

การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบนที่มีภาวะช็อก: กรณีศึกษาโรงพยาบาลขุนหาญ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

ขวัญเรียม เส็งยมศักดิ์, พย.บ.¹

บทคัดย่อ

ภาวะตกเลือดในระบบทางเดินอาหารส่วนบนเป็นภาวะฉุกเฉินทางเวชปฏิบัติซึ่งการดูแลรักษาผู้รับบริการที่มีภาวะตกเลือดในระบบทางเดินอาหารส่วนบน ต้องอาศัยความร่วมมือทางทีมแพทย์พยาบาล เนื่องจากภาวะตกเลือดในระบบทางเดินอาหารส่วนบน เป็นภาวะวิกฤตที่ทำให้ผู้รับบริการเสียเลือดจนเกิดภาวะช็อกและเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงซึ่งเป็นสาเหตุของการทำให้เสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและการดูแลรักษาที่ถูกต้องรวดเร็ว ผู้วิจัยได้ศึกษาผู้รับบริการรักษาในโรงพยาบาลขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษช่วงเดือนสิงหาคมถึงเดือนกันยายน 2566ที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบนที่มีภาวะช็อกจำนวน ๒ รายโดยการศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การซักประวัติ ผู้ป่วยและญาติ การสังเกตการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบ แบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษาภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาลในระยะวิกฤต ระยะต่อเนื่อง และระยะการวางแผนจำหน่าย พบว่า ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น นับเป็นภาวะวิกฤตที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจอย่างรวดเร็ว พยาบาลต้องสามารถประเมินและดูแลผู้ป่วยได้ตั้งแต่แรกรับเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อชีวิตของผู้ป่วยการดูแลเบื้องต้นจากโรงพยาบาลชุมชนที่เหมาะสมรวมถึงการประสานส่งต่อที่ถูกต้องเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่จะสามารถให้การดูแลรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ผู้ป่วยได้รับการรักษาในหน่วยวิกฤต ซึ่งมีอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจที่มีความพร้อมและทันสมัย มีบุคลากรที่เชี่ยวชาญผ่านการอบรมเฉพาะทางทำให้สามารถรักษาพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง เหมาะสม ทันท่วงทีภาวะการเจ็บป่วย ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ : ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบน, ช็อกจากการเสียเลือด, การพยาบาล

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ E-mail: kawanream2514@gmail.com

Nursing care for patients with upper gastrointestinal bleeding with shock Khun Han Hospital ,Khun Han District, Sisaket Province

Kawanream sangeamsak, *B.N.S.*¹

Abstract

Upper gastrointestinal hemorrhage is a medical emergency in which patients with upper gastrointestinal hemorrhage are treated. This requires the cooperation of a team of doctors and nurses because hemorrhage in the upper gastrointestinal tract is a critical condition that causes the patient to lose blood leading to shock and hypothermia. Severe complications can lead to death if not diagnosed and treated promptly. We studied two patients treated in Khun Han Hospital in Sisaket province between August and September 2023 with shock upper gastrointestinal bleeding by studying medical records. Inpatient history taking, patients and relatives Observation Comparative Data Analysis Gordon's 11 Health Schemes Pathology Symptoms and signs Treatment of bleeding in the upper gastrointestinal tract Nursing problems and diagnoses Nursing care in the critical, continuous, and discharge planning phases showed that bleeding in the upper gastrointestinal tract. It is a crisis that has rapid physical and psychological consequences. Nurses must be able to assess and care for patients at the outset to prevent risks to the patient's life. Proper primary care from community hospitals, as well as the correct coordination of referrals, are one of the key factors to be able to provide effective care. In addition, patients are treated in intensive care units, equipped with modern and equipped ventilators. There are specialized personnel who have undergone specialized training, enabling fast, accurate, and appropriate medical treatment in a timely manner in the event of illness and safe from complications.

Keywords: upper gastrointestinal bleeding, shock from blood loss, Nursing care

¹Registered Nurse Professional Level. Khun Han Hospital ,Khun Han District, Sisaket Province kawanream2514@gmail.com

บทนำ

ภาวะตกเลือดในระบบทางเดินอาหารส่วนบน เป็นภาวะฉุกเฉินทางเวชปฏิบัติ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการมีแผลในกระเพาะอาหาร ซึ่งภาวะตกเลือดในระบบทางเดินอาหารส่วนบนเป็นอาการที่พบบ่อยในผู้รับบริการของโรงพยาบาลชุมชนซึ่งการดูแลรักษาผู้รับบริการที่มีภาวะตกเลือดในระบบทางเดินอาหารส่วนบน ต้องอาศัยความร่วมมือทางทีมแพทย์พยาบาล เนื่องจากภาวะตกเลือดในระบบทางเดินอาหารส่วนบน เป็นภาวะวิกฤตที่ทำให้ผู้รับบริการเสียชีวิตจนเกิดภาวะช็อกและเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ซึ่งเป็นสาเหตุของการทำให้เสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการวินิจฉัย และการดูแลรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว สำหรับในประเทศไทยพบได้ประมาณร้อยละ 10-20 ของประชากรทั้งหมดพบได้ในทุกภาค ซึ่งในปัจจุบันพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะนี้ในผู้ป่วย 100 คนต่อประชากร 100,000 คนต่อปี โดยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงประมาณ 2 เท่า ส่วนใหญ่มักพบในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปถึง 50-70% มีอัตราการเสียชีวิตประมาณ 10% ของผู้ป่วยโรคนี้ทั้งหมด (Valkhoff VE, 2012) สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากโรคแผลเปปติค กระเพาะอาหารอักเสบ การแตกของหลอดเลือดโป่งพองในหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหาร มีอัตราการเสียชีวิตสูงจากภาวะช็อกจากการเสียเลือด Candid (Villanueva, 2013) การฉีกขาดของ เยื่อหลอดอาหาร มีก้อนเนื้อที่ทำให้เกิดการอักเสบ (Zhang, 2014) และแผลที่เกิดจากความเครียด ปัจจัยการเกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นหรือการมีเลือดออกซ้ำส่วนใหญ่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมโดยเฉพาะการดื่มสุรา พฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวด หรือยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) (Fletcher EH., 2010) ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้สามารถป้องกันและแก้ไขได้ด้วยการส่งเสริมภาวะสุขภาพ การเตรียมความพร้อม ในการจำหน่ายผู้ป่วยและญาติ โดยเน้นปัจเจกบุคคล เนื่องจากมีข้อจำกัด เกี่ยวกับวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ในสังคมยุคปัจจุบัน เกิดความแตกต่าง

