

C15 : การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบนเฉียบพลัน ที่มีภาวะช็อค กรณีศึกษา 2 ราย

กฤษฎา โฉมฉายา

โรงพยาบาลอำนาจเจริญ

ภาวะการมีเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบนเฉียบพลัน เป็นภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้จากการเสียเลือดจำนวนมากถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่ การพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสมการวินิจฉัยภาวะเลือดออกได้อย่างรวดเร็วจะสามารถ ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อคและลดอัตราการเสียชีวิตได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบนเฉียบพลันที่มีภาวะช็อค

วิธีดำเนินงาน : การศึกษากรณีศึกษาผู้ป่วย 2 รายเพื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบนเฉียบพลันที่มีภาวะช็อค ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลอำนาจเจริญ เดือน มิถุนายน 2563 จำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยจากเวช ระเบียบผู้ป่วยใน การซักประวัติผู้ป่วยและญาติ การสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบทางการพยาบาล 11 แบบแผนของกอร์ดอน จากพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษาภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบน ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาลในระยะวิกฤตระยะต่อเนื่องและระยะการวางแผนจำหน่าย

ผลการศึกษา : เปรียบเทียบผลของการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบนที่มีภาวะช็อค

กรณีศึกษาที่ 1 หญิงไทยอายุ 57 ปี มาด้วยอาการถ่ายดำประมาณ 2 ครั้งต่อวัน ซีด เหนื่อยอ่อนเพลีย ก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน แพทย์วินิจฉัย Acute Upper Gastrointestinal Bleeding with Hypovolemic shock และหลังการส่องกล้อง พบ Acute hemorrhage gastritis ดูแลให้สารน้ำ PRC 5 Unit Losec 40 mg IV ผู้ป่วยอาการดีขึ้นสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย

กรณีศึกษาที่ 2 ชายไทยอายุ 61 ปี มาด้วยอาการถ่ายดำ 4 ครั้งต่อวัน ซีด เหนื่อยอ่อนเพลีย ก่อนมาโรงพยาบาล 3 วัน แพทย์วินิจฉัย Acute Upper Gastrointestinal Bleeding ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงมีภาวะ Septic shock และ SAP แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจและให้ยาปฏิชีวนะ พบภาวะ Chronic kidney disease stage 5 ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ป่วยรายนี้อาการดีขึ้นสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้สรุป กรณีศึกษานี้ทำให้เห็นกระบวนการการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตอย่างใกล้ชิดของพยาบาลจนส่งผลให้ผู้ป่วยได้ ได้รับความปลอดภัย

คำสำคัญ : ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบน, ช็อคจากการเสียเลือด, ช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

บทนำ

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนเฉียบพลัน เป็นภาวะฉุกเฉินที่สำคัญทางศัลยกรรมที่ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลือทันที สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากโรคแผลเปปติค กระเพาะอาหารอักเสบ การแตกของหลอดเลือดโป่งพองในหลอดเลือดหรือกระเพาะอาหาร มีอัตราการเสียชีวิตสูงจากภาวะช็อคจากการเสียเลือด การฉีกขาดของเยื่อหลอดเลือดอาหาร มีก้อนเนื้อที่ทำให้เกิดการอักเสบ และแผลที่เกิดจากความเครียด นับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโรค พบจากรายงานของสมาคมระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 10 –15 และเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 15 – 20 ในรายที่มีโรคร่วมหลายชนิด ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะเสียชีวิตในช่วงแรกที่มาพบแพทย์ หรือมาถึงโรงพยาบาล ปัจจัยการเกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนส่วนใหญ่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมโดยเฉพาะการดื่มสุรา พฤติกรรม การใช้ยาแก้ปวด หรือยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) จากสถิติแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลอำนาจเจริญพบผู้ป่วยในปี 2560 – 2562 จำนวน 4,011 3,304 4,312 รายตามลำดับ พบผู้ป่วยเสียชีวิตร้อยละ 0.5, 0.48, 0.48 ตามลำดับ ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนเป็นโรคอันดับที่ 3 ของแผนกศัลยกรรม ผู้ป่วย UGIB จำนวน 77, 78, 71 รายตามลำดับ นอกจากนั้นในกลุ่มผู้ป่วยนี้พบอัตราการ re-admit ร้อยละ 0.27, 0.42, 0.16 ตามลำดับ สาเหตุจากการกลับไปดื่มสุราซ้ำและผลจากการใช้ยาประจำตัว ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบผลการให้การพยาบาล ผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบนเฉียบพลันที่มีภาวะช็อค จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลอำนาจเจริญ โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนการดูแลสุขภาพทั้ง 11 แบบแผนของกอร์ดอนมาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและได้รับการดูแลรักษารวมทั้งผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในวิธีการปฏิบัติที่สามารถป้องกันและแก้ไขได้จากการส่งเสริมภาวะสุขภาพได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาลสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลการให้การพยาบาลผู้ป่วย 2 ราย ในโรคเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบนเฉียบพลันที่มีภาวะช็อค

