

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่ได้รับการใส่บอลูนห้ามเลือด

Sengstaken- Blakemore tube : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care of Upper Gastrointestinal bleeding patients with Balloon

Tamponade (Sengstaken-Blakemore tube): Case study 2 cases

ปัทมาวดี แก้วโพนเพ็ก, พยบ.*

Pattamawadee Kaewphonpek, RN*

บทคัดย่อ

ความเป็นมา : ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น เป็นภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและมีความรุนแรง เกิดจากหลอดเลือดขาดในหลอดเลือดทางเดินอาหารโป่งพองและแตกเฉียบพลันซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคตับแข็งและเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิต การใส่บอลูนห้ามเลือด (Sengstaken-Blakemore tube: SB tube) พร้อมกับการให้การพยาบาล ที่ถูกต้อง รวดเร็วทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยพ้นจากภาวะวิกฤติได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค การรักษา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล

วิธีการศึกษา : เป็นกรณีศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่ได้รับการใส่บอลูนห้ามเลือด (SB tube) เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างเดือนเมษายน ถึง พฤศจิกายน 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย ข้อมูลจากเวชระเบียน การสังเกต การซักประวัติผู้ป่วยและญาติ และการใช้กระบวนการพยาบาล กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ผลการศึกษา : ผู้ป่วย 2 รายได้รับการรักษาด้วยภาวะอาเจียนเป็นเลือดสด ซ็อก ได้รับการรักษา และการใส่บอลูนห้ามเลือดจนพ้นภาวะวิกฤติ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบได้แก่ 1) ภาวะช็อกจากการเสียเลือด 2) ภาวะพร่องออกซิเจน 3) ภาวะเลือดออกง่าย 4) ญาติและผู้ป่วยวิตกกังวล 5) เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนการหายใจล้มเหลว 6) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกซ้ำในทางเดินอาหารส่วนต้น 7) ไม่สุขสบายเนื่องจากใส่สาย (SB tube) 8) เสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร 9) ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง และ 10) ขาดความพร้อมในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน นอกจากนี้พบปัญหากรณีศึกษาที่ 1 มีภาวะเลือดเป็นกรด และภาวะถอนแอลกอฮอล์ กรณีศึกษาที่ 2 มีภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโตรไลต์ และไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้ การพยาบาลได้แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1) ระยะวิกฤติ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก ระยะที่ 2) ระยะดูแลต่อเนื่อง เพื่อการป้องกันเลือดออกซ้ำ ป้องกันการติดเชื้อ และ ระยะที่ 3) ระยะจำหน่าย เพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ข้อเสนอแนะ : ควรจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่ได้รับการใส่บอลูนห้ามเลือด (SB tube) และควรพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่ได้รับการใส่บอลูนห้ามเลือด (SB tube)

คำสำคัญ : การพยาบาล ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น บอลูนห้ามเลือด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่น



ABSTRACT

Background : The upper gastrointestinal bleeding is a suddenly occurring emergency, resulting from acute varicose veins in the esophagus and then acute rupture. Which is a complication of liver cirrhosis and causing death. However, patients who have been temporarily stopped by using Balloon Tamponade Sengstaken-Blakemore tube (SB tube) along with providing accurate and medical care quickly, allowing patients to be safe from crisis.

Objectives : To study disease progress, treatment, nursing diagnosis, nursing, and nursing outcomes.

Methods : This study was comparisons of two case patients with Acute Upper Gastrointestinal Bleeding with SB tube were admitted to Khon Kaen hospital between April and November 2017. The instrument employed in the study consisted of data from medical records, observation of patients as well as relative's history, the use of nursing process and determining nursing diagnoses using the conceptual framework of Functional Health Pattern of Gordon.

Results : The case study of 2 cases showed that they who vomited with fresh blood and shock were treated with Balloon Tamponade (SB tube). Findings included 1) Hypovolemic shock; 2) Hypoxia; 3) Bleeding Disorders; 4) Relatives' anxiety; 5) Risk of acute respiratory failure; 6) Risk of re-bleeding 7) Uncomfortable due to wearing SB tube; 8) Risk for imbalanced nutrition 9) Decreasing the ability to take care in activity of daily living, and 10) Lack of readiness for discharge. In case study I, there was still the problem of acidosis and the risk of alcohol withdrawal, meanwhile the case study II showed an electrolyte imbalance along with unwell due to fever. The nursing is divided into three phases, namely 1) the critical phase focusing on keeping the patient's safe from shock from bleeding; 2) the continuous phase emphasizing the prevention of complication of re-bleeding, infection and 3) the discharge phase to support the change in health behavior.

Suggestions : The nursing practice guidelines for the upper gastrointestinal bleeding patients with SB tube should be encouraged. The nursing professional competency should be developed for the upper gastrointestinal bleeding patients with SB tube

Keywords : Nursing care, Upper Gastrointestinal Bleeding, Sengstaken-Blakemore tube

บทนำ

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น (Upper Gastrointestinal Bleeding) เป็นภาวะฉุกเฉินที่สำคัญ พบได้บ่อย เกิดขึ้นแบบเฉียบพลันและมีความรุนแรง ในสหรัฐอเมริกาพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น 100 รายต่อประชากร 100,000 คนต่อปี¹ เช่นเดียวกับประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี มีอัตราการตายร้อยละ 5-15² โรงพยาบาลขอนแก่น ปี พ.ศ.2557-2559

