PCNL ให้นิ่วก้อนเล็กลงก่อน (debulking) แล้วตามด้วย ESWL แล้วอาจกลับมาทำ PCNL อีกครั้ง

4.4 Retrograde Intra Renal Surgery (RIRS) การทำ RIRS ไม่มีแผลแต่สามารถรักษานิ่วในไตได้ แต่ขนาดนิ่วไม่ควรใหญ่มากคือ ไม่เกิน 2-3 เซนติเมตรได้ผลดีกว่าการทำ ESWL

โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช เป็นโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัดสุพรรณบุรี ขนาด 680 เตียง มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในไตโดยการส่องกล้องผ่านรูเจาะขนาดเล็กที่ผิวหนัง ที่มารักษาที่แผนกผู้ป่วยศัลยกรรม ปี 2563, ปี 2564, ปี 2565 และปี 2566 (ต.ค. 65-มี.ค. 66) จำนวน 23 ราย, 11 ราย, 21 ราย และ 10 ราย ตามลำดับ (ปี 2564 เกิดการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 (COVID-19) ทำให้มีการผ่าตัดน้อยลง) (สถิติเวชระเบียน โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช, 2566)[6] การได้รับการดูแลรักษาพยาบาล ทั้งระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และระยะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้[7] ดังนั้นการจัดการที่ดีทางด้านการพยาบาล การให้คำปรึกษา แนะนำ วิธีการปฏิบัติตัว และการดูแลผู้ป่วยทั้ง 4 ระยะ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพ

ร่างกาย สามารถแก้ไขภาวะที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือความผิดปกติหลังการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ ตามมา ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ[8] ดังนั้นจึงสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในไตโดยการส่องกล้องผ่านรูเจาะขนาดเล็กที่ผิวหนัง ที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย : กรณีศึกษา เพื่อนำผลที่ได้มาเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในไตโดยการส่องกล้องผ่านรูเจาะขนาดเล็กที่ผิวหนัง ในโอกาสต่อไป

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อการดูแลรักษา และกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในไตโดยการส่องกล้องผ่านรูเจาะขนาดเล็กที่ผิวหนัง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในไตโดยการส่องกล้องผ่านรูเจาะขนาดเล็กที่ผิวหนังได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานและมีคุณภาพ
3. เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในไตโดยการส่องกล้องผ่านรูเจาะขนาดเล็กที่ผิวหนัง ให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

**วิธีดำเนินการศึกษา**

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะกรณี เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยนิ่วในไตโดยการส่องกล้องผ่านรูเจาะขนาดเล็กที่ผิวหนัง ที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย : กรณีศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 52 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 อาชีพรับจ้าง ภูมิลำเนาจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มาโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช ด้วยอาการสำคัญคือตรวจพบก้อนนิ่วที่ไต 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ไปพบแพทย์ศัลยกรรมที่คลินิกเพื่อขอคำแนะนำ และการรักษา แพทย์นัดให้มาผ่าตัดที่โรงพยาบาล มีประวัติเจ็บป่วยในอดีตคือเป็นโรคความดันโลหิตสูง รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลอ่างทอง ไม่มีประวัติการขาดยา ผู้ป่วยรูปร่างสมส่วน รู้สึกตัวดี ซักถามข้อมูลให้ความร่วมมือดี ตามองเห็นชัดเจน ไม่ซีด ไม่เหลือง หูได้ยิน ชัดเจน หายใจสม่ำเสมอ แขนขาเคลื่อนไหวปกติ ไม่บวม สัญญาณชีพปกติ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ เอ็กซเรย์ปอดปกติ ทางเดินปัสสาวะปกติ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ไม่พบค่าผิดปกติทั้งค่า Complete blood count ค่าการตรวจทางชีวเคมีในเลือด การตรวจพิเศษโดยการเพาะเชื้อจากปัสสาวะ: พบเชื้อ Streptococcus agalactiae Sent to Ceftriaxone Anti HIV Negative Chest X-ray ปกติ EKG ปกติ การวินิจฉัยเบื้องต้น เป็น Left Renal Calculi แพทย์ทำการผ่าตัดนิ่วในไตโดยการส่องกล้องผ่านรูเจาะขนาดเล็กที่ผิวหนัง PCNL (Percutaneous Nephrolithotomy) ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ปวดตึงแผลผ่าตัดเล็กน้อย หลังผ่าตัดมีไข้สูง 39 องศาเซลเซียส ได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm iv OD หลังจากนั้นไข้ลดลง อุณหภูมิ 36.8-37.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-78 ครั้งต่อนาที หายใจ 20-24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/71-134/74 มิลลิลิตรปรอท ร่างกายทั่วไปปกติ ไม่ซีด ท้องไม่อืด ถ่ายอุจจาระได้ ปัสสาวะในถุงมีสีเหลืองใส ออกดี หลังผ่าตัด 4 วัน เอาสายสวนปัสสาวะออกได้ เดินไป