วิธีการดำเนินงาน เป็นการศึกษากรณีศึกษาเพื่อเปรียบเทียบผลของการให้การพยาบาลโดยใช้รูปแบบทฤษฎีทางการพยาบาลของกอร์ดอน 11 แบบแผนการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบนเฉียบพลันที่มีภาวะช็อคที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลอำนาจเจริญ ช่วงเดือนมิถุนายน 2563 จำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วยในการซักประวัติ ผู้ป่วยและญาติ การสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบ แบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การ รักษาภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบน ปัญหา และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาลในระยะวิกฤต ระยะต่อเนื่อง และระยะการวางแผนจำหน่าย โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. เลือกเรื่องจะศึกษา และรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยา ผลทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษาของแพทย์ แบบแผนการดำเนินชีวิตรวมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย
2. ศึกษาค้นคว้าตำรา ปรึกษาพยาบาลที่มีความชำนาญ และแพทย์ผู้รักษาเพื่อใช้เป็นข้อมูล
3. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวมวิเคราะห์วางแผนการพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นกาย จิต สังคม

4. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผล
5. สรุปผลการศึกษาและเผยแพร่ผลงาน

การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล ของกรณีผู้ป่วย 2 ราย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ผู้ป่วยรายที่ 1 หญิงไทย อายุ 57 ปี Refer มาจากโรงพยาบาลปทุมราชวงศา มาด้วยอาการถ่ายดำ 2 ครั้ง เหนื่อยอ่อนเพลีย ก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน มีโรคประจำตัวคือ โรคความดันโลหิตสูง และโรคกระเพาะอาหารอักเสบ มีประวัติใช้ยาสมุนไพรและรับประทานยาแก้ปวดเป็นครั้งคราว ที่โรงพยาบาลปทุมราชวงศา ผู้ป่วยมีอาการช็อค อ่อนเพลีย สับสน เกิดภาวะHypovolemic shock เมื่ออาการเริ่มคงที่ จึงส่งโรงพยาบาลอำนาจเจริญ แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ชีต อ่อนเพลีย on O₂ canula 5 LPM สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 119/70 มม.ปรอท ชีพจร 92 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 37.3 องศาเซลเซียส O₂ sat 99% ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ Hct 13%, Plt. 115,000 cell/mm³, INR 1.04 sec. , BUN 44 mg/dl, Cr 0.83 mg/dl, K 2.8 mmol/L ดูแลให้สารละลาย 0.9% NSS 1000 ml + KCl 40 mg IV 120 ml/hr. หลังให้ K 4.4 mmol/L, Vit K 10 mg IV, ดูแลให้เลือดและเจาะ Hct หลังให้เลือดหรือทุก 6 ชั่วโมงตามแผนการรักษา, ดูแลให้ยาขับยั้งการหลังกรดคือ Pantoprazole 80 mg + NSS 100 ml IV drip 80 ml/hr. ต่อมา Set OR EGD with biopsy พบ Acute hemorrhage gastritis. ให้สารน้ำ PRC 5 Unit Losec 40 mg IV อาการเริ่มดีขึ้น ย้ายไปหอผู้ป่วยพิเศษ พยาบาลดูแลให้ยา สารน้ำและส่งเสริมด้านโภชนาการ แนะนำเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของการใช้ยาสมุนไพร รวมทั้งมีการมีการวางแผนจำหน่าย การเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ จำหน่ายผู้ป่วยหลังจากนอนโรงพยาบาล 5 วัน นัดติดตามอาการอีก 2 สัปดาห์

