

การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อกและหลอดเลือดดำพอร์ทัลอุดตัน : กรณีศึกษา

Nursing care for patients with Upper Gastrointestinal Bleeding and Hypovolemic Shock and Portal Vein Thrombosis: case study.

(Received: August 24,2025 ; Revised: August 27,2025 ; Accepted: August 29,2025)

ช่อทิพย์ ตันฮวด¹

Chowtip Tanhud¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อกและหลอดเลือดดำพอร์ทัลอุดตัน โดยศึกษาในผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 44 ปี มาด้วยอาเจียนเป็นเลือดสดๆ ถ่ายดำ ประวัติเป็นวัณโรคปอดรักษาไม่ครบ และโรคตับแข็ง ตึ่มสุราและสูบบุหรี่เป็นประจำ ไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนและมีภาวะช็อก แพทย์ให้การรักษาก่อนพ้นภาวะช็อก จึงส่งมารักษาต่อที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด

ผลการศึกษาพบว่า ในระหว่างดูแลรักษา ผู้ป่วยมีปัญหา ได้แก่ ภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดในระบบทางเดินอาหารซ้ำ ภาวะหัวใจเต้นช้า ภาวะลิ้นเลือดอุดตันหลอดเลือดดำพอร์ทัล ภาวะโปแตสเซียมต่ำ แผลผ่าตัดติดเชื้อ ให้การรักษาด้วยการให้สารน้ำทางหลอดเลือด เลือดและพลาสมา และทำผ่าตัดเย็บแผลในกระเพาะอาหาร ยาเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ยาลดความดันในหลอดเลือดพอร์ทัล โปแตสเซียม ยาปฏิชีวนะ การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ อิเล็กโทรไลต์ ออกซิเจนอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยในการผ่าตัด การดูแลให้ยาตามแผนการรักษา การป้องกันการเกิดอาการขาดสุรา การป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่ ยาที่ใช้รักษา การทำหัตถการ และการผ่าตัดกระเพาะอาหาร หลังได้รับการรักษาพยาบาลปัญหาส่วนใหญ่ได้รับการแก้ไขหมดไป ยังคงเหลือปัญหาที่ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม เช่นการดื่มสุรา และสูบบุหรี่

คำสำคัญ : เลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น, ภาวะช็อก, หลอดเลือดดำพอร์ทัลอุดตัน

Abstract

This study is a case study. The objective was to study nursing care for patients with Upper Gastrointestinal Bleeding, Hypovolemic Shock, and Portal Vein Thrombosis. The study was conducted on a 44-year-old female patient who presented with vomiting fresh blood, melen stool, a history of incompletely treated Pulmonary Tuberculosis and Liver Cirrhosis, regularly drinking alcohol and smoking, went to a community hospital for treatment, and went into shock. The doctor's treatment for her was to recover from shock and refer her to the provincial hospital for further treatment.

The study results found that during treatment, the patient had problems such as recurrent shock from gastrointestinal bleeding, bradycardia, portal vein thrombosis, hypokalemia, and surgical wound infection. Treatment was given with intravenous fluids, packed red cell, plasma, and exploratory laparotomy with Gastrotomy with suture to stop bleeding, a drug to increase heart rate, anticoagulants to decrease portal vein pressure, potassium, and antibiotics. Important nursing involves maintaining a balance of fluids and electrolytes, providing adequate oxygen, preparing patients for surgery, administering medications according to treatment, and preventing and managing complications of diseases, medications, procedures, and surgery. After receiving treatment, most problems are resolved. The only problem that requires continuous monitoring is inappropriate self-care behaviors, such as drinking alcohol and smoking.

Keywords: Upper Gastrointestinal Bleeding and Hypovolemic Shock, Portal Vein Thrombosis

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

บทนำ

ภาวะเลือดออกกระบบทางเดินอาหารส่วนต้น (Upper Gastrointestinal Bleeding: UGIB) เป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่พบได้บ่อยและคุกคามชีวิต¹ โดยมีเลือดออกในตำแหน่งสูงกว่า ligament of treitz คือ หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนดูโอดินัม พบอุบัติการณ์ทั่วโลก 50 ถึง 200 คนต่อ 100,000 ประชากรต่อปี อัตราการเสียชีวิตสูงร้อยละ 3-14² และส่วนใหญ่เสียชีวิตในช่วงแรกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สำหรับประเทศไทย ไม่พบสถิติผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นโดยตรง แต่ระบุเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคระบบทางเดินอาหาร โดยในปี พ.ศ. 2559 - 2561 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคระบบทางเดินอาหารสูงถึง 438.54, 441.49 และ 414.76 รายต่อประชากร 100,000 ราย จัดเป็นโรคอันดับที่ 5, 4 และ 3 ตามลำดับ ในการจัดลำดับอัตราผู้ป่วยในตามกลุ่มสาเหตุการป่วย 10 กลุ่มแรกของผู้ป่วยทั้งประเทศ โดยมีอัตราการเสียชีวิตอยู่ในอันดับที่ 7 ตลอดทั้ง 3 ปี เท่ากับร้อยละ 31.4, 29.7 และ 24.49 ตามลำดับ³

สาเหตุหลักของการเกิดภาวะเลือดออกกระบบทางเดินอาหารส่วนต้น คือ แผลในกระเพาะอาหาร (Peptic ulcer) รongลงมา ได้แก่ ภาวะหลอดเลือดโป่งพองในหลอดอาหาร (Esophageal varices: EV) ความผิดปกติของเยื่อบุทางเดินอาหาร หลอดอาหารอักเสบ แผลในหลอดอาหารและมะเร็ง และติ่งเนื้อในกระเพาะอาหาร⁴ โดยมีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยในระยะสั้น ได้แก่ มีภาวะคุกคามชีวิต ต้องให้การช่วยชีวิตอย่างเร่งด่วน จากภาวะช็อก ภาวะหายใจล้มเหลวและไตวายเฉียบพลัน ส่วนผลกระทบระยะยาว ได้แก่ โรคแผลในกระเพาะอาหาร เส้นเลือดหลอดอาหารโป่งพองและความดันในหลอดเลือดดำพอร์ทัลสูง ประสิทธิภาพการทำงานของผู้ป่วยลดลง มีข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ข้อจำกัดด้านอาหาร มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่เกิดจากความเครียด เป็นภาระของผู้ดูแล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น โรงพยาบาลต้องจัดการด้านบุคลากร วัสดุ

อุปกรณ์ รวมทั้งประสานการจัดสภาพแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วย⁵

จากข้อมูลของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ปี พ.ศ. 2565- 2567 พบผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นจำนวน 290, 308 ราย และ 254 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 13.83, 19.28, และ 5.81 ตามลำดับ⁶ สาเหตุการเสียชีวิต คือ ภาวะช็อกจากการเสียเลือดอย่างรวดเร็ว โดยมักพบในระยะแรกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเป็นผู้ป่วยมีโรคทางอายุรกรรมร่วมด้วย เช่น โรคความดันโลหิตสูง ตับแข็ง และเบาหวาน เป็นต้น ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความยุ่งยาก ซับซ้อนในการวางแผนและให้การพยาบาลอย่างทันทั่วถึง เพื่อหยุดเลือดที่ออก เพิ่มปริมาตรเลือด สารน้ำในระบบไหลเวียนเลือดให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ป้องกันเกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือดซ้ำ รวมถึงการดูแลป้องกันโรคร่วมไม่ให้มีอาการกำเริบหรือควบคุมภาวะโรคไม่ได้ พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค รวมทั้งมีความชำนาญหรือทักษะ ในการประเมินหรือคาดการณ์ความเสี่ยง การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น การประเมินและติดตามอาการ ค้นหาปัญหาและความต้องการ เพื่อให้การพยาบาลที่เหมาะสม รวดเร็ว ถูกต้องตามมาตรฐาน รวมถึงการให้ความรู้ และคำแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ไม่เกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ อันจะส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ลดลง รวมทั้งเป็นการพัฒนาการดูแลรักษาให้มีมาตรฐานสูงขึ้น และมีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัญหาและการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อกและหลอดเลือดดำพอร์ทัลอุดตัน