ปัสสาวะได้เอง แผลผ่าตัดตึงไม่บวม ไม่มี Discharge ออก ทำแผลที่หลังวันละ 1 ครั้ง ขยับตัวลุกเดินช่วยเหลือตัวเองได้ดี รับประทานอาหารได้ดี ยาที่ได้รับ Paracetamol ขนาด 500 มิลลิกรัม ครั้งละ 1 เม็ดเวลาปวดให้ซ้ำได้ทุก 6 ชั่วโมง, Ciprofloxaxone 500 มิลลิกรัม รับประทาน 1 เม็ดหลังอาหาร วันละ 2 ครั้ง เช้าเย็น, Doxazosin 2 มิลลิกรัม 1 เม็ดก่อนนอน Atenolol 25 มิลลิกรัม 1 เม็ดหลังอาหาร วันละ 1 ครั้ง แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดตรวจติดตามอาการ 3 สัปดาห์ หลังจากออกจากโรงพยาบาล และนัดให้ไปตัดไหมที่สถานีอนามัยใกล้บ้าน หลังผ่าตัดครบ 10 วัน สรุปวันนอนในโรงพยาบาลรวม 5 วัน

จากรายงานผู้ป่วยพบปัญหาและให้การพยาบาลแบบองค์รวมตามขั้นตอนการพยาบาล[9] มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้

**ระยะก่อนผ่าตัด**

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| 1. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึก<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>1. ผู้ป่วยนอนไม่หลับทำให้ความดันโลหิตสูง<br>2. ซักถามอาการต่างๆ และโทรศัพท์ตามลูกๆ<br>มาเฝ้าที่โรงพยาบาล<br>**วัตถุประสงค์**<br>เพื่อคลายความวิตกกังวล ความดันโลหิตปกติอยู่ในเกณฑ์ 110/70-120/80 มิลลิเมตรปรอท<br>**เกณฑ์การประเมินผล**<br>1. ผู้ป่วยนอนหลับได้ดี<br>2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ 110/70-120/80 มิลลิเมตรปรอท | 1. พูดคุยและตอบคำถามผู้ป่วยอย่างเป็นกันเอง<br>2. สร้างบรรยากาศให้รู้สึกผ่อนคลาย<br>3. เยี่ยมผู้ป่วยตอนเย็นก่อนวันผ่าตัด<br>4. เปิดโอกาสให้ญาติที่เฝ้าได้ทำความรู้จักกับทีมผ่าตัด<br>5. ตรวจวัดสัญญาณชีพ (Vital Signs) แล้วแจ้งให้ผู้ป่วยทราบ<br>**ประเมินผล**<br>1. ผู้ป่วยนอนหลับ คลายความวิตกกังวล<br>2. สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 124/84 มิลลิเมตรปรอท |
| 2. ญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>ญาติสอบถามอาการและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด กลัวผู้ป่วยไม่ฟื้น | 1. พูดคุยและตอบคำถามกับญาติอย่างเป็นกันเอง<br>2. สร้างบรรยากาศให้ญาติรู้สึกผ่อนคลาย<br>3. เยี่ยมผู้ป่วยตอนเย็นก่อนวันผ่าตัดและพูดคุยกับญาติ |