ผู้ป่วยรายที่ 2 ชายไทย อายุ 61 ปี มาด้วยอาการถ่ายดำ 4 ครั้ง/วัน ชีต เหนื่อยอ่อนเพลีย ก่อนมาโรงพยาบาล 3 วัน มีโรคประจำตัวคือ โรคเก๊าท์และโรคตับแข็ง (Cirrhosis) ไม่มีประวัติใช้ยาสมุนไพรและดื่มสุราทุกวัน ไม่ทราบปริมาณ สูบบุหรี่ 3 มวน/วัน แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ชีต อ่อนเพลีย on O₂ canula 5 LPM ความดันโลหิต 150/80 มม.ปรอท, ชีพจร 84 ครั้งต่อนาที, อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที, อุณหภูมิร่างกาย 36.3 องศาเซลเซียส และ O₂ sat 98% ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ Hct 15%, Plt. 442,000 cell/mm³, INR 0.89 sec., BUN 109 mg/dl, Cr 4.14 mg/dl, K 4.7 mmol/L, Na 139 mmol/L. ดูแลให้สารละลาย 5% DN/2 1000 ml drip 80 ml/hr. ,Retain NG ได้ gastric, Lavage 2000 ml Clear, ให้ยา Thiamine 100 mg IV, ดูแลให้เลือดและเจาะ Hct หลังให้หรือทุก 6 ชั่วโมงตามแผนการรักษา, ตลอดระยะที่รักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยมีอาการปวดตามร่างกายและบริเวณข้ออยู่ตลอด แพทย์วินิจฉัยเป็น Myalgia จึงให้ Tramol (50) 1 amp IV prn ทุก 6 hr. ด้วยผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบเหนื่อยร่วมกับ pain score 9-10 รายงานแพทย์ MO 3 mg IV ทุก 8 hr. ความดันโลหิต 117/63 มม.ปรอท ชีพจร 120 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 32 ครั้งต่อนาที O₂ sat 98% ดูแลให้ O₂ mask with bag 10 LPM ย้ายไป ICU ศัลยกรรม. ผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อยลดลงจึงเปลี่ยนมาเป็น O₂ canula 3 LPM จากผลทางห้องปฏิบัติการพบ WBC 28,500 cell/mm³ แพทย์วินิจฉัยเป็น HAP จึงให้ Cef-3 2 gm OD. ระหว่างนี้รักษาอาการปวดโดยให้ Tramol ร่วมกับ Colchicine 1x3 pc. 3 วันต่อมาผู้ป่วยอาการคงที่ สามารถย้ายไปที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม จากนั้นปรึกษาแพทย์เฉพาะทางเรื่อง Chronic kidney disease stage 5. 2 วันต่อมาผู้ป่วยมีอาการซึมลงร่วมกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้รับการแก้ไขจนระดับน้ำตาลในเลือดเป็นปกติ และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ Cr.6.31mg%, Bun88mg% แพทย์วินิจฉัยเป็น Uremic symtoms จึงทำ DLC เพื่อฟอกไตด้วยวิธี Hemodialysis, ต่อมาผู้ป่วยมีอาการซึมลง ความดันโลหิต 64/50 มม.ปรอท, อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที, ชีพจร 84 ครั้งต่อนาที, อุณหภูมิร่างกาย 37.2 องศาเซลเซียส ให้ Levophed (8:500) IV 10 ml/hr และ Off Colchicine, ผู้ป่วยมีความรู้สึกตัวลดลง ปลุกไม่ตื่น E₁V₂M₂ ความดันโลหิต 91/51 มม.ปรอท, ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที, อัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อนาที, O₂ sat 92% แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ, ผลเอกซเรย์พบ infiltration ฟังปอดได้เสียง rhonchi แพทย์วินิจฉัยเป็น HAP. 5 วันต่อมาผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E₄V₅M₆ on Bird หายใจสม่ำเสมอ. ให้ยาMeropenem (500) IV ทุก 12 hr. สัญญาณชีพปกติ O₂ sat 99% off ETT เปลี่ยนมาเป็น

on T-piece และ on mask with bag. ในระหว่างที่รักษาตัวที่โรงพยาบาลผู้ป่วยมีภาวะ Hypokalemia Hyperkalemia และได้ดูแลให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์. อาการผู้ป่วยคงที่และสามารถกลับบ้านได้ให้แนะนำเกี่ยวกับอันตรายจากการดื่มเหล้าและสูบบุหรี่ รวมทั้งมีการมีการวางแผนจำหน่าย การเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ ให้ความรู้ในการดูแล DLC ร่วมกับการมาพอกไต จำหน่ายผู้ป่วยหลังจากนอนโรงพยาบาล 18 วัน นัดติดตามอาการอีก 2 สัปดาห์

ตาราง 1 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย (กรณีศึกษา)