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาสถิติผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นย้อนหลัง 3 ปี

2. เลือกผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อก และหลอดเลือดดำพอร์ทัลอุดตัน จำนวน 1 ราย เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน และรุนแรง ซึ่งต้องใช้ความรู้ความชำนาญ รวมทั้งประสบการณ์สูงในการดูแลช่วยเหลือภาวะคุกคามชีวิต และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

3. ศึกษาเอกสาร ตำราวิชาการ บทความ งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

4. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยกรณีศึกษา โดยการสอบถามผู้ป่วยและญาติ การตรวจสภาพร่างกายทั่วไป สัญญาณชีพ ระบบประสาท ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและตรวจพิเศษอื่นๆ และการรักษาของแพทย์

5. วิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้ กำหนดประเด็นปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย ญาติ และนำมากำหนดแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล และ 5) การประเมินผล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอม และให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผล

การศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 44 ปี นักร้องศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ อาชีพค้าขาย การศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 6 รับวันที่ 2 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 การวินิจฉัยโรค Upper Gastrointestinal Bleeding with Liver Cirrhosis การผ่าตัด Exploratory laparotomy with Gastrotomy with suture to stop bleeding วันที่ 7 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 จำหน่ายวันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล 26 วัน

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล อาเจียนเป็นเลือดสดๆ ถ่ายอุจจาระดำ 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล อาเจียนเป็นเลือดสดๆ ประมาณ 3 แก้ว ถ่ายอุจจาระดำ ไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน และมีภาวะช็อก ได้รับการรักษาจนพ้นภาวะช็อก จึงส่งมารักษาต่อโรงพยาบาลประจำจังหวัด

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต 3 ปีก่อนเป็นวัณโรคปอด รักษาไม่ครบโปรแกรม 2 ปีก่อนเป็นโรคตับแข็งจากแอลกอฮอล์

ประวัติการแพ้ยา/ใช้สารเสพติดและอื่นๆ ดื่มสุรา 1 กิโลกรัม/วัน สูบบุหรี่ 10 มวน/วัน

การประเมินสภาพร่างกายแรกรับ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ชีตท่าทางอ่อนเพลีย ช่วยเหลือตัวเองได้ดี สัญญาณชีพ BT= 37.2°C, PR = 130 beat/min, RR = 20 beat/min, BP = 110/70 mmHg, O₂ sat = 98% ปวดท้องเล็กน้อย pain score =1 คะแนน NG. tube มี content เป็น coffee ground ถ่ายอุจจาระดำ 1 ครั้ง

แผนการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนผ่าตัด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะช็อกเนื่องจากสูญเสียเลือดในระบบทางเดินอาหารจากแผลในกระเพาะอาหาร ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยตัวเย็น ชีต หน้ามืด เวียนศีรษะ 2. สัญญาณชีพ PR = 52 beat/min, RR = 20 beat/min, BP = 60/30 mmHg 3. content จาก NG Tube เป็นเลือดสีแดงสด 280 ml 4. Hematocrit = 23.6% วัตถุประสงค์การพยาบาล 1. เพื่อทดแทนปริมาณสารน้ำและเลือดในระบบไหลเวียนเลือดให้เพียงพอ 2. เพื่อหยุดเลือดที่ออกจากแผลในกระเพาะอาหาร 3. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันจากภาวะช็อก	1. ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินค่า Mean Arterial Pressure (MAP) ระดับความรู้สึกตัว ทุก 30 นาที ทดสอบ Capillary refill time ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนเลือด 2. ตรวจวัดและประเมิน O₂ Sat ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะเนื้อเยื่อร่างกายขาดออกซิเจน 3. ดูแลให้ O₂ Mask with bag 10 lit/min เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนในระบบไหลเวียนเลือด 4. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ได้แก่ หายใจหอบเหนื่อย ปลายมือ ปลายเท้าเขียว หายใจลำบาก ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง กล้ามเนื้อคอช่วยในการหายใจริมฝีปากเขียวคล้ำ กระสับกระส่าย หรือความรู้สึกตัวลดลง ความแรงของชีพจรส่วนปลายลดลง ผิวหนังเย็นและชื้น O₂ Sat < 90% Capillary refill time ≥ 3 วินาที 5. ใส่คาสายสวนปัสสาวะ บันทึกปริมาณปัสสาวะ ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินการทำงานของไต 6. บันทึกลักษณะ ปริมาณ content จาก NG Tube เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหารได้ 7. ดูแลให้ Acetar 1,000 ml ⑤ load in 30 min ต่อด้วย Acetar 1,000 ml ⑤ drip rate 120 ml/hr x 3 ชุด ตามแผนการรักษา เพื่อชดเชยปริมาณสารน้ำที่สูญเสียไป 8. ดูแลให้ PRC 1 unit ⑤ free flow ต่อด้วย PRC 1 unit ⑤ drip in 2 hr และ FFP 600 ml ⑤ drip rate 80 ml/hr ตามแผนการรักษา เพื่อชดเชยปริมาณเลือดและปัจจัยการแข็งตัวของเลือดที่สูญเสียไป เฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการให้เลือด เช่น ผื่นแพ้ หนาวสั่น หายใจลำบาก 9. ดูแลให้ Levophed 4:250 ⑤ drip เริ่มที่ 5 ml/hr บริหารยาโดยใช้ infusion pump เพื่อให้สามารถ ควบคุมการให้ยาได้ดี ปรับ titrate ยาช้าๆ maximum ที่ 10 ml/hr เฝ้าระวังผลข้างเคียง ได้แก่ ปวดศีรษะ หัวใจเต้นช้าหรือเต้นผิดจังหวะ คลื่นไส้ อาเจียน และปัสสาวะคั่ง เนื้อเยื่อบริเวณที่ได้รับยาถูกทำลายจากการรั่วของยา (Extravasation) เป็นต้น 10. ดูแลให้ Pantoprazole 80 mg ⑤ bolus then IV drip 8 mg/hr เพื่อลดปริมาณกรดในกระเพาะอาหาร เฝ้าระวังผลข้างเคียง ได้แก่ ท้องเสีย อาเจียน คลื่นไส้ ปวดท้อง และปวดศีรษะ 11. ดูแลให้ Octreotide 50 mcg ⑤ bolus then IV drip 50 mcg/hr เพื่อลดการไหลเวียนของเลือดในระบบทางเดินอาหาร เฝ้าระวังผลข้างเคียง ได้แก่ ท้องเสีย ปวดท้อง คลื่นไส้ ท้องผูก ท้องอืด ปวดศีรษะ น้ำตาลในเลือดสูง หายใจลำบาก หัวใจเต้นช้าหรือเร็ว 12. ดูแลให้งดอาหารและน้ำ เพื่อลดการรบกวนและการระคายเคืองทางเดินอาหารที่ทำให้เลือดออกในระบบทางเดินอาหารเพิ่มขึ้น 13. สังเกตและติดตาม Hematocrit ทุก 6 hr ถ้า Hematocrit < 25% หรือลดลงจากเดิม 3% รายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาให้การรักษา ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ชีต อ่อนเพลีย สัญญาณชีพ PR = 84 -100 beat/min, RR = 20 beat/min, BP= 80/60 - 90/60 mmHg, MAP = 67-70 mmHg, O₂ Sat = 97- 98%, Hematocrit = 25%, Capillary refill time < 2 วินาที, NG.Tube มี content เป็นเลือดสด Urine ทาง foley's catheter ออก 75 ml/kg/hr แพทย์ Set OR for EGD and Exploratory laparotomy Gastrotomy with suture stop bleeding emergency