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **วัตถุประสงค์**<br>เพื่อคลายความวิตกกังวลของญาติ<br>**เกณฑ์การประเมินผล**<br>ญาติสอบถามอาการน้อยลง | 4. เปิดโอกาสให้ญาติที่เฝ้าได้ทำความรู้จักกับทีมผ่าตัด<br>**ประเมินผล**<br>ญาติคลายความวิตกกังวล |

**ระยะผ่าตัด**

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| 3. ผู้ป่วยอาจเกิดอันตรายจากการสูญเสียโลหิตขณะผ่าตัด<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>1. การผ่าตัดเป็นการผ่าตัดใหญ่ มีโอกาสสูญเสียโลหิตขณะผ่าตัดมาก<br>**วัตถุประสงค์**<br>ป้องกันอันตรายที่เกิดจากการสูญเสียโลหิต<br>**เกณฑ์การประเมินผล**<br>1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ชีพจรไม่มากกว่า 100 ครั้ง/นาที<br>ความดันโลหิตไม่ต่ำกว่า 100/60 มิลลิเมตรปรอท<br>2. การสูญเสียโลหิตไม่เกิน 800 มิลลิลิตร | 1. จัดเตรียมเครื่องมือ เครื่องใช้ เครื่องผูกเย็บและเครื่องจี้ไฟฟ้าให้พร้อมใช้ตลอดขณะผ่าตัด<br>2. การเตรียมเลือด สารน้ำทางหลอดเลือดดำให้พร้อม<br>3. ประเมินการสูญเสียโลหิตขณะผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง โดยจดบันทึกจากจำนวนโลหิตที่ออกมาในขวดสุญญากาศ ผ้าซับโลหิต ให้ตรงตามความเป็นจริงขณะทำผ่าตัด และรายงานแพทย์ตลอดการผ่าตัด<br>4. พยาบาลช่วยผ่าตัดและส่งเครื่องมือผ่าตัดต้องมีความรู้ความชำนาญในการส่งและช่วยผ่าตัดอย่างรวดเร็วเพื่อสามารถห้ามโลหิตได้ทันท่วงที<br>**ประเมินผล**<br>1. ผู้ป่วยสูญเสียโลหิตจากการผ่าตัดครั้งนี้ 100 มิลลิลิตร<br>2. ขณะผ่าตัดความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100/70-130/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80-90 ครั้งต่อนาที |
| 4. ผู้ป่วยอาจเกิดอันตรายจากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า เกิดไฟฟ้าลัดวงจรหรือการไหม้พองของผิวหนังจากการใช้อุปกรณ์เครื่องจี้ไฟฟ้า<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>1. การผ่าตัดเป็นการผ่าตัดใหญ่ มีโอกาสสูญเสียโลหิตได้มากจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ห้าม | 1. ตรวจสอบอุปกรณ์ที่ใช้ ได้แก่ เครื่องจี้ไฟฟ้า สายจี้ไฟฟ้า แผ่นสื่อนำไฟฟ้าให้อยู่ในสภาพสมบูรณ์สามารถใช้งานได้ สายไฟไม่มีการชำรุด ไม่ขาด ซึ่งจะทำให้เกิดการไฟฟ้าลัดวงจรได้<br>2. ตรวจสอบบริเวณผิวหนังที่ใช้ติดสื่อนำไฟฟ้าสังเกตว่ามีลักษณะผิดปกติ เช่น ผื่นแดง รอยแผล |

