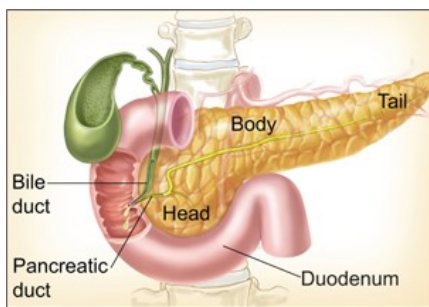


การพยาบาลผู้ใหญ่ที่มีความผิดปกติของตับอ่อน

ตับอ่อนอยู่ในช่องท้องหลังกระเพาะอาหาร แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ หัว (head) ตัว (body) และหาง (tail) แสดงดังรูป ตับอ่อนทำหน้าที่สร้างน้ำย่อยและขับน้ำย่อยประมาณ 1-2 ลิตรต่อวัน มีการควบคุมโดยระบบประสาทและฮอร์โมน หลังเอนไซม์อะไมเลส (amylase) ช่วยในการย่อยแป้ง เอนไซม์ทริปซิน (trypsin) และไคโมทริปซิน (chymotrypsin) ย่อยโปรตีน และไลเปส (lipase) ย่อยไขมัน ถ้าขาดน้ำย่อยจากตับอ่อน อาหารจะไม่ย่อย มีอาการท้องเสีย อุจจาระเหลวและมีไขมันปน นอกจากนี้ตับอ่อนยังเป็นตัวต่อมไร้ท่อสร้างฮอร์โมนอินซูลิน กลูคากอนและเกสตริน ทำหน้าที่ในการควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือด (อ้างอิง) ความผิดปกติของตับอ่อนที่พบได้บ่อย ได้แก่ ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน ตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง และมะเร็งตับอ่อน พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินความรุนแรงของโรค ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ให้การดูแลเพื่อประคับประคองอาการร่วมกับทีมวิชาชีพในการรักษาเพื่อแก้ไขความผิดปกติของตับอ่อน และให้คำแนะนำผู้ป่วยในการดูแลตนเองป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค



รูปแสดง ส่วนประกอบของตับอ่อน

จาก https://www.siamhealth.net/public_html/Disease/GI/pancreatitis.html

ความผิดปกติของตับอ่อนต้องรับการรักษาทางศัลยกรรมที่พบบ่อย (Black & Hawks, 2010; Hinkle & Cheever, 2018) คือ ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน ตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง มะเร็งตับอ่อน และการรักษา ดังนี้

1. ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน (acute pancreatitis)

ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน มีสาเหตุจากการตีบสุรา นิ่วในทางเดินน้ำดี การบาดเจ็บของช่องท้อง การติดเชื้อไวรัสบางชนิด ยาบางชนิดมีผลทำให้ตับอ่อนอักเสบ และปัจจัยการเผาผลาญ เช่น ต่อมไทรอยด์ทำงานมากผิดปกติ กลไกการอักเสบของตับอ่อนเกิดจากน้ำย่อยหลังออกมาย่อยตัวเอง (autodigestion) ทำให้เกิดการอักเสบ บวมและย่อยตัวเอง เกิดเนื้อตายของเนื้อเยื่อตับอ่อน (pancreatic necrosis) มักเกิดหลังตับอ่อนอักเสบประมาณ 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยอาจมีอาการของโรคที่รุนแรงเล็กน้อยสามารถหายเองได้ หรือบางรายอาจมีความรุนแรงมาก จากกระบวนการอักเสบของตับอ่อนทำให้มีการสูญเสียน้ำออกจากหลอดเลือด และเกิดภาวะ hypovolemic shock ตามมา และยังอาจมีน้ำย่อย (lipase) ไปตามกระแสเลือดทำให้มีพยาธิสภาพที่ปอดและเยื่อหุ้มหัวใจ การติดเชื้อบริเวณเกิดเนื้อตายของเนื้อเยื่อตับอ่อนทำให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด และปฏิกิริยาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย (systemic inflammatory response syndrome):

SIRS) และการทำงานของอวัยวะล้มเหลวหลายระบบและเสียชีวิต และยังพบตับอ่อนอักเสบชนิดตกเลือดจากการตายของตับอ่อนและหลอดเลือดถูกทำลาย (อุซาวดี อัครวิเศษ, 2555; ชัยพิชิต พุทธาพิทักษ์พงศ์, 2559) การรักษาตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน (อุซาวดี อัครวิเศษ, 2555; ชัยพิชิต พุทธาพิทักษ์พงศ์, 2559; Black & Hawks, 2010) ได้แก่

- การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเพื่อแก้ไขภาวะขาดน้ำหรือภาวะช็อกจากการขาดน้ำ และการให้เกลือแร่ทดแทน
- งดน้ำและอาหารทางปากและใส่สายยางให้อาหารเพื่อระบายน้ำย่อยออกจากกระเพาะอาหารและลดการหลั่งน้ำย่อยมากระตุ้นตับอ่อน เพื่อลดอาการปวดท้อง
- การให้อาหาร ในช่วงแรกผู้ป่วยอาจได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำ (Total parenteral nutrition: TPN) หรือให้สารอาหารทางสายยางให้อาหารลงสู่ลำไส้เล็ก (Nasojunostomy feeding)
- ให้อาบน้ำอุ่นหลังน้ำย่อย และการหลังกรดเพื่อป้องกันเลือดออกในกระเพาะอาหาร
- ให้อาแก้ปวด
- กรณีผู้ป่วยมีฝีที่ตับอ่อนให้เจาะออก (fine needle aspiration)
- การให้ protease inhibitor เพื่อไปยับยั้งน้ำย่อยของตับอ่อน ทำให้การกระตุ้น การทำลายเนื้อตับอ่อนโดยน้ำย่อยของตับอ่อนเองและ cytokine ต่างๆ ลดลง
- การให้ยาปฏิชีวนะเพื่อรักษาการติดเชื้อบริเวณเนื้อตายของตับอ่อน
- การทำ endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) ในผู้ป่วยโรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันจากนิ่วในท่อน้ำดีเพื่อเอาน้ำดีออก
- การผ่าตัดถุงน้ำดีในผู้ป่วยโรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันที่เกิดจากนิ่วในท่อน้ำดี

2. ตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง (chronic pancreatitis)

ตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง เป็นการอักเสบและถูกทำลายของตับอ่อนอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดแผลเป็นมีพังผืด (fibrosis) อาจเกิดแคลเซียมภายในตับอ่อนทำให้เกิดการตีบตันและสูญเสียการทำหน้าที่แบบไม่กลับเป็นปกติทั้งการทำหน้าที่ของต่อมมีท่อคือการหลั่งน้ำย่อยเพื่อย่อยไขมัน และการทำหน้าที่ต่อมไร้ท่อคือการเกิดโรคเบาหวานตามมาได้ (Black & Hawks, 2010) การรักษาตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง (อุซาวดี อัครวิเศษ, 2555; Black & Hawks, 2010) ได้แก่

- งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
- ให้อาแก้ปวดทั้งที่เป็นยาแก้ปวดที่ไม่เสพติด (non-opioid analgesic) หรือยาแก้ปวดชนิดเสพติดในรายที่มีอาการปวดรุนแรง
- ให้อาหารที่มีไขมันต่ำ
- ให้อาหารเสริมตับอ่อนเสริมเพื่อกระตุ้นไลเปส

- ให้อายับยั้งการหลั่งน้ำย่อย และการหลั่งกรดเพื่อป้องกันเลือดออกในกระเพาะอาหาร
- การให้ฮอร์โมนอินซูลิน

3. มะเร็งตับอ่อน (pancreatic cancer)

มะเร็งตับอ่อน พบมากในตำแหน่งหัวของตับอ่อน (head of pancreases) ในบริเวณรูเปิดน้ำดีสู่ลำไส้เล็ก (ampulla of vater) หรือบริเวณใกล้เคียง เช่น มะเร็งส่วนปลายท่อน้ำดีรวม มะเร็งลำไส้เล็กส่วนต้น ระยะของโรคมะเร็งตับอ่อนแบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 ก้อนมะเร็งลุกลามอยู่ในตับอ่อนหรืออาจเริ่มลุกลามเข้าลำไส้เล็กส่วนที่อยู่ติดกัน

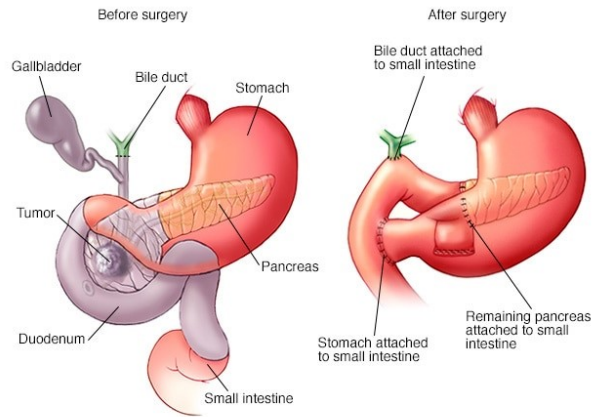
ระยะที่ 2 มะเร็งลุกลามออกนอกตับอ่อนเข้ากระเพาะอาหารและ/หรือม้ามและ/หรือตับอ่อน

ระยะที่ 3 มะเร็งลุกลามกระจายไปต่อมน้ำเหลืองแล้ว

ระยะที่ 4 มะเร็งลุกลามเข้ากระแสโลหิตแพร่ไปยังอวัยวะที่ไกลออกไปที่พบได้บ่อย คือ ตับ

การรักษา มะเร็งตับอ่อน (อุซาวตี อัครวิเศษ, 2555; Black & Hawks, 2010) ได้แก่

- การผ่าตัด ซึ่งการผ่าตัดจะทำในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งตับอ่อนที่โรคมะเร็งยังไม่ลุกลาม โดยการผ่าตัดในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งส่วนหัวของตับอ่อน หรือ whipple's operation เป็นการผ่าตัดเอาถุงน้ำดี ท่อน้ำดีรวมบางส่วน กระเพาะอาหารส่วนปลาย ลำไส้ส่วนต้น และตับอ่อนส่วนหัวออก นำลำไส้ส่วน jejunum มาเชื่อมกับท่อน้ำดีรวม ตับอ่อนและกระเพาะอาหาร
- การรักษาแบบประคับประคอง ได้แก่ การผ่าตัดเพื่อบรรเทาอาการ (palliative surgery) หรือแก้ปวดชาน การอุดกั้น อาการปวดท้อง ปวดหลัง ในรายที่มีมะเร็งกระจายมากแล้ว เช่น การผ่าตัดเอาลำไส้ส่วน jejunum ต่อกับท่อน้ำดี การผ่าตัดเอากระเพาะอาหารต่อกับลำไส้ส่วนเจจูนัม (gastrojejunostomy) เพื่อแก้ไขทางเดินอาหารส่วนต้นอุดตัน และวิธีการที่ไม่ผ่าตัด ได้แก่ การส่องกล้องใส่ท่อขยาย (ERCP and stent placement) เพื่อระบายการอุดตันของน้ำดีในร่างกาย การใส่ท่อระบายน้ำดีจากตับออกภายนอกในร่างกาย (transhepatic external drainage: PTBD)
- การให้เคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา อาจเป็นการรักษาร่วมกับการทำผ่าตัด หรือเป็นการรักษาในรายที่มีมะเร็งแพร่กระจายแล้ว



© MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. ALL RIGHTS RESERVED.

รูปแสดง การผ่าตัด whipple's operation

จาก <https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/whipple-procedure/about/pac-20385054>

การพยาบาลผู้ใหญ่ที่มีความผิดปกติของตับอ่อน

1. การประเมินสภาพ (assessment) โดยการซักประวัติและตรวจร่างกาย การวิเคราะห์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แยกตามสาเหตุของความผิดปกติ สรุปดังแสดงในตารางที่ 6.1

ตารางที่ 6.1 แสดงการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ชัยพิชิต พุทธาพิทักษ์พงศ์, 2559; วุฒิชัย ธนาพงศธร และปริญญา อัครนุรักษ์กุล, 2554; อุษาวดี อัครวิเศษ, 2555; Black & Hawks, 2010; Hinkle & Cheever, 2018)

