



## การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อค Nursing Care of Upper Gastrointestinal Bleeding with Hypovolemic Shock

เฉลิมศรี แสงจันทร์<sup>1</sup>

Chaloemsri Sangjan

### บทคัดย่อ

ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นร่วมกับมีภาวะช็อคจากการเสียเลือด เป็นภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรมที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้จากการเสียเลือดอย่างรวดเร็ว จนเกิดภาวะช็อค การวินิจฉัยรวมทั้งการรักษา และการพยาบาลที่ถูกต้องรวดเร็วเหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อค และลดอัตราการเสียชีวิตได้ วัตถุประสงค์ในการศึกษาครั้งนี้เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นร่วมกับมีภาวะช็อคจากการเสียเลือด วิธีการดำเนินงานเป็นการศึกษาระณีศึกษาผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลอ่างทอง ในช่วงเดือน พฤศจิกายน 2565 จำนวน 1 ราย จากการศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การซักประวัติ การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งการสังเกตแบบมีส่วนร่วม พบว่า ผู้ป่วยชายไทย อายุ 88 ปี รับ Refer จากโรงพยาบาลโพธิ์ทอง ด้วย 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยถ่ายดำ และอาเจียนเป็นสีดำ ขณะรับการรักษาผู้ป่วยมีอาเจียนเป็นสีดำ 2 ครั้งและถ่ายดำ 2 ครั้ง หายใจเหนื่อยหอบ แพทย์วินิจฉัยโรค เลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นร่วมกับมีภาวะช็อคจากการเสียเลือด ได้รับการรักษาโดยใส่ท่อช่วยหายใจ ให้เลือด ให้สารน้ำปริมาณมากทางหลอดเลือดดำอย่างรวดเร็ว และได้รับการส่องกล้องพบ Acute Gastric Ulcer Bleeding with Multiple Clean Based Ulcer all over Stomach พยาบาลมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินเพื่อให้สอดคล้องกับแผนการรักษา เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและให้ผู้ป่วยปลอดภัย จากกรณีศึกษา ผู้ศึกษาได้ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดใน 3 ระยะของการดูแลผู้ป่วย คือ ระยะวิกฤต ระยะการดูแลต่อเนื่อง และระยะการวางแผนจำหน่าย ทำให้เห็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตอย่างใกล้ชิดของพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย

**คำสำคัญ :** การพยาบาล, เลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น, ภาวะช็อคจากการเสียเลือด

<sup>1</sup>โรงพยาบาลอ่างทอง sri\_suthon@hotmail.com



## ABSTRACT

Upper Gastrointestinal Bleeding is a major emergency symptom in which patients need immediate help. Proper nursing care with rapid diagnosis of bleeding can make patients safe from shock and reduce the mortality rate. The purpose of the study is to review the nursing care of patients who have Upper Gastrointestinal Bleeding with Hypovolemic shock. This study assesses cases of patients with Upper Gastrointestinal Bleeding with Hypovolemic shock from November 2022. The study instruments used in collecting the data were the medical record, the interviews with patients' relatives, and the patient observation. The data analysis compares functional health patterns, clinical, signs and symptoms, treatment, problem and nursing diagnosis, nursing care of patients with critical periods, continuing care, and discharge planning. There is one case of a patient: an 88-year-old Thai male with hematemesis and hematochezia, tired and exhausted. The physician's diagnosis is Upper Gastrointestinal Bleeding with Hypovolemic shock. The physician treated the patient with a breathing tube, on blood transfusion, and a load of intravenous fluid, and an endoscope found Acute Gastric Ulcer Bleeding with Multiple clean-based Ulcers all over the stomach. Nurses are prepared to care for patients in emergencies, to be consistent with the treatment plan to reduce complications and keep patients safe. This study shows nursing care in three processes for close monitoring patients in hospitals; critical care, continuous care, and discharge planning phases. A study can be used for patient to keep patient safety.

**Keywords:** Nursing, Acute Upper Gastrointestinal Bleeding, Hypovolemic Shock



## 1. บทนำ

ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นร่วมกับมีภาวะช็อคจากการเสียเลือด เป็นภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรมที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้จากการเสียเลือดอย่างรวดเร็ว<sup>1</sup> จนเกิดภาวะช็อค ดังนั้นการวินิจฉัยภาวะเลือดออกได้อย่างรวดเร็ว การรักษาพยาบาลอย่างทันที่ การพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสมจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยจากภาวะช็อคและภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้น<sup>2</sup> ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้

จากสถิติผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลอ่างทองย้อนหลัง 3 ปี<sup>3</sup> ตั้งแต่ปี 2563-2565 มีผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นจำนวน 183, 168 และ 168 ราย ตามลำดับ ปี 2563 มีอัตราการเสียชีวิต จำนวน 19 รายคิดเป็นร้อยละ 10.43, ปี 2564 มีอัตราการเสียชีวิต จำนวน 21 รายคิดเป็นร้อยละ 11.29, ปี 2565 มีอัตราการเสียชีวิต จำนวน 6 รายคิดเป็นร้อยละ 3.57 เมื่อวิเคราะห์สาเหตุของการเสียชีวิตแล้วพบว่าเกิดจากภาวะช็อคจากการเสียเลือดปริมาณมากในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น มักพบการเสียชีวิตช่วงแรกที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล<sup>4</sup> และเป็นผลจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมเป็นส่วนใหญ่<sup>5-7</sup> เช่น พฤติกรรมการดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ พฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา รับประทานอาหารรสจัด และการซื้อยาแก้ปวดมารับประทานเอง<sup>8</sup> และความวิตกกังวลสูง ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมาอนโรพยาบาลซ้ำ และยังพบว่าสถิติการ Re-Admit ของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี 2563-2565 พบอัตราการ Re-Admit จำนวน 1,2 และ 1 รายตามลำดับ และมีค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยต่อรายของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นที่เข้ารับการรักษาของโรงพยาบาลอ่างทอง คือ 24,155 บาท โดยค่ารักษาสูงสุดอยู่ที่ 96,298 บาท<sup>5</sup> ซึ่งผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาบางรายต้องใช้การรักษาหลายอย่างควบคู่กันทั้งการให้ยาทางหลอดเลือดดำ การส่องกล้องทางเดินอาหารเพื่อหาสาเหตุและตำแหน่งที่มีเลือดออก<sup>9,10</sup> การฉีดยาเพื่อหยุดเลือด และถ้ายังไม่สามารถหยุดเลือดที่ออกได้ต้องพิจารณาทำการผ่าตัดร่วมด้วย ถ้าร่างกายเสียเลือดออกจากระบบทางเดินอาหารปริมาณมาก จะทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำเกิดภาวะช็อคและเสียชีวิตได้<sup>11</sup>