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| โลหิตด้วยเครื่องจี้ไฟฟ้า ซึ่งมีความเสี่ยงต่ออันตราย<br>**วัตถุประสงค์**<br>เพื่อป้องกันการไหม้พองของผิวหนังและไฟฟ้าลัดวงจรจากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า<br>**เกณฑ์การประเมินผล**<br>1. ตลอดการผ่าตัดไม่มีสัญญาณเตือนจากเครื่องจี้ไฟฟ้า ที่บ่งบอกถึงไฟฟ้าลัดวงจร<br>2. ไม่มีการไหม้พองของผิวหนังบริเวณที่วางแผ่นสื่อไฟฟ้า และผิวหนังปุ่มกระดูกที่แตะกับเตียงผ่าตัด | อยู่ก่อนแล้วหรือไม่ เพื่อพิจารณาเลือกติดตำแหน่งวางแผ่นสื่อนำไฟฟ้าให้เหมาะสม ป้องกันการผิดพลาดในการประเมินผลหลังผ่าตัด<br>3. ตรวจดูบริเวณผิวหนังที่จะนำแผ่นสื่อไฟฟ้าไปติดให้แห้งสนิท สะอาด และแนบกับแผ่นสื่อ ตรวจดูให้มั่นใจไม่มีการเลื่อนหลุดของแผ่นสื่อนำขณะทำการผ่าตัด<br>4. สำรวจและถอดเครื่องประดับของใช้ที่ทำด้วยโลหะที่ติดอยู่กับผู้ป่วยออกให้หมด และขณะทำผ่าตัดระมัดระวังไม่ให้ส่วนของร่างกายผู้ป่วยสัมผัสกับโลหะหรือขอบของเตียงขณะใช้เครื่องจี้ เพราะทำให้เกิดผิวหนังไหม้พอง และไฟฟ้าลัดวงจรได้<br>5. ปรับขนาดของกระแสไฟฟ้าให้เหมาะกับการผ่าตัด ผู้ป่วยรายนี้ปรับกำลังไฟฟ้าในระบบ Cutting อยู่ระหว่าง 30-40 วัตต์ ระบบ Coagulation อยู่ระหว่าง 30-40 วัตต์ โดยเริ่มปรับจากน้อยไปหามากเพื่อป้องกันโอกาสการเกิดการไหม้พองของผิวหนัง<br>6. เมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัดสำรวจอาการผิดปกติของผิวหนังบริเวณที่ติดแผ่นสื่อนำไฟฟ้ามีผื่นแดงการไหม้พองของผิวหนังหรือไม่<br>**ประเมินผล**<br>หลังการผ่าตัด ไม่พบอาการผิดปกติหรือการไหม้พองของผิวหนัง |
| 5. ผู้ป่วยอาจเกิดอันตรายจากการหลงลืมเครื่องมือ เครื่องใช้หรือมีสิ่งตกค้างในขณะผ่าตัด<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>1. การผ่าตัดเป็นการผ่าตัดที่ยุ่งยาก มีช่องเปิดเข้าช่องท้องด้านหลังเป็นช่องแคบ และมีโลหิตไหลตลอดเวลา | 1. ตรวจนับอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ Gauze และอุปกรณ์ซับโลหิต ให้ตรงตามจำนวนที่ใช้ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และเมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัด<br>2. เปิดอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ จำนวนผ้าซับโลหิต ตรวจนับ ขานกับพยาบาลช่วยรอบนอก<br>3. จดบันทึกอุปกรณ์ทุกชิ้น ขณะผ่าตัด ถ้ามีการ Pack ผ้าซับโลหิต พยาบาลช่วยผ่าตัด พยาบาลส่ง |

