

การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่รักษาด้วยการส่องกล้อง

Nursing Care of upper gastrointestinal bleeding with esophagogastroduodenoscopy treatments : A case study

(Received: July 22,2022 ; Accepted: August 28,2022)

สมฤดี ยังเจริญ¹

Somrudee Yangcharoen¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่รักษาด้วยการส่องกล้อง

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยชายไทยอายุ 64 ปี เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช วันที่ 29 กรกฎาคม 2564 ด้วยอาการเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น มีโรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 29 กรกฎาคม 2564 ถึงวันที่ 3 สิงหาคม 2564 พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาในระยะก่อนส่องกล้อง 1) ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการส่องกล้องกระเพาะอาหาร 2) เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ระยะขณะส่องกล้อง 1) เสี่ยงต่อภาวะช็อกจากมีเลือดออกในกระเพาะอาหาร และออกเพิ่มจากการทำหัตถการส่องกล้อง 2) เสี่ยงต่อการเกิดเหตุสำคัญและภาวะพร่องออกซิเจนขณะส่องกล้อง ระยะหลังส่องกล้อง 1) เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลังส่องกล้องได้แก่ แผลทะลุจากการทำหัตถการ 2) ผู้ป่วยและญาติพร่องความรู้ในการดูแลตนเอง หลังการตรวจรักษาสามารถหยุดเลือดได้ ภายหลังรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล 5 วัน จึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จากการติดตามผลการรักษาไม่มีภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ : การพยาบาล, เลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น, ภาวะช็อก, การส่องกล้อง

Abstract

This study aimed to study nursing care of upper gastrointestinal bleeding with esophagogastroduodenoscopy treatments: A case study

Result: A 64-year-old Thai male patient was admitted to the intensive care unit, Phra Narai Maharaj hospital on 29 July 2021 with symptoms of bleeding in the upper gastrointestinal bleeding. The patient has congenital disease as diabetes and high blood pressure. From the data collected during 29 July 2021 to 3 August 2021. The patient was found to have the following problems: Pre-esophagogastroduodenoscopy period: 1) patient and their relatives are concerned about disease and gastric endoscopy 2) patient had a risk of hypoglycemia, Esophagogastroduodenoscopy period: 1) patient had a risk of shock due to gastric bleeding and extra bleeding from endoscopic procedures 2) patient had a risk of choking and hypoxia during endoscopy, Post-esophagogastroduodenoscopy period: 1) patient had a risk of complications after endoscopy such as perforating wound 2) patient and their relatives had a lack knowledge of self-care. After the examination, the bleeding can be stopped. After checking and treatment, the bleeding was stopped. After admission to hospital for 5 days, patient was discharged and the complications were not found after follow-up.

¹ พว. โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

Keywords: Nursing care, gastrointestinal bleeding, shock, esophagogastroduodenoscopy

บทนำ

เลือดออกกระบบทางเดินอาหาร เป็นโรคที่พบในผู้ป่วยทั่วโลกและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตและมีแนวโน้มการเจ็บป่วยที่สูงขึ้น จากข้อมูลสถิติของสหรัฐอเมริกาพบผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหาร 94-100 รายต่อ 100,000 ประชากร เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 72,300 ราย พบการเสียชีวิตประมาณ 4,000 ราย ต่อปี มีค่าใช้จ่ายในการรักษามากกว่า 2 ล้านเหรียญต่อปี พบการเจ็บป่วยในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 65-128 คนต่อ 100,000 ประชากรพบผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นร้อยละ 6-10 พบภาวะเลือดออกกระบบทางเดินอาหาร ได้ในทุกช่วงอายุและพบมากในวัยกลางคนขึ้นไป มักพบในผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิงมีปัจจัยเสี่ยงสูงทำให้เกิดการเสียชีวิต ในประเทศไทยไม่ได้รับบุโรคผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารโดยตรงแต่ระบุเป็นโรกระบบทางเดินอาหารพบผู้ป่วยสูงถึง 817 ราย ต่อแสนประชากร และพบว่าเป็นโรกระบบทางเดินอาหารลำดับที่ 5 ใน 10 กลุ่มโรคของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามีภาวะเลือดออกทางเดินอาหาร เป็นโรคที่พบได้บ่อยและมีอัตราการเสียชีวิตจากเลือดออกในทางเดินอาหารร้อยละ 10-20 โดยพบการเสียชีวิตช่วงแรกที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกร่วมกับมีภาวะช็อกและเสียชีวิตตามมา สำหรับสถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ปี พ.ศ. 2562-2564 ผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องทางเดินอาหารด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารจำนวน 979 ราย, 951 ราย และ 987 รายตามลำดับ โรคที่พบจากการส่องกล้อง 3 อันดับแรกได้แก่ 1) Gastritis 2) Gastric ulcer 3) Esophageal varices^{1,2,3}