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการพยาบาลผู้ป่วย เพื่อให้ปริมาณเลือดไหลเวียนอย่างเพียงพอ โดยการดูแลให้สารน้ำ เลือดและผลิตภัณฑ์จากเลือด ประเมินสัญญาณชีพ ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ อาการและอาการแสดงของปริมาณเลือดออกจากจากหัวใจต่อนาที บันทึกปริมาณสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย การป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารซ้ำ การใส่สายสวนล้างกระเพาะอาหาร และสังเกตลักษณะและจำนวนของสารคัดหลั่งที่ออกจากระเพาะอาหารพร้อมจดบันทึก รวมถึงการดูแลให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ เนื่องจากภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารมีโอกาสทำให้ผู้ป่วยมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันจนต้องใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ<sup>12</sup> จะเห็นว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยชีวิตของผู้ป่วยจะต้องมีความรู้ ความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น มีทักษะในการประเมินความเสี่ยง การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น การติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ค้นหาปัญหาและความต้องการนำมาวางแผนในการให้การพยาบาล<sup>13</sup> เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่เหมาะสมรวดเร็ว ถูกต้องตามมาตรฐานสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ และรวมถึงการให้ความรู้ คำแนะนำ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านโดยการส่งต่อทีมเยี่ยมบ้าน แนะนำการมาตรวจตามนัด นอกจากนี้พยาบาลจะต้องมีทักษะความเป็นผู้นำในการเตรียมทีม เตรียมอุปกรณ์ต่างๆ ให้ความพร้อมอยู่เสมอ เพื่อให้สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย<sup>14</sup> จากความสำคัญดังกล่าวผู้ศึกษาจึงศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อค ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลอ่างทอง เพื่อนำมาพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้องตามมาตรฐาน เกิดความปลอดภัย มีคุณภาพชีวิตที่ดี และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้อีกด้วย



## 2. วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นร่วมกับมีภาวะช็อคจากการเสียเลือด

## 3. ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อค

ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น (Upper Gastrointestinal bleeding or UGI bleeding) หมายถึง ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารที่ตำแหน่งสูงกว่า ligament of treitz ซึ่งอาจพบได้ในลักษณะอาการอาเจียนเป็นเลือดสด หรือเลือดสีน้ำตาล (coffee ground) หรือมีภาวะถ่ายดำ โดยอาจมีการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพหรือไม่ก็ได้ และยังรวมถึงกรณีที่ถ่ายเป็นเลือดสดโดยอาจมีตำแหน่งเลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนบนหรือส่วนลำไส้ใหญ่ก็ได้โดยทั่วไปกรณี UGIB ร้อยละ 75-80 มักมีความรุนแรงของโรคไม่มากเลือดอาจหยุดได้โดยการให้ยาแต่กรณีเป็นภาวะ UGIB ที่มีปริมาณมากหรือเป็นลักษณะที่เป็นซ้ำ หรือเกิดในผู้สูงอายุมักอัตราการตายสูง

ผู้ที่แข็งแรงสามารถเสียเลือดได้ถึง 500 มล. ใน 15 นาที โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (เช่นผู้ที่บริจาคโลหิต) ถ้าเสียเลือดไป 1,000 มล. จะมีหัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำ มีอาการคลื่นไส้ ปริมาณและอัตราการเสียเลือดที่ทำให้เกิดภาวะช็อค ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นอีก เช่น อายุ โรคของหลอดเลือด ตลอดจนขึ้นอยู่กับว่าผู้ป่วยมีภาวะช็อคอยู่ก่อนหรือไม่ ความรุนแรงของการมีเลือดออกแบ่งได้ 5 ลักษณะคือ<sup>4</sup>

1. ภาวะเลือดออกอย่างรุนแรง (massive bleeding) ต้องได้รับเลือดทดแทนอย่างรวดเร็วในอัตรา 3-5 ยูนิต ภายใน 2 ชั่วโมง เพื่อการรักษาความดันโลหิต ให้สามารถผลักดันไปสู่ระบบไหลเวียนได้เพียงพอ
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) ไม่รุนแรงโดยสังเกตได้จากระดับฮีมาโตคริต ลดต่ำลงวันละ 2-3 %
5. ภาวะเลือดออก ที่เกิดภายหลังจากการตกเลือดครั้งแรกหยุดแล้ว (recurrent bleeding) การตกเลือดอาจมากหรือน้อยก็ตาม

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบน ก่อนหาสาเหตุของเลือดออกจะต้องประเมินว่าผู้ป่วยเสียเลือดไปมากน้อยเพียงใด และมีความรีบด่วนในการรักษาเพียงใด เพื่อที่จะรักษาสุขภาพการไหลเวียนโลหิตให้เพียงพอหยุดเลือดที่ออกและดูแลให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

