การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องตรวจรักษา : กรณีศึกษา

รวินญา เอี่ยมน้อย*

บทคัดย่อ

โรคมะเร็งท่อทางเดินน้ำดี เป็นโรคมะเร็งที่ไม่มีอาการเตือนล่วงหน้า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่พบมักเป็นมะเร็งระยะลุกลาม การรักษาแพทย์จะพิจารณาถึงปัจจัยต่างๆ เช่น ขนาด ตำแหน่ง และลักษณะของเซลล์มะเร็ง ระยะโรคและการกระจายของมะเร็ง สุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย การผ่าตัด การส่องกล้องท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน เป็นทางเลือกในการรักษาปัจจุบัน ส่วนรังสีรักษา เคมีบำบัด ใช้ในกรณีที่ไม่สามารถผ่าตัดเอามะเร็งออกได้หมด หรือใช้ในการรักษาหลังผ่าตัดเพื่อเพิ่มโอกาสการหายขาด

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุ 75 ปี มาด้วยอาการมีไข้ เวียนศีรษะ ปวดท้อง ตัว-ตาเหลือง อ่อนเพลีย น้ำหนักลด 5 กิโลกรัมใน 1 เดือน แพทย์วินิจฉัย Cholangiocarcinoma ให้การรักษาโดยการส่องกล้องท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน ใส่ท่อระบายน้ำดีออกสู่ระบบทางเดินอาหาร เพื่อลดอาการปวด ปัญหาภาวะอุดกั้นน้ำดี และการติดเชื้อ ปัญหาทางการพยาบาลที่พบในผู้ป่วย มีดังนี้ ระยะก่อนทำหัตถการ มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย จากการอุดตันของท่อทางเดินน้ำดี เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ เนื่องจากโพแทสเซียมในเลือดต่ำ มีความวิตกกังวล ขาดความรู้เกี่ยวกับการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน และกลัวผลข้างเคียงของยาระงับความรู้สึก ระยะขณะทำหัตถการ เสี่ยงต่อการสำลัก มีโอกาสเกิดการทะลุระบบทางเดินอาหารส่วนต้น มีโอกาสเกิดเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ หรือความดันโลหิตสูง จาก Intra-abdomen pressure ระยะหลังทำหัตถการ ไม่สุขสบายเนื่องจากท้องอืด ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาและการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาล ก่อนตรวจ ขณะตรวจ และหลังการส่องกล้องตรวจ ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยฟื้นตัวได้ดี ปัญหาทั้งหมดได้รับการแก้ไข จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้อย่างปลอดภัยสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : มะเร็งท่อทางเดินน้ำดี , การส่องกล้องท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน

---

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานตรวจรักษาพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากข้อมูลสถิติมะเร็งที่พบบ่อยในประเทศไทยปี 2563 พบว่ามะเร็งตับและท่อน้ำดีในเพศชายพบมากเป็นอันดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 19.0 ของมะเร็งทุกประเภทที่พบในเพศชาย ส่วนเพศหญิงพบว่ามีอัตราการเกิดโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีมากเป็นอันดับ 3 คิดเป็นร้อยละ 5.3 ของมะเร็งทุกประเภท[1] ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma) ระยะแรกส่วนใหญ่จะไม่มีอาการ มักจะมาพบแพทย์เมื่อมีอาการในระยะท้ายๆ โดยส่วนใหญ่มักมาด้วยอาการตาเหลืองและอาการแน่นท้อง การรักษาโรคมะเร็งท่อน้ำดีขึ้นกับตำแหน่งและระยะของโรค แต่การรักษาหลักเป็นการผ่าตัด โดยที่การผ่าตัดเอาก้อนเนื้องอกออกได้หมดเป็นโอกาสเดียวที่จะรักษาให้หายขาดได้ ส่วนผู้ป่วยที่มะเร็งแพร่กระจายแล้วการรักษาโดยวิธีประคับประคองเป็นวิธีที่เหมาะสม[2] ในกรณีที่ไม่สามารถผ่าตัดเอาเนื้องอกออกได้ การส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อนใส่ท่อระบายน้ำดี (biliary stent) มีประสิทธิภาพเทียบเท่ากับการผ่าตัดระบายท่อน้ำดี (surgical bypass) ในการรักษาอาการคันและเหลืองของผู้ป่วย การใส่ท่อระบายน้ำดีโดยการส่องกล้องมีข้อดีคือมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าการผ่าตัดและลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล[3] ภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography: ERCP) ที่พบบ่อยได้แก่ มีเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร เกิดการทะลุของลำไส้ อาการปวดท้อง และติดเชื้อซึ่งจากการวิเคราะห์สาเหตุเกิดจากพยาธิสรีรภาพของโรคระบบทางเดินอาหาร ที่มีความยุ่งยากในการสอดใส่อุปกรณ์ ความรู้ความสามารถของพยาบาลผู้ช่วยผ่าตัดและส่งเครื่องมือ ที่ต้องวางแผนการจัดเตรียมเครื่องมืออย่างถูกต้องและพร้อมใช้งาน ขณะทำผ่าตัดพยาบาลส่งเครื่องมือต้องมีความรู้ด้านกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของระบบทางเดินอาหาร ขั้นตอนการผ่าตัดและการส่งเครื่องมือที่ถูกต้อง ป้องกันความผิดพลาดและความเสี่ยงที่จะเกิดกับผู้ป่วย[4]

จากความสำคัญดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการศึกษาปัญหาของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีที่ได้รับก่อนส่องกล้องท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน เพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลโดยดูแลผู้ป่วยก่อนส่องกล้อง ขณะส่องกล้อง และหลังส่องกล้องท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤต ลดโอกาสเสี่ยงในชีวิต และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้องท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีร่วมด้วยภาวะท่อทางเดินน้ำดีอุดตันด้วยการส่องกล้องตรวจรักษา

วิธีดำเนินการศึกษา

1. ศึกษาค้นคว้าเอกสารวิชาการ ตำรา งานวิจัย เกี่ยวกับโรคมะเร็งท่อทางเดินน้ำดี การรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อทางเดินน้ำดี ที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธีส่องกล้องตรวจรักษาท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน จากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อทางเดินน้ำดี

2. คัดเลือกกรณีศึกษาจากผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อทางเดินน้ำดี ที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธีส่องกล้องตรวจรักษาท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อนในช่วงเดือน กันยายน-พฤศจิกายน 2566 เลือกผู้ป่วยเฉพาะเจาะลง 1 ราย

3. รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน ประเมินปัญหา ความต้องการทางการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดจากทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเรม ในการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

4. นำกรณีศึกษามาวิเคราะห์ปัญหา ข้อมูลวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผล และสรุปอภิปรายผล

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป: ชายไทย อายุ 75 ปี รูปร่างผอม มีพฤติกรรมชอบรับประทานอาหารกะทิ อาหารหมักดอง เช่น ปลาร้า ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่

การวินิจฉัยโรค: มะเร็งท่อทางเดินน้ำดี (cholangiocarcinoma)

อาการสำคัญ: ปวดจุกแน่นท้อง ตัว-ตาเหลือง มีไข้ เวียนศีรษะ 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน: 1 เดือน ตัว-ตาเหลือง มีไข้เป็นๆหายๆ อ่อนเพลีย น้ำหนักลด 5 กิโลกรัมใน 1 เดือน 2 ชั่วโมง ปวดจุกแน่นท้อง ตัว-ตาเหลืองมากขึ้น มีไข้ เวียนศีรษะจึงมาโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต: ปฏิเสธโรคประจำตัว

การรักษาของแพทย์: รับไว้รักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย แผนการรักษาของแพทย์ ให้เจาะ Lab , CT Chest and Whole Abdomen , ให้ยาMeropenam 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง เข้ารับการส่องกล้องท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ:

ผล CA 19-9 พบ 12,300 ng/mL

ผล Liver Function Test พบ Globulin 4.6 g/dL Total Bilirubin 1.40 mg/dL SGOT 116 U/L SGPT 142 U/L Alkaline phosphatase 1,026 U/L

ผลตรวจ CT Chest and Whole Abdomen:

CHEST:

- Multiple non-calcified pulmonary nodules, up to 1.8 cm, suspected pulmonary metastases.
- Several mediastinal and bilateral hilar nodes, up to 1 cm in short axis.

WHOLE ABDOMEN:

- Few ill-defined enhancing hypodense lesions (up to 4 cm in greatest dimension) in left hepatic lobe with associated left IHD dilatation and suspected left portal vein invasion. Findings are suspected cholangiocarcinoma.
- Focal wall thickening at proximal CBD with mild dilatation of right IHD and the rest of left IHD, suspected tumor involvement.
- Dilated distal CBD with several CBD stones (up to 1 cm).

ERCP procedure ผลการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน:

Cholangiogram: Seen Stricture Hilar about length 2-3 cm and CBD Stone size 0.8cm

Therap : Ampulla canulated was done, EST, cholangiogram , trapezoid lithotripsy , balloon extraction, insert CBD uncover metallic stent 10Fr 8cm and plastic stent 10Fr 10cm.