จำนวนผู้ป่วยที่ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเพิ่มขึ้นจาก 1,359 เป็น 1,446 รายตามลำดับ รวมทั้งมีอัตราการตายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.61 เป็นร้อยละ 3.14 และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้น ในจำนวนนี้ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากแผลในกระเพาะอาหารและหลอดเลือดผิดปกติในหลอดอาหารโป่งพอง อันมีปัจจัยเสี่ยงจากการดื่มสุรา สูบบุหรี่ และการรับประทานยาแก้ปวด NSAID อย่างไร

ก็ตามผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเมื่ออยู่ในภาวะวิกฤตต้องได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ถูกต้องและเหมาะสม ด้วยการประคบเย็น แก้ไข ดูแล เฝ้ารอ และหาตำแหน่งของเลือดออกด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหารเพื่อให้การวินิจฉัยที่ถูกต้อง จะช่วยเลือกวิธีการรักษาได้ตรงตามพยาธิสภาพและลดอัตราการผ่าตัดโดยไม่จำเป็น³

โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคตับแข็ง เมื่อความดันในหลอดเลือดดำพอร์ทัลสูงขึ้นเรื่อยๆ จะมีการเปลี่ยนแปลงเส้นทางไหลเวียนของเลือดเกิดเป็นทางลัดของเลือดไม่ผ่านตับ จึงทำให้หลอดเลือดมีการโป่งตัว เกิดหลอดเลือดขอดในหลอดอาหารและกระเพาะอาหาร⁴ และมีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ทำให้ผู้ป่วยอาเจียนและถ่ายเป็นเลือด หรือถ่ายดำคล้ายยางมะตอย อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ เป็นลม ซึมลง เหงื่อออก ตัวเย็น ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตลดลง และเกิดภาวะช็อกตามมาในที่สุด⁵ ดังนั้นจุดมุ่งหมายของการรักษาในระยะวิกฤติ เพื่อแก้ไขภาวะไหลเวียนของเลือดด้วยการหยุดการไหลของเลือดป้องกันเลือดออกซ้ำ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการเสื่อมการทำงานของตับ หากระยะนี้ผู้ป่วยมีเลือดออกมากอย่างต่อเนื่องและไม่ได้รับการห้ามเลือดร่วมกับทดแทนปริมาณเลือดสูญเสียไป จะเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ซึ่งวิธีการรักษาเบื้องต้นก่อนได้รับการรักษาด้วยการส่องกล้อง หรือการใช้ยา หรือการผ่าตัด คือ การห้ามเลือดแบบชั่วคราวโดยการใส่บอลูนห้ามเลือด Sengstaken-Blakemore tube (SB tube) ดังนั้นพยาบาลหนึ่งในทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งมีบทบาทสำคัญที่ต้องมีความรู้ ทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยทุกระยะของการเจ็บป่วย ตั้งแต่เข้ารับไว้ในโรงพยาบาลจนจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค การรักษา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาล ผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่ได้รับการใส่บอลูนห้ามเลือด Sengstaken-Blakemore tube

วิธีการศึกษา

กรณีศึกษา 2 รายเป็นผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่ได้รับการใส่บอลูนห้ามเลือด (SB tube) เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างเดือนเมษายน 2560 ถึง พฤศจิกายน 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย ข้อมูลจากเวชระเบียน สังเกตซักประวัติผู้ป่วยและญาติ และการใช้กระบวนการพยาบาล กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

พยาธิสรีรวิทยา

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น แบ่งเป็น 2 กลุ่มตามสาเหตุ ได้แก่

1. เลือดออกจากหลอดเลือดขอด (Variceal bleeding) พบในผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดขอดในหลอดอาหารโป่งพอง (Esophageal varices) โดยส่วนใหญ่พบเป็นภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีสาเหตุจากการดื่มสุราที่มากเกินไปติดต่อกันนานหลายปี

2. เลือดออกจากสาเหตุอื่น (Non-variceal bleeding) จำแนกออกเป็น 1) Primary bleeding ได้แก่ แผลในกระเพาะอาหาร และแผลในลำไส้ส่วนต้นซึ่งมักจะมีการติดเชื้อ Helicobacter Pylori (H. Pylori) ร่วมด้วย 2) Secondary bleeding พบในผู้ป่วยที่มีภาวะเครียด

อาการและอาการแสดง

1. อาเจียนเป็นเลือด (Hematemesis) ซึ่งอาจเป็นเลือดสด (Bright red blood)
2. ถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ (Melena) เหมือนยางมะตอย (Black tarry stool)
3. ถ่ายเป็นเลือดแดงสด (Hematochezia)
4. อาการแสดงของการเสียเลือด (symptoms of blood loss) และเกิดภาวะ shock⁵

การรักษา

1. การประคบเบื้องต้น การประคบสภาพผู้ป่วยจากประวัติการมีเลือดเลือดออก โรคประจำตัว การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการรวมทั้งประเมินสาเหตุ



และความรุนแรงของโรคร่วม และประเมินระดับความรุนแรงโดยใช้แบบประเมิน UGIH KKH score ประกอบด้วย NG content อายุ ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ และโรคร่วม แบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงต่ำต้องได้รับการส่องกล้องภายใน 24 ชั่วโมง กลุ่มเสี่ยงสูงต้องได้รับการส่องกล้องภายใน 12 ชั่วโมง

2. การดูแลภาวะวิกฤตได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจ การให้น้ำทางหลอดเลือดดำทดแทน การให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด การใส่ nasogastric tube เพื่อประเมินเลือดที่ออก การสวนล้างกระเพาะอาหาร และการใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อประเมินปริมาณปัสสาวะ การส่องกล้องทางเดินอาหารผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงต้องรีบส่องกล้องทันทีเมื่อสัญญาณชีพคงที่ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่ำควรส่องกล้องโดยเร็วที่สุดเมื่อพร้อมแต่ไม่ควรนานเกิน 12 ชั่วโมง ระหว่างรอผู้ป่วยส่องกล้อง เริ่มให้การรักษาด้วยยาโดยในผู้ป่วยที่สงสัย variceal bleeding ควรให้ somatostatin หรือ octreotide และสงสัยมีสาเหตุจาก non-variceal bleeding ให้ antisecretory agent ได้แก่ proton pump inhibitor หลังทำการส่องกล้องแล้วควรให้ยาต่อเนื่อง และให้ผู้ป่วยเข้ารักษาต่อใน ICU โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง⁶