การดูแลรักษาพยาบาลที่สำคัญ คือ การตรวจสัญญาณชีพ (vital signs) ได้แก่ ชีพจร และความดันโลหิต ค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงเป็นระยะๆ การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ดูแลการให้ออกซิเจนในผู้ป่วยช็อคเป็นสิ่งจำเป็นอย่างมาก ดูแลการไหลเวียนเลือดให้เพียงพอ การให้สารเหลวอย่างรวดเร็วเพื่อแก้ไขปัญหาปริมาณสารน้ำในหลอดเลือดลดลง รวมถึงการให้เลือดเมื่อมีข้อบ่งชี้ในการให้เลือด เพื่อทดแทนปริมาตรของเลือดที่ขาดไป การดูแลใส่สายยางกระเพาะอาหาร (nasogastric tube) เพื่อดูว่ามีเลือดออกในกระเพาะอาหารจริงหรือไม่ และล้างกระเพาะอาหารด้วยน้ำ ทำให้หลอดเลือดหดตัว ช่วยกำจัดเลือดที่ค้างอยู่ในกระเพาะอาหารออกให้หมดจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยในการพักผ่อน และสงวนพลังงานที่จำเป็นไว้ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยสงวนพลังงานที่จำเป็นไว้ ให้คำปรึกษาผู้ป่วยลดความรู้สึกกลัว และวิตกกังวล ป้องกันอันตรายที่เกิดจากการติดเชื้อแทรกซ้อน การดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการเสี่ยงสูงต่อการตายจากภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารต้องกระทำโดยใกล้ชิดโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการเสี่ยงสูง และการเตรียมผ่าตัด เมื่อมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด<sup>6</sup>



#### 4. วิธีการศึกษา

1. เลือกผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นร่วมกับมีภาวะช็อคจากการเสียเลือด ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลอ่างทอง 1 ราย แนะนำตัวและขออนุญาตกับผู้ป่วย นำมาเป็นกรณีศึกษา อธิบายวัตถุประสงค์การศึกษา โดยศึกษาตั้งแต่วันที่ 9 พฤศจิกายน 2565 เวลา 17.15 น. ถึงวันที่ 17 พฤศจิกายน 2565 รวม 8 วัน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การซักประวัติของผู้ป่วยและญาติ การสังเกตอาการ

3. ทบทวนวรรณกรรมศึกษาแผนการดูแลรักษา

4. ศึกษาผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน คือ ประเมินภาวะสุขภาพ ระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการติดตามประเมินผล

5. สรุปรายงานผลการศึกษา

#### 5. สรุปผลการศึกษา

##### 5.1 การรายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 88 ปี อาชีพ งานบ้าน มารักษาตัวที่โรงพยาบาลอ่างทอง วันที่ 9 พฤศจิกายน 2565 เวลา 17.15 น. รับ Refer จากโรงพยาบาลโพธิ์ทอง อาการสำคัญ ถ่ายเหลวสีดำ เวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นมา 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยให้ประวัติ 1 เดือนก่อนมีอาการปวดขาจึงซื้อยาชุดแก้ปวด คลายกล้ามเนื้อมารับประทานเองเป็นประจำ 1 วันก่อนมา ถ่ายอุจจาระเหลวสีดำ 2 ครั้ง เวียนศีรษะ หน้ามืด ญาติพาไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลโพธิ์ทอง ขณะรับการรักษาผู้ป่วยมีอาการเป็นเลือดเก่า และถ่ายดำหลายครั้ง จึงส่งตัวผู้ป่วยมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลอ่างทอง

การประเมินสภาพร่างกายแรกพบ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย ซีดหายใจเหนื่อย ความดันโลหิต 150/70 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นหัวใจ 94 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วร้อยละ 92 ผู้ป่วยมีสีหน้าซีด อ่อนเพลีย วิตกกังวลบ่นกลัวไม่หาย จะเป็นภาระกับลูก

การวินิจฉัยโรคครั้งแรก Upper gastrointestinal bleeding

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย Upper gastrointestinal bleeding with hypovolemic shock

การตรวจพิเศษ Gastroscope

##### 5.2 สรุปแผนการรักษาพยาบาล

ได้นำแผนการรักษาพยาบาลจากแนวคิด ทฤษฎี การดูแลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นร่วมกับมีภาวะช็อคจากการเสียเลือด วางแผนให้การดูแลรักษาพยาบาล ตามปัญหาผู้ป่วย ดังนี้

1. ดูแลการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เพื่อป้องกันภาวะการเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย

2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น แพทย์รักษาโดยยา Losec 40 mg เข้าทางหลอดเลือดดำทุก 12 ชั่วโมง Ceftriaxone 2 gm เข้าทางหลอดเลือดดำทันที Set OR



for esophagogastroduodenoscopy on call ผลเป็น Acute Gastritis Ulcer Bleeding with Multiple clean based ulcer all over stomach

3. ให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากภาวะซีดจากการเสียเลือด แพทย์ให้การรักษาโดย On O<sub>2</sub> Canular 5 ลิตรต่อนาที และต่อมาผู้ป่วยเหนื่อยมากขึ้นแพทย์จึงใส่ท่อช่วยหายใจ ต่อกับ Ventilator PCV mode PS 12 PEEP 5 FiO<sub>2</sub> 0.4 ในวันที่ 9 พฤศจิกายน 2565 จนถึงวันที่ 11 พฤศจิกายน 2565 สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ ดูแลให้ผู้ป่วย On O<sub>2</sub> mask with bag 10 LPM ไว้ หายใจไม่เหนื่อย สัญญาณชีพและค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วปกติ