การประเมินและการเตรียมผู้ป่วยก่อนส่องกล้อง

ก่อนส่องกล้อง แรกรับที่ห้องส่องกล้องผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย ตัวตาเหลือง หายใจไม่เหนื่อยปวดท้องแน่นท้องเล็กน้อย ให้งดน้ำอาหารหลังเที่ยงคืนวันก่อนตรวจ ประเมินความพร้อม ซักประวัติ ก่อนส่องกล้องอีกรอบผู้ป่วยเข้าใจและเตรียมตัวได้ถูกต้อง ผลเลือด PT PTT INR ปกติ อธิบายขั้นตอนการส่องกล้องขณะตรวจและหลังตรวจให้ญาติได้รับทราบได้คลายกังวลขณะรอตรวจ

1. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะก่อน ส่องกล้องท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1

มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย เนื่องจากมีการอักเสบระบบทางเดินน้ำดี จากการอุดตันของท่อทางเดินน้ำดี

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีไข้ อุณหภูมิกาย 38.5 องศาเซลเซียส ตัวร้อน ซึม อ่อนเพลีย ปวดท้อง ทานอาหารได้น้อย
2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
   - CBC: WBC 10,720 /ul, Neutrophil 64 %, Lymphocyte 26 %, Eosinophil 4 %, Monocyte 6 %, Basophils 0 %

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

ไม่มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. อุณหภูมิร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส
2. ผลกาตรวจทางห้องปฏิบัติการ
   - CBC: WBC 5,000-10,000cell/ul, Neutrophil 40-75 %, Lymphocyte 20-50%, Eosinophil 1-6%, Monocyte 2-10%, Basophils0-1%
3. ผลการเพาะเชื้อในกระแสเลือด ไม่พบเชื้อ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและเฝ้าระวังอาการที่บ่งชี้ว่า มีไข้ มีชีพจรเต้นเร็ว หากตรวจพบว่า มีความผิดปกติวัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง
2. เช็ดตัวลดไข้ระบายความร้อน
3. จัดสภาพแวดล้อมและเปิดพัดลมระบายอากาศ ให้ถ่ายเทความร้อนภายในพักห้องออก
4. งดน้ำงดอาหาร ให้ พาราเซตามอล 300 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อทุก 4-6 ชั่วโมง ตามความเหมาะสม
5. ลดปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดภาวะการติดเชื้อเพิ่ม ใช้เทคนิคในการพยาบาลอย่างมีมาตรฐาน เช่น ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย
6. ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ CBC LFT

7. ดูแลให้สารน้ำและยาปฏิชีวนะ Meropenem 1 กรัมให้ทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมงตามแผนการรักษาของแพทย์พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่ผู้ป่วยได้รับ

8. ดูแลให้ผู้ป่วยแปรงฟัน และบ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปาก เพื่อป้องกันการติดเชื้อของช่องปากและทางเดินหายใจส่วนต้น

9. ดูแลให้ได้พักผ่อนโดยการจัดสภาพแวดล้อมตัวผู้ป่วยให้สะอาด เช่น เตียงที่นอนผ้าปูเตียงปลอกหมอนรวมทั้งดูแลของใช้ให้สะอาดและมีเท่าที่จำเป็น ให้เงียบสงบ หลีกเลี่ยงการทำเสียงดัง ดูแลเรื่องการให้ญาติเข้าเยี่ยมตามความเหมาะสม

ประเมินผล

หลังจากการทำหัตถการ ผู้ป่วยอาการไข้ลดลง อุณหภูมิ 36.9 -37.4 องศาเซลเซียส อยู่ในเกณฑ์ปกติ มีสัญญาณชีพปกติ ประเมินออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยปวดท้องทุเลาลง ระดับความปวดลดลงเหลือ 2 คะแนน ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2

มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

1. โพแทสเซียมในเลือด 2.9 mEq/L
2. อ่อนเพลีย อ่อนแรง

วัตถุประสงค์

ได้รับสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการของภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ เช่น ซึม สับสน กล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นต้น
2. ระดับโพแทสเซียมในเลือดไม่ต่ำกว่า 3.5 mEq/L
3. คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG show NSR) ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการของการเกิดภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ (Hypokalemia) อย่างใกล้ชิดเช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง

2. ติดตามดู EKG ถ้าพบ QT interval ยาว T wave เตี้ย และมี U wave ต้องรีบรายงานแพทย์ทันที เพื่อป้องกันการเกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะ

3. ดูแลให้ NSS 1000 มิลลิลิตร ผสม KCl 40 mEq/L ทางหลอดเลือดดำ อัตรา 80 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ตามแผนการรักษา ต้องระวังไม่ให้ในอัตราที่เร็วเกินกว่าที่กำหนด เพราะจะทำให้หัวใจหยุดเต้นได้

4. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ที่ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำที่มีโพแทสเซียมผสมอยู่

5.หลังส่องกล้อง เมื่อแพทย์อนุญาตให้รับประทานอาหารได้ กระตุ้นให้รับประทานอาหารที่มีโพแทสเซียมสูง เช่น น้ำผลไม้ กล้วย ส้ม ถั่ว ปลา

6. ติดตามประเมินโพแทสเซียมในเลือดอย่างสม่ำเสมอ[5]

ประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีแขนขามีแรง เกรด5 ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ชีพร 70-90 ครั้ง/นาที หัวใจเต้นสม่ำเสมอ ไม่มีอาการใจสั่น เจ็บบีบอัดหน้าอก ไม่พบความผิดปกติของEKG show NSRโพแทสเซียมในเลือด3.7 mEq/L