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อหนึ่งนาทีลดลงเนื่องจากภาวะหัวใจเต้นช้ากว่าปกติ ข้อมูลสนับสนุน 1. สัญญาณชีพ PR ช้า = 52 beat/min, RR = 20 beat/min, BP ต่ำ = 60/30 mmHg 2. คลำชีพจรที่ Radius artery ได้เบา 3. ผู้ป่วยตัวเย็น ซีด หน้ามืด เวียนศีรษะ วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อเพิ่มปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อหนึ่งนาทีให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย	1. ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินค่า Mean Arterial Pressure (MAP) ระดับความรู้สึกตัว ทุก 30 นาที ทดสอบ Capillary refill time ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนเลือด 2. ตรวจวัดและประเมิน O₂ Sat ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินว่าเนื้อเยื่อร่างกายส่วนปลายได้รับออกซิเจนเพียงพอหรือไม่ 3. จัดให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง เพื่อลดการทำงานของหัวใจ และเพิ่มการไหลเวียนกลับของเลือดกลับเข้าสู่หัวใจมากขึ้น 4. ดูแลให้ O₂ Mask with bag 10 lit/min เพื่อให้ออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจอย่างเพียงพอ 5. ประเมินอาการและอาการแสดงของปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อหนึ่งนาทีลดลง ได้แก่ ใจสั่น หน้ามืด เวียนศีรษะ สับสน กระสับกระส่าย ชีพจรเต้นเบาเร็ว ปลายมือ ปลายเท้าเย็น ซีด ปัสสาวะออกน้อย 6. ตรวจ EKG 12 lead ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลง และเฝ้าระวังติดตามลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง 7. บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย โดยเฉพาะปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินการทำงานของไต 8. ดูแลให้ Atropine 1 amp ⑤ stat เพื่อเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ เฝ้าระวังผลข้างเคียง ได้แก่ ม่านตาขยาย ไม่ตอบสนองต่อแสง ตามัว ผิวหนังร้อนและแห้ง กลืนลำบาก ปัสสาวะคั่ง หายใจเร็วขึ้น หัวใจเต้นเร็ว อุณหภูมิร่างกายต่ำ ความดันโลหิตสูง 9. เตรียมรถ Emergency with Defibrillator ให้พร้อมใช้เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ซีด อ่อนเพลีย BP= 80/60 - 90/60 mmHg, PR = 84 -100 beat/min (สม่ำเสมอ ความแรงปกติ 3+ เท่ากันทั้ง 2 ข้าง), RR = 20 beat/min, MAP= 67 - 70 mmHg, O₂ Sat = 97- 98% ปลายมือ ปลายเท้าอุ่น Capillary refill time < 2 วินาที urine ทาง foley's catheter ออก 75 ml/kg/hr EKG monitor show normal sinus rhythm
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีภาวะ ลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำพอร์ทัลเนื่องจากการไหลเวียนของเลือดผ่านตับได้ช้าจากตับเสื่อมสภาพ ข้อมูลสนับสนุน 1. ผล Ultrasound whole abdomen พบ Liver Cirrhosis, Portal Vein Thrombosis 2. ผู้ป่วยเป็นโรค Liver Cirrhosis ทำให้การไหลเวียนของเลือดผ่านตับได้ช้า มีผลให้ส่วนประกอบของเลือดมีโอกาสเกาะตัวกันมากขึ้นนำไปสู่การเกิดลิ่มเลือดได้ง่าย วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำพอร์ทัล ได้แก่ ความดันหลอดเลือดดำพอร์ทัลสูง ทำให้หลอดเลือดดำในหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหารโป่งพองและแตก ภาวะติดเชื้อภายในช่องท้อง ภาวะลำไส้ขาดเลือด และภาวะทางเดินน้ำดีอุดตัน	1. ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินค่า Mean Arterial Pressure (MAP) ระดับความรู้สึกตัว ทุก 30 นาที ทดสอบ Capillary refill time ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนเลือด 2. ตรวจวัดและประเมิน O₂ Sat ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินว่าเนื้อเยื่อร่างกายส่วนปลายได้รับออกซิเจนเพียงพอหรือไม่ 3. ใส่คาสายสวนปัสสาวะ บันทึกปริมาณปัสสาวะ ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินการทำงานของไต 4. บันทึกลักษณะ จำนวน content จาก NG Tube 5. ติดตามผลการทำ EGD และ Colonoscope 6. เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดออกจากหลอดเลือดดำในหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหารโป่งพองแตก ได้แก่ อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายเป็นสีดำ (Melena) ภาวะช็อก เช่น หัวใจเต้นเร็ว เหงื่อออก หน้ามืด มือและเท้าเย็น BP ต่ำกว่าปกติ > 20 mmHg และ pulse pressure แคบ ความรู้สึกตัวลดลง กระสับกระส่าย สับสน ปัสสาวะออกน้อย 7. เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะติดเชื้อภายในช่องท้อง ได้แก่ มีไข้ ปวดท้อง กดที่ท้องแล้วปล่อยมือจะเจ็บมาก (Rebound tenderness) 8. เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะลำไส้ขาดเลือด ได้แก่ ท้องอืด อาเจียนเป็น bile ปวดท้อง อุจจาระมีเลือดปน 9. เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของทางเดินน้ำดีอุดตัน ได้แก่ ปวดท้องบริเวณชายโครงขวาหรือลิ้นปี่ ตาเหลือง ตัวเหลือง ปัสสาวะสีเข้ม อุจจาระสีซีด คลื่นไส้ อาเจียน