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| 2. ขณะผ่าตัดใช้ Artery Clamp ขนาดเล็กๆ โยงไหมหลายจุด ทำให้บริเวณผ่าตัดมีไหมและเครื่องมือไขว้ไปมามากมาย<br>**วัตถุประสงค์**<br>เพื่อป้องกันอุปกรณ์ตกค้างในตัวผู้ป่วย เกิดอันตรายตามมาหลังการผ่าตัด<br>**เกณฑ์การประเมิน**<br>ไม่มีเครื่องมือ เครื่องใช้ หรือมีสิ่งตกค้างหลังการผ่าตัด | เครื่องมือผ่าตัด และพยาบาลช่วยรอบนอกต้องขานบอก<br>4. จนบันทึกและตรวจสอบการนำออก เมื่อแพทย์นำออกและเสร็จการผ่าตัดให้ตรงตามจำนวนที่บันทึกไว้ เมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัด<br>5. พยาบาลทุกคนตรวจนับเครื่องมืออุปกรณ์และผ้าซับโลหิต ให้ตรงตามจำนวนบันทึกที่ทำไว้ก่อนผ่าตัด<br>6. ลงบันทึก<br>**ประเมินผล**<br>1. หลังการผ่าตัด ไม่มีการลืมอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้<br>2. ผ้าซับโลหิตมีจำนวนเท่ากับที่จดบันทึก |
| 6. ผู้ป่วยเกิดระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงเนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูง<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง<br>**เกณฑ์การประเมิน**<br>1. ความดันโลหิตค่า diastolic ไม่เกิน 110 mmHg<br>2. ระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน แขนขาอ่อนแรง<br>3. ฟังเสียงหัวใจ ปอด ปกติ<br>4. urine มากกว่า 30 ซีซี/ชม.<br>5. ไม่มี BP ต่ำลงอย่างรวดเร็วจากการใช้ยาลดความดันโลหิต<br>**วัตถุประสงค์**<br>เพื่อให้ความดันโลหิตปกติขณะผ่าตัด ไม่มีภาวะแทรกซ้อน | 1. check v/s ทุก 1-2 hr หรือตามเหมาะสม<br>2. สังเกตลักษณะและอัตราของชีพจร การหายใจและพฤติกรรมต่าง ๆของผู้ป่วย<br>3. บันทึก I/O ถ้าน้อยกว่า 30 ซีซี/ชั่วโมง รายงานแพทย์ทันที<br>4. สังเกตและบันทึกอาการแสดงทางระบบประสาท<br>ทุกชั่วโมง ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์<br>5. ให้ยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษา กรณี<br>ความดันโลหิตสูง ขณะผ่าตัด<br>6. ควบคุมอัตราการหยดของสารน้ำและยาที่ผสมตามแผนการรักษา<br>7. หากให้ยาลดความดันโลหิต ระมัดระวังในการให้ยาลดความดันโลหิต ถ้ามากเกินไปอาจเกิดภาวะช็อคจากความดันโลหิตต่ำมาก และควรเตรียมยาเพิ่มความดันโลหิตไว้เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงที |

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| | **ประเมินผล**<br>ขณะผ่าตัดความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100/70-130/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80-90 ครั้งต่อนาที ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด |

**ระยะหลังผ่าตัด**

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| 7. ผู้ป่วยไม่ความสุขสบาย มีอาการปวดแผลผ่าตัด จากการได้รับยาระงับความรู้สึกทำให้ชาครึ่งตัว (Spinal block)<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>1. มีแผลผ่าตัด มีอาการปวดตึงแผลมาก<br>2. ใส่สายสวนคาปัสสาวะ<br>**วัตถุประสงค์**<br>เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย บรรเทาอาการปวดแผล<br>**เกณฑ์การประเมินผล**<br>1. แผลไม่มีโลหิตออก ไม่บวมไม่มีปัสสาวะคั่งในกระเพาะปัสสาวะ<br>2. เคลื่อนไหวร่างกายได้ดีขึ้นเป็นลำดับ<br>3. รู้สึกสุขสบายขึ้นสดชื่นขึ้น<br>4. อาการปวดแผลทุเลาลง | 1. ตรวจสอบการทำงานของสายสวนปัสสาวะว่ามีการอุดตัน พับหักงอ มีการคั่งของน้ำปัสสาวะและมีการโป่งตึงของกระเพาะปัสสาวะหรือไม่ เพราะจะทำให้เพิ่มสาเหตุการปวดแผล<br>2. ประเมินสภาพบริเวณแผลผ่าตัด มีเลือดออกบวมตึงมากเกินไปหรือไม่<br>3. จัดท่านอนให้ผู้ป่วยนอนหงาย ชันเข่าขึ้นเล็กน้อย<br>ใช้หมอนรองข้อเข่าไว้ เพื่อให้แผลไม่ตึง<br>4. ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา (Pethidine) 50 มิลลิกรัมฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ตามแผนการรักษา ถ้าผู้ป่วยมีอาการปวดแผล พร้อมทั้งสังเกตอาการแพ้ยา<br>5. ลงบันทึกการพยาบาล<br>6. พูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างนุ่มนวลอ่อนโยน เพื่อให้คลายความเจ็บปวด<br>**ประเมินผล**<br>1. แผลผ่าตัดไม่มีโลหิตออก ไม่บวมนูน กระเพาะปัสสาวะไม่โป่งตึง ปัสสาวะไหลได้ดี สีปกติ<br>2. หลังจัดท่านอนให้ ปวดแผลลดลง มีความสุขสบายขึ้น |
| 8. ผู้ป่วยอาจเกิดการติดเชื้อจากแผลผ่าตัดและทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากมีแผลผ่าตัด และคาสายสวนปัสสาวะ[10] | 1. สังเกตลักษณะของแผลผ่าตัดมีการแสดงของการอักเสบ ติดเชื้อ เช่นบวมแดงร้อน มีอาการปวดหรือมีหนองหรือไม่ |

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **ข้อมูลสนับสนุน**<br>1. มีแผลผ่าตัด<br>2. ผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ<br>3. ผู้ป่วยอ่อนเพลียจากการสูญเสียโลหิตขณะผ่าตัด ประมาณ 100 มิลลิลิตร<br>**วัตถุประสงค์**<br>ไม่เกิดการติดเชื้อเข้าสู่ร่างกายจากแผลผ่าตัดและระบบทางเดินปัสสาวะ<br>**เกณฑ์การประเมินผล**<br>1. บริเวณแผลผ่าตัดไม่มีการแสดงของการอักเสบติดเชื้อ ไม่บวมแดง ไม่มีอาการปวด ไม่มีหนองไหลซึมจากแผลผ่าตัด<br>2. ปัสสาวะมีสีเหลืองใส ไม่ขุ่นเป็นตะกอน<br>3. ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ | 2. ทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อเพื่อระงับการเจริญเติบโตของเชื้อโรค ใส่ผ้าอนามัยเพื่อให้สังเกตจำนวนลักษณะของสิ่งคัดหลั่งได้ชัดเจนขึ้น<br>3. ดูแลให้ปัสสาวะไหลสะดวก โดยไม่ให้สายพับงอหรือถูกกดทับ แขวนถุงในระดับที่ต่ำกว่าร่างกายเพื่อป้องกันการย้อนกลับของปัสสาวะ<br>4. สังเกตลักษณะ สี ตะกอนของปัสสาวะ ถ้าพบความผิดปกติ ควรรีบส่งตรวจหาเชื้อเพื่อการรักษาที่ถูกต้อง<br>5. แนะนำกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆ เพื่อช่วยขับของเสีย ลดการสะสมเชื้อโรคและประเมินการทำงานของไต<br>6. ประเมินสภาวะการติดเชื้อของผู้ป่วยจากสัญญาณชีพ และให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา<br>7. ลงบันทึกรายงาน<br>8. ประสานงานกับพยาบาลหอผู้ป่วย ส่งต่อข้อมูลเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่อง<br>**ประเมินผล**<br>1. แผลผ่าตัดไม่บวมแดง มีสิ่งคัดหลั่งสีแดงจางๆ ออกเล็กน้อยในวันที่ 1-2 หลังการผ่าตัด<br>2. ปัสสาวะไหลดีสีปกติ จำนวนปกติ<br>3. ไม่มีไข้หลังผ่าตัด สัญญาณชีพปกติ |

**การพยาบาลขณะรักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงเด็ก-1**

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| 9. ผู้ป่วยไม่มีความรู้ ไม่เข้าใจหลังได้รับคำปรึกษาหลังการผ่าตัด การติดตามผลการรักษาและการให้คำปรึกษาหลังการผ่าตัด[11] | 1. ขณะผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลมีการเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด พูดคุยแบบเป็นกันเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความไว้วางใจในตัวพยาบาล |

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **วัตถุประสงค์**<br>เพื่อให้การรักษาเป็นไปตามแผนการรักษาและการผ่าตัดไม่มีอาการแทรกซ้อน<br>**เกณฑ์การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยพึงพอใจ มีความสุขหลังผ่าตัด ไม่มีอาการแทรกซ้อนหลังผ่าตัด | 2. ให้เบอร์โทรที่สามารถโทรมาปรึกษาปัญหาเมื่อกลับบ้าน<br>3. โทรศัพท์เยี่ยมผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน โดยสอบถามอาการแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด เช่น การขับปัสสาวะ การถ่ายอุจจาระ แผลผ่าตัด เป็นต้น<br>**ประเมินผล**<br>1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น พอใจ เมื่อได้รับการเยี่ยมหลังผ่าตัด พูดคุยโทรศัพท์ ปรึกษาปัญหาตอบข้อซักถามกับพยาบาลห้องผ่าตัดได้ดีเมื่อกลับบ้าน |
| 10. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน[12]<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>ผู้ป่วยซักถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว<br>**เกณฑ์การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง | 1. ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วย ได้แก่<br>-ระวังอย่าให้ท้องผูก เพื่อหลีกเลี่ยงการเบ่งถ่ายอุจจาระอย่างรุนแรง เพราะอาจทำให้แผลแยกได้<br>-อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าได้รับการผ่าตัดแบบต้องตัดไหม ผู้ป่วยสามารถทำงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ ได้ แต่ไม่ควรออกกำลังกายที่มากเกินไป หรือยกของหนักจนกว่าจะได้รับการตรวจหลังผ่าตัด และแพทย์ประเมินว่าแผลหายสนิทดีแล้ว<br>-ให้ผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติของแผลผ่าตัด เช่น อาการบวมแดงร้อน ปวดแผลมากขึ้น หรือมีของเหลวลักษณะขุ่นคล้ายหนอง มีกลิ่นเหม็น ถ้าพบอาการเหล่านี้ให้รีบกลับมาพบแพทย์ทันที โดยไม่ต้องรอให้ถึงวันนัด<br>-แนะนำให้มาตรวจตามแพทย์นัดหลังผ่าตัด 3 สัปดาห์ เพื่อติดตามผลการรักษาหลังผ่าตัด<br>-แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษาให้ครบและรับประทานยาลดความดันโลหิตสูงตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง<br>-แนะนำให้โทรศัพท์ตามเบอร์โทรที่พยาบาลห้องผ่าตัดให้ไว้ เพื่อปรึกษาปัญหา และรับคำแนะนำที่ถูกต้อง |

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| | 2. ให้เบอร์โทรที่สามารถโทรมาปรึกษาปัญหาเมื่อกลับบ้าน<br>**ประเมินผล**<br>ผู้ป่วยเข้าใจ และสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้ |
| 11. ญาติมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน[13]<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>ญาติซักถามเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย<br>**เกณฑ์การประเมินผล**<br>ญาติมีความวิตกกังวลลดลง | 1. ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวแก่ญาติ เหมือนที่ให้กับผู้ป่วย<br>2. พูดคุยให้กำลังใจกับญาติ เพราะผู้ป่วยต้องงดการทำงานบ้านในบางส่วน เช่นงดยกของหนัก<br>3. ดูแลห้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษาให้ครบ และรับประทานยาลดความดันโลหิตสูงตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง<br>**ประเมินผล**<br>ญาติมีความวิตกกังวลลดลง |