4. ดูแลการให้เลือดจากการที่ผู้ป่วยมีภาวะซีดจากการเสียเลือด Hematocrit แรกรับ 24 % แพทย์สั่งให้ PRC ทั้งหมด 3 unit ผล Hematocrit หลังเลือดหมด 28 %

5. ให้การดูแลผู้ป่วยมีภาวะ Hypovolemic shock จากการมีเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น แพทย์สั่งให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำโดยเร็วและยา Levophed (4:250) เข้าทางหลอดเลือดดำอัตราการไหล 10 ซีซีต่อชั่วโมง จนสัญญาณชีพความดันโลหิตผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงลดปริมาณ Levophed ลงเรื่อยๆ จนกระทั่งสามารถหยุดยาได้

6. ให้การดูแลผู้ป่วยมีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำกว่าปกติ ผล Electrolyte Potassium 3.2 mEq/L แพทย์สั่งให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ผสม KCL 40 mEq จำนวน 100 ซีซีต่อชั่วโมง ผล Electrolyte หลังได้รับยา Potassium 4.9 mEq/L

7. วางแผนการจำหน่าย เพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น

### 5.3 การวางแผนปฏิบัติการพยาบาล 3 ระยะ

#### 1) การพยาบาลระยะวิกฤติ

**ปัญหาการพยาบาลที่ 1 :** ผู้ป่วยมีภาวะ Hypovolemic shock จากการมีเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น

เนื่องจากผู้ป่วยอาเจียนเป็นเลือดเก่าสีดำ 2 ครั้งประมาณ 2 แก้ว ถ่ายอุจจาระสีดำ 2 ครั้ง ตรวจทางทวารหนักพบ melena ทำ Gastric Lavage ได้ coffee ground คาสาย Hct 24 % มือเท้าเย็น เปลือกตาซีด อุณหภูมิร่างกาย 36 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 112 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 71/47 มิลลิเมตรปรอท

#### กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงแรกเริ่มของภาวะช็อก เช่นหัวใจเต้นเร็วหายใจเร็ว ความดันต่ำ Pulse Pressure แคบ สับสนกระสับกระส่าย ซึมลง ไม่รู้ตัว ผิวหนังเย็นซีด เหงื่อออกrayงานแพทย์ทันที

2. ดูแลผู้ป่วยให้ดื่มน้ำและอาหาร และดูแลให้ได้รับสารน้ำ ตามแผนการรักษาของแพทย์ ดูแลให้ได้รับ PRC 2 ยูนิต ตามแผนการรักษา ดูแลการได้รับยา Levophed (4:250) 10 ซีซีต่อชั่วโมง ตามแผนการรักษา ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา

3. ประเมินระดับความรู้สึกตัวและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาทีจนผู้ป่วยอาการอยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงประเมินต่อทุก 1 ชั่วโมง โดย On EKG monitor

4. ติดตามผล Hct ทุก 6 ชั่วโมง และติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย พร้อมทั้งสังเกตจำนวนเลือดที่ออกจาก สาย NG tube การอาเจียน การถ่ายอุจจาระ พร้อมทั้งรายงานให้แพทย์ทราบเมื่อพบอาการเปลี่ยนแปลง



5. บันทึกปริมาณ Urine Output ทุก 2 ชั่วโมง และบันทึก Intake output ทุก 8 ชั่วโมง

#### การประเมินผล

หลังจากผู้ป่วย ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ยาและได้รับเลือดผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีภาวะช็อค ไม่มีอาการกระสับกระส่าย ใจสั่นหรือเหงื่อออก ตัวเย็น ไม่เวียนศีรษะหรือหน้ามืด ไม่มีเลือดออกทาง Nasogastric tube อาเจียนและทางอุจจาระ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 80 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตรปรอท ผล Hct หลังผู้ป่วยได้รับเลือด 3 unit 31% ปริมาณ Urine output ผ่านเกณฑ์ เฉลี่ย 45 ซีซี/ชั่วโมง

**ปัญหาการพยาบาลที่ 2 :** ผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดไม่มีประสิทธิภาพ

เนื่องจากผู้ป่วยมี Hct 24 % อาเจียนเป็นเลือดเก่าสีดำ 2 ครั้ง และถ่ายอุจจาระแฉะ ๆ เป็นสีดำ 2 ครั้ง เชื่อบุตาซีระดับปานกลาง ผู้ป่วยหายใจเหนื่อย สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 98/38 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นหัวใจ 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจเหนื่อย 30 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วร้อยละ 85

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจนของผู้ป่วย โดยการวัดสัญญาณชีพ การหายใจ และ O<sub>2</sub> saturation ถ้ามีอาการเปลี่ยนแปลง รายงานแพทย์เพื่อให้การช่วยเหลือ
2. เตรียมอุปกรณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันทั่วทั้ง
3. ดูแลช่วยแพทย์ใส่อุปกรณ์ช่วยหายใจ คือ Endotracheal tube No 7.5 ลีท 22 cm ต่อกับเครื่องช่วยหายใจ และดูแลผู้ป่วยขณะใส่เครื่องช่วยหายใจ
4. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนราบไม่หนุนหมอนยกปลายเท้าสูงเล็กน้อย(supine position) เพื่อส่งเสริมการไหลเวียนของเลือด โดยปราศจากการรบกวนกระบังลมที่หย่อนลงมาขณะหายใจเข้าและช่วยลดรีเฟล็กซ์ของ aortic และ carotid sinus baroreceptors
5. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง จัดเตรียมอุปกรณ์ดูดเสมหะ หรือสิ่งคัดหลั่งภายในจมูกและปากเพื่อป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจ
6. ลดการใช้ออกซิเจนของผู้ป่วย โดยจัดให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง จำกัดกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยให้น้อยลง จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเต็มที่