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	10. จัดทำอนคิระสูงประมาณ 30-45 องศา เพื่อช่วยลดแรงกดในช่องท้องและลดการไหลเวียนของเลือดไปยังตับ 11. ส่งและติดตามผลการตรวจ Hematocrit ทุก 6 ชั่วโมง เพื่อประเมินว่ามีการสูญเสียเลือดในร่างกายผิดปกติหรือไม่ ติดตามค่า Coagulogram เป็นระยะตามแผนการรักษา เพื่อประเมินค่า INR ที่แพทย์สามารถเริ่มให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดหรือยาต้านการแข็งตัวได้ ติดตามค่า WBC เพื่อประเมินอาการแสดงของการติดเชื้อในช่องท้อง 12. ดูแลให้ยาละลายลิ่มเลือดหรือยาต้านการแข็งตัวของเลือด ตามแผนการรักษา หากผู้ป่วยมีค่า INR ใกล้เคียงปกติหรือปกติ และไม่มีเลือดออกในกระเพาะอาหาร ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ แพทย์ทำ EGD พบมี Gastric ulcer bleeding, no Esophageal/ Gastric varices สัญญาณชีพปกติ BT = 36.2 - 37.4°C, PR = 60 - 88 beat/min, RR = 20 beat/min, BP = 90/70 - 110/70 mmHg, O₂ Sat = 98% MAP = 76 - 83 mmHg ผล CBC พบ Hemoglobin = 8 g/dl, Hematocrit = 23.6%, WBC = 8,680 cell/mm³, Neutrophil = 44.2 %, Lymphocyte = 34.8% ในช่วงรับไว้รักษาในโรงพยาบาล 1-5 วันแรก (ก่อนผ่าตัด) แพทย์ยังไม่สามารถให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดในหลอดเลือดดำพอร์ทได้ เนื่องจากผล INR ยังสูงเกินค่าปกติ 1.64 เท่า อีกทั้งยังต้องให้ Vit K เพื่อช่วยหยุดเลือดที่ออกจากแผลในกระเพาะอาหาร แต่หลังผ่าตัด 13 วัน ค่า INR ลดลงเหลือ 1.15 เท่า แพทย์จึงให้ Enoxaparin 0.6 ml SC q 12 hr, Warfarin (3 mg) 1x1 ☉ hs
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอาการขาดสุราเนื่องจากหยุดดื่มสุรากะทันหัน ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยมีประวัติดื่มสุราเป็นประจำ 1 กีก/วัน 2. หยุดดื่มสุราทันทีเมื่อเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล 3. อารมณ์หงุดหงิด วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดอาการขาดสุรา	1. ประเมินอาการขาดสุรา โดยใช้แบบประเมินติดตามอาการถอนพิษสุรารายบุคคล CIWA-Ar ทุก 4 ชั่วโมง ต่อเนื่องครบ 3 วัน ซึ่งเป็นระยะที่พ้นจากการเกิดอาการขาดสุรา 2. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง 3. ฝึการวางอาการและอาการแสดงของภาวะขาดสุรา ได้แก่ ตัวสั่น มือสั่น กระสับกระส่าย คลื่นไส้ อาเจียน เหงื่อออกมาก มีไข้ ชีพจรเร็ว ร้อนวูบวาบที่ใบหน้า ม่านตาขยาย ความดันโลหิตสูงขึ้น หูแว่ว เห็นภาพหลอน ชักชนิด Grandmal seizures สับสน ไม่รู้เวลา สถานที่และบุคคล 4. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ มีแสงสว่างเพียงพอ และมีอากาศเย็นสบาย เพื่อลดสิ่งเร้าที่มากกระตุ้นทำให้เกิดอาการขาดสุรา 5. ดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง 6. บริหารจิตแพทย์ เพื่อให้การรักษาป้องกันการเกิดอาการขาดสุรา และเลิกดื่มสุรา 7. ดูแลให้ยา Thiamine (Vitamin B1) 100 mg ☉ q 8 hr x 3 วัน ต่อด้วย Thiamine (100 mg) 1x3 ☉ pc เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ Wernicke-Korsakoff Syndrome 8. ดูแลให้ได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ เพื่อช่วยลดความเครียดและอาการวิตกกังวล ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้เกิดอาการขาดสุรา 9. เตรียมยากลุ่ม Benzodiazepine เช่น Diazepam, Lorazepam เพื่อใช้ลดอาการสับสน อาการชัก ที่อาจเกิดขึ้นได้จากการขาดสุรา ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีมือสั่น ไม่มีเหงื่อออก ไม่มีหูแว่ว ไม่เห็นภาพหลอน คะแนนประเมิน CIWA-Ar = 4/60 คะแนน สัญญาณชีพ PR= 84 -100 beat/min, RR= 20 beat/min, BP= 80/60-90/60 mmHg
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การส่องกล้องตรวจ	1. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การดำเนินของโรค ภาวะแทรกซ้อน แผนการรักษาของแพทย์