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	มาด้วยอาการถ่ายดำ 2 ครั้ง ก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน	มาด้วยอาการถ่ายดำ 4 ครั้ง/วัน ก่อนมาโรงพยาบาล 3 วัน
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	2 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดแน่นท้อง ไม่มีอาการแสบท้อง อาเจียนเป็นเลือด 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการถ่ายดำ 2 ครั้ง เหนื่อยอ่อนเพลีย ญาตินำส่งโรงพยาบาลปทุมราชวงศา จากนั้นผู้ป่วยมีอาการซีด อ่อนเพลีย สับสน Hct 14% O ₂ sat 97% ความดันโลหิต 60/40 มม.ปรอท ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที ให้สารละลาย 0.9% NSS 1000 ml on O ₂ mask with bag 10 LPM ,Retain NG ได้ coffee ground ประมาณ 10 ml Lavage 2000 ml Clear, Retain Foley cath. ให้ยา Losec 80 mg IV stat, ให้เลือด PRC 1 unit drip 2 hr. ก่อนส่งโรงพยาบาลอำนาจเจริญ	3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยถ่ายดำ 4 ครั้ง/วัน ปริมาณ 100 ml ไม่มีอาเจียนเป็นเลือด ซีด เหนื่อยอ่อนเพลีย มีจ้ำเลือดบริเวณแขนขวา ไม่มีอาการตาตัวเหลือง ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลอำนาจเจริญ
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต/ในครอบครัว	-	-
โรคประจำตัว	โรคความดันโลหิตสูง และโรคกระเพาะอาหารอักเสบ	โรคเก๊าท์และโรคตับแข็ง (Cirrhosis)
ประวัติการแพ้ยา	-	-
ประวัติการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์/สมุนไพร	ใช้ยาสมุนไพร	ปฏิเสธการใช้ยาสมุนไพร ดื่มสุราทุกวัน ไม่ทราบปริมาณ สูบบุหรี่ 3 มวน/วัน
อาการแรกเริ่ม	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ซีด อ่อนเพลีย on O ₂ canula 5 LPM Retained Foley	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ซีด อ่อนเพลีย on O ₂ canula 5 LPM สามารถ

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
	catheter ไว้ ปัสสาวะออกดี 1,300 ml สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 119/70 มม.ปรอท ชีพจร 92 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 37.3 องศาเซลเซียส O ₂ sat 99%	ขับถ่ายปัสสาวะได้ สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 150/80 มม.ปรอท, ชีพจร 84 ครั้งต่อนาที, อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที, อุณหภูมิร่างกาย 36.3 องศาเซลเซียส และ O ₂ sat 98%
การวินิจฉัยแรกรับ	Acute Upper Gastrointestinal Bleeding with Hypovolemic shock	Acute Upper Gastrointestinal Bleeding with Chronic kidney disease
การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย	Acute gastritis with hemorrhage gastritis	Acute Upper Gastrointestinal Bleeding with Chronic kidney disease with Septic shock with Hospital Acquired Pneumonia

การผ่าตัด/หัตถการ

EGD, Biopsy

CXR, CT-Scan, U/S

การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบ แผนของกอร์ดอน สามารถนำมาเขียนปัญหาทางการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ วางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ซึ่งในกรณีศึกษาแรกพบปัญหา Hypovolemic shock แต่ในกรณีศึกษาที่ 2 พบปัญหา Septic shock, Chronic kidney disease, Hospital Acquired Pneumonia การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยทั้ง 2 รายจึงแบ่งเป็นระยะวิกฤติและระยะดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งมีการวางแผนจำหน่ายเพื่อลดความวิตกกังวลและโอกาสการกลับเป็นซ้ำตามตารางที่ 2

ตาราง 2 การศึกษาเปรียบเทียบทฤษฎีและข้อวินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร ส่วนบนเฉียบพลันที่มีภาวะช็อค (กรณีศึกษา)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ระยะวิกฤติ	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีภาวะช็อคจากการเสียเลือดในระบบ ทางเดินอาหารส่วนต้น 2. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากตัวรับออกซิเจนลดลง 3. มีภาวะเสียสมดุลของสารน้ำ และอิเล็กโทรไลต์ เนื่องจากถ่ายเป็นเลือดสีดำ 4.ญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและแนวทางการรักษา 	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต 2. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากตัวรับออกซิเจนลดลง 3. มีภาวะแทรกซ้อนปอดติดเชื้อที่เกิดในโรงพยาบาล 4. มีภาวะเสียสมดุลของสารน้ำ และอิเล็กโทรไลต์ เนื่องจากถ่ายเป็นเลือดสีดำ 5. มีภาวะของเสียคั่ง เนื่องจากความสามารถการกรองของไต