#### การประเมินผล

ผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจแล้วผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี ไม่เหนื่อยไม่มีภาวะ Cyanosis O<sub>2</sub> Saturation 98-100% หลังจากนั้นสามารถหยุดเครื่องช่วยหายใจ และนำเครื่องช่วยหายใจออกได้ หลังถอดเครื่องช่วยหายใจผู้ป่วยหายใจได้เอง ไม่เหนื่อย

**ปัญหาการพยาบาลที่ 3 :** ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากได้รับเลือดเพื่อรักษาภาวะซีด ผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร

(9 พฤศจิกายน 2565) ผล Hct 24 % แพทย์ให้การรักษาโดยให้ PRC 2 Unit IV drip

(10 พฤศจิกายน 2565) ผล Hct 25 % แพทย์ให้การรักษาโดยให้ PRC 1 Unit IV drip



### กิจกรรมการพยาบาล

1. เมื่อได้รับเลือดหรือสารประกอบของเลือด จากคลังเลือด ตรวจสอบความถูกต้องของเลือดที่ได้รับดังต่อไปนี้ ชื่อ – สกุล หมู่เลือดผู้รับเลือด และผู้ให้เลือดหมายเลขของเลือด วันหมดอายุ Group เลือด, Rh และหมายเลขของเลือด

2. ก่อนการให้เลือด แจ้งหมู่เลือดให้ผู้ป่วยและญาติทราบ และสอบถามประวัติการได้รับเลือดครั้งก่อนว่าหมู่เลือดตรงกันหรือไม่

3. ให้เลือดหรือส่วนประกอบของเลือด ด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ สังเกตอาการผิดปกติขณะให้เลือดหรือส่วนประกอบของเลือด เช่น อาการหนาวสั่น มีผื่นตามตัว แน่นหน้าอก หากมีอาการดังกล่าว ให้หยุดการให้เลือด และรายงานแพทย์ทราบทันที เปลี่ยนชุดสายยางให้เลือด 1 ชุดต่อเลือด 1 ยูนิตหรือทุก 4 ชั่วโมง

4. ตรวจสอบสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าเลือดจะหมด

### การประเมินผล

ไม่พบภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับเลือด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 120 / 80 mmHg ชีพจร 80 ครั้ง/นาที(สม่ำเสมอ) อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที O<sub>2</sub>Saturation 100% ไม่มีอาการข้างเคียงของการได้รับเลือด หลังผู้ป่วยได้รับ PRC 3 unit ผล Hematocrit 31%

## 2) การพยาบาลระยะการดูแลต่อเนื่อง

**ปัญหาการพยาบาลที่ 4 :** ผู้ป่วยขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังรับการส่องกล้องตรวจระบบทางเดินอาหาร

เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารแพทย์ Set OR for Gastroscope ผู้ป่วยไม่เคยได้รับการตรวจมาก่อน

### กิจกรรมการพยาบาล

1. เตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจ โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอน วิธีการตรวจ ตั้งแต่แพทย์เริ่มพ่นยาชาที่คอทำให้บริเวณในคอไม่มีความรู้สึก ½-1 ชั่วโมง อาจรู้สึกแสบบริเวณลำคอ ผู้ป่วยจะได้รับการจัดท่านอนตะแคงซ้าย ใส่อุปกรณ์กันลิ้นตก ทำขณะใส่คือแหวนสีรชชะและเงยคาง ขณะแพทย์ใส่อุปกรณ์เข้าไปในปาก ให้ผู้ป่วยกลืน ระยะเวลากการตรวจ ½-1 ชั่วโมง

2. เตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย โดยงดยาละลายลิ่มเลือด 7 วัน งดอาหารและเครื่องดื่มทุกชนิดทางปากก่อนตรวจ 8 ชั่วโมง ยกเว้นยาความดัน แปรงฟันบ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปาก ถอดฟันปลอมถอดเครื่องประดับที่เป็นโลหะออกเนื่องจากถ้ามีการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้าโลหะจะเป็นตัวนำไฟฟ้าและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้ ดูแลให้ยาและสารน้ำก่อนเข้ารับการตรวจตามแผนการรักษา และให้ปัสสาวะก่อนไปห้องตรวจ

3. ดูแลหลังการตรวจ จัดให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียงในท่าศีรษะสูงกรณีผู้ป่วยรู้สึกตัว ถ้ายังไม่รู้สึกตัวจัดท่านอนราบตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้งจากนั้นวัดทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนสัญญาณชีพคงที่ เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการตรวจเช่น การทะลุของทางเดินอาหาร การมีเลือดออก ภาวะขาดออกซิเจน ถ้ามีความผิดปกติรายงานแพทย์ อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่า จะชาในลำคอประมาณ ½ ชั่วโมง ตรวจดู Gag reflex โดยใช้ไม้กดลิ้นแตะผนังคอหรือกวาดโคนลิ้น ถ้ามีอาการขย้อน แสดงว่า Gag reflex ปกติจึงจะเริ่มให้น้ำและอาหารตามคำสั่งแพทย์สังเกตภาวะแทรกซ้อนเช่นเจ็บเวลากลืน หายใจลำบาก ปวดท้อง ใช้และถ่ายดำต้องรับรายงานแพทย์หากมีอาการเจ็บคอบ้วนด้วยน้ำเกลือ





### การประเมินผล

ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการเตรียมตัวเพื่อรับการตรวจ และให้ความร่วมมือในขณะรับการส่องกล้องตรวจระบบทางเดินอาหาร