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3

มีความวิตกกังวล เกี่ยวกับการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน และกลัวผลข้างเคียงของยาระงับความรู้สึก

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่า ไม่อยากส่องกล้อง ไม่รู้ว่าจะต้องทำอย่างไรบ้าง กลัวไม่ฟื้น
2. ผู้ป่วยและญาติมีแสดงสีหน้าท่าทางวิตกกังวล ขมวดคิ้วตลอดเวลา พยายามซักถามข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน พูด ช้าๆซ้ำๆ เกี่ยวผลการตรวจรักษา

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

มีความวิตกกังวลลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยยินดี ให้ความร่วมมือและยินยอมรับการทำหัตถการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน
2. ผู้ป่วยและญาติมีหน้าตายิ้มแย้ม แจ่มใส
3. ความวิตกกังวล ลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ โดยใช้คำพูดที่สุภาพ น้ำเสียงอ่อนโยน
2. ประเมินความวิตกกังวลและความรู้ความเข้าใจต่อการปฏิบัติตัวก่อน ระหว่างและหลังทำส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน
3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาระงับความรู้สึกแผนการรักษาและการปฏิบัติตัวก่อน ระหว่างและหลังทำส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน ให้ผู้ป่วยเข้าใจตามความเหมาะสม
4. เปิดโอกาสให้ซักถามในสิ่งที่สงสัย ระบายความรู้สึก
5. ให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับผู้ป่วยอื่นที่มีประสบการณ์ในการผ่าตัด
6. กระตุ้นให้ญาติมีส่วนร่วมในการให้กำลังใจผู้ป่วยพร้อมทั้งดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติตัว
7. รายงานแพทย์ในกรณีที่ผู้ป่วยวิตกกังวลเพิ่มขึ้นหรือมีความจำเป็นต้องใช้ยาคลายกังวลเพิ่มเติม[6]

ประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล หน้าตายิ้มแย้มแจ่มใสมากขึ้น ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน-ระหว่างและหลังทำการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน ได้อย่างถูกต้อง ให้ความร่วมมือและยินยอมรับการทำหัตถการการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน

การประเมินผู้ป่วยขณะส่องกล้องท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน

ขณะส่องกล้องผู้ป่วยจะนอนตะแคงซ้ายกึ่งคว่ำฉีดยาให้หลับด้วย valium10mg เข้าทางหลอดเลือดดำพ่นยาชาที่คอ ชาในลำคอแล้วเริ่มทำการส่องกล้อง ผู้ป่วยจะมีอาการง่วงซึม ไอขับเสมหะออกไม่ได้และ

เนื่องจากขั้นตอนการส่องตรวจต้องใช้ลมเปิดดูระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิด Intra-abdomen pressure รวมทั้งProne position ท่ามาตราฐานที่ใช้ในการทำ จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบการหายใจ การได้รับบาดเจ็บและอื่นๆ

2. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลขณะส่องกล้องท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4

เสี่ยงต่อการสำลักเนื่องจากประสิทธิภาพการไอขับเสมหะลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

1. หัตถการส่องกล้องท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อนต้องใส่กล้อง Duodenoscope ผ่านลำคอเข้าระบบทางเดินอาหาร

2.พ่นยาชาทำให้กลืนลำบาก มีเสมหะ น้ำลายจำนวนมากในปาก ลำคอ ขณะได้รับการทำหัตถการ

3. ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึก ด้วย valium 10 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

ไม่เกิดภาวะสำลัก ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ทางเดินหายใจโล่ง ไม่มีเสมหะ ลักษณะการหายใจปกติ ไม่มีอาการไอ หายใจเร็ว หายใจลำบาก
2. ไม่เกิดอาการขาดออกซิเจน(Hypoxia) คือ ริมฝีปากม่วง ปลาบมือปลายเท้าเย็น เขียวคล้ำ
3. มีสัญญาณชีพปกติ ได้แก่ อัตราการหายใจ16-24 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 60-100 ครั้ง/นาที ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95-100 เปอร์เซ็นต์
3. ฟังปอดทั้ง 2 ข้าง ได้ยินเสียงหายใจปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบให้งดน้ำและอาหาร 6-8 ชม.ก่อนทำหัตถการส่องกล้องท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน ป้องกันภาวะสำลัก

2. ฟังเสียงการหายใจและเสียงปอดผ่าน stethoscope ประเมินปริมาณเสหะมากน้อยเพียงใด

3. ดูแลให้ได้รับ O_2 cannula 5 ลิตร/นาที ตามแผนการรักษา

4. ดูดระบายเสมหะ น้ำลาย ขณะส่องกล้องท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน เพื่อทางเดินหายใจเปิดโล่ง

5. วัดสัญญาณชีพผู้ป่วย ได้แก่ ลักษณะการหายใจ อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ขณะทำการส่องตรวจทุก 5-15 นาที

6. หลังทำหัตถการส่องกล้องท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน เคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปสู่เปลนอน จัดท่านอนตะแคง/หงาย ศีรษะสูง30-45องศา ตามความเหมาะสม ในห้องฟักฟื้น Recovery room 2 ชั่วโมง