การส่องกล้องเข้าสู่ระบบทางเดินอาหาร (Esophagogastroduodenoscopy: EGD) เป็นการตรวจโดยการใส่เครื่องมือ คือ กล้องเข้าไปในปาก หลอดอาหาร กระเพาะอาหารจนถึงลำไส้เล็กส่วนต้น (duodenum) เพื่อตรวจหาสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้น นำ

สารคัดหลั่งต่างๆ หรือมีการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) ไปตรวจร่วมด้วยในผู้ป่วยบางราย โดยผู้ป่วยจะได้รับยานอนหลับ เช่น diazepam, dormicum ทางหลอดเลือดดำ เพื่อให้ผ่อนคลายและได้รับ atropine เพื่อลดการหลั่งเมือก และยาชา Xylocaine ฟันคอเพื่อลด gag reflex ขณะตรวจ การตรวจใช้เวลาประมาณ 15 - 30 นาทีและยังเป็นวิธีที่ใช้ในการรักษาด้วยการฉีดยา epinephrine โดยใช้ Epinephrine ผสมเป็น 1:10,000 ฉีดรอบ ๆ จุดเลือดออกจะทำให้อัตราการไหลของเลือดลดลงจากการหดตัวของหลอดเลือดการจี้ด้วยความร้อน และการรักษาด้วยวิธีการรัดเส้นเลือดดำโป่งพองด้วยยาง (Endoscopic variceal ligation; EVL) หรือ การฉีดด้วยกาว (Glue injection)^{4,8}

จากสถิติที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการส่องกล้องเข้าสู่ระบบทางเดินอาหารมีความสำคัญในการช่วยวินิจฉัยและรักษา ผู้ศึกษาในฐานะหัวหน้างานปฏิบัติงานในห้องส่องกล้องมีความตระหนักถึงความสำคัญถึงการดูแลผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยก่อนส่องกล้อง ขณะส่องกล้อง และหลังส่องกล้องในภาวะวิกฤติได้อย่างรวดเร็วสามารถประเมินความผิดปกติและแก้ไขได้ทันที เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเป็นการพัฒนาการพยาบาลส่องกล้องให้ได้ตามมาตรฐานการพยาบาลตรวจพิเศษ

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่รักษาด้วยการส่องกล้อง

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 64 ปี รับส่งตัวจากโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดลพบุรี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 29 กรกฎาคม 2564 ด้วยอาการ

สำคัญ ปวดท้องได้ลึ้นปี อาเจียนเป็นเลือดสดประมาณ 200 ซีซี 6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดท้องได้ลึ้นปี ซึ่ยอมารับประทานเอง 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล อาการปวดท้องมากขึ้น จึงไปตรวจที่โรงพยาบาลโคกสำโรง ได้ยากลับมารับประทานที่บ้าน 6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล อาเจียนเป็นเลือดสดประมาณ 200 ซีซี ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและส่งตัวมารักษาต่อโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : ป่วยเป็นโรคเบาหวาน 6 ปี รับประทานยาให้ประวัติดื่มสุราเป็นประจำ หยุดดื่ม 2 ปี ซึ่ยอมารับประทานเป็นประจำ

การตรวจร่างกาย : ชายไทย รูปร่างผอม ผิวเหลือง รู้สึกตัวดี ทำตามคำสั่งได้ On ET-tube หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ เสียงปอดปกติ O₂ saturation 99% ฟังเสียงหัวใจ เต็มแรงสม่ำเสมอ ไม่ได้ยินเสียง murmur EKG พบ Sinus tachycardia rate 110 ครั้ง/นาที วัดสัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย 37.2 องศาเซลเซียส อัตราหายใจเร็ว 22 ครั้งต่อนาที อัตราชีพจร 112 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 126/72 มิลลิเมตรปรอท