**ปัญหาการพยาบาลที่ 5 :** ผู้ป่วยมีภาวะการเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย วันที่ 10 พฤศจิกายน 2565 Electrolyte ; Na 140 mmol/L, K 3.2 mmol/L (ต่ำ), Cl 113 mmol/L , CO<sub>2</sub> 29 mmol/L แพทย์ Plan NPO 5 วัน ผู้ป่วย On NG tube ต่อลงถุง

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบที่กสัญญาณชีพ ประเมินการทำหน้าที่ของระบบประสาท เช่น ระดับความรู้สึกตัว อาการกระสับกระส่าย ปวดศีรษะ ชัก การมองเห็น
2. บันทึกปริมาณน้ำที่เข้าและออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง
3. ดูแลให้ IV fluid RLS 1000 ml + KCl 40 mEq IV drip 100 ml/hr ควบคุมสารละลายที่ให้ทางหลอดเลือดดำ โดยการตรวจสอบการหยดอย่างสม่ำเสมอโดยใช้เครื่องควบคุมปริมาณการหยดของสารละลาย สังเกตอาการข้างเคียงระหว่างให้ยา
4. ติดตามผล Electrolyte, BUN, Cr และรายงานผลเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ

### การประเมินผล

หลังได้รับยา KCl ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติผล Electrolyte อยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ Na 144 mmol/L, K 4.9 mmol/L, Cl 113 mmol/L, CO<sub>2</sub> 12 mmol/L

**ปัญหาการพยาบาลที่ 6 :** ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ผล gastroscopie เป็น Acute GU bleeding with Multiple clean based ulcer all over stomach

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน Early warning signs UGIB ทุกวันวันละ 1 ครั้ง
2. ประเมินอาการแสดงของการมีเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น เช่น อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายเป็นเลือดหรือถ่ายดำ
3. วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ติดตามผล Hct ตามแผนการรักษาเพื่อประเมินการเสียเลือดของผู้ป่วย และติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย
4. ดูแลให้ยาลดกรดตามแผนการรักษา

### การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ เช่น อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายเป็นเลือดหรือถ่ายดำ ผล hematocrit อยู่เกณฑ์ปกติ คือ 31% สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 120 / 80 mmHg ชีพจร 80 ครั้ง/นาที(สม่ำเสมอ) อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที



### 3) การพยาบาลระยะจำหน่าย

**ปัญหาการพยาบาลที่ 7 :** ผู้ป่วยมีโอกาสกลับเป็นซ้ำเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง

เนื่องจากผู้ป่วยชอบรับประทานอาหารรสเผ็ดเล็กน้อย รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา ซึ่อย่าชุด แก้วปวดรับประทานเองเป็นประจำ

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและเขียนวิธีการปฏิบัติตัวให้กับญาติและผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยหลีกเลี่ยงการใช้ยาแก้ปวดด้วยตัวเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และเหมาะสม เช่น อาหารอ่อน ย่อยง่าย รสไม่จัด โดยรับประทานครั้งละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง เพื่อให้พอเพียง หลีกเลี่ยง กาแฟ งาดำ การสูบบุหรี่ งาดำ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มชูกำลังต่างๆ และควรรับประทานอาหารให้ตรงเวลา รับประทานยาตามขนาด เวลา ตามที่แพทย์สั่งและมาพบแพทย์ตามนัด สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเอง เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายอุจจาระดำ เพื่อรีบพบแพทย์ ให้ได้รับการแก้ไขอย่างทันที่

2. ให้ใบ warning card (เป็นบัตรที่ทางหอผู้ป่วยจัดทำขึ้น โดยในบัตรจะบอกเกี่ยวกับ โรคของผู้ป่วย ผล gastroscopy การปฏิบัติตัว ข้อห้ามต่างๆ) และแนะนำผู้ป่วยให้แสดงบัตรทุกครั้งที่ได้รับบริการรักษา เพื่อช่วยในการพิจารณาในการใช้ยาต่างๆ

3. ประสานงานกับหน่วยงานเวชกรรมสังคมในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทุกราย

#### การประเมินผล

หลังให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ ตอบคำถามได้ถูกต้อง จากการติดตามผู้ป่วยไม่กลับมารักษาซ้ำ วันที่ 14 ธันวาคม 2565 ผู้ป่วยมา Follow up 1 เดือนหลังการจำหน่ายตามนัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่มีอาการถ่ายดำและอาเจียนเป็นเลือด ขณะอยู่ที่บ้านผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง เหมาะสม

## 6. สรุปผลการศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 88 ปี มารักษาตัวที่โรงพยาบาลอ่างทอง วันที่ 9 พฤศจิกายน 2565 เวลา 17.15 น. รับ Refer จากโรงพยาบาลโพธิ์ทอง ด้วย 1 วันก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยถ่ายดำ และอาเจียนเป็นสีดำ ขณะรับการรักษาผู้ป่วยมีอาเจียนเป็นสีดำ 2 ครั้งและถ่ายดำ 2 ครั้ง ใส่สายสวนล้างกระเพาะอาหาร ได้ Content เป็น Coffee ground จึงส่งต่อผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลอ่างทอง แพทย์วินิจฉัยโรคครั้งแรก เลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ส่งเข้า admit ที่แผนกศัลยกรรมชาย