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ทางเดินอาหารส่วนบนและการผ่าตัดกระเพาะอาหาร เนื่องจากการเจ็บป่วยมีภาวะคุกคามชีวิตขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนบนและการผ่าตัดกระเพาะอาหาร ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าเคร่งเครียด 2. ผู้ป่วยบอกว่า “ไม่สบายใจเกี่ยวกับอาการของโรคที่เผชิญอยู่ อาจทำให้ตนเองเสียชีวิต” 3. ผู้ป่วยและญาติสอบถามว่า ต้องเตรียมตัวอย่างไรบ้าง เพื่อให้ปลอดภัยจากการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนบนและการผ่าตัดกระเพาะอาหาร วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ	2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนบน ได้แก่ ความจำเป็นหรือเหตุผล ขั้นตอนของสิ่งขับ การบรรเทาความเจ็บปวดด้วยยาเฉพาะที่ขณะส่องกล้อง ใช้ระยะเวลาการตรวจประมาณ 1/2 - 1 ชั่วโมง โดยขณะส่องกล้องจะมีแพทย์และพยาบาลดูแลอย่างใกล้ชิด ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อน ขณะและหลังส่องกล้อง เช่น การงดน้ำและอาหาร ทำความสะอาดปากและฟันก่อนส่องกล้อง ขณะแพทย์ใส่อุปกรณ์เข้าไปในปาก ให้ผู้ป่วยช่วยกลืน หลังส่องกล้องหากมีอาการเจ็บคอให้บ้วนด้วยน้ำเกลือ 3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดกระเพาะอาหาร ได้แก่ เหตุผลและขั้นตอนการผ่าตัดพองลำไส้ การระงับความรู้สึก ภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดขึ้นและการป้องกัน ระหว่างผ่าตัดจะมีบุคลากรที่เฝ้าติดตามดูแลอย่างใกล้ชิด คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ได้แก่ การงดน้ำและอาหาร ถอดฟันปลอมและเครื่องประดับออก ทำความสะอาดร่างกาย การฝึกหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การลุกเดินเร็ว และการจัดการความปวดหลังผ่าตัด 4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ สามารถตอบคำถามการปฏิบัติตัวก่อนหลังการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนบนและผ่าตัดกระเพาะอาหารได้อย่างถูกต้อง มีสีหน้าสดชื่นขึ้น ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี
ระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการหายใจลดลงจากฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกตกค้าง ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดและระงับความรู้สึกด้วยวิธี General Anesthesia และได้รับยา Propofol ยาระงับความปวด Fentanyl อาจทำให้เกิดการหายใจ 2. ผู้ป่วยง่วงซึม ปลุกตื่น GCS = 9T (E₃M₆V₇) Sedative score 1 คะแนน 3. ใส่ ET. tube ไว้ หายใจเอง Spontaneous tidal volume = 250 ml วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันเนื้อเยื่อร่างกายพร่องออกซิเจน	1. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนคงที่และปกติ ติดตาม O₂ Sat ประเมินสีของเล็บปลายมือและปลายเท้าว่ามีลักษณะซีดเขียวหรือไม่ เพื่อดักจับอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน 2. ติดตามค่า O₂ Sat ทุก 1 ชั่วโมง จัดท่านอนหงายศีรษะสูง เพื่อให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่และเพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซ 3. ดูแลให้ O₂ T-piece 10 lit/min เพื่อเพิ่มออกซิเจนในเลือด 4. สังเกตและเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน ได้แก่ หายใจลำบาก ปลายมือ ปลายเท้า ริมฝีปากเขียวคล้ำ ผิวหนังซีด เย็น ระดับความรู้สึกตัวลดลง O₂ Sat < 90%, Capillary refill time ≥ 3 วินาที หากพบรายงานแพทย์ทันที 5. ดูแล ET -Tube ให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ไม่หัก พับ งอ เพื่อป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจ 6. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ ได้แก่ มองเห็นหรือได้ยินเสียงเสมหะในท่อช่วยหายใจ ฟังเสียงปอดได้ยินเสียงกรอบแกรบ หรือเสียงเปรี๊ยะแบบหยาบ (Coarse crackles sound) บริเวณเหนือหลอดลม และ O₂ Sat ลดลง 7. กระตุ้นการหายใจเข้าลึกและหายใจออกทางปากช้าๆ เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนในระบบไหลเวียนเลือดและปอดขยายตัวได้ดี 8. ประเมินความพร้อมการถอดท่อช่วยหายใจ ได้แก่ รู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ Spontaneous tidal volume ≥ 5 ml/kg, O₂ Sat ≥ 95 % ไอแรง ไม่มี upper airway obstruction ประเมินผลการพยาบาล หลังผ่าตัดได้ 1 วัน off ET tube และให้หายใจ Room air ผู้ป่วยหายใจไม่เหนื่อย O₂ sat = 98 - 100%
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัดเนื่องจากเนื้อเยื่อถูกทำลายจากการผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยได้รับการทำผ่าตัด Exploratory laparotomy with Gastrotomy with suture stop bleeding	1. สังเกตพฤติกรรมแสดงถึงความเจ็บปวดของผู้ป่วย เช่น กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ หน้าวุ้นคิ้วขมวด นอนนิ่งไม่ยอมเคลื่อนไหว กำมือแน่น เป็นต้น 2. ประเมิน Pain score (NRS) ทุก 1 ชั่วโมง และหลังให้ยาระงับอาการปวด 3. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนคงที่และปกติ 4. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล พุดคุยปลอบโยนให้กำลังใจ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
2. ผู้ป่วยกระสับกระส่าย นอนไม่หลับ หน้ามืดวิงวอด 3. Pain score = 7/10 คะแนน วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อบรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัด	5. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบ เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อน 6. แนะนำการเปลี่ยนอิริยาบถ ให้ใช้มือประคองแผลผ่าตัด เพื่อช่วยลดการเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้อง 7. ดูแลไม่ให้อุปกรณ์และสายต่างๆ ดึงรั้ง กดทับบริเวณแผล 8. แนะนำการใช้เทคนิคผ่อนคลายเช่น การทำสมาธิ การหายใจเข้า-ออกลึกๆ ช้าๆ 8. ดูแลให้ยา Morphine 3 mg ⑤ q 4 hr ในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ตามแผนการรักษา พร้อมติดตามประเมิน Sedative score และสัญญาณชีพ หากพบ Sedation score ≥ 2 คะแนน และ RR < 10 beat/min รายงานแพทย์ทันที สังเกต ฝ้าระงับอาการข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน แขนงหน้าอก และกดการหายใจ ประเมินความปวดหลังให้ยา 15 นาที หากยังมีอาการปวดให้ Fentanyl 50 mg ⑤ x 1 ครั้ง สังเกต ฝ้าระงับอาการข้างเคียง ได้แก่ ง่วงซึม สับสน คลื่นไส้ กล้ามเนื้อเกร็ง หายใจลำบาก หยุดหายใจ 9. ดูแลให้ยาแก้ปวดในช่วงวันที่ 2 - 20 หลังผ่าตัด คือ Morphine 3 mg ⑤ pm q 4 - 8 hr ตามแผนการรักษา 10. ประเมิน Pain score และตรวจวัดสัญญาณชีพหลังได้รับยา Morphine, Fentanyl 15 นาที เพื่อฝ้าระวังติดตามผลข้างเคียงของยา ประเมินผลการพยาบาล หลังได้รับ Morphine 3 mg ⑤ จำนวน 6 ครั้ง Fentanyl 50 mg ⑤ จำนวน 1 ครั้ง ในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด อาการปวดทุเลาลง Pain score 3/10 คะแนน กลับได้หลังจากนั้นตั้งแต่หลังผ่าตัดวันที่ 2 - 4 ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลเป็นพักๆ pain score อยู่ในช่วง 5 - 6/10 คะแนน ได้รับ Morphine 3 mg ⑤ pm q 4 - 8 hr ตามแผนการรักษา จำนวน 4 ครั้ง ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลลดลง pain score อยู่ในช่วง 0 - 2/10 คะแนน สัญญาณชีพปกติ PR = 70 - 86 beat/min, RR = 18 - 20 beat/min, BP = 100/60 - 120/70 mmHg
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยมีระดับโปแตสเซียมในเลือดต่ำเนื่องจากสูญเสียเลือดและสารน้ำในระหว่างผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยผ่าตัด Exploratory laparotomy with Gastrotomy with suture stop bleeding สูญเสียเลือด 3,000 ml 2. ผลการตรวจ Electrolyte พบ K = 3.3 mmol/L วัตถุประสงค์การพยาบาล 1. เพื่อเพิ่มระดับโปแตสเซียมในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 2. เพื่อป้องกันอันตรายจากระดับโปแตสเซียมในเลือดต่ำ	1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะโปแตสเซียมต่ำ ได้แก่ ความรู้สึกตัวลดลง กล้ามเนื้ออ่อนแรง หายใจลำบาก ท้องอืด หัวใจเต้นผิดจังหวะ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบ ST-segment depression, T-wave flattening, T-wave inversion หรือมี U-wave 2. ติดตามและวิเคราะห์ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 3. ตรวจวัดและติดตามสัญญาณชีพ ประเมินระดับความรู้สึกตัวและอาการทางระบบประสาท ทุก 4 ชั่วโมง หากพบความผิดปกติ หายใจเร็ว ง่วงซึม รีเฟล็กซ์ลดลง กล้ามเนื้ออ่อนแรง รายงานแพทย์ 4. ดูแลให้ Acetar 1,000 ml + KCL 20 mEq ⑤ drip rate 100 ml/hr เพื่อเพิ่มระดับโปแตสเซียมในเลือด 5. ติดตามผลการตรวจ Electrolyte เพื่อประเมินผลการดูแลรักษา ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี กำลังกล้ามเนื้อปกติเกรด 5 ไม่มีเกร็งกระตุก ท้องไม่อืด สัญญาณชีพปกติ PR = 70 - 86 beat/min, RR = 18 - 20 beat/min (Regular), BP = 100/60 - 120/70 mmHg EKG monitor พบ normal sinus rhythm ผลการตรวจ Electrolyte พบ K ปกติ = 3.7 mmol/L
ระยะฟื้นฟู ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 ผู้ป่วยมีภาวะช็อกช้าเนื่องจากสูญเสียเลือดในระบบทางเดินอาหารจากผลข้างเคียงของยาต้านการแข็งตัวของเลือด ข้อมูลสนับสนุน	1. ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินค่า Mean Arterial Pressure (MAP) ระดับความรู้สึกตัว ทุก 30 นาที ทดสอบ Capillary refill time ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนเลือด 2. ตรวจวัดและประเมิน O₂ Sat ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินว่าเนื้อเยื่อร่างกายส่วนปลายได้รับออกซิเจนเพียงพอหรือไม่ 3. ดูแลให้ O₂ Cannula 3 lit/min เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนในระบบไหลเวียนเลือด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