ผลตรวจทางรังสี Chest X-ray : วันที่ 29 กรกฎาคม 2564 ผล ปกติ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ ได้แก่ ผลการตรวจทางโลหิตวิทยา (CBC) WBC 10,300 cell/cu.m.m, Neutrophil 88%, Hct 22% Biochemistry Na 130 mmol/L, K 3.12 mmol/L, Cl 128 mmol/L, CO₂ 20.3 mmol/L, BS 86 mg/dl,

การรักษาที่ได้รับ : ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NaCl 1,000 ml iv drip 120 ml/hr, ใส่ท่อช่วยหายใจ On Volume ventilator เพื่อแก้ไขภาวะหายใจล้มเหลว และคงระดับ O₂ saturation >95% ให้ยา Antibiotic Ceftriaxone 2 gm iv OD และ Metronidazole 500 mg IV ทุก 8 ชั่วโมง, ยาลดกรด Omeprazole 40 mg iv ทุก 12 ชั่วโมง ให้ KCL 40 mEq in 0.9% Normal saline 1000 ml drip 80 ml/hr. เพื่อแก้ไขภาวะโพแทสเซียมต่ำเจาะ Lab Electrolyte ติดตามผล, เจาะ DTX ทุก 6 ชั่วโมง keep 80-200 mg/dl, ส่งส่งกล้อง EGD วันที่ 30 กรกฎาคม 2564

การวินิจฉัย : Upper gastrointestinal bleeding with hypovolemic shock due to acute gastric ulcer

ผลการส่องกล้อง EGD: Gastric ulcer with NBW (Forrest IIA) S/P adrenaline 20 ml with gold probe and hemoclip

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
การพยาบาลระยะก่อนส่องกล้อง ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการส่องกล้องกระเพาะอาหาร ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยได้รับการตรวจ EGD เป็นครั้งแรก 2.ญาติกลัวจะเป็นอันตรายกับผู้ป่วย กลัวเลือดออกไม่หยุด	กิจกรรมการพยาบาล 1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ ด้วยคำพูดที่สุภาพ อ่อนโยน ใช้คำพูดที่เหมาะสม สั้น กระชับ ง่ายต่อการเข้าใจ ตอบคำถามของญาติ พร้อมทั้งให้กำลังใจและเปิดโอกาสให้ญาติได้ระบายความรู้สึกที่ไม่สบายใจ และซักถามข้อสงสัยต่างๆ 2. ศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียน และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ 3. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประวัติโรคประจำตัว การแพ้ยาหรือสารอาหารต่างๆ การได้รับยาลดกรดลึ้มเลือด ประเมินภาวะเสี่ยงขณะส่องกล้อง ตรวจสอบความครบถ้วนของเอกสารและการเซ็นใบยินยอมทำหัตถการ 4. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบถึงขั้นตอนและวิธีการส่องกล้อง ว่ากล้องส่งตรวจที่ใช้ส่องเข้าไปในปาก เพื่อตรวจอวัยวะตั้งแต่หลอดคอ หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนต้น มีเลนส์ติดที่ส่วนปลายเชื่อมต่อกับทีวีแสดงภาพการส่องตรวจระบบทางเดิน