แรกรับที่ตึกศัลยกรรมชาย อัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อนาที จัดให้ออกซิเจนสูง On O<sub>2</sub> Cannula 5 ลิตรต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว อัตราการเต้นหัวใจ และความดันโลหิตปกติ ได้รับการรักษา โดยให้ดื่มน้ำและอาหาร ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา ดูแลการได้รับยา Losec 40 mg เข้าทางหลอดเลือดดำทุก 12 ชั่วโมง, Ceftriaxone 2 gm เข้าทางหลอดเลือดดำทันที ผลการเจาะ Hematocrit 24% ต่อมาผู้ป่วยหายใจเหนื่อยมากขึ้น อัตราการหายใจ 30 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตลดลงเหลือ 98/38 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นหัวใจ 100 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วลดลงเหลือร้อยละ 80 รายงานแพทย์ทราบและเตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิต แจ้งผู้ป่วยและญาติทราบเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ ต่อกับ Ventilator PCV mode PS 12 PEEP



5 FiO<sub>2</sub> 0.4 หลังใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ รู้สึกตัวดี วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100/70-130/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นหัวใจ 90-110 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วร้อยละ 99-100 ดูแลการให้ผู้ป่วยได้รับเลือด PRC 2 unit ทางหลอดเลือดดำ unit ละ 3 ชั่วโมง ผู้ป่วยไม่มีอาการข้างเคียงระหว่างให้เลือดและอาการแพ้เลือด ผล Hematocrit หลังเลือดหมด 25% ต่อมาพบภาวะ Hypovolemic shock ผู้ป่วยความดันโลหิตลดลงเหลือ 71/47 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นหัวใจ 118 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที รายงานแพทย์ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำโดยเร็ว ดูแลการได้รับสารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ การได้รับยา Levophed (4:250) เข้าทางหลอดเลือดดำอัตราการไหล 10 ซีซีต่อชั่วโมง หลังให้ยาไม่มีอาการหัวใจเต้นผิดจังหวะ บริเวณตำแหน่งที่ให้สารน้ำไม่พบหลอดเลือดดำอักเสบ วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100/70-130/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นหัวใจ 90 -110 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วร้อยละ 99 -100 จึงวัดสัญญาณชีพให้ทุก 1 ชั่วโมง ความดันโลหิตผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงลดปริมาณ Levophed ลงตามแผนการรักษาจนกระทั่งสามารถหยุดยาได้เจาะ Hematocrit ผล 25% ดูแลให้ได้รับเลือด PRC อีก 1 unit ทางหลอดเลือดดำ 3 ชั่วโมง ผู้ป่วยไม่มีอาการข้างเคียงระหว่างให้เลือดและอาการแพ้เลือด ผล Hematocrit หลังเลือดหมด 28 % แพทย์ Set OR for EGD on call ผลเป็น Acute Gastritis Ulcer Bleeding with Multiple clean based ulcer all over stomach หลังส่องกล้อง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจไม่เหนื่อย สัญญาณชีพ และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วปกติ ดูแล Try O<sub>2</sub> T- piece 10 LPM ตามแผนการรักษาใส่สายสวนกระเพาะอาหารเข้าทางจมูกและต่อลงถุงเพื่อเฝ้าระวังภาวะเลือดออกทางเดินอาหารซ้ำ ต่อมาผู้ป่วยมีภาวะที่มีโพแทสเซียมในเลือดต่ำกว่าปกติ ผล Electrolyte Potassium 3.2 mEq/L ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ผสม KCL 40 mEq จำนวน 100 ซีซีต่อชั่วโมง สังเกตอาการขณะผู้ป่วยได้รับยา KCL ผู้ป่วยไม่มีอาการข้างเคียงระหว่างให้ยา ผล Electrolyte หลังได้รับยา Potassium 4.9 mEq/L

วันที่ 11 พฤศจิกายน 2565 สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ หลังจากใส่ท่อหายใจได้ 3 วัน ดูแลให้ผู้ป่วย On O<sub>2</sub> mask with bag 10 LPM ไว้ หายใจไม่เหนื่อย สัญญาณชีพและค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วปกติ ติดตามอาการถ่ายดำและอาการอาเจียนเป็นเลือด ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้โดยเริ่มจากจิบน้ำ อาหารเหลว และอาหารอ่อนตามลำดับ ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ดี ไม่ปวดท้อง ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ไม่มีอาการถ่ายดำและอาเจียนเป็นเลือด ผล Hematocrit 27% แพทย์จึงอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ในวันที่ 17 พฤศจิกายน 2565 แพทย์วินิจฉัยครั้งสุดท้าย เลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะซ็อก พยาบาลได้วางแผนการจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วยและญาติ แนะนำความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง โดยใช้หลัก Method จนผู้ป่วยและญาติสามารถบอกวิธีการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง จึงได้ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับทีม Home Health Care เพื่อติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังจากการจำหน่าย ตามระบบ Smart COC รวมระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล 8 วัน

1 เดือนหลังการจำหน่าย ผู้ป่วยมา Follow up ตามนัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่มีอาการถ่ายดำและอาเจียนเป็นเลือดขณะอยู่ที่บ้าน ผล Hematocrit 31%