แพทย์ให้ Enoxaparin 0.6 ml SC q 12 hr, Warfarin (3 mg) 1x1 ๑ hs หลังได้รับยา 1 วัน ผู้ป่วยมีอาการใจสั่น ถ่ายเป็นน้ำสีดำปนแดง ประมาณ 200 ml, NG Tube content เป็นเลือดสดประมาณ 100 ml สัญญาณชีพ PR = 52 beat/min, BP = 80/50 mmHg	- ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ได้แก่ หายใจหอบเหนื่อย ปลายมือ ปลายเท้าเขียว หายใจเร็วตื้น ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง กล้ามเนื้อคอช่วยในการหายใจริมฝีปากเขียวคล้ำ กระสับกระส่าย หรือระดับความรู้สึกตัวลดลง ความแรงของชีพจรส่วนปลายลดลง อุณหภูมิของผิวหนังเย็นและชื้น O₂ Sat < 90% Capillary refill time ≥ 3 วินาที - บันทึกปริมาณปัสสาวะ ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินการทำงานของไต - บันทึกลักษณะ ปริมาณ content จาก NG tube เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร - ดูแลให้ PRC 2 unit ๑ drip, LDPPC 2 unit เพื่อชดเชยปริมาณเลือดที่สูญเสียไปสังเกต ติดตามผลข้างเคียงจากการให้เลือด เช่น ผื่น แดงหน้าอก หายใจลำบาก เป็นต้น - ดูแลให้ Vit K 10 mg ๑ stat เพื่อช่วยในกระบวนการแข็งตัวของเลือด ฝ้าระวังกผลข้างเคียง ได้แก่ อาการแพ้รุนแรง (Anaphylaxis reaction) - ดูแลให้ Levophed 4: 250 IV rate 5 ml/hr บริหารยาด้วย Infusion pump ปรับ titrate ยา maximum ที่ 10 ml/hr ฝ้าระวังผลข้างเคียง ได้แก่ ปวดศีรษะ หัวใจเต้นช้าหรือเต้นผิดจังหวะ คลื่นไส้ อาเจียน และปัสสาวะคั่ง เนื้อเยื่อบริเวณที่ได้รับยาถูกทำลายจากการรั่วของยา (Extravasation) - ดูแลให้ Acetar 1,000 ml ๑ drip rate 120 ml/hr x 3 ขวด ตามแผนการรักษาเพื่อชดเชยปริมาณสารน้ำที่สูญเสียไป - หยุดให้ยา Enoxaparin และ Warfarin - ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำและน้ำ เพื่อลดการรบกวนและระคายเคืองทางเดินอาหาร ทำให้เลือดออกในระบบทางเดินอาหารเพิ่มขึ้น - ส่งตรวจและติดตาม Hematocrit ทุก 6 hr ถ้า Hematocrit < 25% หรือลดลงจากเดิม 3% รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้การรักษา ประเมินผลการพยาบาล หลังได้รับการรักษา 3 วัน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่ซีด อ่อนเพลียเล็กน้อย สัญญาณชีพปกติ BT = 36.2 - 37°C, PR = 60 - 76 beat/min, RR = 20 beat/min, BP = 100/60-110/70 mmHg, MAP = 73 - 83 mmHg, O₂ Sat = 98 -100%, Hematocrit= 35%, Capillary refill time < 2 วินาที, NG.Tube มี content สีเหลือง ไม่มีอาเจียนหรือถ่ายอุจจาระเป็นเลือด urine ออกทาง foley's catheter 2,000 ml/24hr (เฉลี่ย 80 ml/hr)
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 ผู้ป่วยเกิดแผลผ่าตัดติดเชื้อมีตุ่มดำตามร่างกายต่ำ ข้อมูลสนับสนุน - ผู้ป่วยมีประวัติสูบบุหรี่เป็นประจำ สารในบุหรี่ทำให้ฮีโมโกลบินอยู่ในรูปของคาร์บอกซีฮีโมโกลบิน (Carboxyhemoglobin) ซึ่งจะไม่สามารถขนส่งออกซิเจนให้แก่เซลล์ได้ ทำให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ นอกจากนี้ยังทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลงความสามารถในการกำจัดเชื้อโรคของเซลล์ลดลงและกระบวนการหายของแผล - ผู้ป่วยเป็นโรคตับแข็ง ทำให้ปริมาณเซลล์เม็ดเลือดขาวที่ทำหน้าที่ต่อสู้กับการติดเชื้อลดลง เช่น Monocyte และ Macrophage	- ถอดสาย Jackson drain ออก และทำแผลแบบเปียก โดยยึดหลักปลอดเชื้อ เข้า เย็น และกรณีที่แผลมีสารคัดหลั่งซึมมาก สังเกตลักษณะแผล สารคัดหลั่งจากแผล หากพบแผลอักเสบ บวม แดง ร้อน มีกลิ่นเหม็น หรือแผลมีสารคัดหลั่งเป็นหนอง รายงานแพทย์ทราบ - เปลี่ยนเป็นทำแผลแบบสุญญากาศ (Vacuum-Assisted Closure; VAC) เมื่อแผลแห้งดี และไม่มีเนื้อตาย - ล้างมือก่อน หลังให้การพยาบาลทุกครั้ง เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ - แนะนำผู้ป่วยระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ ไม่ให้แกะเกาแผล ไม่ใช้มือหรือสิ่งของสัมผัสบาดแผล - แนะนำผู้ป่วยให้ดูแลรักษาความสะอาดร่างกาย เพื่อกำจัดและลดการสะสมเชื้อโรคบริเวณผิวหนัง - ดูแลจัดอาหารและให้คำแนะนำการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ประเภทโปรตีนและวิตามินซีสูง เพื่อส่งเสริมการหายของแผล - ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
3. ผู้ป่วยมีภาวะโลหิตจาง ทำให้มีเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงบริเวณบาดแผลลดลง 4. แผลผ่าตัดใส่ Jackson drain ทำให้ปฏิกิริยาต่อต้านการติดเชื้อของเนื้อเยื่อบริเวณนั้นเสียไป รวมถึงยังเป็นทางเข้าของเชื้อโรคโดยตรง 5. หลังผ่าตัดวันที่ 5 ผู้ป่วยมีไข้ BT = 38.5°C แผลผ่าตัดมี Discharge ซึม แพทย์ให้ total off staple พบกับแผลผ่าตัดมีเนื้อตาย แผลแยก ส่ง discharge culture พบ Escherichia coli วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันแผลผ่าตัดติดเชื้อ	7.1 Ceftriaxone 2 gm ⑤ OD สังเกตผลข้างเคียงของยา ได้แก่ บวมแดงหรือเจ็บปวดในบริเวณที่ฉีดยา ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน อาการแพ้ยารุนแรง เช่น ผื่นลมพิษ หน้าบวม ปากบวม หอบหืดบวม แน่นหน้าอก หายใจลำบาก 7.2 Metronidazole 500 mg ⑤ q 8 hr สังเกตผลข้างเคียงของยา ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปวดศีรษะ ชาตามแขน-ขา อาการแพ้ยารุนแรง เช่น ผื่นลมพิษ หน้าบวม ปากบวม หอบหืดบวม แน่นหน้าอก หายใจลำบาก 8. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง โดยเฉพาะอุณหภูมิกาย เพื่อประเมินภาวะไข้ 9. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC (WBC, Neutrophil, Lymphocyte), discharge culture ประเมินผลการพยาบาล หลังทำแผลแบบเปียกได้ 3 วัน และทำแผลแบบสุญญากาศได้ 7 วัน แผลผ่าตัดแห้ง ไม่มีเนื้อตาย ไม่มีสารคัดหลั่งซึม รอบแผลไม่บวม แดง หรือร้อน ไม่มีไข้ BT = 36.0 - 37.3°C แพทย์จึงเย็บปิดแผลผ่าตัด และหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ นัดมาถอดลวดเย็บแผล แผลแห้ง ติดดี
ระยะวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11 ผู้ป่วยมีโอกาสกลับเป็นซ้ำของภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร เนื่องจากพฤติกรรมกรดูแลตนเองไม่ถูกต้อง และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะลิ่มเลือดอุดตัน หลอดเลือดดำพอร์ทัลและโรคตับแข็ง เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเอง และมีข้อจำกัดในการรักษา ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยมีประวัติดื่มสุรา 1 กิโลกรัม/วัน สับบุหรี 10 มวน/วัน 2. ผู้ป่วยและญาติถามถึงการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการมีเลือดออกในทางเดินอาหารซ้ำ 3. ผล Coagulogram ยังสูงเกินค่าปกติ PT = 15.1 วินาที, PTT = 29.8 วินาที, INR = 1.15 4. แพทย์งดให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ได้แก่ Enoxaparin และ Warfarin เนื่องจากให้ได้ 1 วัน ผู้ป่วยมีเลือดออกในระบบทางเดินอาหารและมีภาวะช็อก วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเรื่อง การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำภาวะ เลือดออกในระบบทางเดินอาหารและภาวะ แทรกซ้อนจากลิ่มเลือดอุดตัน หลอดเลือดดำพอร์ทัลและโรคตับแข็ง	1. ประเมินความพร้อมและระดับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ 2. ให้ความรู้และคำแนะนำการดูแลตนเอง โดยใช้หลักการวางแผนจำหน่าย D-METHOD ดังนี้ 2.1 D: Diagnosis ให้ความรู้เรื่องภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน หลอดเลือดดำพอร์ทัลและโรคตับแข็ง อธิบายถึงสาเหตุปัจจัยเสี่ยง อาการ ภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง 2.2 M: Medicine ให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่ต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องที่บ้าน แนะนำการรับประทานยาที่ถูกต้อง ได้แก่ 1) Omeprazole 20 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้า - เย็น ใช้ลดกรดในกระเพาะอาหาร อาการข้างเคียง เช่น ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ปวดท้อง ปวดศีรษะ วิงเวียนศีรษะ อ่อนเพลีย 2) Ferrous fumarate 200 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น ใช้รักษาโรคโลหิตจาง อาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ท้องผูก อาจจะเป็นสีดำหรือเขียวเข้มได้ 3) Folic acid รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า ใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีโลหิตจาง อาการข้างเคียง เช่น ปากเปื่อย ลิ้นอักเสบ ท้องเสีย น้ำหนักตัวลดลง ไม่ควรรับประทานพร้อมนมหรือยาลดกรด 4) Aldactone รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า ช่วยขับของเหลวส่วนเกินออกจากร่างกาย อาการข้างเคียง เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปวดท้อง อาการของระดับโพแทสเซียมในร่างกายสูง เช่น หัวใจเต้นช้ากว่าปกติ ชีพจรเต้นอ่อนหรือรู้สึกชา ระดับโซเดียมในร่างกายต่ำ เช่น สับสน พุดไม่ชัด เสียการทรงตัว ชัก เป็นลม หายใจตื้น ชาต่อน้ำ เช่น ปากแห้ง กระหายน้ำ ไม่มีปัสสาวะหรือปัสสาวะน้อย 5) Propranolol รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า เย็น ช่วยลดความดันในหลอดเลือด ป้องกันการไม่ให้หลอดเลือดแตก อาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ ปวดท้อง ท้องอืด เบื่ออาหาร ปากแห้ง ตับโต เม็ดเลือดขาวลดลง เลือดออกง่าย อ่อนเพลีย มึนงง ซึมเศร้า สับสน ประสาทหลอน นอนไม่หลับ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ตาพร่ามัว ผื่นแดง คัน ถ่ายปัสสาวะลำบาก หอบหืดบวม หายใจขัด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	2.3 E: Environment จัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม สะอาด อากาศถ่ายเทสะดวก เพื่อป้องกันการติดเชื้อ 2.4 T: Treatment ฝึการวังอาการผิดปกติ ได้แก่ ปวดท้องบริเวณลิ้นปี่ที่สัมพันธ์กับมือ อาหาร อาการเวียนศีรษะ หน้ามืด เมื่อเปลี่ยนท่าทางจากนอนเป็นนั่ง จากนั่งเป็นยืน อาเจียนเป็นเลือดสด หรือถ่ายอุจจาระเป็นเลือดหรือสีดำ ท้องโตมากขึ้น ตาตัวเหลือง เพิ่มขึ้น มีไข้ สับสน มือสั่น กระตุกหรือ หงุดหงิด ถ้ามีอาการดังกล่าวควรรีบพามาพบแพทย์ 2.5 H: Health: หยุดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การดื่มสุรา และสูบบุหรี่ แนะนำการผ่อนคลายจิตใจ เช่น การฟังเพลง อ่านหนังสือ ควรใช้เวลาช่วงเย็นออกกำลังกาย ประมาณ 20-45 นาที เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจในการดื่มสุรา ระวังการเกิดอุบัติเหตุต่างๆ เนื่องจากทำให้เลือดออกง่ายหยุดยาก หลีกเลี่ยงจากแหล่งชุมชนเพื่อป้องกันการติดเชื้อ 2.6 O: Outpatient referral การมาตรวจตามนัด 2 สัปดาห์หลังจำหน่าย ที่คลินิกอายุรกรรม และจิตเวช เพื่อติดตามอาการ และบำบัดการเลิกดื่มสุราและสูบบุหรี่ 2.7 D: Diet รับประทานอาหารให้ตรงเวลา เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย และครบ 5 หมู่ โดยรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่ายโปรตีนสูง เพื่อลดการทำงานของกระเพาะอาหาร ช่วยซ่อมแซมเซลล์ตับ อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ อาหารรสจัด เผ็ด เปรี้ยว หวาน เค็ม เพราะ ทำให้ระคายเคืองเยื่อทางเดินอาหาร อาหารที่มีไขมันสูง เช่น ไข่ทอด แฮมหรือเบคอน จะมีผลทำให้เกิดภาวะบวมมากขึ้น ชา กาแฟ น้ำอัดลม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาหารไขมันสูง เพราะมีแก๊สมาก กระตุ้นให้หลังกรด และย่อยยาก ทำให้กระเพาะอาหารขยายตัวมากขึ้น เกิดอาการท้องอืดและปวดท้องได้ 3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย 4. ประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติภายหลังให้ความรู้และคำแนะนำ ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามเรื่องการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านได้อย่างถูกต้อง แต่ต้องให้ความรู้และคำแนะนำซ้ำ 2-3 ครั้ง