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
		ลดลง
		6. ไม่สุขสบายปวด เนื่องจากมีอาการบวมบริเวณข้อ
ระยะดูแลต่อเนื้อและฟื้นฟูสภาพ	1. ความสามารถในการดูแลตนเอง ลดลง เนื่องจากอ่อนเพลียและ ข้อจำกัดในการ เคลื่อนไหว 2. เผื่อระวังการกลับเป็นซ้ำ	1.ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคไตเรื้อรัง เนื่องจากมีความรู้ไม่ เพียงพอ 2. ความสามารถในการดูแลตนเอง ลดลง เนื่องจากอ่อนเพลียและ ข้อจำกัดในการ เคลื่อนไหว 3. เผื่อระวังการกลับเป็นซ้ำ

ตาราง 3 การศึกษาวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบนเฉียบพลันที่มีภาวะช็อค (กรณีศึกษา)

การปฏิบัติการพยาบาล	การวิเคราะห์
1. ระยะเวลาวิกฤต	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการพยาบาลในระยะวิกฤตอย่าง
1) ให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียง ให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ	ครอบคลุม เป้าหมาย คือให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อคและในภาวะ วิกฤตพยาบาลเป็นบุคคล
2) ประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัว ทุก 15 นาทีหรือตามสภาพผู้ป่วยเพื่อสังเกตการเปลี่ยนแปลง และรายงานแพทย์ทันที	สำคัญใน การดูแลสภาพจิตใจของทั้งผู้ป่วยและ ญาติ โดยการให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง และให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล ผู้ป่วย
3) ถ้าอาเจียนเป็นเลือด ควรให้อนตะแคงหันหน้าไปด้านใดด้านหนึ่งเพื่อป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจ	ผู้ป่วยรายที่ 1 เกิดภาวะ Hypovolemic shock
4) เจาะเลือด เช่น CBC, BUN	จากการเสียเลือด ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 เกิดภาวะ
5) งดน้ำงดอาหารชั่วคราว เพื่อสังเกตและบันทึกภาวะเลือดออก อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด stool content	Septic shock จากการติดเชื้อในกระแสเลือด
6) สวณล้างกระเพาะอาหารด้วยน้ำเกลือ 0.9 % NSS ในกรณี Active bleed	
7) ดูแลการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและผลิตภัณฑ์ของเลือดตามแผนการรักษา	
8) ดูแลให้ได้รับเลือดตามแผนการรักษา	
9) สังเกตภาวะแทรกซ้อนขณะและหลังจากให้เลือด เช่น อาการแน่นหน้าอก	
10) จดบันทึกปริมาณสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย ปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินความสมดุลและภาวะน้ำเกิน	