ความผิดปกติ	การซักประวัติ	การตรวจร่างกาย	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ
ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน	<ul style="list-style-type: none"> - อาการปวดท้องบริเวณกลางท้อง ใต้ลิ้นปี่หรือใต้ชายโครงด้านซ้าย ร้าวไปที่หลังหรือไหล่ซ้าย อาการจะดีขึ้นเมื่อนั่งโน้มตัวไปข้างหน้าหรืออดตัว - คลื่นไส้อาเจียนเป็นน้ำย่อยและอาจมีน้ำดีปน - ซักประวัติเรื่องการดื่มสุรามาเป็นเวลานาน โรคประจำตัว เช่น โรคระบบทางเดินน้ำดี การรับประทานยาที่ใช้ประจำ 	<ul style="list-style-type: none"> - กดเจ็บบริเวณหน้าท้อง ท้องอืด ฟังไม่ได้ยินเสียงลำไส้ - ตาและตัวเหลืองในผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นของทางเดินน้ำดี - สัญญาณชีพ มีไข้ต่ำๆ ความดันโลหิตต่ำหรือมีอาการแสดงของภาวะช็อก หัวใจเต้นเร็ว วิงเวียนศีรษะ กระสับกระส่าย - ตรวจพบ cullen's sign เป็นอาการแสดงที่มีการเกิดเลือดออกและการบวมน้ำใน retroperitoneal space และมีการเซาะของเลือดออกมาจนถึงสะดือเกิดมีอาการเขียวช้ำ (ecchymosis) ที่สะดือคือ Grey turner's sign เป็นอาการแสดงเหมือน cullen's sign แต่มีการเซาะของเลือดมาและเกิดรอยช้ำที่บริเวณเอว (flank) <div data-bbox="1115 858 1621 1040" data-label="Image"> </div> <p>รูปแสดง cullen's sign และ Grey turner's sign จาก https://twitter.com/pgmedicine/status/1180315285716393984</p> <ul style="list-style-type: none"> - อาการแสดงของภาวะหายใจลำบากในผู้ใหญ่แบบเฉียบพลัน (acute adult respiratory syndrome: ARDS) จากตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน ได้แก่ หายใจหอบเหนื่อย หายใจ 	<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจเลือด serum amylase (ค่าปกติ 28-100 U/L), Serum Lipase (ค่าปกติ 13-60 U/L) พบสูงประมาณ 3 เท่าของค่าปกติ - CBC พบมี WBC สูงขึ้น, Hct. สูงขึ้น - Blood sugar สูงขึ้น - Liver function test พบมีค่า Aminotransferase, Alkaline phosphatase และ serum bilirubin สูงกว่าปกติในผู้ป่วยที่มีภาวะตับอ่อนอักเสบจากนิ่วในถุงน้ำดี - เอกซเรย์ช่องท้อง (Abdominal plain film) อาจไม่พบความผิดปกติ หรืออาจพบลักษณะของ Generalized ileus ของลำไส้ - เอกซเรย์ทรวงอก อาจมีกระบังลมซ้ายยกตัวสูงขึ้น ปอดส่วนล่างแฟบหรือมีน้ำในช่องอก - อัลตราซาวด์ช่องท้อง พบ น้ำในช่องท้อง ตับอ่อนโต มีนิ่วในถุงน้ำดีหรือทางเดินน้ำดี - เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) พบ ตับอ่อนบวม น้ำ - ตรวจ ERCP ในผู้ป่วยที่มีตัวเหลือง พบ มีนิ่วในถุงน้ำดีหรือทางเดินน้ำดี

ความผิดปกติ	การซักประวัติ	การตรวจร่างกาย	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ
		ลำบาก ใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ ไข้ ไอแห้งๆ ฟังปอดได้ crepitation, O2sat ต่ำ	- ในรายที่มีภาวะ ARDS พบ ABG มีภาวะ severe hypoxia, PaO2<50 mmHg.
ตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง	<ul style="list-style-type: none"> - อาการปวดท้องด้านบนบริเวณลิ้นปี่ (epigastrium) ปวดร้าวไปที่หลังหรือไหล่ซ้ายจนต้องนั่งนิ่งโน้มตัวไปข้างหน้าหรืออึด มีอาการมากหลังดื่มสุราหรือรับประทานอาหารมัน - คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด อาหารไม่ย่อย ท้องเสีย อุจจาระมีไขมันปน (steatorrhea) และมีกลิ่นเหม็น ปัสสาวะสีเข้ม - ซักประวัติเรื่องการดื่มสุรามาเป็นเวลานาน โรคประจำตัว เช่น โรคระบบทางเดินน้ำดี ยาที่ใช้ประจำ - น้ำหนักลด 	<ul style="list-style-type: none"> - กดเจ็บบริเวณหน้าท้อง - ตาและตัวเหลืองในผู้ป่วยที่มีการอุดตันของทางเดินน้ำดี 	<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจเลือด serum amylase พบสูงกว่าค่าปกติ - ค่าBlood sugar สูงขึ้นอาจพบในบางราย - อัลตราซาวด์ช่องท้อง เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) MRI และ ERCP พบ หินปูนเกาะตับอ่อน นิ้วในตับอ่อน ท่อน้ำดี
มะเร็งตับอ่อน	<ul style="list-style-type: none"> - อาการปวดท้อง ปวดหลังจากการแพร่กระจายของมะเร็งไปยัง splannic nerve และ retroperitoneum - น้ำหนักลด - ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม อุจจาระสีซีด - คลื่นไส้ อาเจียนจากการอุดตันบริเวณลำไส้เล็กส่วนต้น 	<ul style="list-style-type: none"> - ตาและตัวเหลืองจากมะเร็งที่หัวตับอ่อนทำให้ทางเดินน้ำดีอุดตัน - รูปร่างผอม - ตับโต ท้องมาน ม้ามโต ต่อมน้ำเหลืองโต คลำพบก้อนในท้อง 	<ul style="list-style-type: none"> - conjugate bilirubin, alkaline phosphatase สูง (42-112 U/L) - CA19-9 สูง (ค่าปกติ 0-37 U/ml) - stool occult blood positive ในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งที่ ampulla

การประเมินภาวะสุขภาพตามแบบประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แนวคิดของ NANDA-I ในแบบแผนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แบบแผนที่ 2 ภาวะโภชนาการ (nutrition) ในด้านสารน้ำและเกลือแร่ แบบแผนที่ 5 การรับรู้และความเข้าใจ (perception and cognitive) ในด้านการรับรู้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 แบบแผนที่ 9 ความทนและการปรับตัวต่อความเครียด (coping/stress tolerance) แบบแผนที่ 11 ความปลอดภัย/การป้องกัน (safety/protection) ในเรื่องการติดเชื้อ การบาดเจ็บทางร่างกาย การควบคุมอุณหภูมิ และแบบแผนที่ 12 ความสุขสบาย (comfort) ในด้านความสุขสบายทางร่างกาย

2. การวินิจฉัยการพยาบาล (nursing diagnosis) และการวางแผนการพยาบาล (planning)
นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินสภาพมาวินิจฉัยปัญหาการพยาบาล วางแผนการพยาบาล การตั้งเกณฑ์ผลลัพธ์ (nursing outcome) การปฏิบัติการพยาบาล (nursing intervention) และการประเมินผล ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัดที่พบบ่อย

1) **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล** ปวดเฉียบพลัน/ปวดเรื้อรังเนื่องจากการอักเสบของตับอ่อน

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยบอกปวดท้องมาก นอนงอตัว สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง มีความดันโลหิตสูงขึ้น หายใจเร็ว ชีพจรเต้นเร็ว สีหน้าไม่สุขสบาย pain score 10 คะแนน

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย บรรเทาอาการปวดท้อง

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น ผู้ป่วยบอกปวดลดลงหรือไม่ปวดท้อง pain score น้อยกว่า 3 คะแนน สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ พักผ่อนได้