ทั้งในเรื่องของการประกอบอาชีพ การรับประทานอาหาร และการดูแลสุขภาพ

สำหรับการรักษานอกจากการ resuscitation และการรักษาด้วยยาที่เหมาะสมแล้ว จากงานวิจัยพบว่าการรักษาด้วยวิธีการส่องกล้องภายใน 24 ชั่วโมงนับจากที่มีอาการจะสามารถทำให้แพทย์วินิจฉัยโรคได้เร็วขึ้น ลดอัตราตาย ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลได้ (Thad Wilkins., 2012) หากการรักษา โดยวิธีการส่องกล้องไม่ได้ผลคือไม่สามารถหยุดเลือดที่ออก หรือผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกซ้ำอย่างรุนแรง ผู้ป่วยมีความ จำเป็นที่จะต้องได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องอย่างเร่งด่วน เพื่อหาตำแหน่งเลือดออกและหยุดเลือดจึงจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยและรอดชีวิตได้ พยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ ในการช่วยชีวิตผู้ป่วย มีความรู้และทักษะในการประเมิน ความเสี่ยง การเฝ้าระวัง อาการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น ค้นหาปัญหาและความต้องการในการนำมาวางแผนให้การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาล ที่เหมาะสม รวดเร็ว ถูกต้องตามมาตรฐาน สอดคล้องกับแผนการรักษาของ แพทย์ มีภาวะความเป็นผู้นำในการเตรียมทีม เตรียม อุปกรณ์ต่างๆ ให้มีความพร้อมอยู่เสมอ เพื่อให้สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตได้อย่างปลอดภัย

จากสถิติแผนกผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลขุนหาญ พบ ผู้ป่วยในปี 2564 – 2566 จำนวน 25, 18 และ 15 ราย ตามลำดับ พบผู้ป่วยเสียชีวิตเฉพาะปี 2564 จำนวน 1 ราย พบอัตราการส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพการรักษาสูงกว่าจำนวน 14, 8 และ 8 รายตามลำดับ นอกจากนี้ ยังพบอัตราการ Re-admit สูงขึ้นจำนวน 1, 2 และ 1 ราย ตามลำดับ สาเหตุจากการกลับปดืมสุราซ้ำและผลจากการใช้ยาประจำตัว ข้อมูลสะท้อนให้เห็นการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายที่ยังไม่ครอบคลุม ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบ ผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลขุนหาญ โดยใช้กรอบแนวคิด

แบบแผนการดูแลสุขภาพทั้ง 11 แบบแผนของ Gordon มาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย และได้รับการดูแลรักษาได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐาน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษารณศึกษา 2 ราย ในการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นร่วมกับภาวะช็อกจากการเสียเลือด

วิธีการดำเนินงาน

เป็นการศึกษารณศึกษาเพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันร่วมกับภาวะช็อกจากการเสียเลือดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลขุนหาญ ช่วงเดือนสิงหาคม ถึงกันยายน 2566 จำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยจาก เวชระเบียนผู้ป่วยใน การซักประวัติ ผู้ป่วย และญาติ การสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษาภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาลในระยะวิกฤต ระยะต่อเนื่อง และระยะการวางแผนจำหน่าย

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เลขที่ SSPH 2024-023 เมื่อวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2567 สิ้นสุดวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2568 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

นิยามศัพท์

ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น (Upper Gastrointestinal bleeding or UGI bleeding)

หมายถึง ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารที่ตำแหน่งสูงกว่า ligament of treitz ซึ่งอาจพบได้ในลักษณะอาการอาเจียนเป็นเลือดสดหรือเลือดสีดำคล้ำ (coffee ground) หรือมีภาวะถ่ายดำโดยอาจมีการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพหรือไม่ก็ได้ และยังรวมถึงกรณีที่ถ่ายเป็นเลือดสด โดยอาจมีตำแหน่งเลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนบนหรือส่วนลำไส้ใหญ่ก็ได้ โดยทั่วไปกรณี UGIB ร้อยละ 75-80 มักมีความรุนแรงของโรคไม่มากเลือดอาจหยุดได้โดยการใช้ยาแต่กรณีเป็นภาวะ UGIB ที่มีปริมาณมากหรือเป็นลักษณะที่เป็นซ้ำหรือเกิดในผู้สูงอายุมักอัตราการตายสูง ผู้ที่แข็งแรงสามารถเสียเลือดได้ถึง 500 มล. ใน 15 นาทีโดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (เช่นผู้ที่บริจาคโลหิต) ถ้าเสียเลือดไป 1,000 มล. จะมีหัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำ มีอาการคลื่นไส้ ปริมาณและอัตราการเสียเลือดที่ทำให้เกิดภาวะช็อกยังขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นอีก เช่น อายุ โรคของหลอดเลือดตลอดจนขึ้นกับว่าผู้ป่วยมีภาวะช็อกอยู่ก่อนหรือไม่ ความรุนแรงของการมีเลือดออกแบ่งได้ 5 ลักษณะคือ(สมาคมแพทย์ส่องกล้องทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย.2557)

1. ภาวะเลือดออกอย่างรุนแรง (massive bleeding) ต้องได้รับเลือดทดแทนอย่างรวดเร็วในอัตรา 3-5 ยูนิต ภายใน 2 ชั่วโมง เพื่อรับการรักษาความดันโลหิตให้สามารถผลักดันไปสู่ระบบไหลเวียนได้เพียงพอ
2. ภาวะเลือดออกปานกลาง (moderate bleeding) ซึ่งจำเป็นต้องได้รับเลือด 1-2 ยูนิต ก็สามารถปรับความดันโลหิตให้กลับสู่ระดับปกติได้
3. ภาวะเลือดออกปานกลางแต่ออกติดต่อกัน (moderate and continuous bleeding) จำเป็นต้องได้รับเลือด 1-2 ยูนิต ทุก 6-8 ชั่วโมง เพื่อให้มีความดันโลหิตปกติ
4. ภาวะเลือดออกซ้ำ (Continuous bleeding) ไม่รุนแรงโดยสังเกตได้จากระดับฮีมาโตคริตลดต่ำลงวันละ 2-3 %
5. ภาวะเลือดออกที่เกิดภายหลังจากการตกเลือดครั้งแรกหยุดแล้ว (recurrent bleeding) อาจมากหรือน้อยก็ตาม