3. แนวทางการรักษาได้แก่การรักษาด้วยยาใน variceal bleeding เป้าหมายเพื่อลด splanchnic blood flow ทำให้ portal pressure และ variceal pressure ลดลงได้ การส่องกล้องทางเดินอาหารได้แก่ การทำ sclerotherapy, banding ligation, endoscopic variceal ligation และการทำ Balloon tamponade เป็นวิธีที่สำคัญในการรักษา variceal bleeding เป็นวิธีการหยุดเลือดชั่วคราว อุปกรณ์ที่ใช้ในการทำบอลลูนห้ามเลือดคือ Sengstaken-Blakemore tube (SB tube) และ Minnesota tube ปัจจุบันใช้ในกรณีการรักษาด้วยยาและการส่องกล้องไม่สามารถหยุดเลือดได้ จึงใช้บอลลูนห้ามเลือดไว้ชั่วคราว ระหว่างรอส่องกล้องหรือ portal pressure decompression หรือใช้ระหว่างรอ refer ผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่พร้อมให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป⁶ แต่ถ้าหากทำบอลลูนห้ามเลือด SB tube ล้มเหลวหรือยังมีเลือดออกซ้ำ จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดหรือทำ TIPS (Transjugular intrahepatic portosystemic

shunt) ต่อไป ขั้นตอนการใส่ SB tube ควรเริ่มจากการใส่ท่อช่วยหายใจ ก่อนเพื่อป้องกัน aspiration เนื่องจากผู้ป่วยยังมี active bleeding และอาจมี alteration of consciousness จากนั้นใส่ SB tube ผ่านทางจมูกหรือปาก ลงไปจนปลายสายลงไปในกระเพาะอาหาร เป่าลมลงไปตามปลายเปิดและฟังเสียงลมช่วยยืนยันตำแหน่ง แล้วจึงใส่ลมปริมาณไม่มากใน gastric balloon ทำ x-ray เพื่อยืนยันอีกครั้งว่าได้ใส่ gastric balloon ลงไปในกระเพาะอาหาร แล้วจึงใส่ลมเพิ่มเข้าไปใน gastric balloon จนครบ 300-350 มล. ดึงสายขึ้นมาเพื่อให้ gastric balloon กดอยู่ EG junction และถ่วงด้วยน้ำหนักประมาณ 0.5-1 กก. หากเลือดยังไม่หยุด ให้ใส่ลมเข้าไปใน esophageal balloon ด้วย ให้ความดันบอลลูน 40 มม.ปรอท จากนั้น x-ray ซ้ำอีกครั้ง

กรณีศึกษาที่ 1

ชายไทยอายุ 43 ปี 1 วันก่อนมาโรงพยาบาลด้วยอาเจียนเป็นเลือดสด 2 ครั้งร่วมกับถ่ายดำ 3 ครั้ง ประวัติดื่มสุราทุกวัน การวินิจฉัยแรกกับ Upper GI Bleeding with cirrhosis แรกรับรู้สึกตัวดี อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส ชีพจร 112 bpm อัตราการหายใจ 24 bpm ความดันโลหิต 69/41 mmHg. Hct. 17 vol.% ให้ 0.9% NSS 1000 ml IV load x 3 dose then .ให้ 0.9%NSS 1000 ml IV 120 cc/hr. O2 cannula 4 LPM ส่ง Lab CBC, BUN, Cr, Electrolyte, LFT, PT, PTT, INR และจ้องเลือดใส่สายสวนปัสสาวะ Retained NG tube ได้ content เลือดสีแดงสด 200 ซีซี ทำการสวนล้างกระเพาะอาหารด้วย NSS 1,000 ml. แต่ content ยังคงเลือดสีแดงสด ระดับความรุนแรง UGIH KKH score = 5 (High risk) ต่อมาหายใจเหนื่อยหอบ 30 bpm กระสับกระส่าย ความดันโลหิตลดลง 60/40 mmHg แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ และเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2

ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ on bird's respirator TV 500 cc. FiO2 0.4 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจรเร็ว 118 bpm อัตราการหายใจ 20 bpm ความดันโลหิต 106/53 mmHg. ผล ABG หลังใส่ท่อช่วยหายใจ 1 ชั่วโมง พบมีภาวะเลือดเป็นกรด ให้ 7.5%

NaHCO 3100 ml. IV push slow then 100 ml. IV drip in 2 hr. ให้ 0.9%NSS 1,000 ml. มีภาวะช็อกจากเลือดออกต่อเนื่อง NG tube content เลือดแดงสด 500 ซีซี. แพทย์พิจารณาใส่ SB tube กำหนด gastric balloon 300 ml., esophageal balloon 40 mm.Hg. with traction 500 ml. ประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ SB tube พบว่า มีภาวะช็อค Hct.17 vol.% ให้ Pack Red Cell 4 unit เกร็ดเลือดต่ำ $87 \times 10^3 / \mu\text{l}$ ให้ Platelet concentrate 6 unit ค่าการแข็งตัวของเลือด ผิดปกติ PT 24.6 (control 10.8-13.6) INR 2.21 sec ให้ Fresh Frozen Plasma 4 unit ต่อมา Hct. = 28 vol% INR= 1.42