การปฏิบัติการพยาบาล

1. ประเมินลักษณะการปวด ตำแหน่ง ระดับความรุนแรงของการปวด อาการไม่สุขสบายอื่นๆ และความต้องการการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความไม่สุขสบาย
2. ติดตามประเมินอาการผิดปกติ ได้แก่ มีไข้สูง ท้องอืด ปวดท้องมาก กดเจ็บทั่วท้อง ผิวหนังเขียวช้ำ (ecchymosis) ที่ท้องบริเวณสะดือ (cullen's sign) หรือเกิดรอยช้ำที่บริเวณเอว (Grey turner's sign) และรายงานแพทย์หากพบความผิดปกติ
3. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนเพื่อลดการหลั่งเอนไซม์จากตับอ่อนซึ่งเกิดจากเมตาบอลิซึมที่เพิ่มขึ้น
4. จัดท่านอนศีรษะสูง fowler's position (45-60 องศา) บริเวณเข่างอ 15-20 องศา หรือจัดท่าที่สุขสบาย เช่น จัดท่านอนตะแคงโดยเข่างอมาใกล้ท้องและหลังงอ (Knee chest position) เพื่อลดแรงดันของกระบังลมต่อบริเวณที่อักเสบและช่วยให้ลดอาการปวด
5. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อลดการกระตุ้นความเจ็บปวด
6. ใช้เทคนิคการควบคุมความปวดด้วยวิธีอื่น ๆ ร่วมกับการให้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยเลือกใช้ตามความพอใจ ได้แก่ เช่น การหายใจเข้าและลึกเพื่อลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อและลดความเจ็บปวด การจินตนาการเป็นภาพ (visual imagery and distraction) เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวด การดูทีวี

หรือหนังเรื่องที่ชอบ การอ่านหนังสือ ฟังดนตรีหรือการคุยกับคนในครอบครัว การสะกดจิตตนเองเพื่อระงับอาการปวดเทคนิคการผ่อนคลาย การทำสมาธิ การเบี่ยงเบนความสนใจ การสัมผัส การนวดหลัง เพื่อส่งเสริมให้พักผ่อน

7. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา ได้แก่

- ยาแก้ปวด ไม่ควรใช้มอร์ฟิน หรืออนุพันธ์ของสารตัวนี้ เพราะฤทธิ์ของยามีผลต่อการเพิ่มการหดตัวของหูรูดออดิ (sphincter of Oddi) หลังฉีดควรให้ผู้ป่วยนอนราบ เพราะอาจมีความดันต่ำได้ ติดตามอาการข้างเคียงหลังใช้ยา ผลของการใช้ยา จำนวนครั้งของการใช้ยา ความบ่งชี้ในการใช้ยา
- ยาปฏิชีวนะเพื่อควบคุมการติดเชื้อ
- ยาแก้คลื่นไส้อาเจียน
- ยาลดการหลั่งกรดและน้ำย่อยจากตับอ่อน

8. ดูแลให้ดื่มน้ำและอาหารทางปาก ตามแผนการรักษา เพื่อลดการกระตุ้นการหลั่งน้ำย่อยในตับอ่อนและลดอาการปวด และให้ผู้ป่วยบ้วนปากหรือแปรงฟันเพื่อให้ปากชุ่มชื้นเกิดความสุขสบาย

9. ดูแลใส่สายผ่านจมูกลงสู่กระเพาะอาหาร (NG tube) ต่อลงดูดหรือ suction เพื่อดูดลมและน้ำออกลดอาการคลื่นไส้อาเจียนและอาการปวดท้อง

การประเมินผล ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น ไม่ปวดท้อง pain score น้อยกว่า 3 คะแนน สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ พักผ่อนได้

2) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล รูปแบบการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากท้องโป่งตึงหรือท้องมาน หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนทางการหายใจจากตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยหายใจเร็วตื้น หอบเหนื่อย ใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ อัตราการหายใจ 30 ครั้งต่อนาที, O₂ sat 80% ท้องโต ตึง ปวดท้อง ฟังปอดได้ยินเสียง crepitation, CXR มี pulmonary congestion, ผลตรวจ serum amylase > 100 U/L, Serum Lipase > 60 U/L

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ

เกณฑ์การประเมินผล ไม่มีอาการกระสับกระส่าย หอบเหนื่อย ใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ เขียวขณะหายใจกล้ามเนื้อทรวงอกกับกล้ามเนื้อหน้าท้องเคลื่อนไหวสัมพันธ์กัน สัญญาณชีพปกติ อัตราการหายใจ 12-20 ครั้ง/นาที O₂sat มากกว่า 95% เสียงหายใจปกติ CXR ปกติ

การปฏิบัติการพยาบาล

- ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียง จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่า semi-fowler's position หรือในท่านอนศีรษะสูง (fowler's position) เพื่อลดการใช้ออกซิเจน และการจัดท่านี้จะช่วยให้กล้ามเนื้อกะบังลมลดต่ำและทำให้หดรัดตัวได้แรงตีส่งผลให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่

- สอนการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ และฝึกหายใจโดยใช้อุปกรณ์ (Incentive spirometer)
- ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา
- ประเมินอาการของภาวะพร่องออกซิเจน การทำงานของปอด โดยฟังเสียง และประเมินการหายใจ ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์
- ดูแลให้ยาขับปัสสาวะตามแผนการรักษา
- บันทึกสัญญาณชีพ, O₂ sat, I/O ทุก 4 ชม.
- ดูแลความสะอาดปากและฟัน
- ติดตามผลการตรวจ CXR, ABG

3) **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล** เสี่ยงต่อการขาดสารน้ำ กลืนแระและสารอาหารเนื่องจากต้องงดน้ำและอาหารและสูญเสียน้ำและเกลือแระทาง NG tube

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยอ่อนเพลีย ได้รับการงดน้ำและอาหาร คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร ผลตรวจ Na 135 mmol/L, K 3 mmol/L, Cl 100 mmol/L, CO₂ 24 mmol/L

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล ผู้ป่วยมีสารน้ำและเกลือแระสมดุล

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะขาดน้ำและเกลือแระ ปริมาณน้ำเข้า/น้ำออก คือ 1,500 มล./ 1,350 มล. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผลตรวจอิเล็กโตรไลต์ Na 135-145 mmol/L, K 3.5-5 mmol/L, Cl 96-113 mmol/L, CO₂ 22-26 mmol/L

การปฏิบัติการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรคและความจำเป็นในการงดน้ำและอาหารทางปากและให้สิทธิในการตัดสินใจ ให้ความเวลาในการอธิบายและตอบข้อสงสัยโดยไม่แสดงอาการเร่งรีบหรือเบื่อหน่าย
2. ประเมินภาวะขาดน้ำและสารอาหาร เช่น ลิ้นแห้ง ปากแตก เยื่อปากแห้ง โดยใช้ไม้พันสำลิจุ่มน้ำเช็ดบริเวณเยื่อช่องปาก ลิ้น กระพุ้งแก้มและริมฝีปากเพื่อให้เกิดความชุ่มชื้น
3. สังเกตอาการโพแทสเซียม โซเดียม แคลเซียม และแมกนีเซียมต่ำ หากมีอาการผิดปกติให้รายงานแพทย์
4. ใส่สายยางจากจุกสู่กระเพาะอาหารตามแผนการรักษา ตรึงสายยางให้เหมาะสม หลีกเลี่ยงการกดและระคายเคืองจุก และบันทึกลักษณะ สี ปริมาณที่ออกมาทุกแระ
5. ดูแลทำความสะอาดช่องปากบ่อย ๆ โดยเฉพาะหลังอาเจียน
6. ดูแลให้ยาแก้คลื่นไส้อาเจียนตามแผนการรักษา