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบน ก่อนหาสาเหตุของเลือดออกจะต้องประเมินว่าผู้ป่วยเสียเลือดไปมากน้อยเพียงใดและมีความรีบด่วนในการรักษาเพียงใด เพื่อที่จะรักษาภาวะการไหลเวียนโลหิตให้เพียงพอหยุดเลือดที่ออกและดูแลให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ การดูแลรักษาพยาบาลที่สำคัญ คือ การตรวจสัญญาณชีพ ชีพจรและความดันโลหิต ค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงเป็นระยะๆ การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ดูแลการให้ออกซิเจนในผู้ป่วยช็อคเป็นสิ่งจำเป็นอย่างมาก ดูแลการไหลเวียนเลือดให้เพียงพอการให้สารเหลวอย่างรวดเร็วเพื่อแก้ไขปัญหาปริมาณสารน้ำในหลอดเลือดลดลง รวมถึงการให้เลือดเมื่อมีข้อบ่งชี้ในการให้เลือดเพื่อทดแทนปริมาตรของเลือดที่ขาดไป การดูแลใส่สายยางกระเพาะอาหาร (nasogastric tube) เพื่อดูว่ามีเลือดออกในกระเพาะอาหารจริงหรือไม่และล้างกระเพาะอาหารด้วยน้ำทำให้หลอดเลือดหดตัว ช่วยกำจัดเลือดที่ค้างอยู่ในกระเพาะอาหารออกให้หมด จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยในการพักผ่อนและสงวนพลังงานที่จำเป็นไว้ ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยสงวนพลังงานที่จำเป็นไว้ ให้คำปรึกษาผู้ป่วยลดความรู้สึกกลัวและวิตกกังวล ป้องกันอันตรายที่เกิดจากการติดเชื้อแทรกซ้อน การดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการเสี่ยงสูงต่อการตายจากภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารต้องกระทำโดยใกล้ชิดโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการเสี่ยงสูงและการเตรียมผ่าตัด เมื่อมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด

ผลการศึกษา

ข้อมูลกรณีศึกษารายที่ 1

หญิงไทยอายุ 45 ปี มาด้วยอาการถ่ายเหลวมีเลือดปนประมาณ 5 ครั้ง ก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง มีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูง ปฏิเสธการใช้ยาสมุนไพรหรือยาชุด แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัว ไม่เหนื่อย สัญญาณชีพพบความดันโลหิตสูง ความดันโลหิต 151/107 มม.ปรอท ชีพจร 102 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส O_2 sat 97 % รายงานแพทย์ให้ Hydralazine 25 mg 2 tab \bullet stat Repeat BP 142/84

mmHg ทำ PR พบ hematochezia no mass ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ Hct 18.2 %, Plt 209,000 cell/mm³ , INR 1.0 วินาที, BUN 28.2 mg/dl, Cr 0.79 mg/dl, Potassium 3.0 mmol/L ให้สารน้ำ 5%D/N/2 1000 ml iv flow rate 80 cc/hr, PRC 1 Unit iv drip in 3 hr. ยารับประทาน Hydralazine 25 mg 3x4 \bullet pc+hs, Enalapril 20 mg 1x2 \bullet pc, Gabapentin 100 mg 2xhs, Balm apply, Tolperazone 1x3 \bullet pc, Metoprolol 100mg 1x1 \bullet pc, Manidipine 20 mg 1x1 \bullet pc รับไว้รักษาแผนกผู้ป่วยในหญิง หลัง Admit ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตต่ำ 93/44 mmHg (MAP 60) ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงลดลง 2% (จาก 18% ลดลงเป็น 16%) แพทย์ให้การรักษา 0.9%NSS 1000 ml loading 1 0 0 0 ml, On O_2 canula 3 lit/min, Repeat BP 105/47mmHg, Pantoprazole 80 mg iv stat then 80 mg + 5%D/W 100 ml iv drip 10 ml/hr, Losec 40 mg iv q 12 hr., DTX 106 mg%, Hold ยา Antihypertensive ทำ Proctoscope no mass, NG lavage 1000 ml พบ Blood clot 10 ml โทรปรึกษาแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมระบบทางเดินอาหาร พิจารณาส่งรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ พยาบาลต้องให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยายับยั้งการหลั่งกรดในกระเพาะอาหารทางหลอดเลือดดำเตรียมความพร้อมก่อนส่งต่อ โดยให้คำแนะนำเกี่ยวกับสิทธิ์การรักษา ขั้นตอนการบริการตลอดจนแผนการรักษาของแพทย์ของโรงพยาบาลที่รับการส่งต่อเพื่อลดความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย

ข้อมูลกรณีศึกษารายที่ 2

หญิงไทยอายุ 34 ปี มาด้วยอาการอาเจียนเป็นเลือดสด 3 ครั้ง ก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการใช้ยาสมุนไพรหรือยาชุด มีประวัติดื่มสุรา 50 ซีซี/วัน ติดต่อกันระยะเวลา 2 ปี เลิกดื่มสุรา 3 วัน แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัว เหนื่อยเพลีย สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 96/64 มม.ปรอท ชีพจร 104 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส

DTX 96 mg%, Hct stat 40 %, O₂ sat 96 % ทำ PR พว Yellow feces and minimal fresh blood, NG lavarge 1000 ml ไม่ clear รายงานแพทย์ให้ 0.9%NSS 1000 ml loading 500 ml in 30 min then 80 cc/hr, Losec 80 mg iv stat Repeat BP 100/60 mmHg ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ Hct 33.4 %, Plt 241,000 cell/mm³ , INR 1.05 วินาที, BUN 8.3 mg/ dl, Cr 0.47 mg/dl, รับไว้รักษาแผนกผู้ป่วยในหญิง หลัง Admit ผู้ป่วยมีความดันโลหิต 90/60 mmHg ตลอด, Hct q 6 hr. (33 - 34%), Losec 40 mg iv OD, thiamine 100 mg im OD x 3 day, 0.9%NSS 1000 ml iv drip in 1 hr. then 100 cc/hr. Repeat BP 98/64 mmHg ทำ U/S IVC callapse

75% โทรปรึกษาแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมเพื่อส่งตรวจ EGD (Esophagogastroduodenoscopy) พิจารณาส่งรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ พยาบาลต้องให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารน้ำอย่างรวดเร็วทางหลอดเลือดดำ เตรียมความพร้อมก่อนส่งต่อ โดยให้คำแนะนำเกี่ยวกับสิทธิ์การรักษาแผนการรักษาที่แพทย์ระบุไว้ในเวชระเบียน และให้พบแพทย์ เพื่ออธิบายถึงความจำเป็นที่ต้องส่งต่อไปรักษา ยังสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลเพื่อความร่วมมือในการรักษาพยาบาลและลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบการประเมินปัญหาสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
1.การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลตนเอง	1.โรคประจำตัวความดันโลหิตสูงตั้งแต่ปี 2560รับประทานยาสม่ำเสมอรักษาต่อเนื่องมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง	ปฏิเสธโรคประจำตัว
2.โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	2.BMI 28.31Kg/mm ² ควบคุมน้ำหนักอาหารลดหวาน มัน เค็ม ไม่ดื่มสุราไม่สูบบุหรี่	2.BMI16.65 Kg/mm ² รับประทานอาหารรสจืดดื่มสุรา50 ซีซี/วันติดต่อกันระยะเวลา2 ปี ไม่สูบบุหรี่
3.การขับถ่าย	3.ถ่ายอุจจาระทุกวัน ปัสสาวะปกติ	3.ถ่ายอุจจาระทุกวันปัสสาวะ
4.กิจวัตรประจำวันและการกำลังกาย	4.ไม่มีแบบแผนในการออกกำลังกายที่แน่นอน เป็นแม่บ้าน	4.ไม่มีแบบแผนการออกกำลังกายอาชีพเกษตรกร
5.การพักผ่อนนอนหลับ	5.นอนหลับพักผ่อนช่วงเวลากลางคืนประมาณ 6-8ชั่วโมง เข้านอนเวลา 3 ทุ่ม ตื่นนอนตี 3นอนไม่หลับ เครียด	5.นอนหลับพักผ่อนช่วงเวลากลางคืนประมาณ 6-8ชั่วโมง เข้านอนเวลา4ทุ่มตื่นนอนตี
6.สติปัญญาและการรับรู้	6.รู้สึกตัวดีถามตอบรู้เรื่องประสาทสัมผัสปกติ ลงลายมือชื่อยินยอมการรักษาด้วยตนเอง	6.รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่องประสาทสัมผัสปกติลงลายมือชื่อยินยอมการรักษาด้วยตนเอง