ย้ายผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม On ET tube with Ventilator Setting CMV mode TV 600 RR 14 PEEP 5 FiO2 0.4 หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี ให้ยา Omeprazole 40 mg. IV q 12 hr., Sandostatin 200 mcg + 5%DW 100 cc IV drip in 4 hr. Continuous, Vit. K 10 mg. IV x 3 days, Transamine 1 gm. IV q 6 hr. หลังจากนั้น 3 วันผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจ และบอลูนห้ามเลือด SB tube ย้ายกลับหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2

ขณะที่อยู่หอผู้ป่วย รู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ ไม่มีภาวะเลือดออกและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติจากนั้นได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น (Esophagogastroduodenoscopy) พบ Esophageal varices with Gastric Ulcer with Liver Cirrhosis ได้รับยา Losec 40 mg. IV q 12 hr., Sandostatin 200 mcg + 5%DW 100 cc IV drip in 4 hr. x 48 hr., Ceftriaxone 2 gm. IV OD, Vit K 10 mg IV OD x III days, Transamine 1 gm. IV q 6 hr. ประเมินและเฝ้าระวังภาวะเลือดออกซ้ำ ดูแลภาวะถอนแอลกอฮอล์ ดูแลการให้ยา สารน้ำและอาหาร เมื่อไม่มีเลือดออกซ้ำ ค่า Hct. 30 vol.%ปกติสามารถทำกิจวัตรประจำวันและรับประทานอาหารได้ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านและนัดมาพบอีก 1 เดือน การวางแผนจำหน่ายได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวที่บ้านให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการดื่มแอลกอฮอล์ รวมนอนพักรักษา 9 วัน ดังตาราง 1

กรณีศึกษาที่ 2

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 45 ปี 3 ชั่วโมงก่อนมา อาเจียนเป็นเลือดสด 3 ครั้ง ประมาณ 3 กระโถน ถ่ายดำ ปวดท้องเหนือสะดือ เวียนศีรษะ วิงเวียนไปโรงพยาบาลชุมชน Retained NG tube สวนล้างกระเพาะอาหาร 3,000 ซีซี. content เลือดสีแดงสด ชีต Hct. 25 vol% ให้สารน้ำ 0.9% NSS 1000 ml. IV 100 cc/hr หายใจหอบมากขึ้น อัตราการหายใจ 30 bpm O2 Sat. 80% ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ส่งต่อมารักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น

การวินิจฉัยแรกรับ Upper GI Bleeding with Cirrhosis ผู้ป่วย อุณหภูมิ 40.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 110 bpm อัตราการหายใจ 26 bpm ความดันโลหิต 100/61 mmHg. O2 Sat. 100% ระดับความรุนแรง UGIIH KKH Score = 5 (High risk) มีภาวะช็อกได้รับการสวนล้างกระเพาะอาหาร 1000 ซีซี. content เลือดสีแดงสด ชีต Hct. 16 vol% แพทย์พิจารณาใส่บอลูนห้ามเลือด SB tube กำหนด gastric balloon 300 ml. esophageal balloon 40 mm.Hg. with on traction 500 ml. เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม

ผู้ป่วย On ET tube with Ventilator Mode PCV setting PI 12 RR 12 bpm FiO2 0.4 PEEP 5 O2 Sat. 100% หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 39 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 bpm. ความดันโลหิต 108/71 mmHg. On SB tube content เป็น coffee ground 50 ml. Hct. 16 Vol.% ให้ PRC 1 unit IV free flow และ PRC 1 unit IV drip in 1 hr. หลังเลือดหมด Hct. 23 vol.% PT 22.6, PTT 31.1, INR 1.81 ให้ Fresh Frozen Plasma 2 unit IV drip in 1 hr. เกร็ดเลือดต่ำ $78 \times 10^3 / \mu\text{L}$ ให้ Platelet concentrate 6 unit IV free flow ดูแลการให้เลือด และส่วนประกอบของเลือดซึ่ง ดูแลให้ยา Pantoprazole 80 mg. IV stat then 80 mg. in 5%D/W 100 ml. IV drip 10 ml./hr., Sandostatin 100 mcg. IV stat then 600 mcg. In 5%D/W 500 ml. IV drip in 12 hr., Transamine 500 mg. IV q 8 hr., Vit.K 10 mg. IV OD x III days ผู้ป่วยมีภาวะโปตัสเซียมสูง K= 5.43 mmol/L ให้ 50% Glucose + RI 10 unit IV หลังให้



K= 4.07 mmol/L ไข่ 39 องศาเซลเซียส WBC count. $12.5 \times 10^3/\mu\text{L}$ ให้ Cef-3 2 gm. IV OD เช็ดตัวลดไข้ และดูแลการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

ผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจในวันที่ 23 พ.ย. 60 รวมใส่ 2 วัน และ off SB tube ในวันที่ 23 พ.ย. 60 รวมใส่ 2 วัน จากนั้นผู้ป่วยได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นพบ Severe Portal Hypertensive Gastropathy with