7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำและโพแทสเซียมตามแผนการรักษา และจดบันทึกจำนวนน้ำเข้าออก รวมทั้งสี ลักษณะและจำนวนของน้ำที่ดูออกมาจากกระเพาะอาหาร เพื่อประเมินความสมดุลของสารน้ำ

8. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำชนิดสมบูรณ์ (Total parenteral nutrition: TPN) หรือสารอาหารทางหลอดเลือดดำชนิดไม่สมบูรณ์ (Partial parenteral nutrition: PPN) และดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะติดเชื้อ ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ (รายละเอียดอยู่ในบทที่ 2)

9. เมื่อผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารได้อาจเป็นการให้อาหารทาง Naso-jejunosomy หรือรับประทานทางปาก ควรเป็นอาหารอ่อนย่อยง่าย อาหารควรมีโปรตีนที่เพียงพอ คาร์โบไฮเดรตที่ให้อัตราว่าง น้ำตาลในเลือดสูง งดอาหารไขมัน เพื่อป้องกันการกระตุ้นการหลั่งน้ำย่อยในตับอ่อน และติดตามอาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ท้องอืด และไขมันในอุจจาระ

10. ดูแลให้น้ำย่อยตับอ่อนทดแทนตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น pancreatic lipase

11. ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด

12. ชั่งน้ำหนักตัวอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง

13. ประเมินการทำงานของลำไส้ โดยการฟัง bowel sound

14. บันทึกสัญญาณชีพ อาการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสารน้ำ ความดันของน้ำส่วนกลาง (Central venous pressure) ทุก 4 ชม.

15. ติดตามประเมินปริมาตรน้ำเข้า-ออก ทุก 4-8 ชม. และรายงานแพทย์ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 มล./กก./ชม.

16. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินภาวะขาดสารน้ำและอิเล็กโทรลัยท์ รวมทั้งติดตามผลการตรวจ ระดับอัลบูมิน อิเล็กโทรไลต์ BUN Cr., Hct, Hb

การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ ปริมาณน้ำเข้า/น้ำออก คือ 1,500 มล./ 1,350 มล. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผลตรวจอิเล็กโทรไลต์ ระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ปกติ

4) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากการพร่องความรู้ก่อนและหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน ผล CT abdomen พบ CA head of pancreases ผู้ป่วยจะเข้ารับการผ่าตัดเอามะเร็งส่วนหัวของตับอ่อนออก (whipple's operation) มีสีหน้าวิตกกังวล ผู้ป่วยบอกว่า “ไม่ทราบว่าต้องดูแลตนเองอย่างไรในการผ่าตัด และหลังผ่าตัดมาจะเป็นอย่างไร”

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1) ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามและสาธิตย้อนกลับในเรื่อง การหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ การเคลื่อนไหวโดยเร็ว การควบคุมความปวด

2) ผู้ป่วยมีความพร้อมในการเข้ารับการผ่าตัด

3) ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ ปอดแฟบ ปอดอักเสบ หลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน ท้องอืด ท้องผูก เป็นต้น

การปฏิบัติการพยาบาล

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการ ผลการผ่าตัด วิธีการและผลของการได้ยาระงับความรู้สึกอย่างคร่าวๆ สภาพผู้ป่วยและอุปกรณ์ที่จะติดตัวมาหลังผ่าตัด

2. อธิบายวิธีการเตรียมตัวของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ร่วมกับแผนการรักษาของแพทย์ประกอบด้วย

- การทำความสะอาดร่างกายตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า ได้แก่ อาบน้ำ สระผม ด้วยสบู่หรือน้ำยาทำลายเชื้อ ตัดเล็บ ลบสีทาเล็บเพื่อใช้ประเมินสีเล็บดูการไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลาย (capillary filling time) เป็นต้น

- การงดอาหารและน้ำทางปากก่อนผ่าตัด 6-8 ชั่วโมง หรือหลังเที่ยงคืนก่อนวันผ่าตัด เพื่อให้ทางเดินอาหารว่าง ป้องกันการสำลักอาหารเข้าระบบทางเดินหายใจ

- ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา

- ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ก่อนไปห้องผ่าตัด (pre-medication) เช่น ยาคลายวิตกกังวล ยาลดความดันโลหิตสูง ซึ่งจะให้ดื่มน้ำน้อยที่สุดไม่เกิน 30 มล. ก่อนไปห้องผ่าตัด และบันทึกเวลาที่ให้ยา หลังให้ยาระวังผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุจากการง่วงซึม

- การเตรียมส่งตรวจและการเจาะเลือดเพื่อเตรียมเลือดก่อนผ่าตัดตามแผนการรักษา และหากผลการตรวจเลือดผิดปกติต้องรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาแก้ไขก่อนผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด

- การเตรียมยาและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการผ่าตัดตามแผนการรักษา

- การเซ็นต์ไบยินยอมการผ่าตัดโดย โดยต้องให้ข้อมูลการผ่าตัด ผลดี ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ก่อนเซ็นต์ไบยินยอมการผ่าตัด และมีญาติสายตรงเซ็นต์เป็นพยาน เพื่อป้องกันปัญหาทางกฎหมาย

- ให้ผู้ป่วยฝากของมีค่า และถอดเครื่องประดับ อุปกรณ์ต่างๆ เช่น คอนแทคเลนส์ ฟันปลอม ที่ติดฟัน เครื่องกระตุ้นหัวใจ หากมีอุปกรณ์ที่ถอดออกไม่ได้ให้รายงานแพทย์หรือวิสัญญีแพทย์และบันทึกในแผนรายการตรวจสอบอุปกรณ์ก่อนเข้าห้องผ่าตัดให้ชัดเจน เนื่องจากการใส่เครื่องประดับและอุปกรณ์ต่างๆอาจทำให้เกิดความไม่ปลอดภัยในการผ่าตัด เช่น ไฟดูด ไฟไหม้ขณะใช้เครื่องจี้ ทางเดินหายใจอุดกั้นจากฟันปลอมหลุด เป็นต้น

3. **สอนการออกกำลังกายบนเตียง** ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนลุกออกจากเตียงและเดินโดยเร็วเพื่อเป็นการเตรียมสภาพผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยมีการนอนราบมานาน ซึ่งเมื่อมีการ

เปลี่ยนท่าอาจทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่าได้ (postural hypotension and orthostatic hypotension) ประกอบด้วย การหายใจเข้าออกลึกๆ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การออกกำลังขาทั้ง 2 ข้าง การพลิกตะแคงตัวบนเตียง และการลุกออกจากเตียงและการเดินโดยเร็ว (รายละเอียดอยู่ในบทที่ 1 การพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัด)