การปฏิบัติการพยาบาล	การวิเคราะห์
<p>11) ดูแลการให้ยาตามแผนการรักษาเช่น ยาลดกรด ,ยาเพิ่มความดันโลหิต, ยาฆ่าเชื้อ(กรณี Septic shock)</p> <p>12) เตรียมส่งกล้องและจ้อง ICU</p>	
<p>การดูแลผู้ป่วยในระยะที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดทำให้อยู่ในท่าที่สุขสบาย ไม่ว่าจะเบ้นทำนั่งหรือทำนอน ควรจัดส่วนที่ควรรองของผู้ป่วยให้ตรงกับส่วนที่งอของเตียง ไม่ควรให้คอหรือเอวอง แต่ส่วนที่งอควรเป็นสโปก เป็นต้น นอกจากนี้การจัดท่าแต่ละท่า ต้องระวังไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ - จัด สิ่ง แวด ล้อม ให้เหมาะสม หลีก เลี่ยง สภาพแวดล้อมที่ทำให้ไม่สบาย - ลดความเจ็บปวดที่อาจมี โดยใช้ opioids เช่น morphine - ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล - Intravenous line care ผู้ป่วยพวกนี้มักต้องให้ยาทางหลอดเลือดดำเป็นเวลานาน และอาจต้องทำ central line เพื่อให้ยาที่มีความเข้มข้นสูงพร้อมกันหลายตัว หรือเพื่อใช้วัด CVP เปลี่ยน dressing ทุกวันโดย aseptic technique 	<p>ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีภาวะ anemia ทำให้หัวใจต้องทำงานมากเสี่ยงต่อการเกิด Heart failure และ Pulmonary edema ได้ หรืออาจเกิด tissue hypoxia โดยควรได้รับออกซิเจนที่เพียงพอ เช่น Canula, Mask with bag , T-piece, เครื่องช่วยหายใจ ตามอาการของผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะ Hypovolemic shock ได้รับออกซิเจนที่เพียงพอคือ Canula หรือ Mask with bag ตามอาการของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มี O₂ sat 98-99% ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย - ผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจน Shock ซึ่งได้รับออกซิเจนแบบ ET-tube ร่วมกับผู้ป่วยมี CKD Stage 5 จึงทำให้อาการแย่ง
<p>การดูแลผู้ป่วยในภาวะHypokalemia, Hyperkalemia</p> <p>ดูแลผู้ป่วยภาวะHypokalemia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ดูแลให้ได้รับยาที่เพิ่มระดับโพแทสเซียมในเลือดตามแผนการ 2. บันทึกและประเมินสัญญาณชีพ 3. บันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกายในผู้ป่วย 4. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะ hypokalemia 5. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ <p>ดูแลผู้ป่วยภาวะHypokalemia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ดูแลให้ได้รับยาเพื่อลดระดับโพแทสเซียมในเลือดตามแผนการรักษาประเมินและติดตามการตอบสนองต่อการรักษา รวมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น 	<p>ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีภาวะ Hypokalemia จะทำให้ความไวต่อการเร้าของเซลล์จึงลดน้อยลง เกิดการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อลายและกล้ามเนื้อเรียบ ความสามารถในการดูดกลับของหน่วยไตลดลง ปัสสาวะจึงออกมา</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะ Hypokalemia ให้สารละลาย 0.9% NSS 1000 ml + KCl 40 mg IV 120 ml/hr. หลังให้ K 4.4 mmol/L ผู้ป่วยไม่ม้อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง I/O normal - ผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะ Hypokalemia, Hyperkalemia ต้องให้การดูแลที่เหมาะสม เมื่อมีโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ให้ E.KCl 30 ml pcx3 dose ทุก 3 hr. หลังให้เป็น 5 mmol/L ในภาวะโพแทสเซียมสูง ควรให้มีการขับออก Kalimate 30 gm สวน 3 dose ทุก 3 hr. อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง

การปฏิบัติการพยาบาล	การวิเคราะห์
2. เตรียมผู้ป่วยเพื่อล้างไตกรณีที่มีระดับโพแทสเซียมในเลือดสูงมากจนเป็นอันตรายและ / หรือในผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเฉียบพลัน	I/O normal และผู้ป่วยได้รับการฟอกไตด้วยวิธี Hemodialysis
3. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพถ้าระดับโพแทสเซียมในเลือดสูงกว่า 5.9 mEq ต้องติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างใกล้ชิด	
4. ผู้ป่วยที่มีภาวะ severe hyperkalemia ควรได้รับการรักษาด้วย insulin ร่วมกับ glucose และติดตามระดับน้ำตาลในเลือดพร้อมสังเกตอาการ hypohyperglycemia	
5. บันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกายทุก 2-8 ชม. ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 250 มล. 8 ชม. หรือ 20 มล. / ชม. ติดต่อกัน 2 ชม. ควรรายงานแพทย์ในรายที่มีภาวะ Severe hyperkalemia ควรติดตามผลโพแทสเซียมในเลือดภายหลังได้รับการรักษาแล้ว 2 ชม.	
6. จำกัดและแนะนำให้หลีกเลี่ยงอาหารที่มีโพแทสเซียมสูง	
7. ป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อในร่างกายเพราะจะทำให้โพแทสเซียมออกนอกเซลล์เพิ่มขึ้น	
การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะของเสียคั่ง	ผู้ป่วยรายที่ 2 Chronic kidney disease stage 5
1. ประเมินภาวะของเสียคั่งในร่างกาย โดยการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท ได้แก่ ซึม สับสน กระตุก ชา	ผู้ป่วยมีอาการซึม ระดับความรู้สึกตัวลดลง แพทย์วินิจฉัยเป็น Uremic symptoms ได้ทำ DLC และฟอกไตด้วยวิธี Hemodialysis
2. ดูแลการทำ Hemodialysis	
3. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา	
4. ติดตามผลการตรวจ BUN, Cr	
5. ดูแลจำกัดปริมาณน้ำดื่ม	
2. ระยะเวลาดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟู	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการพยาบาลที่ครบถ้วน จน
กิจกรรมการพยาบาล	อาการเริ่มดีขึ้นและสามารถกลับบ้านบ้านได้ แต่ต้อง
1) ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา เพื่อควบคุมภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบน	กลับมาตรวจซ้ำอีก 2 สัปดาห์ทั้งสองราย
2) ประเมินระดับความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจกรรม	
3) ดูแลช่วยเหลือในการดูแลความสะอาดร่างกาย การดูแลช่องปาก ผิวหนัง และหลังการขับถ่าย	