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบการประเมินปัญหาสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอดอน(ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
7.การรู้จักตนเองและ อัตมโนทัศน์	7.ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล รับรู้ว่ ความเจ็บป่วยค่อนข้างรุนแรง ความร่วมมือเป็นอย่างดี	7.มีสีหน้าวิตกกังวล ยอมรับการรักษาที่ได้รับและให้ ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี
8.บทบาทและสัมพันธภาพ	8.ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับสามี มีบุตรด้วย กัน 2 คน อาศัยอยู่บ้านเดียวกันในครอบครัวรักใคร่กันดี	8.อาศัยอยู่กับบิดามารดา
9.เพศและการเจริญพันธ์	9.ไม่พบปัญหา	9.ไม่พบปัญหา
10.การปรับตัวและการเผชิญ	10.ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจในการ วยตนเองยังมีสีหน้ากังวล กับความเครียดบอกว่าไม่เคย เป็นแบบนี้ตลอดเวลาที่อยู่ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินผู้ป่วยพูดน้อยถามคำตอบคำ ญาติเดินเข้าเดินออกห้องฉุกเฉิน บ่อยครั้ง	10. ให้ความร่วมมือในการรักษาได้ตั ยังมีความกังวลเรื่องการ เจ็บป่วยในครั้งนี้จะคุยกับ มารดาในการตัดสินใจรับการ รักษาตลอดเวลาที่อยู่ในห้อง อุบัติเหตุฉุกเฉินผู้ป่วยพูดน้อย ญาติเดินเข้าเดินออกห้อง ฉุกเฉินบ่อยครั้ง
11.ความเชื่อ/ ค่านิยม	11.มีความเชื่อตามวิถีพุทธ	11. มีความเชื่อตามวิถีพุทธ

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบปัญหาข้อวินิจฉัยการ
พยาบาลและให้การพยาบาลใน 3 ระยะ 1) การพยาบาลใน
ระยะวิกฤตแรกรับที่แผนกผู้ป่วยใน 2)การพยาบาลระยะ
ดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟูสภาพขณะอยู่ในแผนกผู้ป่วยใน 3)
การพยาบาลระยะส่งต่อ ได้ดังนี้

การพยาบาลระยะวิกฤต

ปัญหาการพยาบาลที่ 1 : มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดใน
ระบบทางเดินอาหารส่วนต้น

ข้อมูลสนับสนุน

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยถ่ายเหลวมีเลือดปน 5 ครั้งก่อนมา
โรงพยาบาล 2 ชั่วโมง ตรวจร่างกาย พบ Hct18.2
%(23/08/2566),Hct15.8%(24/08/2566) NG lavarge
1000 ml พบ Blood clot 10 ml(24/08/2566)
BP 93/44 mmHg (MAP60) (24/08/2566)

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยอาเจียนเป็นเลือด 3 ครั้ง มีถ่ายดำ
เหมือนยางมะตอย 1 ครั้งก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน ทำ PR
พบ Yellow feces and minimal fresh blood, NG
lavarge 1000 ml ไม่ clear, BP 96/64 mmHg, On
0.9%NSS 1000 ml loading 500 ml in 30 min
(16/09/2566)

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการเหงื่อออก ตัวเย็น
กระสับกระส่ายเพื่อประเมินอาการช็อก
2. ดูแลให้ออกซิเจน Canula 3 LPM ตามแผนการรักษา
3. ดูแลการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและผลิตภัณฑ์ของ
เลือดตามแผนการรักษา

4. ตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15-30 นาทีเพื่อสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงและรายงานแพทย์ทันที
 5. ดูแลเจาะ Hct ทุก 6 ชั่วโมง ถ้าลดลง $\geq 3\%$ รายงานแพทย์ทันที
 6. สังเกตและบันทึกภาวะอาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือดสด content จาก NG tube
 7. ดูแลการให้ยาตามแผนการรักษาในกลุ่มPPIsและติดตามผลConsult GIของแพทย์จากโรงพยาบาลศรีสะเกษ
 8. จัดบันทึกปริมาณสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย ปริมาณปัสสาวะทุก1ชั่วโมงเพื่อประเมินภาวะน้ำเกิน
- กรณีศึกษาที่ 2 หลังจากให้การรักษาพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ ความดันโลหิต 90/60 mmHg ชีพจร 92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที O₂sat 98% ไม่มีวิงเวียนหน้ามืดหรือใจสั่น เหนื่อยเพลีย Hct 33-34% ผล Consult GIพิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลศรีสะเกษเพื่อให้แพทย์เฉพาะทางระบบทางเดินอาหารรักษาต่อเนื่อง

ปัญหาการพยาบาลที่ 2 : มีภาวะโพแทสเซียม

ข้อมูลสนับสนุน

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยมีถ่ายเหลวมีเลือดปน 5 ครั้ง ผลตรวจ Potassium 3.0 mmol/L (24/08/2566)

กรณีศึกษาที่ 2 ไม่พบปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับเกลือแร่ในร่างกาย

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของระดับโพแทสเซียมในเลือดต่ำ

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ เช่น ง่วงซึม สับสน หายใจตื้น อ่อนล้า กล้ามเนื้ออ่อนแรงขา ตะคริว (โดยเฉพาะที่ขา) การตอบสนองของ Reflex ลดลง เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด
2. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพอย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง หรือถี่กว่านั้นเมื่ออาการไม่คงที่ โดยเฉพาะคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติ เช่น PVC PAC Short run, ST ลดต่ำลง (Mild

ผลการประเมิน

กรณีศึกษาที่ 1 หลังจากให้การรักษาพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ ความดันโลหิต 105/57 mmHg ชีพจร 93 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที O₂sat 100% ไม่มีวิงเวียนหน้ามืดหรือใจสั่น เหนื่อยเพลีย Hct ลดลงจาก 18%เหลือ16% ไม่มีเลือด Blood group B พิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลศรีสะเกษเพื่อให้แพทย์เฉพาะทางระบบทางเดินอาหารรักษาต่อเนื่อง

hypokalemia) ST แบนราบ หรือ ST หัวกลับ (Moderate hypokalemia) และ พบ U wave แต่ไม่ชัด (Severe hypokalemia)