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้ ในระยะแรกได้รับสันนิษฐานว่าสาเหตุที่ผู้ป่วยมีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนอาจเกิดจาก 2 สาเหตุ ได้แก่ สาเหตุแรกเลือดออกจากแผลในกระเพาะอาหาร เนื่องจากผู้ป่วยมีประวัติดื่มสุราและสูบบุหรี่เป็นประจำ โดยทั้งแอลกอฮอล์และบุหรี่ จะกระตุ้นให้มีการหลั่งกรดและน้ำย่อย เกิดการระคายเคืองต่อกระเพาะอาหาร ส่งผลให้เยื่อกระเพาะอาหารอักเสบและเกิดแผล⁷ สาเหตุที่สองเลือดออกจากหลอดเลือดดำโป่งพองบริเวณหลอดอาหารหรือในกระเพาะอาหารแตก เนื่องจากผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคตับแข็ง ทำให้การไหลเวียนเลือดภายในตับช้า จึงเกิดเป็นลิ้มเลือด อุดตัน ทำให้

ความดันในหลอดเลือดดำพอร์ทัลสูงขึ้น ส่งผลให้เกิดหลอดเลือดดำบริเวณหลอดอาหารและกระเพาะอาหารโป่งพองและแตกตามมาได้ ซึ่งจากการตรวจวินิจฉัยโรคยืนยันด้วยผลการส่องกล้องดูทางเดินอาหาร พบว่าไม่ใช่หลอดเลือดดำโป่งพองแตก แต่ผู้ป่วยมีแผลที่กระเพาะอาหารบริเวณด้านบนซึ่งเชื่อมต่อกับหลอดอาหาร โดยหลังรับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีเลือดออกซ้ำหลังจากรับประทานอาหาร ทั้งนี้เนื่องจากการงดอาหารจะช่วยลดการหลั่งกรดและปรับสภาวะกรดต่างในกระเพาะเพื่อช่วยคงสภาพลิ้มเลือดที่ช่วยหยุดเลือดและลดการอักเสบของกระเพาะอาหาร ที่ทำให้เลือดออก จึงมีข้อแนะนำว่าควรดื่มน้ำดอาหารเป็น