7. สาธิตให้หายใจเข้า-ออกลึกๆ (Deep breathing)และไออย่างมีประสิทธิภาพ(Effective cough)

8. ดูแลให้ได้พักผ่อนโดยการจัดสภาพแวดล้อมให้เงียบสงบ ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อลดการใช้พลังงานและออกซิเจนของผู้ป่วย[7]

ประเมินผล

ผู้ป่วยได้รับการดูดเสมหะ เป็นครั้งคราว ไม่มีการสำลักเสมหะ น้ำลาย มีสัญญาณชีพปกติ อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ชีพจร 70-90 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 135/82 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดอยู่ระหว่าง 97-100% เสียงหายใจปกติ ไม่มีอาการหายใจเร็ว หายใจลำบาก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5

มีโอกาสเกิดภาวะช็อกจากเสียเลือด เนื่องจากการทะลุของทางเดินอาหารส่วนต้น (Perforation)จากการส่องกล้อง

ข้อมูลสนับสนุน

ขั้นตอนการส่องกล้องทำหัตถการ ERCP , การตัดรูเปิดหูรูดท่อน้ำดี (Endoscopic Sphincterotomy) ร่วมกับการใส่ขดลวดนำทาง (Canulation and adjust instrument)

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

ไม่เกิดการภาวะช็อก

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพปกติ ได้แก่ อัตราการหายใจ16-24 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 60-100 ครั้ง/นาที ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95-100 เปอร์เซ็นต์

2. ไม่มีอาการปวดท้อง แน่นท้อง แข็งตึง (Acute Abdominal pain and Guarding and Tenderness)

3. ไม่มีอาการปวดร้าวไปที่ไหล่ (Acute Shoulder pain) และไม่ปวดหลัง (Acute black pain)

4. ไม่มีอาการ-15กระสับกระส่าย

กิจกรรมการพยาบาล

1. พยาบาลช่วยเหลือแพทย์ทำหัตการห้ามเลือดด้วยอุปกรณ์ หนีบห้ามเลือด การฉีดยาการจี้ห้ามเลือด ตามแผนการรรักษาและกระบวนการพยาบาล

2. ประสานหอผู้ป่วย G/M เตรียมเลือดไว้ ก่อนทำหัตถการส่องกล้องท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อนกรณีฉุกเฉิน ตามแผนการรักษาแพทย์

3. สังเกตตวามผิดปกติลักษณะหน้าท้อง (Sign abdominal) ปวดท้อง แน่นท้อง ท้องแข็งตึง เฝ้าระวังและสังเกตอาการกระสับกระส่าย หัวใจเต้นเร็ว หายใจลำบาก หายใจกระแทก หายใจช้า เหนื่อยของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

4. สังเกตุการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพผู้ป่วย ได้แก่ ลักษณะการหายใจ อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ขณะทำการส่องตรวจทุก 5 -15นาที

5. กระตุ้นให้ผู้ป่วย เรอ ผายลม จัดท่านอนให้สุขสบาย

6. เตรียมอุปกรณ์ห้ามเลือด Hemo clip/Emergency clip/adrenaline1:10,000 /Ovesco clip placement พร้อมใช้ กรณี แพทย์ปรับเปลี่ยนการรักษา

7. Film abdominal stat by Fluoroscope/ตามทีม Film abdominal supine at ward ตามแผนการรักษาแพทย์

8. กรณีฉุกเฉิน ตรวจพบอาการผิดปกติ เตรียมผู้ป่วยให้พร้อมสำหรับการผ่าตัด ได้แก่ การให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติ การงดน้ำและอาหาร การลงนามยินยอมผ่าตัด เตรียมความพร้อมของเลือด ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลเอกซเรย์

9. ให้ได้รับสารน้ำ0.9%NSS 1000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตรา 120 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ยาแก้ปวด ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์

ประเมินผล

ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ชีพจร 90 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 135/82 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดอยู่ระหว่าง 97-100% ไม่มีการทะลุบริเวณหลอดอาหาร ไม่มีการทะลุบริเวณกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น (Gastric and duodenum 2nd portion perforation) ไม่มีหัวใจเต้นเร็ว (Trachycardia and Cardiac arrythmia) ไม่มีหายใจลำบาก (Dyspnea) ไม่มี Cyanosis ไม่มีอาการปวดท้อง แน่นท้อง แข็งตึง (Acute Abdominal pain and Guarding and Tenderness) ไม่มีอาการกระสับกระส่าย ปลอดภัย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6

มีโอกาสเกิดเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร

ข้อมูลสนับสนุน

ขั้นตอนการส่องกล้องทำหัตถการส่องกล้องท่อทางเดินน้ำดี การทำการตัดรูเปิดท่อน้ำดี (Endoscopic Sphincterotomy) ร่วมกับการใส่ลวดนำทาง(Canulation and adjust instrument) ผลเลือด การใส่ท่อระบายน้ำดีชนิดโลหะ