3. ประเมิน Motor power แขน ขา ก่อนให้ทำกิจกรรม จัดให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียง มีกิจกรรมเท่าที่จำเป็นเฝ้าระวังพลัดตกหกล้ม

4. ให้ยาฉีด KCl ทางหลอดเลือดดำบริหารยา ด้วย Infusion pump ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจต่อเนื่อง เฝ้าระวังภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ อย่างใกล้ชิดและติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Serum K⁺ ทุก 4-6 ชั่วโมง ประเมินผิวหนังบริเวณที่ได้รับยาทุก 1-2 ชั่วโมง และอาการผิดปกติ เช่น อาการปวด ระบายเคือง บวม แดง เพื่อป้องกันภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ (Phlebitis), เนื้อตาย (Slough tissue) ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Serum K⁺ รายงานแพทย์ทราบเพื่อปรับแผนการรักษา

5. ประเมิน Urine output และติดตามค่าการทำงานของไตอย่างเคร่งครัด ประเมินและบันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกาย ทุก 1 ชั่วโมง

ผลการประเมิน

กรณีศึกษาที่ 1 ความดันโลหิต 93/44 mmHg ชีพจร 64 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ไม่มีแขนขาอ่อนแรง Motor power grade V all extremities ไม่มีผลตรวจ EKG และไม่มีผล Repeat Serum K⁺ เนื่องจากพิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลศรีสะเกษเพื่อให้แพทย์เฉพาะทางระบบทางเดินอาหารรักษาต่อเนื่อง

ปัญหาการพยาบาลที่ 3 : เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Alcohol withdrawal

ข้อมูลสนับสนุน

กรณีศึกษาที่ 1 ไม่พบปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับการดื่ม Alcohol

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยมีประวัติดื่มสุรา 50 ซีซี/วันติดต่อกัน ระยะเวลา 2 ปีหยุดดื่มสุรา 3 วัน, On Thiamine 100 mg im OD x 3 day

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยไม่มีภาวะAlcohol withdrawal

กิจกรรมพยาบาล

- ประเมินอาการของผู้ป่วย
 - ระบบประสาทอัตโนมัติตื่นตัวมากผิดปกติ ได้แก่ หัวใจเต้นเร็วอย่างมาก มือสั่น เหงื่อแตก มีไข้ เป็นต้น
 - การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อมากกว่าปกติ ผู้ป่วยอาจเป็นอันตรายต่อตนเองได้จากการเกิดอุบัติเหตุ และเป็นเหตุให้ขาดสารน้ำและเกลือแร่มากขึ้น
 - ตรวจการนอนผิดปกติ ผู้ป่วยมักนอนมากในเวลากลางวัน และไม่นอนในเวลากลางคืน
 - สมองสับสน มักสับสนไม่รู้เวลา สถานที่และบุคคล (disorientation) ผู้ป่วยมักคิดว่าอยู่ที่อื่นที่ไม่ใช่โรงพยาบาล
 - อาการทางจิต ผู้ป่วยอาจมีอาการหูแว่ว เห็นภาพหลอน หวาดระแวง และ แยกแยะความเป็นจริงไม่ได้ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น
- ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพอย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง หรือถี่กว่านั้นเมื่ออาการไม่คงที่
- เฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุ โดยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด พร้อมกับแนะนำญาติดูแลร่วมด้วยและช่วยเหลือในการทำกิจกรรมทุกครั้ง

ผลการประเมิน

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี รับประทานอาหารได้ บุคลิกภาพดี ไม่มีชักเกร็ง ไม่มีภาวะสมองสับสน นอนหลับในเวลากลางคืน ปฏิเสธหูแว่ว ประสาทหลอน ญาติดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและช่วยเหลือทำกิจกรรมตลอดเวลา

ปัญหาการพยาบาลที่ 4 : ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและแนวทางการรักษา

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินอย่างฉับพลัน ญาติมีสีหน้ากังวล สอบถามบ่อยเรื่องมีเลือดออกจากกระเพาะอาหาร

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว

กิจกรรมพยาบาล

- กล่าวทักทายต้อนรับผู้ป่วยด้วยความเป็นกันเอง สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว พูดด้วยเสียงนุ่มนวล
- อธิบายขั้นตอนการให้บริการการรักษาพยาบาลและแนวทางการช่วยเหลือหรือส่งต่อเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน เช่น เลือดไม่หยุดหลังให้การรักษา มีภาวะช็อก เพื่อให้เกิดความร่วมมือ
- อธิบายถึงแนวทางและประโยชน์ของการรักษาคร่าวๆ ให้รับรู้เพื่อการยอมรับความเจ็บป่วย
- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา และซักถามข้อสงสัย
- ส่งเสริมให้ญาติอยู่กับผู้ป่วยในระยะฉุกเฉินเพื่อให้กำลังใจ และคลายความกังวล
- แจ้งผลการตรวจรักษาพยาบาลให้ผู้ป่วยและญาติทราบทุกครั้ง
- ให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด สร้างเสริมกำลังใจให้ผู้ป่วยและญาติ

ผลการประเมิน

กรณีทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยและญาติรับทราบให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล สีหน้าวิตกกังวลลดลง

ปัญหาการพยาบาลที่ 5 : เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับสารน้ำอย่างรวดเร็วทางหลอดเลือดดำ

ข้อมูลสนับสนุน

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ 0.9%NSS 1000 ml iv loading (24/08/2566)

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ 0.9%NSS 500 ml iv loading in 30 min (16/09/2566)

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยไม่มีภาวะน้ำเกินในร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพปกติ
2. หายใจไม่หอบเหนื่อย หลอดเลือดดำที่คอไม่โป่งพอง

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินอาการของผู้ป่วย อาการและอาการแสดงของภาวะน้ำเกินได้แก่ ปวดศีรษะ หายใจเร็วตื่น เหนื่อยหอบ ชีพจรเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น หลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง
- กรณีศึกษาที่ 2 ความดันโลหิต 94/64 mmHg ชีพจร 96 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที O₂sat 99%

การพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่องจากและฟื้นฟูสภาพ

ปัญหาการพยาบาลที่ 6 : ความสามารถในการดูแลตนเอง
ลดลงเนื่องจากอ่อนเพลีย

ข้อมูลสนับสนุน

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยถ่ายเหลวมีเลือดปน 5 ครั้ง,Hct18.2%(23/08/2566),Hct15.8%(24/08/2566), BP 93/44 mmHg (MAP60) (24/08/2566),NG lavarge 1000 ml พบ Blood clot 10 ml (24/08/2566)