Gastritis ได้รับการประเมิน และเฝ้าระวังภาวะเลือดออกซ้ำ ดูแลการให้ยา การได้รับสารน้ำและอาหาร ภายหลังส่องกล้อง 3 วัน สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ไม่มีภาวะเลือดออกซ้ำ Hct. 27 vol.% แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน นัดมาตรวจอีก 1 เดือน และแนะนำการปฏิบัติตัวที่บ้าน รวมอยู่รักษา 7 วัน ดังตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น กรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูลเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. การวินิจฉัยแรกเริ่ม	Upper Gastrointestinal Bleeding	Upper Gastrointestinal Bleeding
2. สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง	Liver cirrhosis ดื่มแอลกอฮอล์ ดื่มสุราทุกวัน	Liver cirrhosis ดื่มแอลกอฮอล์ ดื่มสุราบางครั้ง เคยได้รับการส่องกล้องวินิจฉัยเป็น Esophageal varices (ธ.ค.59)
3. อาการและอาการแสดง	อาเจียนเป็นเลือดสด ถ่ายดำ	อาเจียนเป็นเลือดสด ถ่ายดำ
4. การรักษาเพื่อหยุดเลือด	1. ใส่บอลลูนห้ามเลือด SB tube 2. Esophagogastroduodenoscopy	1. ใส่บอลลูนห้ามเลือด SB tube 2. Esophagogastroduodenoscopy
5. สรุปการวินิจฉัย	Esophageal varices with Gastric Ulcer	Portal Hypertensive Gastropathy with Gastritis

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงมาจากโรคตับแข็ง เกิดภาวะความดันในหลอดเลือดระบบพอร์ทัลสูง มีการเปลี่ยนเส้นทางไหลเวียนของเลือดเกิดเป็นทางลัดของเลือดซึ่งจะทำให้การไหลเวียนของเลือดจากระบบพอร์ทัลเข้าไปสู่ระบบการไหลเวียนโดยตรงไม่ผ่านตับ จึงทำให้เกิดหลอดเลือดอุดตันในหลอดเลือดอาหาร เมื่อความดันในหลอดเลือดดำพอร์ทัลสูงกว่า 10-12 มม.ปรอท จะมีการโป่งตัวของหลอดเลือดอุดตันและเกิดเลือดออก⁴ ประกอบกับพยาธิสภาพของโรคตับแข็งที่ทำให้ตับผลิตโปรตีนที่ช่วยในการแข็งตัวของเลือดลดลง ส่งผลให้เลือดแข็งตัวช้าจนกระทั่งทำให้เกิดภาวะช็อกตามมา

เป้าหมายของการรักษาระยะนี้เพื่อพยายามรักษาความสมดุลของระบบการไหลเวียนเลือดด้วยการทดแทนสารน้ำและองค์ประกอบของเลือด ภาวะสมดุลกรด-ด่างและการ

ป้องกันการสำลัก แต่ผู้ป่วยจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง UGIH score =5 และมีเลือดออกอย่างต่อเนื่อง จึงต้องห้ามเลือดด้วยการใส่บอลลูน Sengstaken-Blakemore tube (SB tube)⁷ ร่วมกับการให้เลือดทดแทนและการได้รับออกซิเจนที่เพียงพอ ซึ่ง SB tube เป็นท่อยาวที่มีบอลลูน 2 ลูก กดห้ามเลือดบริเวณหลอดเลือดอาหารและกระเพาะอาหารภายในประกอบด้วย 3 ท่อ ท่อระบายจากกระเพาะอาหาร ท่อใส่ลมบอลลูนหลอดเลือดอาหารและท่อใส่ลมบอลลูนกระเพาะอาหาร ทำการถ่วงน้ำหนักด้วยขวดน้ำเกลือ 500 ซีซี. เริ่มต้นใส่น้ำเกลือ 250 ซีซี.ในบอลลูนกระเพาะอาหาร หากมีเลือดออก จะใส่ลมบอลลูนหลอดเลือดอาหาร 30 mmHg. คาล์วประมาณ 48 ชั่วโมงและถอดออกเมื่อส่องกล้องทางเดินอาหารหรือผ่าตัดต่อไป⁸

ตาราง 2 เปรียบเทียบข้อมูลวินิจฉัยทางการแพทย์ 11 แบบแผนของ Gordon⁹ กับ กรณีศึกษา 2 ราย

แบบแผนสุขภาพ	ข้อมูลวินิจฉัยทางการแพทย์	
	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพ	1. ญาติและผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตมีเลือดออกในทางเดินอาหาร แอลกอฮอล์ เนื่องจากผู้ป่วยดื่มสุราเป็นประจำเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอน	1. ญาติและผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตมีเลือดออกในทางเดินอาหาร
2. โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร	1. เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการของร่างกาย เนื่องจากการเจ็บป่วยในระยะวิกฤต	1. เสี่ยงต่ออันตรายจากภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์เนื่องจากโปตัสเซียมสูง 2. เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการของร่างกาย เนื่องจากการเจ็บป่วยในระยะวิกฤต
3. การขับถ่ายของเสีย	ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระทุกวันไม่มีปัญหาเรื่องขับถ่าย ปัสสาวะวันละ 6-7 ครั้ง/วัน ก่อนมาโรงพยาบาลมีถ่ายดำเป็นยางมะตอยจากเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร หลังจากรักษาขับถ่ายเป็นปกติ ไม่พบปัญหาข้อวินิจฉัยทางการแพทย์	3. ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้ ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระทุกวัน ไม่มีปัญหาเรื่องขับถ่าย ปัสสาวะวันละ 7-8 ครั้ง/วัน ก่อนมาโรงพยาบาลมีถ่ายดำจากการมีเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร หลังจากรักษาการขับถ่ายเป็นปกติ ไม่พบปัญหาข้อวินิจฉัยทางการแพทย์
4. การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม	1. มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดในทางเดินอาหารส่วนต้น 2. มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากตัวนำออกซิเจนลดลง 3. มีภาวะเลือดออกง่าย เนื่องจากกลไกการแข็งตัวของเลือดไม่มีประสิทธิภาพ 4. มีภาวะเลือดเป็นกรดเนื่องจากภาวะช็อกจากการเสียเลือดมาก 5. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนการหายใจล้มเหลวจากการหย่าเครื่องช่วยหายใจ 6. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกซ้ำในทางเดินอาหารส่วนต้นเนื่องจากหลอดเลือดขาดในหลอดเลือดโป่งพองร่วมกับโรคตับแข็ง 7. ความสามารถในการดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากภาวะช็อกเหนื่อยง่าย	1. มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดในทางเดินอาหารส่วนต้น 2. มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากตัวนำออกซิเจนลดลง 3. มีภาวะเลือดออกง่าย เนื่องจากกลไกการแข็งตัวของเลือดไม่มีประสิทธิภาพ 4. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนการหายใจล้มเหลวจากการหย่าเครื่องช่วยหายใจ 5. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกซ้ำในทางเดินอาหารส่วนต้นเนื่องจากเนื่องจากภาวะความดันในหลอดเลือดดำสูงร่วมกับโรคตับแข็ง 6. ความสามารถในการดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากภาวะช็อกเหนื่อยง่าย