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

ไม่เกิดภาวะเลือดออกหลังทำหัตถการส่องกล้องท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน(ERCP)

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการที่บอกถึงภาวะเลือดออกทางเดินอาหาร เช่น อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายเป็นเลือด ซีด
2. ค่าความเข้มข้นของเลือดปกติ Hemoglobin 13.5-17.5 gm% Hematocrit 40-52 %
3. ไม่มีอาการปวดท้อง แน่นท้อง แข็งตึง(Acute Abdominal pain and Guarding and Tenderness)
4. ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพปกติ ได้แก่ อัตราการหายใจ16-24 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 60-100 ครั้ง/นาที ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95-100 เปอร์เซ็นต์

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบความพร้อมก่อนทำหัตถการ ผลตรวจทางหองปฏิบัติการ CBC, Coagulation ป้องกันภาวะเลือดหยุดยาก

2.วัดสัญญาณชีพผู้ป่วย ได้แก่ ลักษณะการหายใจ อัตราการหายใจ อัตราการ

เต้นของหัวใจ ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ขณะทำการส่องตรวจทุก 5-15 นาที

3. เฝ้าระวัง สังเกต ร่องรอยเลือดออกขณะทำและหลังทำการส่องกล้อง ร่วมกับแพทย์

4. เตรียมAdrenaline1:10,000 /Emergency clip พร้อมใช้ กรณีแพทย์ส่องกล้องใช้ห้ามเลือด

5. สังเกตอาการ ซึ่งอาจบ่งชี้ถึงภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร เช่น เหงื่อออก ตัวเย็น ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำลง ปลายมือปลายเท้าเย็น เป็นต้น

6. สังเกตลักษณะสี และปริมาณของเลือดที่ปนออกมากับน้ำลาย

7. หลังทำส่องกล้องท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน สังเกตความผิดปกติ ลักษณะหน้าท้อง อาการปวดท้อง แน่นท้อง ท้องแข็งตึง ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดออกภายในร่างกาย เช่น อาเจียนเป็นเลือด ถ่าย melena

8. ให้ผู้ป่วยงดน้ำ งดอาหารทุกชนิดทางปาก12-24 ชั่วโมง. ลดการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ ซึ่งถ้ามีการทำงานของกระเพาะอาหาร และลำไส้มากขึ้น อาจทำให้เลือดออกมากขึ้นได้

9. ให้ได้รับ 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำอัตรา 100 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อเพิ่มปริมาณสารน้ำในระบบไหลเวียนโลหิต

10. ให้ยา Omeprazole 40 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อลดการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร ซึ่งการที่ร่างกายหลั่งกรดมากอาจทำให้เกิดแผลและมีเลือดออกมากขึ้นได้

11. ให้ได้รับยา Vitamin K 10 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ

12. ติดตามผลการตรวจความเข้มข้นของเลือดทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินการสูญเสียเลือดและวางแผนให้การรักษาต่อไป และรายงานอาการของผู้ป่วยให้แพทย์ทราบในทันที เมื่อพบความผิดปกติ[4]

ประเมินผล

ขณะทำและหลังหัตถการไม่มีภาวะ active bleeding ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพ อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ชีพจร 70-90 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/84-135/82 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดอยู่ระหว่าง 97-100% ไม่มีภาวะอาเจียนเป็นเลือดหรือถ่ายเป็นเลือด ความเข้มข้นของเลือดคงเดิม ไม่มีภาวะแทรกซ้อนปลอดภัย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7

เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypertension จาก Intra-abdomen pressure ของขั้นตอนการส่องกล้องท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ความดันโลหิต 183/105 มิลลิเมตรปรอท

2. การเป่าลมเข้าทางเดินอาหารให้เปิดเพื่อทำหัตถการ

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

ระดับความดันโลหิตปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการ Hypertension เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว คลื่นไส้อาเจียน เห็นภาพซ้อน

2. ความดันโลหิตปกติ 90-130/60-90 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. วัดสัญญาณชีพ ก่อนทำการส่องตรวจ หากมีความผิดปกติรายงานแพทย์ทราบ

2. ให้ยาระงับความรู้สึกด้วย valium10 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ก่อนเริ่มทำหัตถการ, ให้ยา morphine 3 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ บรรเทาอาการปวด ตามแผนการรักษา

3. วัดการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพผู้ป่วย ได้แก่ ลักษณะการหายใจ อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ขณะทำการส่องตรวจทุก 5-15 นาทีและหลังทำการส่องตรวจในห้องฟักฟื้น Recovery room ทุก 15 นาที 4ครั้ง , ทุก 30 นาที 2ครั้ง, ทุก 1 ชั่วโมง 1ครั้ง จนสัญญาณชีพคงที่[7]

4. สังเกตอาการของการเกิดภาวะ Hypertension ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว คลื่นไส้อาเจียน เห็นภาพซ้อน เครียด ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรง

5. แนะนำผู้ป่วยให้ระมัดระวังเมื่อเปลี่ยนท่าทางอย่างรวเร็ว อาจทำให้ความดันเปลี่ยนแปลงได้และเกิดอุบัติเหตุได้[4]

6. บันทึกระดับน้ำเข้าและน้ำออกจากร่างกาย

ประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หลังทำหัตถการ ไม่มีอาการ (Hypotension) เช่น วิงเวียนเวียนศีรษะ เป็นลม ซึมสับสน หายใจช้าลง แขนขาอ่อนแรง ไม่มีอาการ(Hypertension) เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว คลื่นไส้อาเจียน เห็นภาพซ้อน มีสัญญาณชีพ อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ชีพจร 70-90 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/84-135/82 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดอยู่ระหว่าง 97-100% ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ปลอดภัย

การประเมินผู้ป่วยระยะหลังส่องกล้องท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน

หลังทำหัตถการส่องกล้องท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน ผู้ป่วยรู้สึกตัว ถาม-ตอบรู้เรื่อง อ่อนเพลียเล็กน้อย มีสัญญาณชีพ ชีพจร 82 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 115/79 มิลลิเมตรปรอท ให้ออกซิเจน canular 3 LPM ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 % ท้องอืด กดนิ่ม ลำไส้เคลื่อนไหวดี 8-10 ครั้ง/นาที เฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด 1 ชั่วโมง ก่อนส่งกลับหอผู้ป่วย แจ้งผลและอาการให้ญาติและวางแผนการรักษาร่วมกับแพทย์

3. การพยาบาลระยะหลังส่องกล้องท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8

ไม่สุขสบายเนื่องจากท้องอืด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบ่นแน่นท้อง ปวดท้อง

2. ผู้ป่วยได้รับการส่องกล้องERCP จากขั้นตอนส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน(ERCP) ต้องเป่าลมขยายระบบทางเดินอาหาร

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

อาการท้องอืดลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้ายิ้มแย้ม แจ่มใส ไม่บ่นแน่นอึดอัดท้อง
2. ลำไส้เคลื่อนไหวปกติ Bowel sound 6-10 ครั้ง/นาที
3. ท้องไม่อืด ท้องกดนิ่ม ผู้ป่วยผายลมได้ดี

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความปวดแน่นท้อง โดยใช้แบบประเมินความปวดแบบตัวเลข (numeric rating scale) รวมทั้งสังเกตความปวดจากสีหน้าและท่าทางของผู้ป่วย

2. ประเมินความรุนแรงของอาการท้องอืดโดยการสังเกต ตรวจร่างกายจากการดู ฟังเสียง bowel sound

3. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบสาเหตุของอาการท้องอืดและปวดแน่นท้องซึ่งเกิดจากลมที่แพทย์ใส่เข้าไปขณะส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) และอาการจะหายไปได้เองเมื่อผู้ป่วยเรอหรือผายลม

4. อธิบายให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์ของการเคลื่อนไหวร่างกาย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยมี early ambulation ให้พลิกตะแคงตัวบ่อยๆ ลุกนั่ง ลุกเดินเข้าห้องน้ำ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวของลำไส้และขับแก๊สออก และแนะนำให้ผู้ป่วยนอนในท่าศีรษะสูง 45-60 องศา จะช่วยให้สุขสบายขึ้น[5]

5. ดูแลให้ผู้ป่วยเริ่มให้จิบน้ำ เมื่อเริ่มจิบได้ดี ต่อไปให้รับประทานเป็นอาหารอ่อนย่อยง่ายตามลำดับ แนะนำให้หลีกเลี่ยงอาหารที่ย่อยยากและทำให้มีก๊าซมาก เช่น อาหารมัน อาหารประเภทถั่ว น้ำอัดลมเป็นต้น

6. ประเมิน สังเกต สอบถามผู้ป่วยว่าสามารถเรอหรือการผายลมได้หรือไม่ซึ่งเป็นอากรที่แสดงถึงมีการเคลื่อนไหวของลำไส้

7. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ [4] เพื่อให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อน

ประเมินผล

ผู้ป่วยผายลมได้ ท้องกดนิ่ม ท้องไม่อืดโต อาการแน่นท้องบรรเทาลง ผู้ป่วยนอนพักหลับได้ Bowel sound ปกติ

การสรุปและอภิปรายกรณีศึกษา

สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทยอายุ 75 ปี สถานภาพ สมรส นับถือศาสนา พุทธ ปัจจุบันประกอบอาชีพเกษตรกร จากการซักประวัติพบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมชอบรับประทานอาหารกะทิ และอาหารหมักดองเช่น ปลาร้า ผู้ป่วยมาด้วยอาการ 1 เดือน มีไข้เป็นๆหายๆ อ่อนเพลีย น้ำหนักลด 5 kg/1เดือน 2 ชั่วโมง มีไข้ เวียนศีรษะจึงมารพ. จากผล lab พบ Alkaline phosphatase ผิดปกติ พบ 1,026 U/L แพทย์จึงส่งทำ CT Chest and Whole Abdomen