## 7. อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้ ซึ่งมีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นและเข้ารับการรักษาล่าช้า จนทำให้มีภาวะช็อค ซึ่งเป็นภาวะวิกฤติ ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูง ขณะรับการรักษาผู้ป่วยได้รับการประเมินการวินิจฉัยและการให้การพยาบาลอย่างรวดเร็ว สามารถแก้ไขภาวะวิกฤติ รวมถึงการเฝ้าระวังการเกิดภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำจนผู้ป่วยปลอดภัย การเจ็บป่วยครั้งนี้ผู้ป่วยเป็นค่อนข้างหนัก ผู้ป่วยและญาติไม่คาดคิดว่าอาการเจ็บป่วยจะรุนแรงจนเข้าสู่ภาวะวิกฤตของชีวิต จึงมีความเครียดและวิตกกังวลสูง การรักษาที่เน้นการตอบสนองปัญหาทางด้านร่างกายจึงไม่เพียงพอ ต้องให้การพยาบาลเพื่อประคับประคองจิตใจ ร่วมกับการให้การช่วยเหลือฟื้นฟูสุขภาพ จะทำให้ผู้ป่วยหายเร็วขึ้นและกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างปกติสุข ได้มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ<sup>15</sup> โดยผู้ป่วยรายนี้ได้ซื้อยาแก้ปวดมารับประทานเองเป็นประจำ จึงให้ความรู้และโทษของการซื้อยาแก้ปวดมารับประทานเองให้กับผู้ป่วยและญาติ เพื่อเป็นการปรับพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วยที่อาจทำให้เกิดเลือดออกซ้ำในระบบทางเดินอาหารได้ จะเห็นได้ว่าพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาตั้งแต่แรกเริ่ม จนจำหน่าย ต้องมีความรู้ความสามารถ มีทักษะในการประเมินอาการการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยทุกระยะ เพื่อให้การพยาบาลที่ถูกต้องรวดเร็วตามปัญหาของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นได้อย่างทันท่วงที จนผู้ป่วยปลอดภัย และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านแก่ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล เพื่อลดโอกาสกลับมาเป็นซ้ำ

## 8. ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นทั้งในแผนกผู้ป่วยนอก แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน และในแผนกผู้ป่วยในใช้เป็นเครื่องมือในการคัดกรองและประเมินผู้ป่วยเพื่อช่วยเหลือ resuscitation ไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อค พยาบาลสามารถคัดกรองและดูแลผู้ป่วยตามความรุนแรงของโรคและสามารถรายงานแพทย์ได้ทันเวลา
2. ควรมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยในการประเมินความเสี่ยงอัตราการเสียชีวิตร่วมกันระหว่างแพทย์และพยาบาลคือการประเมิน Rockall Score ร่วมกับการประเมิน Class of shock เนื่องจากผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูง
3. โรงพยาบาลมีการจัดการดูแลผู้ป่วยเป็นระบบ FAST เพื่อที่ผู้ป่วยจะเข้าถึงบริการได้รวดเร็วได้รับการช่วยเหลือได้ทันท่วงที
4. จัดทำแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น เผยแพร่ไปยังโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เพื่อใช้เป็นแนวทางเดียวกัน เกิดความรวดเร็วในการส่งต่อ
5. พยาบาลควรมีการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกซ้ำจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่าย
6. หน่วยงานมีการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลของผู้ป่วยในทีมสหวิชาชีพ เพื่อประสิทธิภาพในการดูแลรักษาและความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่น แพทย์ เภสัชกร



## 9. บรรณานุกรม

1. ปรักาย จันมี. การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่รักษาด้วยการส่องกล้อง: ทัศนศึกษา. ชัยภูมิเวชสาร. 2019; 39(2): 72-80.
2. ชัชวาลย์ วงศ์จิตรรัตน์, นัฐกานต์ วงศ์จิตรรัตน์. สาเหตุของภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นในโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. Journal of Medicine and Health Sciences. 2013; 20(1): 46-52.
3. งานสถิติฝ่ายวิชาการและแผนงาน โรงพยาบาลอ่างทอง. สถิติผลการปฏิบัติงานโรงพยาบาลอ่างทอง. 2565.
4. สมาคมแพทย์ส่องกล้องทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย. แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นในประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2557. [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2566]; เข้าถึงได้จาก: <https://thaitage.org/source/content-file/content-file-id-6.pdf>.
5. ชนิษฐา รักษาเคน, สุพัตรา บัวที. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น. J Sci Technol MSU. 2017 ; 36(3): 377 -382.
6. นภชนก รักษาเคน. การดูแลผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น: บทบาทของพยาบาลในการป้องกันเลือดออกและเลือดออกซ้ำ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2562; 37(3): 13-19.
7. บุษยรัตน์ ลอยศักดิ์, วัลภา คุณทรงเกียรติ, และภาวนา กิรติยวงศ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 2559; 24(1) 51-64.
8. สุรีย์พร บุญเรือง, ปิยะนุช พรหมสาขา ณ สกลนคร. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นโรงพยาบาลหนองบัวลำภู. วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล. 2563; 5(2): 1-15.
9. สุกานดา ตีพัตตี. ทัศนศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อกร่วมกับภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2563; 13 (2):135-144.
10. อัสนี ทองอยู่. Upper Gastrointestinal Bleeding. [อินเทอร์เน็ต]. 2561. [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2566]; เข้าถึงได้จาก: <https://www.med.tu.ac.th/departement/surgery/wpcontent/uploads/sites/3/2018/11/Surgical-Aspect-of-UGIB.pdf>.
11. ปาร์รามอง. กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยา. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คพับลิเคชั่น; 2559.
12. เสาวลักษณ์ ท่ามาก. การพยาบาลผู้ที่มีการติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร. [อินเทอร์เน็ต]. 2559. [เข้าถึงเมื่อ 24 กันยายน 2566]; เข้าถึงได้จาก: <http://www2.kcn.ac.th/kcn/mis/file/web/news/20160912-151634.pdf>.
13. อมรรวรรณ มาแสง. การพยาบาลผู้ป่วยโรคเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบน(UGIB) ที่มีภาวะช็อกและหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน: ทัศนศึกษา. ชัยภูมิเวชสาร. 2014; 34(1): 15-27.
14. อนงค์ คำบุตตา. ทัศนศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันร่วมกับภาวะช็อคจากการเสียเลือด ทัศนศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2561; 15(3):187-197.
15. อรพรรณ บุญลือ, เขมรติ มาสิงบุญ, วัลภา คุณทรงเกียรติ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกซ้ำ ในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 2562; 30(1): 125-126.

.....