ตารางต่อ ตาราง 2 เปรียบเทียบข้อมูลวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล 11 แบบแผนของ Gordon9 กับ กรณีศึกษา 2 ราย

แบบแผนสุขภาพ	ข้อมูลวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล	
	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
5. การพักผ่อนนอนหลับ	1. ไม่สุขสบายเนื่องจากการคาสาย S-B tube	1. ไม่สุขสบายเนื่องจากการคาสาย S-B tube
6. การรับรู้สติปัญญา และความน่าเชื่อถือ	ผู้ป่วยรับรู้เรื่องดี ให้ความร่วมมือกับแผนการรักษา เข้าใจในการสื่อสาร ไม่พบปัญหา	ผู้ป่วยรับรู้เรื่องดี ให้ความร่วมมือกับแผนการรักษา เข้าใจในการสื่อสาร ไม่พบปัญหา
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองมีโรคประจำตัวเป็นโรคตับแข็ง แต่ยังไม่สามารถเลิกดื่มสุราได้	ผู้ป่วยเคยมีประวัติดื่มสุราเป็นประจำ แต่หลังจากรับรู้ว่าตนเองป่วยเป็นโรคตับแข็ง ก็หยุดดื่ม ปัจจุบันมีตับบวมบ้างครั้ง ไม่พบปัญหา
8. บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว	ผู้ป่วยเคยแต่งงานแล้ว แต่หย่าร้างกับภรรยา ประมาณ 5 ปีก่อน ไม่ได้แต่งงานใหม่ ปัจจุบันอาศัยอยู่กับครอบครัวของพี่สาว สัมพันธภาพในครอบครัวรักใคร่กันดี ไม่พบปัญหา	ผู้ป่วยไม่เคยแต่งงาน อาศัยอยู่บ้านคนเดียว แต่ในละแวกในหมู่บ้านเดียวกันกับพี่สาว สัมพันธภาพกับครอบครัวพี่สาวรักใคร่กันดี ไม่พบปัญหา
9. เพศและการเจริญพันธุ์	ผู้ป่วยแสดงออกทางเพศชายอย่างเหมาะสม สถานะหย่าร้าง ไม่เคยมีบุตร ไม่พบปัญหา	ผู้ป่วยป่วยแสดงออกทางเพศชายอย่างเหมาะสม ไม่เคยแต่งงาน ไม่เคยมีบุตร ไม่พบปัญหา
10. การเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด	1. มีความพร้อมในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน	1. มีความพร้อมในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน
11. คุณค่าและความเชื่อ	ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ ทำบุญตามโอกาส ไม่พบปัญหา	ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ ทำบุญตักบาตรในวันสำคัญทางศาสนา ไม่พบปัญหา

จากการรวบรวมข้อมูลทางสุขภาพ โดยใช้การประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนได้กำหนด ข้อมูลวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล วางแผน ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลลัพธ์

การพยาบาล ครอบคลุม 3 ระยะ ได้แก่ ระยะวิกฤติ ระยะต่อเนื่อง และระยะจำหน่าย ดังตาราง 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นกรณีศึกษา 2 ราย

ระยะการพยาบาล	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	
	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
ระยะวิกฤติ	1. มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดในทางเดินอาหารส่วนต้น 2. มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากตัวนำออกซิเจนลดลง 3. มีภาวะเลือดออกง่าย เนื่องจากกลไกการแข็งตัวของเลือดไม่มีประสิทธิภาพ 4. มีภาวะเลือดเป็นกรดเนื่องจากภาวะช็อกจากการเสียเลือดมาก 5. ญาติและผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤติมีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น	1. มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดในทางเดินอาหารส่วนต้น 2. มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากตัวนำออกซิเจนลดลง 3. มีภาวะเลือดออกง่าย เนื่องจากกลไกการแข็งตัวของเลือดไม่มีประสิทธิภาพ 4. เสี่ยงต่ออันตรายจากภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์เนื่องจากโปตัสเซียมสูง 5. ญาติและผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤติมีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น
ระยะต่อเนื่อง	1. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนการหายใจล้มเหลวจากการหยา่เครื่องช่วยหายใจ 2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกซ้ำในทางเดินอาหารส่วนต้นเนื่องจากหลอดเลือดขาดในหลอดเลือดดำโป่งพองร่วมกับโรคตับแข็ง 3. ไม่สุขสบายเนื่องจากการคาสาย SB tube 4. เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการของร่างกายเนื่องจากการเจ็บป่วยในระยะวิกฤติ 5. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนแอลกอฮอล์เนื่องจากผู้ป่วยดื่มสุราเป็นประจำ 6. ความสามารถในการดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากภาวะช็อคเหนื่อยง่าย	1. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนการหายใจล้มเหลวจากการหยา่เครื่องช่วยหายใจ 2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกซ้ำในทางเดินอาหารส่วนต้นเนื่องจากภาวะความดันในหลอดเลือดดำสูงร่วมกับโรคตับแข็ง 3. ไม่สุขสบายเนื่องจากการคาสาย SB tube 4. เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการของร่างกายเนื่องจากการเจ็บป่วยในระยะวิกฤติ 5. ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้ 6. ความสามารถในการดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากภาวะช็อคเหนื่อยง่าย
ระยะจำหน่าย	1. มีความพร้อมในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน	1. มีความพร้อมในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