การปฏิบัติการพยาบาล	การวิเคราะห์
<p>4) ช่วยพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และอาการปวดตามปุ่มกระดูก</p> <p>5) กระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในบางกิจกรรม</p>	
<p>3. ระยะเวลาแผนจำหน่าย</p> <p>1) ให้ความรู้เรื่องโรคและสภาพการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ซึ่งมีโอกาสการกลับเป็นซ้ำ</p> <p>2) ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยากกลุ่ม NSAID และยาสมุนไพร</p> <p>3) ให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียดหรือความวิตกกังวลต่างๆ ที่จะส่งผลกระตุ้น ต่อการหลังกรด</p>	<p>การเตรียมจำหน่ายที่เหมาะสมกับ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ พยาบาลต้องวิเคราะห์ ปัจจัยการเกิดภาวะเลือดออกในผู้ป่วย แต่ละรายซึ่งแต่ละบุคคลจะมีความ แตกต่างกัน เพื่อให้สามารถเจาะประเด็นปัญหาในเตรียมจำหน่ายให้ ผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ไม่ให้เกิดการกลับเป็นซ้ำ</p> <p>ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม อาจส่งผลให้เกิดการกลับมาเป็นซ้ำได้ เพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ ต้องให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตน ละเกิดความตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยรายที่ 1 มีพฤติกรรมมารับประทานยาสมุนไพร ควรให้ความรู้เรื่องการรับประทานยาเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ อีกทั้งให้ความรู้เรื่องการป้องกันภาวะเครียด การรับประทานอาหารที่สามารถทำให้ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมาได้ - ผู้ป่วยรายที่ 2 มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมคือ ดื่มสุราทุกวัน สูบบุหรี่ จึงควรให้ความรู้เรื่องอันตรายและวิธีการหลีกเลี่ยง ร่วมกับให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตน เกี่ยวกับการดูแล DLC และการดูแลตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต

ผลลัพธ์

ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายเป็นชาย หญิงอายุ 57 - 61 ปี เป็นช่วงวัยที่เข้าใกล้สูงอายุจนถึงวัยสูงอายุ มาด้วยอาการถ่ายดำ เหนื่อยอ่อนเพลีย แล้วเข้าสู่ภาวะช็อคทั้งคู่ พบว่า รายที่ 1 มีการเสียเลือดมาก จึงเกิดภาวะ Hypovolemic shock ก่อนที่จะมาโรงพยาบาลอำนาจเจริญ โดยได้รับการดูแลทางการแพทย์ จนอาการดีขึ้น สามารถกลับบ้านได้ รายที่ 2 มีการเสียเลือด ร่วมกับเกิดภาวะปอดติดเชื้อ จึงเกิดภาวะ Septic shock จนต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ประกอบกับผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง ชั้นที่ 5 การให้การพยาบาลจึงต้องดูแลครบทุกระบบร่างกายและมีการปรับเปลี่ยนชนิดและขนาดยาต่างๆ จนอาการผู้ป่วยคงที่ และสามารถกลับบ้านได้ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีภาวะ anemia ต้องได้รับเลือดและได้รับออกซิเจนที่เพียงพออยู่เป็นระยะ เพื่อป้องกันหัวใจต้องทำงานมากเสี่ยงต่อการเกิด Heart failure และ Pulmonary edema ได้ หรืออาจเกิด tissue hypoxia ในระหว่างที่ให้ออกซิเจนมีเฝ้าระวังภาวะช็อค การดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้น การดูแลเรื่องอาการปวด และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย การพยาบาลที่ได้รับ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะ แรก ระยะเวลาดูแลต่อเนื่องและระยะจำหน่าย ทำให้สามารถ จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ทั้ง 2 ราย