4. การควบคุมและบรรเทาอาการปวด โดยอธิบายถึงวิธีการประเมิน และการควบคุมความปวดของผู้ป่วย (รายละเอียดอยู่ในบทที่ 1 การพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัด)

การประเมินผล ผู้ป่วยตอบคำถามและสาธิตย้อนกลับในเรื่อง การหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ การเคลื่อนไหวโดยเร็ว การควบคุมความปวด ผู้ป่วยมีความพร้อมในการเข้ารับการผ่าตัด สัญญาณชีพก่อนผ่าตัดปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะหลังผ่าตัดที่พบบ่อย

1) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ปวดเฉียบพลันเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน หลังผ่าตัด open cholecystectomy วันที่ 1 มีแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง ใต้ชายโครงขวาแนวเฉียง ผู้ป่วยบอกรปวดแผลมาก นอนนิ่งไม่เคลื่อนไหวร่างกาย สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง มีความดันโลหิตสูงขึ้น หายใจเร็ว ชีพจรเต้นเร็ว สีหน้าไม่สุขสบาย pain score 10 คะแนน

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย บรรเทาอาการปวดแผล

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น ไม่บอกรปวดแผล pain score น้อยกว่า 3 คะแนน สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ขยับตัวบนเตียงได้

การปฏิบัติการพยาบาล

- ประเมินความปวดโดยใช้ numeric rating scale, verbal rating scale, face scale ร่วมกับประเมิน สีหน้า ท่าทาง หากยังไม่ฟื้นจากยาสลบให้ประเมินจากสัญญาณชีพ

- ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาโดยให้ morphine ทางหลอดเลือดดำและสังเกตอาการแทรกซ้อน คือ กดการหายใจ RR < 12 ครั้ง/นาทีคลื่นไส้อาเจียน หลังได้รับยา 30-60 นาที ประเมินความปวดซ้ำ

- การจัดทำศีรษะสูง หรือท่า semi fowler's position เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อน ลดความตึงของแผลที่ท้อง

- สอนให้ประคองแผลเวลาไอหรือขยับตัวเพื่อลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อการสั่นสะเทือนแผล

- แนะนำการใช้เทคนิคผ่อนคลาย เช่น หายใจเข้าออกลึกๆ ลึกๆ และการเบี่ยงเบนความสนใจ

- ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนและช่วยเหลือในการทำกิจกรรม เช่น การพลิกตะแคงตัว การเช็ดตัว

- จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ลดการกระตุ้นผู้ป่วย
- แนะนำให้ทำ early ambulation (รายละเอียดอยู่ในบทที่ 1 การพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัด) เพื่อให้เลือดไหลเวียนดี แผลผ่าตัดหายเร็ว

การประเมินผล :ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น นอนหลับพักผ่อนได้ พลิกตะแคงตัวบนเตียงเอง ปวดแผลเล็กน้อยเวลาขยับตัว คะแนนความปวด 3 คะแนน

2) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล: เสี่ยงต่อภาวะเลือดออก

ข้อมูลสนับสนุน มีประวัติเสียเลือดในห้องผ่าตัด 400 มล. แผลหน้าท้องมีเลือดซึมเล็กน้อย สารเหลวจากท่อระบายสีแดงสด ปริมาณ 50 มล.

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล เพื่อลดภาวะเลือดออก และให้ปริมาณเลือดไหลเวียนไปเลี้ยงร่างกายเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล ปริมาณเลือดที่ออกจากท่อระบายออกน้อยกว่า 400 มล./ชม. ใน 1 ชม., 200 มล./ชม.X 2 ชม., 100 มล./ชม. X 4 ชม. ไม่มีเลือดออกที่แผลผ่าตัด รู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ ชีพจรส่วนปลายแรง, capillary filling test <2 วินาทีผิวหนังอุ่นผล Hb, Hct. ปกติ ค่า CVP 6-12 มม.ปรอท ปัสสาวะออกมากกว่า 0.5 มล./กก./ชม.

การปฏิบัติการพยาบาล

- บันทึกสัญญาณชีพทุก ½ -1 ชม. ใน 12 ชม.แรก หลังจากนั้น ทุก 1 ชม.
- ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา
- สังเกตและบันทึกปริมาณเลือดที่ออกจากแผลผ่าตัดและสายระบาย เช่น ท่อระบาย gastric content ถ้าปริมาณเลือดที่ออกจากท่อระบายเป็นเลือดสด >400 มล./ชม. ใน 1 ชม., 200 มล./ชม.X 2 ชม., 100 มล./ชม. X 4 ชม. หรือมีภาวะ hypovolemia เช่น ความดันโลหิตต่ำ ปลายมือปลายเท้าเย็น ให้รีบรายงานแพทย์
- ดูแลการทำงานของสายระบายให้มีประสิทธิภาพ (รายละเอียดในบทที่ 2 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีท่อระบาย)
- ดูแลสายที่ใส่เข้าไปในกระเพาะอาหารต่อลงถุงพร้อมสังเกตสี และจำนวนของน้ำที่ถูกดูดออกมา
- ดูแลให้ผู้ป่วยบ้วนปากและฟัน เนื่องจากอาจเกิดปากแห้งจากการงดน้ำและอาหาร เพื่อให้เกิดความสบาย
- วัด CVP ตามแผนการรักษา
- ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อน และระวังการกระทบกระเทือนแผลผ่าตัด
- ดูแลให้สารน้ำและเลือด PRC, FFP ทดแทนตามแผนการรักษา
- ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hct. Hb

การประเมินผล : ผู้ป่วยมีปริมาณเลือดที่ออกจากท่อระบาย 20 มล./ชม. สีแดงจางๆ ไม่มีเลือดออกที่แผลผ่าตัด รู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ ชีพจรส่วนปลายแรง, capillary filling test 2 วินาที ผิวหนังอุ่นผล Hb, Hct. ปกติ ค่า CVP 7 มม.ปรอท ปัสสาวะออก 50 มล./ชม.

5) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสภาวะน้ำและเกลือแร่ไม่สมดุล

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปิดตัดเอามะเร็งส่วนหัวตับอ่อนออก วันที่ 2 ยังดื่มน้ำและอาหารทางปาก มี gastric content จาก NG tube สีเขียว ออก 100 มล./เวร อ่อนเพลีย การเคลื่อนไหวของลำไส้ 1-2 ครั้งต่อวันที่

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมีสภาวะน้ำและเกลือแร่สมดุล

เกณฑ์การประเมินผล ไม่มีอาการและอาการแสดงของ 1) ภาวะขาดน้ำ คือ ปากแห้ง กระหายน้ำ ผิวหนังขาดความตึงตัว อ่อนเพลีย ชีพจรเต้นเร็ว ปัสสาวะมีความถี่จำเพาะมากกว่า 1.030 2) ภาวะโซเดียมต่ำ คือ คลื่นไส้ อาเจียน สับสน สั่น อ่อนเพลีย มีตะคริว และ 3) ภาวะโพแทสเซียมต่ำ คือ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชีพจรเต้นไม่สม่ำเสมอ คลื่นไส้ อาเจียน ซึ่มลงลำไส้มีการเคลื่อนไหวลดลง ปริมาณน้ำเข้าและน้ำออกสมดุล สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผลตรวจอิเล็กโทรไลต์ ปกติ Na 135-145 mmol/L, K 3.5-5 mmol/L, Cl 96-113 mmol/L, CO₂ 22-26 mmol/L

การปฏิบัติการพยาบาล

- ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ คือ ปากแห้ง กระหายน้ำ ผิวหนังขาดความตึงตัว อ่อนเพลีย ชีพจรเต้นเร็ว ปัสสาวะมีความถี่จำเพาะมากกว่า 1.030
- ฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะโซเดียมต่ำ คือ คลื่นไส้ อาเจียน สับสน สั่น อ่อนเพลีย มีตะคริว อาการโพแทสเซียมต่ำ คือ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชีพจรเต้นไม่สม่ำเสมอ คลื่นไส้ อาเจียน ซึ่มลงลำไส้มีการเคลื่อนไหวลดลง
- บันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง
- ดูแลให้สารน้ำและสารอาหารทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา
- สังเกตสี ลักษณะ ปริมาณของสารเหลว (content) ที่ออกจาก NG tube ท่อระบาย ลักษณะอุจจาระปัสสาวะ ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์
- บันทึกจำนวนปัสสาวะทุก 4-8 ชั่วโมง ถ้าออกน้อยกว่า 0.5 มล./กก./ชม. ต้องรายงานแพทย์
- สังเกตและติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น อิเล็กโทรไลต์

การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ ปริมาณน้ำเข้า/น้ำออก คือ 1,500 มล./ 1,350 มล. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ยังไม่มีการตรวจอิเล็กโทรไลต์

6) **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล:** รูปแบบการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ/การขับเสมหะไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากปอดแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยหายใจเร็วตื่น อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที นอนนิ่งไม่ขยับตัว มีเสียงเสมหะในลำคอ

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ

เกณฑ์การประเมินผล ไม่มีอาการกระสับกระส่าย หอบเหนื่อย ใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ เขียว ขณะหายใจกล้ามเนื้อทรวงอกกับกล้ามเนื้อหน้าท้องเคลื่อนไหวสัมพันธ์กัน สัญญาณชีพปกติ อัตราการหายใจ 12-20 ครั้ง/นาที O₂sat มากกว่า 95% เสียงหายใจปกติ

การปฏิบัติการพยาบาล

- อธิบายสาเหตุและผลกระทบของการขับเสมหะหรือการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ
- จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่า semi-fowler's position หรือในท่านอนศีรษะสูง (fowler's position) เพราะในท่านี้จะช่วยให้กล้ามเนื้อกะบังลมลดต่ำและทำให้หดรัดตัวได้แรงดีส่งผลให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่
- ให้ผู้ป่วยใช้มือประสานกันพยุงแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง ใช้หมอนหรือผ้าสะอาดวางบนแผลและใช้มือ 2 ข้างวางทับอีกครั้งเพื่อช่วยลดการสะเทือนบริเวณแผลผ่าตัด
- สอนการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ และฝึกหายใจโดยใช้อุปกรณ์ (Incentive spirometer) (รายละเอียดอยู่ในเรื่องสอนการออกกำลังกายบนเตียง ในบทที่ 1 การพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัด)
- ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา
- ประเมินอาการของภาวะพร่องออกซิเจน การทำงานของปอด โดยฟังเสียง และประเมินการหายใจ ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์
- บันทึกสัญญาณชีพ, O₂ sat ทุก 4 ชม.
- ดูแลความสะอาดปากและฟัน
- ติดตามผลการตรวจ CXR, ABG

การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีอาการกระสับกระส่าย หายใจไม่หอบเหนื่อย สัญญาณชีพปกติ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที O₂sat มากกว่า 99% เสียงหายใจปกติ

7) **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล:**เสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด มีแผลหน้าท้องเป็นแผลเปิดยังไม่เย็บแผล มีท่อระบาย สิ่งคัดหลั่งสีขาวขุ่นชุ่มชื้น มีไข้ (BT 39°C) ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC พบ WBC 15,000 cell/cumm., Neutrophil 80 cell/cumm., Lymphocyte 15 cell/cumm.

ผลลัพธ์ทางการแพทย์พยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อของแผลผ่าตัด และส่งเสริม

กระบวนการหายของแผล

เกณฑ์การประเมินผล สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.5-37.4⁰ซ ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที หายใจ 12-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90-140/60-90 มม.ปรอท CBC พบ WBC 5,000-10,000 cell/cumm. , **Neutrophil** 50-75 cell/cumm., Lymphocyte 20-30 cell/cumm. แผลที่หน้าท้องไม่มีการอักเสบ ปวด บวม แดง ร้อน ไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อในช่องท้อง ได้แก่ ปวดท้องหรือสัมผัสท้องแล้วปวด ท้องอืดหรือแน่นท้อง ไข้ คลื่นไส้และอาเจียน เบื่ออาหาร ถ่ายเหลว ลักษณะสารคัดหลั่งจากท่อระบายสีปกติ มีปริมาณลดลง

การปฏิบัติการพยาบาล

- สังเกตอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ได้แก่ แผลที่หน้าท้องไม่มีการอักเสบ ปวด บวม แดง ร้อน
- ประเมินลักษณะสิ่งคัดหลั่งที่ออกจากแผลผ่าตัดและท่อระบายทั้ง สี กลิ่น ปริมาณ หากผิดปกติ ได้แก่ สิ่งคัดหลั่งสีน้ำตาล แดงคล้ำ สีเขียวคล้ายน้ำดี ให้รายงานแพทย์
- ดูแลความสะอาดร่างกายของผู้ป่วย
- ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา
- วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชม.
- บันทึกน้ำเข้า-น้ำออกทุก 8 ชั่วโมง
- หากมีไข้ ดูแลเช็ดตัวลดไข้ และกระตุ้นให้ดื่มน้ำมากกว่า 3,000 มล./วัน (หากไม่มีข้อจำกัด) จัดสิ่งแวดล้อมให้อากาศถ่ายเท ดูแลให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษา
- ในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ และในช่วงแรกควรเป็นอาหารที่อ่อนย่อยง่าย เพราะผู้ป่วยอาจยังมีอาการท้องอืดภายหลังการผ่าตัด ให้คำแนะนำผู้ป่วยให้รับประทานอาหารเพื่อส่งเสริมกระบวนการหายของแผล โดยเน้นการรับประทานอาหารในหมู่ ดังนี้ โปรตีน เช่น ไข่ ปลา คาร์โบไฮเดรต และอาหารที่มีไขมันต่ำ เช่น ข้าว แป้ง น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันดอกทานตะวัน หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารทอด มัน ครีม นม เนย มาร์การีน ถั่ว ซีอิ๊วโกแลต โดยค่อยๆปรับเพิ่มไขมันทีละน้อยถ้าไม่มีอาการแน่นท้อง ผักที่มีสีส้ม สีเหลือง และเขียวเข้ม เช่น แครอท ผักโขม ข้าวโพด มันฝรั่ง ฟักทอง คะน้า เป็นต้น
- ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC
- ดูแลทำความสะอาดแผลผ่าตัดที่มีท่อระบาย เพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ลดจำนวนเชื้อโรคและการระคายเคืองผิวหนัง ช่วยส่งเสริมการหายของแผล
- ดูแลท่อระบายไม่ให้หักพับงอ ติดพลาสติก ยึดสายให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม และจัดสายท่อระบายให้ตึงพอดี ไม่ตึงรั้ง การบีบรัด (milking) สายท่อระบาย (วิธีการดูแลท่อระบายแต่ละชนิด รายละเอียดในบทที่ 2 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีท่อระบาย)