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	อาหาร ทำให้มองเห็นพยาธิสภาพของโรคทางเดินอาหารได้ชัดเจน สามารถรักษาให้เลือดหยุดได้ โดยไม่ต้องผ่าตัด 5. นำแผนปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งกล้องอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติฟัง และอธิบายให้พยาบาลประจำหน่วยงานเข้าใจ เพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลหอบุคลากรเตรียมผู้ป่วยส่งกล้องได้ถูกต้อง ครบถ้วน 6. ให้ข้อมูลว่าการดูแลขณะส่งกล้องจะมีแพทย์และพยาบาลให้การดูแลใกล้ชิด 7. การทำความสะอาดร่างกาย ปากและฟัน ให้เรียบร้อยก่อนมาส่งกล้องอธิบายขั้นตอนวิธีการส่งกล้องให้ผู้ป่วยรับทราบโดยละเอียด เพื่อลดความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา เนื่องจากผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ แจ้งพยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้รับทราบ 8. บันทึกอาการ อาการแสดงของผู้ป่วยก่อนส่งกล้อง ขณะไปเยี่ยม และคำแนะนำต่างๆ ที่ให้แก่ผู้ป่วย ลงในบันทึกทางการพยาบาลโดยละเอียด เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างทีมผู้ดูแล 9. ตรวจสอบการเซ็นยินยอมทำส่งกล้องในเวชระเบียน 10. ประเมินความเข้าใจ และสังเกตอาการวิตกกังวลซ้ำ การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล เข้าใจเกี่ยวกับโรคและการส่งกล้องกระเพาะอาหาร
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยมีประวัติเป็นเบาหวาน 2. แรกรับระดับน้ำตาล (DTX) 86 mg/dl และงดน้ำและอาหารต่อ	กิจกรรมการพยาบาล 1. ตรวจสอบการงดดื่มน้ำเบาหวานวันที่มาส่งกล้อง 2. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ เฝ้าระวังอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น เหงื่อออก ตัวเย็น 3. เจาะตรวจค่า DTX ก่อนส่งกล้อง หากต่ำกว่า 70 mg/dl รายงานแพทย์แก้ไขทันที 4. เตรียม 50% glucose 50 ml ให้พร้อมใช้เมื่อเกิดภาวะ Hypoglycemia การประเมินผล ก่อนเข้ารับการส่งกล้อง ไม่มีอาการเหงื่อออก ตัวเย็น DTX 105 mg/dl
การพยาบาลระยะขณะส่งกล้อง ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะช็อกจากมีเลือดออกในกระเพาะอาหาร และออกเพิ่มจากการทำหัตถการส่งกล้อง ข้อมูลสนับสนุน 1. ขณะมาส่งกล้องยังมีเลือดออกสีแดงผ่านทางสาย NG tube 2. ชีพจร 116 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 96/54 มิลลิเมตรปรอท	กิจกรรมการพยาบาล 1. วัดสัญญาณชีพและ O₂ saturation ทุก 5 นาที 2. ประเมินอาการแสดงของภาวะช็อก ได้แก่ การหายใจลำบาก ซึม สับสน กระสับกระส่าย อาการเขียวคล้ำปลายมือ ปลายเท้า หากพบอาการดังกล่าวขณะส่งกล้อง รายงานแพทย์ทันที 3. ประเมินการเสียเลือดจากการทำหัตถการส่งกล้องและจากอาเจียน 4. ขณะส่งกล้องดูแลปรับสารน้ำ 0.9%NaCl 1000 ml iv drip 120 ml/hr การประเมินผล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการแสดงของภาวะช็อก ชีพจร 100 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 116/68 มิลลิเมตรปรอท เสียเลือดจากการทำหัตถการประมาณ 50 ซีซี
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดสудสำคัญและภาวะพร่องออกซิเจนขณะส่งกล้อง	กิจกรรมการพยาบาล 1. ตรวจสอบประเมินความปลอดภัยของผู้ป่วยอีกครั้ง ฟันโยก ฟันปลอม วัดสัญญาณชีพ O₂ saturation