สรุป วิจัยกรณี

จากกรณีศึกษาการเปรียบเทียบผู้ป่วยทั้ง 2 รายพบว่า ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบนเฉียบพลัน นับเป็นภาวะวิกฤตที่ส่งผลกระทบต่อทางร่างกายและจิตใจอย่างรวดเร็ว พยาบาลต้องสามารถประเมินและดูแลผู้ป่วย ได้ตั้งแต่แรกเริ่ม เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อชีวิตของผู้ป่วย การดูแลเบื้องต้นจากโรงพยาบาลชุมชนที่เหมาะสมรวมถึงการประสานส่งต่อที่ถูกต้องเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่จะ สามารถให้การดูแลรักษา เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนั้นผู้ป่วยได้รับการรักษาในหน่วยวิกฤต ซึ่งมีอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจที่มีความพร้อมและทันสมัย มีบุคลากรที่เชี่ยวชาญผ่านการอบรมเฉพาะทาง ทำให้ สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้เร็ว ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน กิจกรรมการวางแผนจำหน่ายที่สำคัญคือ การให้ความรู้กับผู้ป่วยเรื่องการใช้จ่ายประจำตัว การสังเกตอาการข้างเคียงต่างๆ หลังจำหน่ายพบว่าทั้งสองรายยังไม่มีภาวะเลือดออกซ้ำ

ข้อเสนอแนะ

1. ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น เป็นภาวะฉุกเฉินที่จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง หรือเกิดความเสียหายขึ้นได้อย่างรวดเร็ว หน่วยงานต้องมีการส่งเสริม สมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย shock อย่างต่อเนื่อง
2. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาการกลับเป็นซ้ำจากการดื่ม สุรา ควรมีการวางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมจิตเวช
3. ต้องมีการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยอย่างละเอียด เพื่อเฝ้าระวังอาการที่นอกเหนือจากภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานและมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆเกิดขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

กรณีศึกษาฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ด้วยความช่วยเหลือของคุณรัชนี คลองยุติ รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลอำนาจเจริญ ซึ่งท่านได้ให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นต่าง ๆ อันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการทำกรณีศึกษา ขอขอบคุณ คุณอมรรัตน์ กอบุญช่วย หัวหน้ากลุ่มงานพยาบาลด้านศัลยกรรม ที่ช่วยแก้ปัญหาและให้คำปรึกษาที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงาน ขอขอบคุณ คุณปิยพร นิสสัยกล้า พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ICN) ช่วยแก้ปัญหา ให้คำแนะนำตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของกรณีศึกษาฉบับนี้ นอกจากนี้ขอขอบคุณบุคลากรในกลุ่มงานหอผู้ป่วยศัลยกรรมที่อำนวยความสะดวกให้การทำงานนี้ให้การทำงานสำเร็จลุล่วง

บรรณานุกรม

- นภชนก รักษาเคน. (2562). การดูแลผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น: บทบาทของพยาบาลในการป้องกันเลือดออกและเลือดออกซ้ำ. สืบค้นเมื่อวันที่ 20/6/2563. จากเว็บไซต์ : <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:YxmuJ9R6Pj4J:https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/download/219409/151879/+&cd=6&hl=th&ct=clnk&gl=th>
- นฤมล แก่นสาร. (2558). การพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง : กรณีศึกษา 2 ราย. สืบค้นเมื่อวันที่ 20/6/2563. จากเว็บไซต์ : <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:7BjppFJztesJ:https://digitaljournals.moph.go.th/tdj/index.php/MHJ/article/download/2866/2606+&cd=2&hl=th&ct=clnk&gl=th>
- วันดี โตสุขศรีและคณะ (บรรณาธิการ). (2559). การพยาบาลอายุรศาสตร์ 2 (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร : เอ็นพีเพรส.
- วิกิจ วีรานุกัตต์. (2553). การส่องกล้องตรวจหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนต้น. สืบค้นเมื่อวันที่ 20/6/2563. จากเว็บไซต์ : https://si.mahidol.ac.th/office_d/adm/Gi_scope/egd.html
- สมคิด ปานประเสริฐ, อังคณา ศรีสัมฤทธิ์และอินทรา พันธุ์เมธิศรี. (2557). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น. สืบค้นเมื่อวันที่ 20/6/2563. จากเว็บไซต์ : https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:0Co_v0Tt55UJ:https://digitaljournals.moph.go.th/tdj/index.php/JND/article/download/3024/2721+&cd=3&hl=th&ct=clnk&gl=th
- อนงค์ คำบุตดา. (2561). การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันร่วมกับภาวะช็อคจากการเสียเลือด กรณีศึกษา 2 ราย. สืบค้นเมื่อวันที่ 20/6/2563. จากเว็บไซต์ : <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:5nhPliMp87cJ:https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/download/196387/136525/+&cd=2&hl=th&ct=clnk&gl=th>