การประเมินผล ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 37.0 ซีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/60 มม.ปรอท แผลที่หน้าท้องแห้งดี ไม่มี ปวด บวม แดง ร้อน ท้องยังอืด ไม่มีคลื่นไส้และ อาเจียน สารคัดหลั่งจากท่อระบายสีเหลืองใส ปริมาณ 10-20 มล.ใน 8 ชม.

8) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล มีโอกาสเกิดโรคซ้ำเนื่องจากขาดความรู้ในการดูแลตนเอง เกี่ยวกับโรคตับอ่อนอักเสบ

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยบอกว่า *ไม่ทราบว่าต้องดูแลตนเองอย่างไร*

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองที่บ้านเพื่อป้องกันการเกิดโรค การรักษาเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยบอกถึงสาเหตุและ ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามหรือบอกเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เรื่อง อาการและอาการแสดงของตับอ่อนอักเสบที่อาจจะกลับเป็นซ้ำ การรับประทานอาหารและ อาหาร การมาตรวจตามนัดและอาการผิดปกติที่ต้องมาก่อนนัด

การปฏิบัติการพยาบาล

- ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เรื่องการงดดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม เพื่อป้องกันความรุนแรงของภาวะตับอ่อนอักเสบกลับมาอีก (recurrent attacks of pancreatitis) รวมทั้งเครื่องดื่มพวกกาแฟ อาหารย่อยยาก อาหารรสจัด และไม่ควร รับประทานอาหารเมื่อมีความตื่นเต้นหรือตึงเครียดเกินไป แอลกอฮอล์ และกาแฟจะกระตุ้นการหลั่งน้ำย่อยจากตับอ่อน อาหารเผ็ดร้อนจะ กระตุ้น ภาวะอาหารรุนแรงไม่ควรรับประทาน

- สอนผู้ป่วยถึงอาการและอาการแสดงของการมีอาการกลับซ้ำ เพื่อให้การรักษาได้เร็วที่สุด เช่น อาการปวด คลื่นไส้ อาเจียน

- แนะนำผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องการจัดอาหารให้ผู้ป่วย อาหารควรจะเป็นอาหารอ่อน และไขมันต่ำพลังงานสูง มีคาร์โบไฮเดรตสูง โปรตีนสูง หลีกเลี่ยงการดื่มกาแฟ แอลกอฮอล์ เครื่องเทศ และสาร นิโคติน เพราะจะกระตุ้นตับอ่อนทำงานเพิ่มขึ้น

- แนะนำให้รับประทานอาหารทีละน้อย บ่อยครั้ง แต่เพิ่มจำนวนมื้ออาหาร หลีกเลี่ยง อาหารย่อยยาก รสจัด อาหารเย็น

- ในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานให้คำแนะนำการจำกัดอาหาร ควบคุมพลังงาน หรือแนะนำในการ ใช้อินซูลินตามแผนการรักษา

- ผู้ที่ติดสุราเรื้อรังควรได้รับการรักษาฟื้นฟู สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการร่วม กิจกรรมของการฟื้นฟู โดยส่งต่อผู้ป่วยไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ หรือจิตแพทย์

- ให้ความรู้ในการสังเกตอาการผิดปกติ ได้แก่ ตัวตาเหลือง อุจจาระมีไขมันปน ปวดท้อง หากมีแผลสังเกตอาการติดเชื้อที่แผล หากมีอาการผิดปกติให้กลับมาพบแพทย์

- แนะนำเกี่ยวกับยาที่ได้รับ เช่น น้ำย้อยดับอ่อนเพื่อทดแทนช่วยการย่อยและการดูดซึมอาหารตามแผนการรักษาของแพทย์

การประเมินผล ผู้ป่วยตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำได้ถูกต้อง ทั้งเรื่องการเลิกดื่มสุรา การรับประทานอาหาร อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ การรับประทานยา

สรุป การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตับอ่อน ทั้งตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน ตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง และมะเร็งตับอ่อน โดยตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีความรุนแรงแตกต่างกันซึ่งอาจเกิดความรุนแรงเล็กน้อยถึงรุนแรงมาก ปัญหาที่สำคัญในระยะแรกคือเรื่องปวดจากการอักเสบของตับอ่อน การประเมินความรุนแรงของโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแล ประคับประคองตามอาการ รวมทั้งการให้คำแนะนำในการดูแลตนเองในเรื่องการหยุดดื่มสุรา การรับประทาน อาหารไขมันต่ำ ในผู้ป่วยที่มีโรคตับอ่อนอักเสบเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หาย มีสาเหตุจากการดื่มสุรา ปัญหาที่มักพบ คือ ปวดท้องรุนแรง การย่อยอาหารผิดปกติ มีไขมันปนอุจจาระ และมีโรคเบาหวาน การพยาบาลจึงเน้นการดูแลผู้ป่วยเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว และการให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของสุรา รวมทั้งส่งผู้ป่วยปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อนมักเกิดบริเวณส่วนหัวของตับอ่อน ถ้าเป็นมะเร็งระยะแรกที่ยังไม่แพร่กระจาย อาจรักษาด้วยการผ่าตัด บทบาทพยาบาลในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และการดูแลเพื่อแก้ปัญหาล้างผ่าตัด จึงมีความสำคัญ ส่วนในผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อนในระยะแพร่กระจายอาจมีการรักษาด้วยวิธีอื่นหรือการรักษาแบบประคับประคองเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่างๆ

เอกสารอ้างอิง

ชัยพิชิต พุทธาพิทักษ์พงศ์. (2559). การดูแลโรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน. *เวชสารแพทย์ทหารบก.* 69(2), 89-99.

อุษาวดี อัครวิเศษ. (2555). *สาระหลักทางการพยาบาลศัลยศาสตร์ 2* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เอนพีเพลส จำกัด.

Black, J. M. & Hawks, J. H. (2010). *Medical-Surgical nursing* (8th edition). Saunders Elsevier.