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยเหนื่อยเพลีย สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 96/64 มม.ปรอท (16/09/2566),NG lavarge 1000 ml ไม่ clear (16/09/2566), ทำ U/S IVC collapse 75%,อาเจียนเป็นเลือดสด 3 ครั้ง

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆได้ตามความเหมาะสมและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลตนเอง

กิจกรรมพยาบาล

1. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา เพื่อควบคุมภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น
2. ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม เมื่อมีอาการเหนื่อยเพลียให้นอนพักหรือหยุดกิจกรรม ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมตามความเหมาะสม
3. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพอย่างน้อยทุก 2-4 ชั่วโมงหรือถี่กว่านั้นเมื่ออาการไม่คงที่
4. ดูแลให้ออกซิเจน Canula 3 LPM ตามแผนการรักษา

2. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพอย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมงหรือถี่กว่านั้นเมื่ออาการไม่คงที่
3. ประเมินอาการบวม กดบวมตามร่างกาย และฟังเสียงปอดทุก 1 ชั่วโมงหรือถี่กว่านั้นเมื่ออาการไม่คงที่

ผลการประเมิน

กรณีศึกษาที่ 1 ความดันโลหิต 93/44 mmHg ชีพจร 64 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที O₂sat 100% เสียงปอดปกติ

5. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อผู้ป่วยพักผ่อนได้อย่างเต็มที่

6. แนะนำกระตุ้นผู้ป่วยดูแลความสะอาดร่างกาย การดูแลช่องปากผิวหนังและหลังการขับถ่าย

ผลการประเมิน

กรณีศึกษาที่ 1 ความดันโลหิต 93/44 mmHg ชีพจร 64 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที O₂sat 100% ผู้ป่วยพักผ่อนได้อย่างเต็มที่ สิ้นสุดขึ้นขึ้น อ่อนเพลียลดลง ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้

กรณีศึกษาที่ 2 ความดันโลหิต 90/66 mmHg ชีพจร 96 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที O₂sat 99% ผู้ป่วยพักผ่อนได้อย่างเต็มที่ สิ้นสุดขึ้นขึ้น อ่อนเพลียลดลง ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้

ปัญหาการพยาบาลที่ 7 : เผื่อระวังการกลับเป็นซ้ำ

ข้อมูลสนับสนุน

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดที่ทำให้เลือดออกในกระเพาะอาหารส่วนบน

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยมีประวัติดื่มสุรา 50 ซีซี/วัน ติดต่อกันระยะเวลา 2 ปี

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและปฏิบัติกรดูแลตนเองในการป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหารส่วนบนได้

กิจกรรมพยาบาล

1. อธิบายถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยครั้งนี้ตามปัจเจกบุคคล ให้ความรู้เรื่องโรคและสภาพการเจ็บป่วยในปัจจุบันซึ่งมีโอกาสรักษาเป็นซ้ำเนื่องมาจากการปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง เช่น การรับประทานอาหาร ยาที่ระคายเคืองต่อกระเพาะอาหาร โทษของการดื่มเครื่องดื่มมีน้ำตาลทุกชนิด

ผลการประเมิน

กรณีทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยรับทราบข้อมูลและวิธีการดูแลป้องกันตนเองไม่ให้เกิดภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหารส่วนบนซ้ำเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้อย่างชัดเจน

การพยาบาลระยะจำหน่ายส่งต่อ

ปัญหาการพยาบาลที่ 8 : ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อเพื่อให้แพทย์เฉพาะทางระบบทางเดินอาหารรักษาต่อเนื่อง

ข้อมูลสนับสนุน

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยถ่ายเหลวมีเลือดปน 5 ครั้ง NG lavage 1000 ml พบ Blood clot 10 ml(24/08/2566) Hct18.2 % (23/08/2566), Hct15.8%(24/08/2566) ไม่มีเลือด group B, BP 93/44 mmHg (MAP60) (24/08/2566)

กิจกรรมพยาบาล

1. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย/ญาติถึงแผนการรักษาที่แพทย์ระบุไว้ในเวชระเบียน และให้พบแพทย์ เพื่ออธิบายถึงความจำเป็นที่ต้องส่งต่อไปรักษายังสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล
2. ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในและภายนอกโรงพยาบาล
เคลื่อนย้ายที่ถูกต้อง และปลอดภัย
-เตรียมผู้ป่วย บุคลากร พาหนะ ข้อมูล เอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งหมด
- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และค่ารักษาพยาบาล
3. ส่งต่อผู้ป่วยพร้อมแบบฟอร์มการส่งต่อของแพทย์
4. ติดตามการรักษาของผู้ป่วยที่โรงพยาบาลศรีสะเกษทางโทรศัพท์ทุกสัปดาห์

โดยเฉพาะสุราที่มีฤทธิ์เป็นกรดสูง เพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและให้ญาติรับทราบวิธีการ ดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

2. ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยากลุ่ม NSAID

3. ให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียดหรือความวิตกกังวลต่างๆ ที่จะส่งผลกระทบต่ออาการหลังกรด

Consult GI ของแพทย์จากโรงพยาบาลศรีสะเกษ พิจารณาให้ส่งต่อ

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยอาเจียนเป็นเลือดสด 3 ครั้ง ถ่ายดำเป็นยางมะตอย 1 ครั้ง, PR พบ Yellow feces and minimal fresh blood, NG lavage 1000 ml ไม่ clear, BP 96/64 mmHg, On 0.9%NSS 1000 ml loading 500 ml in

30 min (16/09/2566), Consult GI ของแพทย์จากโรงพยาบาลศรีสะเกษ พิจารณาให้ส่งต่อ

วัตถุประสงค์

- ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ทันต่อภาวะการณเจ็บป่วย
- รายงานส่งต่ออาการ
 - เตรียมอุปกรณ์ที่ติดตัวไปกับผู้ป่วยตลอดจนการ
5. วางแผนเยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลศรีสะเกษ

ผลการประเมิน

กรณีทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยเข้าใจ รับทราบถึงเหตุผลที่แพทย์ส่งต่อการรักษาและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ กรณีศึกษาที่ 1 วันที่ 24/08/2566 เวลา 12.00 น. รวมระยะเวลา 2 วัน
กรณีศึกษาที่ 2 วันที่ 17/09/2566 เวลา 13.40 น. รวมระยะเวลา 2 วัน ขณะนอนรักษาที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ ผู้ป่วยได้รับการรักษาในหน่วยวิกฤต ซึ่งมีอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจที่มีความพร้อมและทันสมัย มีบุคลากรที่เชี่ยวชาญผ่านการอบรมเฉพาะทางทำให้สามารถรักษาพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง เหมาะสม ทันต่อภาวะการณเจ็บป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน กิจกรรมการวางแผนจำหน่ายที่สำคัญคือ การให้ความรู้กับผู้ดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร ยาที่ระคายเคืองต่อกระเพาะอาหาร