8.3 ระยะหลังถอด SB tube

8.3.1 สังเกตและบันทึกอาการเลือดออก สังเกต ปริมาณอาเจียน และ/หรือ การถ่ายดำ

9. อธิบายผู้ป่วยและญาติให้เข้าใจถึงแผนการ เกี่ยวกับการใส่ SB-tube เพื่อห้ามเลือด และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น และเปิดโอกาสให้ญาติซักถามข้อสงสัย

การพยาบาลระยะต่อเนื่อง

เป้าหมายระยะนี้คือ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน อาทิ ภาวะหายใจล้มเหลว การเกิดภาวะเลือดออกซ้ำถึง ร้อยละ 50⁶ ไม่สุขสบายจากการคาสาย SB tube ใช้ การได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ภาวะถอนแอลกอฮอล์ ความสามารถในการดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวันลดลง

1. ประเมินการหายใจ ดูแลการหยาเครื่องช่วยหายใจ
2. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง
3. ประเมินภาวะเลือดออก ได้แก่ อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายดำ สังเกต Content จาก NG Tube
4. สังเกต Abdominal sign ได้แก่ ท้องอืด แน่นตึง ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ติดตามผล Hct. ทุก 4-8 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา
5. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ และยาตามแผนการรักษาของ แพทย์และสังเกตผลข้างเคียง ได้แก่ กลุ่มยา PPIS, Sandostatin, Vitamin K1, Antibiotic
6. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, PT, PTT, INR ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์
7. ประเมินภาวะถอนแอลกอฮอล์ ได้แก่ การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล อาการสั่น เหงื่อออก วิตกกังวล กระสับ กระส่าย ประสาทหลอน ฝ้าระว่างภาวะถอนแอลกอฮอล์ อย่างต่อเนื่อง
8. ดูแลความสะอาดร่างกายและจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยพักผ่อน

การพยาบาลระยะจำหน่าย

เป็นการเตรียมผู้ป่วย ครอบครัว ให้มีความรู้ความเข้าใจ การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D เพื่อ ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรค

1. ให้ความรู้เรื่องโรค ที่ผู้ป่วยเป็นอยู่สาเหตุ อาการ การ

รักษาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค ได้แก่ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การกินยาชุด ยาแก้ปวดกล้ามเนื้อ ยาคลายกล้ามเนื้อ การรับประทานอาหารรสจัด

2. ให้ความรู้เรื่องยา ข้อบ่งใช้ การออกฤทธิ์ วิธีการใช้ ยา ขนาด ปริมาณ จำนวนครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ ผลข้างเคียง รวมทั้งการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องและครบถ้วน

3. ให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อม สิ่งของ สถานที่ที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพใช้แหล่งประโยชน์จากชุมชนสังคม

4. ให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับแผนการรักษา การปฏิบัติตัวการพักผ่อนนอนหลับ การลดความวิตกกังวลไม่เครียด ทำอารมณ์ให้แจ่มใส หากผู้ป่วยต้องการเลิกสุราส่งปรึกษาทีมจิตเวชคลินิกเลิกสุรา

5. ให้ความรู้การสังเกตอาการผิดปกติที่ ได้แก่ อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายดำ วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด เหงื่อออก ปลายมือปลายเท้าเย็น ต้องรีบเข้ารับการรักษาสถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน

6. ให้คำแนะนำติดตามการรักษา การตรวจตามนัด หากมีอาการผิดปกติให้ไปพบแพทย์ก่อนวันนัด

7. การบริโภคอาหารที่เหมาะสม งดสูบบุหรี่ ดื่มสุราที่เป็นสาเหตุภาวะเลือดออกซ้ำ

อภิปรายผล

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มาด้วย อาเจียนเป็นเลือดสด ถ่ายดำ เหนื่อยอ่อนเพลีย และมีโรคตับแข็งร่วมด้วย กรณีศึกษาที่ 1 ดื่มสุราเป็นประจำทุกวัน สอดคล้องกับการมีเลือดออกในทางเดินอาหารและรุนแรงจนเกิดภาวะช็อก มักมีสาเหตุจากหลอดเลือดขาดในหลอดเลือดอาหารโป่งพองและแตกฉีกบวมเกิดจากภาวะความดันในหลอดเลือดพอร์ทัล เป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายมากของผู้ป่วยโรคตับแข็ง ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 50¹¹ กรณีศึกษามีปัญหาสำคัญคือช็อกจากการเสียเลือดอย่างต่อเนื่อง เป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง UGIIH score =5 อยู่ในระยะวิกฤติ จำเป็นต้องหยุดเลือดออกชั่วคราวโดยวิธีใส่บอลูนห้ามเลือด SB tube และใช้เครื่องช่วยหายใจ ร่วมกับการรักษาด้วยยา การส่องกล้องทางเดินอาหาร และ เข้ารับการรักษานใน