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อมูลสนับสนุน 1. ก่อนส่องกล้องผู้ป่วย ได้รับ Topical anesthesia ได้แก่ 10 % Xylocaine Spray ฟันคอ 2. เมื่อมีการสอดใส่เครื่องมือเข้าไปจะมีโอกาสเกิด gag reflex 3. ขณะมาส่องกล้องยังมีเลือดออกผ่านทางสาย NG tube	2. พ่นยาชาที่คอ เพื่อให้เกิดอาการชาบริเวณช่องปาก คอ เมื่อพ่นยาชาเสร็จ สังเกตอาการข้างเคียงหลังพ่นยา 3. จัดท่าผู้ป่วยนอนตะแคงซ้าย ก้มศีรษะในลักษณะคางจรดหน้าอก อม Mouth Gard และกัดไว้เบาๆ แพทย์ทำการสอดใส่กล้องเข้าไปในปาก 4. ขณะส่องกล้องเข้าไป วางที่ดูดน้ำลาย เสมหะ (Oral Suction) ไว้ที่มุมปากผู้ป่วย เพื่อป้องกันการสำลัก 5. ขณะที่แพทย์ทำการส่องตรวจ สังเกตอาการของผู้ป่วย ตรวจวัดสัญญาณชีพ และดูทางเดินหายใจไม่ให้ท้อหายใจพ่นออก ตลอดการทำหัตถการ 6. อธิบายให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย ไม่เกร็ง ไม่ต้านเครื่องช่วยหายใจ เพื่อบรรเทาอาการแน่นอึดอัดท้อง ไม่ให้เกิดอาการกระสับกระส่าย ระหว่างส่องกล้อง 7. เผื่อระวังสังเกตอาการเจ็บปวด ความรู้สึกตัว เหงื่อออก ความเย็น ความชื้น และสีของผิวหนังเป็นระยะๆ คลำบริเวณหน้าท้อง ประเมินว่ามีท้องอืด แน่นท้องมากขึ้น ซึ่งอาจมีผลต่อระบบหายใจ 8. บีบมือให้กำลังใจขณะทำหัตถการ และบันทึกภาพผลการส่องกล้อง 9. เมื่อการส่องตรวจเสร็จแพทย์ดึงกล้องออกจากปากผู้ป่วย ดูแลดูดเสมหะ mouth care จัดท่าผู้ป่วย ตรวจสอบท่อช่วยหายใจว่ามีการเลื่อนหลุดหรือไม่ ตรวจวัดสัญญาณชีพจนอยู่ในเกณฑ์ปกติ การประเมินผล ไม่เกิดสุดสักรและภาวะพร่องออกซิเจนขณะส่องกล้อง ชีพจร 100 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 116/68 มิลลิเมตรปรอท
การพยาบาลระยะหลังส่องกล้อง ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลังส่องกล้อง ได้แก่ แผลทะลุจากการทำหัตถการ ข้อมูลสนับสนุน จากการส่องกล้อง พบ แผลในกระเพาะอาหารขนาด 1.2 เซนติเมตร	กิจกรรมการพยาบาล 1. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด 2. สังเกตอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติเกี่ยวกับการมีเลือดออก ได้แก่ อาเจียนเป็นเลือดสด แน่นท้อง ปวดท้อง ลักษณะและสีของอุจจาระเป็นเลือดสด ความดันโลหิตต่ำ เหงื่อออก ตัวเย็น ชีพจรเบาเร็ว วางแผนว่าหากพบอาการผิดปกติรายงานแพทย์ทราบทันที 3. ดูแลให้ 0.9% NSS 1000 ml iv drip 120 ml/hr ตามแผนการรักษา เพื่อรักษาระดับปริมาณน้ำและเกลือแร่ในร่างกายให้สมดุล 4. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบเกี่ยวกับการรักษาที่ทำไป คือ การฉีดยาหยุดเลือด การจี้ด้วยความร้อน การใช้คลิปหนีบแผล 5. ส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการรักษา และแผนการพยาบาลแก่พยาบาลประจำหอผู้ป่วย เพื่อให้คำแนะนำถึงวิธีการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วย รวมทั้งต้องประเมินภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารอย่างต่อเนื่อง การประเมินผล หลังส่องกล้อง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่กระสับกระส่าย ไม่มีถ่าย หรืออาเจียนเป็นเลือดสด ภายหลังส่องกล้อง มีอาการแน่นอึดอัดท้องเล็กน้อย สัญญาณชีพ ชีพจร 90-106 ครั้ง/นาที หายใจ 20-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/60 -130/90 มิลลิเมตรปรอท Hct 29 % ภายหลังกลับห้องหออผู้ป่วยหนักอายุรกรรม
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยและญาติพร่องความรู้ในการดูแลตนเองที่ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินความพร้อมและความต้องการของผู้ป่วยและญาติในการรับรู้และคำแนะนำ 2. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรค สาเหตุเกิดจากการดื่มสุรา ยาแก้ปวด ไม่รับประทานอาหารตรงเวลา ทำให้กระเพาะอาหารมีแผลและมีเลือดออกในกระเพาะอาหาร

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อมูลสนับสนุน 1. มีประวัติดื่มสุราเป็นประจำ หยุดดื่ม 2 ปี ซ้ำยาแก้ปวดเมื่อยมารับประทานเป็นประจำ 2. สอบถามการปฏิบัติตัวไม่มีความรู้	3. อธิบายการรักษาขณะส่องกล้อง ได้ทำการฉีดยาหยุดเลือด การจี้ด้วยความร้อน และใช้คลิปหนีบแผล ซึ่งจะต้องรักษาด้วยการรับประทานยารักษาแผลในกระเพาะอาหารต่ออีกสักระยะ 4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติถามข้อสงสัยในปัญหาต่างๆ การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการดูแลตนเองที่ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ จากการติดตามเยี่ยมภายหลังการส่องกล้องจำนวน 2 ครั้ง พบว่า 24 ชั่วโมงแรก ภายหลังส่องกล้อง ไม่พบภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารซ้ำ 3 วันต่อมา หยุดการใช้เครื่องช่วยหายใจได้ เริ่มรับประทานอาหารเหลว อาหารอ่อนตามลำดับ ไม่มีเลือดออกซ้ำ ได้รับการวางแผนจำหน่ายเพื่อกลับบ้าน ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อม แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ 3 สิงหาคม 2564 รวมระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน 5 วัน และนัดตรวจติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลโคกสำโรง จากการติดตามผู้ป่วยพบว่าไม่มีอาการปวดท้อง ขับถ่ายปกติ สุขภาพแข็งแรงขึ้น