การใช้ยาประจำตัว โทษของการดื่มเครื่องดื่มมีน้ำตาลทุกชนิด ข้างเคียงต่างๆหลังจำหน่ายพบว่าผู้ป่วยยังไม่มีภาวะ
โดยเฉพาสุราที่มีฤทธิ์เป็นกรดสูง การสังเกตอาการ เลือดออกซ้ำ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความเหมือนและแตกต่างกันของกรณีศึกษา 2 ราย

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
ปัจจัยเสี่ยงต่อการ เกิดโรค	เพศหญิงวัยกลางคน(45ปี) มีโรคประจำตัวความดันเป็น โลหิตสูง BMI 28.31Kg/mm ² นอนไม่หลับตื่นนอนตี 3ทุกวัน เครียดเรื่องเจ็บป่วย	เพศหญิงวัยกลางคน(34ปี) BMI 16.65 Kg/mm ² รับประทานอาหารรสจัด ดื่มสุรา50 ซีซี/วันติดต่อกัน ระยะเวลา 2 ปี	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นวัยกลางคน กรณีศึกษารายที่ 1 มีประวัตินอนไม่ค่อย ไม่ค่อยหลับ เครียด กรณีศึกษารายที่ 2 ดื่มสุราทุกวันซึ่งทั้ง 2 รายมีปัจจัยต่อการ เกิดภาวะ UGIB (Fletcher EH.,2010)
พยาธิสภาพ ของโรคอาการ 5 ครั้ง เจาะ Hct18.2% และอาการ	ผู้ป่วยมีอาการ2 ชั่วโมงก่อน มา รพ.ถ่ายเหลวมีเลือดปน Blood gr. B, NG lavarge 1000 ml พบBlood clot 10 ml,BP 93/44 mmHg	ผู้ป่วยมีอาการ 1 วันก่อน มา รพ. อาเจียนเป็นเลือด 3 ครั้ง มีถ่ายดำเหมือนยาง มะตอย 1 ครั้ง ทำ PR พบ Yellow fecesandminimal NG lavarge1000mlไม่clear	จากพยาธิสภาพของ ภาวะเลือดออกในตำแหน่งที่ สูงกว่า ligament of treitz อาจพบอาเจียนเป็น เป็นเลือดสดหรือดำ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความเหมือนและแตกต่างกันของกรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
		BP 96/64 mmHg	คล้ำ(coffee ground) หรือมีภาวะถ่ายดำถ้า เสียเลือดไป 1,000 มล. หัวใจเต้นเร็วจะมีความ ดันโลหิตต่ำ(สมาคมแพทย์

ส่องกล้องทางเดินอาหาร
แห่งประเทศไทย.2557)

การรักษา	แพทย์วินิจฉัย UGIB with Hypovolemic shock 0.9%NSS1000 ml iv loading, On O ₂ canula 3 lit/min, Pantoprazole 80 mg iv stat then 80 mg + 5%D/W 100 ml iv drip 10 ml/hr, Losec 40 mg iv q 12 hr., NG lavarge 1000 ml, PRC unit iv drip 3 hr, Blood group B, Consult แพทย์ GI รพ.ศรีสะเกษ Refer	แพทย์วินิจฉัย UGIB with Hypovolemic shock NG lavarge 1000 ml 0.9%NSS1000ml loading 500 ml in 30 min then 80 cc/hr, Losec 80mg iv stat then 40 mg iv OD, thiamine 100 mg im OD x 3 day, Consult แพทย์GI รพ.ศรีสะเกษ Refe	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการ resuscitation ด้วย สารน้ำและได้รับยาในกลุ่ม PPIsกรณีศึกษาที่1 แพทย์พิจารณาให้เลือด แต่ไม่มีBlood group B ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 แพทย์พิจารณาให้ยา thiamine เนื่องจาก ประวัติดื่มสุราซึ่งทั้ง 2 รายไม่มีภาวะแทรกซ้อน ที่รุนแรงจากภาวะ UGIB
ปัญหาทางการพยาบาล	ได้รับการพยาบาล 3 ระยะ ได้แก่การดูแลในระยะวิกฤต ระยะดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟู	ได้รับการพยาบาล 3 ระยะ ได้แก่การดูแลในระยะวิกฤต การพยาบาลตั้งแต่วินิจฉัย ระยะดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟู	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการ คัดกรองการชักประวัติ

อภิปรายผล

กรณีศึกษาตอนที่ 1 แพทย์วินิจฉัยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบนที่มีภาวะช็อก(UGIB with shock : Upper gastrointestinal bleeding with shock) จากผลที่เกิดจากความเครียด ทำให้ผู้รับบริการเสียเลือดจนเกิดภาวะช็อก นับเป็นภาวะวิกฤตที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจอย่างรวดเร็ว ซึ่งผู้ป่วยรายนี้มีผลฮีมาโตคริตต่ำมากผิดปกติ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเข้าถึงบริการล่าช้า ทำให้การพยากรณ์ของโรคเลวลง เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษา ด้วยการให้ยาในกลุ่ม PPIs ทำ NG Lavarge ไม่สามารถหยุดเลือดได้และด้วยด้วยศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีแพทย์เฉพาะทางแต่มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร ส่งผลให้แพทย์consult case กับแพทย์เฉพาะทาง

ศัลยกรรมระบบทางเดินอาหาร พิจารณาให้ส่งรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลศรีสะเกษผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายประสานงานส่งต่อได้รับการส่องกล้อง EGD(Esophagogastroduodenoscopy) ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและผลิตภัณฑ์ของเลือดตามแผนการรักษา จำเป็นต้องได้รับยาในกลุ่ม PPIs อย่างต่อเนื่อง สังเกตภาวะพร่องออกซิเจน ภาวะไหลเวียนโลหิต ความไม่สมดุลของเกลือแร่ น้ำเกิน ฝ้าระงังภาวะ Hypovolemic shock การดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในร่างกายและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย การพยาบาลที่ได้รับ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะวิกฤต ระยะดูแลต่อเนื่องและระยะจำหน่าย มีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง แนะนำการรับประทานยาต่อเนื่อง ส่งเสริมการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง แนะนำช่องทางขอความช่วยเหลือ เมื่อมีเหตุฉุกเฉินทางโทรศัพท์หมายเลข 1669 หรืออาศัย

ความร่วมมือจากชุมชนโดยเฉพาะการมี caregiver ที่อยู่บ้านใกล้เรือนเคียง หรืออาสาสมัครช่วยเป็นที่เลี้ยงในเรื่องการดูแลและช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน

กรณีศึกษาครั้งที่ 2 มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นและเข้ารับการรักษาล่าช้า จนทำให้มีภาวะช็อก ซึ่งเป็นภาวะวิกฤติ ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูงจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมโดยเฉพาะการดื่มสุราเมื่อมาถึงโรงพยาบาลผู้ป่วยได้รับการประเมิน การวินิจฉัย และการให้การรักษายาอย่างรวดเร็วยังการให้ยากลุ่ม PPIs ทำ NG Lavage ไม่สามารถหยุดเลือดได้ และด้วยด้วยศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีแพทย์เฉพาะทางแต่มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร ส่งผลให้แพทย์ consult case กับแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมระบบทางเดินอาหารพิจารณาให้ส่งรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายประสานงานส่งต่อได้รับการส่องกล้อง EGD (Esophagogastroduodenoscopy) ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาจำเป็น ต้องได้รับยากลุ่ม PPIs อย่างต่อเนื่อง สังเกตภาวะไหลเวียนโลหิต ความไม่สมดุลของเกลือแร่ น้ำเกิน เฝ้ารอภาวะ Hypovolemic shock สามารถแก้ไขภาวะวิกฤติ รวมถึงการเฝ้ารอการเกิดภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำจนผู้ป่วยปลอดภัย การเจ็บป่วยครั้งนี้ผู้ป่วยเป็นค่อนข้างหนัก ผู้ป่วยและญาติไม่คาดคิดว่าอาการเจ็บป่วยจะรุนแรงจนเข้าสู่ภาวะวิกฤตของชีวิต จึงมีความเครียดและวิตกกังวลสูง การรักษาที่เน้นการตอบสนองปัญหาทางด้านร่างกายจึงไม่เพียงพอ ต้องให้การพยาบาลเพื่อประคับประคองจิตใจร่วมกับการให้การช่วยเหลือฟื้นฟูสุขภาพ จะทำให้ผู้ป่วยหายเร็วขึ้นและกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างปกติสุข ได้มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยผู้ป่วยรายนี้ได้ดื่มสุราทุกวันต่อเนื่อง จึงให้ความรู้และโทษของการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิดรวมทั้ง ชา กาแฟ ให้กับผู้ป่วยและญาติเพื่อเป็นการปรับพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วยที่อาจทำให้เกิดเลือดออกซ้ำ

ในระบบทางเดินอาหารได้ จะเห็นได้ว่าพยาบาล ซึ่งเป็นบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาตั้งแต่แรกเริ่ม จนจำหน่าย ต้องมีความรู้ ความสามารถ มีทักษะในการประเมินอาการ การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยทุกระยะ เพื่อให้การพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็วตามปัญหาของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นได้อย่างทันท่วงที จนผู้ป่วยปลอดภัยและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านแก่ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแลเพื่อลดโอกาสกลับมาเป็นซ้ำ

สรุป

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบน การดูแลรักษาพยาบาลที่สำคัญ คือ การตรวจสัญญาณชีพชีพจร และความดันโลหิต ค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงเป็นระยะๆ การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ดูแลการให้ออกซิเจนในผู้ป่วยช็อกเป็นสิ่งจำเป็นอย่างมาก พยาบาลต้องสามารถประเมินและดูแลผู้ป่วยได้ตั้งแต่แรกเริ่มเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อชีวิตของผู้ป่วย การดูแลเบื้องต้นจากโรงพยาบาลชุมชนที่เหมาะสมรวมถึงการประสานส่งต่อที่ถูกต้องเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่จะสามารถให้การดูแลรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนั้นการได้รับการรักษาในหน่วยวิกฤต ซึ่งมีอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจที่มีความพร้อม และทันสมัย มีบุคลากรที่เชี่ยวชาญผ่านการอบรมเฉพาะทางทำให้สามารถรักษาพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้องเหมาะสม ทันต่อภาวะการณ์เจ็บป่วย ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน กิจกรรมการวางแผนจำหน่ายที่สำคัญคือ การให้ความรู้กับผู้ดูแลเรื่องการใช้จ่ายตัวโทษของการดื่มเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ทุกชนิดโดยเฉพาะสุราที่มีฤทธิ์เป็นกรดสูง การสังเกตอาการข้างเคียงต่างๆ จะช่วยป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกซ้ำ

เอกสารอ้างอิง

เฉลิมศรี แสงจันทร์.(2567). การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อก. เข้าถึงได้จาก<https://atgh.moph.go.th/sites/>.

- นภชนก รักษาเคน.(2567). การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันร่วมกับภาวะช็อคจากการเสียเลือด. เข้าถึงได้จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/219409/151879> 14 มกราคม 2567.
- พันธุ์ภทร จักรพันธุ์.(2567). เอกสารประกอบการสอนนักศึกษาแพทย์ ปีที่ 4. เข้าถึงได้จาก <https://elearning.cmu.ac.th/pluginfile.php/187037/course/summary/Glbleed.pdf> 14 มกราคม 2567.
- ศิริรัตน์ ปานอุทัย และทิพาพร วงศ์หงส์กุล. (2562). การปฏิบัติการพยาบาลทางอายุรกรรม. เชียงใหม่: สิ่งพิมพ์และบรรณจุณธ์ สมาร์ท โคตรตั้ง แอนด์ เซอร์วิส จำกัด.สมาคมแพทย์ส่องกล้องทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย.(2557). แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นในประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต] .2557. [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2566]; เข้าถึงได้จาก: <https://thaitage.org/source/content-file/content-file-id-6.pdf>.
- อนงค์ คำบุตรดา.(2567). การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันร่วมกับภาวะช็อคจากการเสียเลือด. เข้าถึงได้จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/196387/136525> 14 มกราคม 2567.
- อรพรรณ บุญลือ, เขมารตี มาสิงบุญ, วัลภา คุณทรงเกียรติ. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกซ้ำในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 2562; 30(1): 125-126.
- Candid Villanueva, Alan Colomo, Alba Bosch, Mar Concepcion, Virginia Hernandez-Gea, Carles Aracil, et.al.(2013). **Transfusion Strategies for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding.** The New England Journal of Medicine, 368, 11-21.
- Fletcher EH., Johnston DE., Fisher CR.,Koerner RJ., Newton JL., Gray CS. **Systematic review: Helicobacter pylori and the risk of upper gastrointestinal bleeding risk in patients taking.**
- Thad Wilkins., Naiman Khan., Akash Nabh., & Robert R. Schade.(2012). **Diagnosis and management of upper gastrointestinal bleeding.** American Family Physician, 85(5) 469-476.
- Valkhoff VE, Sturkenboom MC.(2012). **Risk factors for gastrointestinal bleeding associated with low-dose aspirin.** Best Practice and Research Clinical Gastroenterology; 25(3): 125-140.
- Zhang, C., Ciu, M., Xing, J., Shi, Y., & Su, X.(2014). **Massive gastrointestinal bleeding caused by a giant gastric inflammatory fibroid polyp: A case report.** International journal of Surgery Case Report, 571-5712.
- Zhang, C., Ciu, M., Xing, J., Shi, Y., & Su, X.(2014). **Massive gastrointestinal bleeding caused by a giant gastric inflammatory fibroid polyp: A case report.** International journal of Surgery Case Report, 571-57.