**สรุป**

จากพยาธิสภาพของภาวะนิ่วในไตที่ต้องได้รับการผ่าตัดนิ่วในไตโดยการส่องกล้องผ่านรูเจาะขนาดเล็กที่ผิวหนังที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย จำเป็นต้องใช้ผู้ดูแลที่มีความรู้ความชำนาญทั้งระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และระยะรักษาในโรงพยาบาล หากได้รับการดูแลรักษาไม่ถูกต้อง อาจเกิดปัญหาต่างๆ ตามมาได้ พยาบาลมีบทบาทอย่างมากในการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคให้ผู้ป่วยและญาติทราบ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถช่วยตัวเองได้ อยู่ร่วมในสังคมได้อย่างมีความสุข การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในไตโดยการส่องกล้องผ่านรูเจาะขนาดเล็กที่ผิวหนังที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย : กรณีศึกษา ฉบับนี้จึงนับว่าสำคัญมากในการช่วยให้พยาบาลหรือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยใช้ประกอบการศึกษาหาความรู้ในการให้การดูแลรักษาพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกาย สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ในโอกาสต่อไป

# เอกสารอ้างอิง


พูนเกียรติ เรืองโอภา และสมพล เพิ่มพงศ์โกศล. (2555). *กายวิภาคของการผ่าตัดผ่านกล้องศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ ใน สมพล เพิ่มพงศ์โกศล (บรรณาธิการ)*. การผ่าตัดแบบมีความรุนแรงน้อยในศัลยศาสตร์ระบบทางเดินปัสสาวะ เล่มที่ 1. 135-158. กรุงเทพฯ: บริษัทบียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์จำกัด.

ภิญญลักษณ์ เรวัตพัฒนกิตต์. (2563). *การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีและมีโรคร่วม.* วารสารโรงพยาบาล มหาสารคาม; 17(1): 131-38.

จำนง นพรัตน์. (2556). *ระบบขับถ่ายปัสสาวะ การตรวจปัสสาวะ.* สงขลา : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

พริ้มเพรา ผลเจริญสุข. (2542). *กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของมนุษย์.* พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช จำกัด.

สมชาย เอี่ยมอ่อง, สมจิตร เอี่ยมอ่อง, เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, ขจร ตีรณธนากุล, เกรียง ตั้งสง่า และวิศิษฎ์ สิตปรีชา. (2554). *Textbook of Nephrology*. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชั่น จำกัด

โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช สุพรรณบุรี. (2565). *รายงานสถิติงานเวชระเบียน ประจำปี 2565*

อุษาวดี อัศดรวิเศษ. (2561). *ความก้าวหน้าทางการพยาบาลปริศัลยกรรม Advance in Perioperative Nursing.* กรุงเทพ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

เรณู อาจสาลี. (2540). *การพยาบาลทางห้องผ่าตัด.* พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

เกศรินทร์ อุทริยะประสิทธิ์, ปรางทิพย์ ฉายพุทธ, วัลย์ลดา ฉันท์เรืองวณิชย์. (2556). *สาระหลักทางการพยาบาลศลัยศาสตร์เล่มที่ 1*. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ : วัฒนาการพิมพ์; หน้า 149-152.

ชัชชัย โกศลศศิธร. (2555). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตรวจพบเชื้อในน้ำดีและภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อภายหลังการผ่าตัดถุงน้ำดีในโรงพยาบาลลำปาง*. ลำปางเวชสาร. 33(1) : 42-48.

ดรุณี สมบูรณ์กิจ, อัจฉรา มีนาสันติรักษ์, กมลรัตน์ สุปัญญาบุตรและรัชชยา มหาสิริมงคล. (2561). *การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องโรงพยาบาลมหาสารคาม*. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม; 15(3) : 24-34.

นัทธมน วุทธานนท์. (2554). *การปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกศัลยกรรม.* เชียงใหม่: นันทพันธ์พริ้นติ้ง.

นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล. (2561). *ความปลอดภัยในการผ่าตัด safety in surgery*. เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.