สรุป

ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร ในการดูแลรักษาผู้ป่วยรายนี้ ต้องอาศัยการวินิจฉัยที่รวดเร็ว ถูกต้อง และแม่นยำ โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และผลการตรวจวินิจฉัยจากการส่องกล้อง พยาบาลต้องมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม ต้องประเมินผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การดูแลรักษาในโรงพยาบาล และระยะฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรค และการจัดการดูแลตนเอง ไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล การพยาบาลก่อนส่องกล้องเพื่อให้ผู้ป่วย และญาติคลายความวิตกกังวล และมั่นใจในการรักษา ด้วยการส่องกล้อง ขณะส่องกล้อง พยาบาลต้องมีความรู้เรื่องกายวิภาคศาสตร์ สรีรวิทยา พยาธิสภาพของโรคเป็นอย่างดี มีการเตรียมความพร้อมด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ที่ใช้ในการส่องกล้อง รวมถึงการ

ทำหัตถการต่างๆเพื่อหยุดเลือด ที่ทำให้การส่องกล้อง สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี รวดเร็ว และปลอดภัย รวมถึงการรักษาความสะอาดและบำรุงรักษาให้พร้อมใช้งาน และการพยาบาลหลังส่องกล้อง เพื่อให้ผู้ป่วย ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหายจากโรคที่เป็นอยู่สามารถกลับไปดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ ในระยะฟื้นฟูสภาพ วางแผนการพยาบาล โดยแนะนำ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลและ เมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ ในโรงพยาบาลและอาการกำเริบ เช่น การรับประทาน อาหารตรงเวลา รสไม่จัด ไม่ซื้อยาแก้ปวดรับประทานเอง งดดื่มสุรา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อป้องกันการ เลือดออกซ้ำในระบบทางเดินอาหาร เพื่อเสริมสร้าง กำลังใจให้ผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถจัดการดูแล ตนเองได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁴⁻¹⁰

เอกสารอ้างอิง

- Boonpongmanee S, Fieischer DE, Pezzullo JC, Collier K, Mayoral W, Al-Kawas F et al. (2013). The frequency of peptic ulcer as a cause of upper -GI bleeding is exaggerate. Gastrointes Endosc; (59):78-94.
- สมยศ สุขเสถียร. (2562). สาเหตุและปัจจัยทำนายการเกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น. เวชสาร โรงพยาบาล มหาราชนครราชสีมา; 41(1): 21-28.

3. อนงค์ คำบุตดา. (2561). การพยาบาลเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันร่วมกับภาวะช็อกจากการเสียเลือด. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม; 15(3): 187-97.
4. นกชนก รักษาเคน. (2562). การดูแลผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น: บทบาทของพยาบาลในการป้องกัน เลือดออกและเลือดออกซ้ำ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ ; 37(3): 13-19.
5. นิษา เรืองกิจอุดม และวาทีณี เขียวสุคนธ์. (2557). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคเส้นเลือดโป่งพองบริเวณหลอดเลือดอาหารที่มีการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นด้วยการรัดยาง. งานการพยาบาลห้องผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
6. พงศ์ประสพชัย, ธวัชชัย อัครวิพุธ, สมชายลีลากุลวงศ์. (2555). การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน. กรุงเทพฯ : กรุงเทพฯ เวชสาร.
7. สมชาย อมรโยธิน. (2561). การระงับความรู้สึกลำไส้สำหรับหัตถการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร. กรุงเทพฯ : ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.
8. สมาคมแพทย์ส่องกล้องทางเดินอาหารไทย. (2557). แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นในประเทศไทย.
9. ศิริรัตน์ ปานอุทัย และทิพาพร วงศ์หงส์กุล. (2562). การปฏิบัติการพยาบาลทางอายุรกรรม. เชียงใหม่: สิ่งพิมพ์และบรรณภัณฑ์ สมาร์ท โคตรตั้ง แอนด์ เซอร์วิส จำกัด.
10. วันดี โตสุขศรีและคณะ (บรรณาธิการ). (2559). การพยาบาลอายุรศาสตร์2 (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร : เอ็นพีเพรส.