หอผู้ป่วยหนัก⁶ โดยมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้แก่

- 1) ภาวะช็อกจากการเสียเลือดในทางเดินอาหารส่วนต้น
 - 2) ภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากตัวนำออกซิเจนลดลง
 - 3) ภาวะเลือดออกง่ายเนื่องจากกลไกการแข็งตัวของเลือดไม่มีประสิทธิภาพ
 - 4) ญาติและผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต
 - 5) เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนการหายใจล้มเหลวจากการหยาเครื่องช่วยหายใจ
 - 6) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกซ้ำในทางเดินอาหารส่วนต้นเนื่องจากหลอดเลือดขาดในหลอดเลือดอาหารโป่งพองร่วมกับโรคตับแข็ง
 - 7) ไม่สุขสบายเนื่องจากใส่สาย SB tube
 - 8) เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการของร่างกายเนื่องจากการเจ็บป่วยระยะวิกฤต
 - 9) ความสามารถในการดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากภาวะช็อค
 - 10) ความพร้อมในการเพิ่มพูนความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน
- กรณีศึกษาที่ 1 พบภาวะเลือดเป็นกรดเนื่องจากภาวะช็อกจากการเสียเลือดมาก และ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนแอลกอฮอล์เนื่องจากผู้ป่วยดื่มสุราเป็นประจำ

กรณีศึกษาที่ 2 พบภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโตรไลต์เนื่องจากโปแตสเซียมในเลือดสูง และไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้ อย่างไรก็ตามทั้ง 2 กรณีศึกษาได้รับการพยาบาลทั้งระยะวิกฤติ ระยะต่อเนืองและระยะจำหน่าย ภายใต้การดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นตามลำดับปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน และสามารถกลับบ้านได้

สรุปและวิจารณ์

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีความรุนแรงมาจากสาเหตุหลอดเลือดขาดในหลอดเลือดอาหารโป่งพอง เป็นภาวะวิกฤติที่มีโอกาสเสียชีวิตสูงโดยเฉพาะ 24 ชั่วโมงแรก การช่วยชีวิตผู้ป่วยที่มีเลือดออกมาก ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการประเมิน เฝ้าระวังต่อเนื่องตลอดเวลา ในหอผู้ป่วยวิกฤต หรือกึ่งวิกฤต ที่มีเครื่องมือทางการแพทย์พร้อม การมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีสาเหตุจากการดื่มสุรา เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะถอนแอลกอฮอล์ในขณะอยู่รักษาและได้รับการดูแลจากทีมจิตเวชต่อเนื่องเพื่อป้องกันเลือดออกซ้ำ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินความรุนแรง

เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงต่อเนื่องตลอดเวลา ต้องมีความรู้ ทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้องและทันทั่วถึง ในทุกระยะของการเจ็บป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่ได้รับการใส่บอลูนห้ามเลือด Sengstaken-Blakemore tube
2. ควรพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่ได้รับการใส่บอลูนห้ามเลือด Sengstaken-Blakemore tube

เอกสารอ้างอิง

1. บุษยรัตน์ ลอยศักดิ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลใหญ่. :บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา; 2558.
2. วิจิต วิริยะโรจน์. การทำนายผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่มีเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นโดยไม่ต้องส่องกล้อง โดยใช้ลักษณะทางคลินิกของ Rockall score และ Blatchford score. Journal of Medicine and Health Sciences. 2011; 18(3): 127-136.
3. อภิชาติ พริยการณนท์. ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน Upper Gastrointestinal Bleeding. ใน: จักรพันธ์ ปริदानนท์, บรรณาธิการ. Common surgical problems in general practice. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์; 2554 : 78-98.

4. ศิวะพร ไชยณัฐ. Portal hypertension and complications. ใน: สุพจน์ วงศ์ประสพชัย, ทวีศักดิ์ แทนวันดี และ สถาพร มานัสสถิตย์, บรรณาธิการ. Clinical practice in gastroenterology. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555 : 518-540.
5. พิมพ์จิตร กาญจนสินธุ์ และวาริดา จงธรรม. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีเลือดออกทางเดินอาหารระยะวิกฤต. ใน: รัชณี เบญจรัตน์และคณะบรรณาธิการ. การพยาบาล ศัลยศาสตร์วิกฤต. กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด; 2558 : 214-274.
6. อัสนี ทองอยู่. Surgical Aspect of Upper Gastrointestinal Bleeding. เอกสารประกอบการบรรยาย. [ออนไลน์] 2561. <https://www.medtu.tv/department/surgery/wp-content/uploads/sites/3/2018/11/Surgical-Aspect-of-UGIB.pdf>
7. Kim YD. Management of Acute variceal bleeding. Clinical Endoscopy[serial online] 2014; 47(4): 308-314.
8. Rosemurgy AS. Zervous EE. Management of variceal hemorrhage. CurrProblSurg[serial online] 2003; 40: 253-344.
9. วิพร เสนารักษ์. การวินิจฉัยการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 12. ขอนแก่น: ห้างหุ้นส่วนจำกัดขอนแก่นการพิมพ์; 2551
10. สมพร ชีโนรส. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีเลือดออกจากหลอดเลือดดำโป่งพองที่หลอดอาหารและกระเพาะอาหาร. ใน: สมพร ชีโนรส, บรรณาธิการ. การพยาบาลทางศัลยศาสตร์ เล่มที่ 1. พิมพ์ครั้งที่ 6 (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: ราไทยเพรสจำกัด; 2557. 1-14.
11. อมฤต ตาลเสวต. Treatments of Esophageal varies. ใน: ณัฐพล สันตระกูล, อมฤต ตาลเสวต, ศุภกานต์ เตชะพงศธร, ประยุทธ์ ศิริวงษ์, บรรณาธิการ. ศัลยศาสตร์วิชรพยาบาล. กรุงเทพฯ: โฆษิตการพิมพ์; 2556. 233-245.