เวลานานกว่าปกติในผู้ป่วยที่มีปัจจัยบ่งชี้ว่าอาจจะมีเลือดออกรุนแรง เช่น สวนล้างกระเพาะอาหารได้เลือดแดงสด ความเข้มข้นของเลือดต่ำ โรคตับแข็ง เป็นต้น⁸ ซึ่งประมาณการสูญเสียเลือดในครั้งนี้อาจจะ 30-40 พิจารณาจาก Blood pressure และ Pulse pressure จึงทำให้เกิดภาวะช็อก โดยไม่สามารถดักจับสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะช็อกได้ เนื่องจากโดยปกติจะใช้อัตราการเต้นหัวใจเร็ว แต่ผู้ป่วยรายนี้อัตราการเต้นหัวใจช้ากว่า 60 ครั้ง/นาที ซึ่งเรียกว่า Paradoxical bradycardia เกิดจากการสูญเสียเลือดปริมาณมากอย่างรวดเร็ว ทำให้ร่างกายปรับตัวไม่ทัน ระบบประสาทอัตโนมัติจึงทำงานผิดปกติ โดยไปกระตุ้นเส้นประสาทเวกัส (Vagus nerve) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบประสาทพาราซิมพาเทติก ทำให้หัวใจเต้นช้าลง⁹ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อกรุนแรง ต้องให้การช่วยเหลือด้วยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เลือด ยาเพิ่มความดันโลหิต และทำผ่าตัดอย่างฉุกเฉิน เพื่อหยุดเลือดที่ออก นอกจากนี้ผลการตรวจ Ultrasound/CT Whole Abdomen ของผู้ป่วยรายนี้ พบว่ามีภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำพอร์ทัล ทำให้ความดันในหลอดเลือดดำพอร์ทัลสูงขึ้น เลือดบริเวณหลอดอาหารส่วนล่างและกระเพาะอาหารไม่สามารถไหลกลับได้ เกิดการคั่งของเลือด หลอดเลือดจึงมีการ

ขยายตัวเกิดการโป่งพอง ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการแตกได้¹⁰ โดยแพทย์ให้การรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือด แต่เกิดผลข้างเคียงของยา ทำให้มีเลือดออกในทางเดินอาหารและช็อกซ้ำอีก จึงต้องหยุดให้ยา และให้การรักษาด้วยยา Propranolol เพื่อลดความดันในหลอดเลือดดำพอร์ทัลแทน จากสภาวะของผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้น ทำให้การดูแลผู้ป่วยรายนี้มีความยุ่งยาก ซับซ้อนมาก ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยความรู้ความสามารถ และทักษะที่หลากหลายทางการแพทย์ เพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพ และเกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดต่อผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. นำกรณีศึกษานี้เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อก
2. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการแพทย์ในการประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นก่อนเข้าสู่ภาวะช็อก
3. สร้างทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดการกลับเป็นซ้ำ เช่น พฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม มีโรคร่วมทางอายุรกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ ทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. Chan R, Carpentier S.(2021). Gastric amyloidosis presenting as acute upper gastrointestinal bleeding: a case report. BMC Gastroenterol 2021; 21: 300.
2. Chen Y, Hsiao C, Lin L, Hsiao K, Hung M.(2018). The association between red blood cell transfusion and outcomes in patients with upper gastrointestinal bleeding. Clinical and Translational Gastroenterology 2018; 9: 138.
3. สมาคมแพทย์ส่องกล้องทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย.(2557). แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นในประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [สืบค้นเมื่อ 22 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงจาก: <http://www.thaitage.org/Thai/document/Guideline%20UGI%20Bleeding%202014.pdf>
4. สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2565). แนวทางการปฏิบัติเรื่อง การวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น (Upper Gastrointestinal Hemorrhage) [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 22 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงจาก:<https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/files/CPG%20Upper%20Gastrointestinal%20Hemorrhage.pdf>
5. สุกานดา ตีพัตติ.(2563). กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อกร่วมกับภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2563; 13(2): 135-144.

6. ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า.(2568). รายงานผู้ป่วยรายโรคปี พ.ศ 2565,2566, 2567 [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [สืบค้นเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงจาก:http://somdetdata.moph.go.th/data_sys/report_/
7. จันทรศรี พรหมพิทักษ์ และดลวิวัฒน์ แสนโสม.(2562). ปัจจัยเชิงนิเวศวิทยาที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคแผลเป็บติค ณ โรงพยาบาลจำปาสัก ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2562;37(4):12-21.
8. ฐานาถ พลาณเวช.(2564). อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของภาวะเลือดออกซ้ำในผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบน ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนในโรงพยาบาลราชบุรี. วารสารแพทย์เขต 4-5 2564; 40(3): 414-427.
9. Bell K, Elmograbi A, Antonio Smith A, and Kaur J.(2019). Paradoxical bradycardia and hemorrhagic shock. Baylor University Medical Center Proceedings 2019; 32(2): 240-241.
10. ประทุม สัทธิง.(2567). การพยาบาลผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีภาวะแทรกซ้อนเลือดออกจากหลอดเลือดดำโป่งพองบริเวณหลอดเลือดอาหาร: กรณีศึกษา. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2567;4(1): 152 -162.