- Few ill-defined enhancing hypodense lesions (up to 4 cm in greatest dimension) in left hepatic lobe with associated left IHD dilatation and suspected left portal vein invasion. Findings are suspected cholangiocarcinoma.
- Focal wall thickening at proximal CBD with mild dilatation of right IHD and the rest of left IHD, suspected tumor involvement.
- Dilated distal CBD with several CBD stones (up to 1 cm). หลังทราบผล CT แพทย์วางแผนการรักษากับผู้ป่วยงดน้ำอาหารหลังเที่ยงคืนเตรียมตัวส่องกล้องท่อทางเดินน้ำดี (ERCP)

ผลการทำ ERCP : Stricture Hilar and CBD Stone. On uncover metallic stent 10 Fr 8 cm and plastic stent 10 Fr 10 cm. หลังทำ ERCP ผู้ป่วยstep diet ได้ ไม่มีอาการท้องอืด ไม่ปวดท้อง ผล LFT ยังผิดปกติอยู่เนื่องจากพยาธิสภาพของโรค ให้ยา Antibiotic ครบ 14 วัน ไม่มีไข้ แพทย์อนุญาติกลับบ้าน นัดเข้าคลินิกมะเร็งและคลินิกประคับประคองเป็นOPD Case หลังจำหน่าย

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยอาการไข้ อ่อนเพลีย น้ำหนักลด แพทย์ทำ CT ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งท่อน้ำดี ให้การรักษาด้วยการส่องตรวจท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน ทำให้ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเป็นอย่างมาก จากการพูดคุยผู้ป่วยไม่เข้าใจและสีหน้าวิตกกังวล ซักถามบ่อยครั้งเกี่ยวกับการตรวจ ERCP แต่หน่วยงานขาดคู่มือแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการตรวจ ERCP เพื่อประกอบคำอธิบายที่จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลส่องกล้องทางเดินอาหาร ให้ความรู้วิธีการเตรียมผู้ป่วยก่อนทำการส่องกล้องท่อทางเดินน้ำดี (ERCP)และหลังการตรวจท่อทางเดินน้ำดี(ERCP)แก่พยาบาลหอผู้ป่วยที่ดูแลคนไข้เพื่ออธิบายขั้นตอนการเตรียมตัวก่อนส่องตรวจ และสังเกตภาวะแทรกซ้อนหลังทำหัตถการได้เมื่อผู้ป่วยได้รับความรู้เบื้องต้นก่อนจะมาส่องกล้องจะทำให้ผู้ป่วยและญาติคลายความกังวล จัดทำคู่มือการปฏิบัติตัวก่อนและหลังส่องตรวจ ERCP เพื่อประกอบกับการอธิบาย ให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. ชุติมา วัชรกุล, กังสดาล สุวรรณรงค์, รัตนาภรณ์ ยศศรี, สุมาลี จันทลักษณ์. ผลการดำเนินงานจัดการเรียนการสอนหน่วยการเรียนรู้ เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีตามมาตรการส่งเสริมการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับประถมศึกษา เขตสุขภาพที่ 7. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่9 จังหวัดนครราชสีมา. 2565;29(1):80-94.
2. ศรัญญา ประทัยเทพ, ปริญญา ชำนาญ. มะเร็งท่อน้ำดี. สรรพสิทธิเวชสาร. 2554;32(1-3):53-62
3. อาคม ชัยวีระวัฒนะ, เสาววคนธ์ ศุกรโยธิน, อนันต์ กรลักษณ์, ธีรวุฒิ คูหะเปรมะ. แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี. 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2554.
4. กนกอร ตางจงราช. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน พ.ศ.2565 :กรณีศึกษา2รายเปรียบเทียบกัน. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2565;7(3):102-115.
5. รศ.ปราณี ทู้ไพเราะ. คู่มือข้อวินิจฉัยการพยาบาล. 1. กรุงเทพมหานคร: N P Press Limited Partnershop; 2566.
6. วาทินี เธียรสุคนธ์, นิษา เรืองกิจอุดม. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งตับอ่อนที่มารับการตรวจส่องกล้องและตัดชิ้นเนื้อด้วยกล้องอัลตร้าซาวด์(EUS-FNA). งานการพยาบาลผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล;2557.
7. ศลิษา สุภชัยพานิชพงศ์. คู่มือปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน. ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์;2561.
8. ปราณี ทู้ไพเราะ.คู่มือวินิจฉัยการพยาบาล.กรุงเทพฯ:N P Press Limited Partrnership;2566.
9. ชมรมพยาบาลตรวจรักษาพิเศษแห่งประเทศไทย.มาตราฐานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ.นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก;2559.หน้า68
10. รุ่งฤดี ชัยธีรกิจ. มะเร็งตับและท่อน้ำดี. 1. รุ่งฤดี ชัยธีรกิจ, สาขาวิชาโรคทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด; 2561