

การพยาบาลผู้ป่วยส่องกล้องที่มีภาวะช็อค จากเลือดออกในหลอดอาหาร

Nursing care of the patient with endoscopy in Esophageal varices bleeding shock

รัตนา รัตนอำภา*

Ratana Rattana-Ampha*

บทคัดย่อ

ภาวะเลือดออกในหลอดอาหาร (Esophageal varices bleeding) เป็นภาวะเลือดออกที่พบบ่อยที่สุดในระบบทางเดินอาหาร เป็นโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคตับแข็ง ที่เป็น Portal hypertension ซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ ถึง 1 ใน 3 โดยพบมากถึงร้อยละ 50 - 60 การรักษามีทั้งการใช้ยา การห้ามเลือดโดยการส่องกล้อง (Endoscope) และการผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะช็อคและเสียชีวิต

วัตถุประสงค์ : เพื่อเป็นกรณีศึกษาในผู้ป่วยส่องกล้องที่มีภาวะเลือดออกในหลอดอาหาร โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยชายไทย อายุ 46 ปี มาด้วยรับ refer จากโรงพยาบาลพัฒนานิคม ด้วยอาเจียนเป็นเลือดสด ประมาณ 1 กระถัง หลังให้เลือดอาการไม่ดีขึ้น ซึมลง ความดันโลหิตต่ำ ท้องและขาบวมมากขึ้น แพทย์จึงส่งต่อ (refer) มา แกร็บ ความดันโลหิต 80/40 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 116 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.3 องศาเซลเซียส Hct 17%, O₂ Sat 98% หลังรับไว้ on Sengstaken-Blakemore Tube, O₂ cannular 3 lit/min, PRC 3 unit, Intravenous fluid vein drip และนัดทำ Endoscopy ด่วน ผลเป็น Antrum ulcer และ Esophageal varices ทำ Argon Plasma Coagulation (APC) และ band ligation 3 วง ต่อมาผู้ป่วยมีเลือดออกซ้ำ ซึมลง จาก Hepatic encephalopathy หายใจเบาตื่น O₂ Sat 85% แพทย์ on ET Tube with Bird's respirator แก้ไขภาวะช็อค ให้ PRC 6 unit, FFP 6 unit, Platelet concentration 5 unit ให้ยารักษาแผลในกระเพาะอาหารและยาระบาย ให้การพยาบาลและประเมินภาวะพร้อมออกซิเจน ภาวะช็อคจากเสียเลือด การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ให้คำแนะนำเรื่องโรคการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยอาการดีขึ้น จำหน่ายกลับบ้านได้ ระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล รวม 7 วัน และนัดตรวจซ้ำ 1 เดือน ที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ค่าใช้จ่าย 48,286 บาท

ผลลัพธ์ : ผู้ป่วยรายนี้ไม่มีเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร ไม่มีของเสียคั่งจากตับวาย ท้องและขาบวม ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเลือดออกในหลอดอาหาร และตับแข็งจากสุรา ได้รับการส่งปรึกษาคลินิกเลิกสุรา

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยส่องกล้อง, ภาวะช็อคจากเลือดออกในหลอดอาหาร.

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานตรวจและรักษาพยาบาลพิเศษ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

Abstract

Background : Esophageal varices are the cause of gastrointestinal bleeding in the great majority. The course of portal hypertension in patients with liver cirrhosis often is complicated by variceal. Most patients bleed from esophageal varices that were found 50-60% of cirrhosis and 1 in 3 cause of dead. The goal of treatment is to stop acute bleeding as soon as possible, and treat varices with medicines, endoscopy and operation. Bleeding must be controlled quickly to prevent shock and death.

Objective : A case study hypertension in patients the esophageal varices bleeding.

Case study : A 46-year-old male that refer from Pattana Nikhom Hospital with fresh bleeding about 1 bowl and worse conscious. A physician referred him to King Narai Hospital because he did not feel better after he got the blood transfusion, then he was worse of sign and symptoms, hypotension, more swelling in the abdomen and right leg. Early admission to King Narai hospital, his blood pressure was 80/40, pulse pressure was 116, respiratory rate was 24, temperature was 36.6 degrees Celsius, Hct was 17%, Sengstaken-Blakemore Tube was inserted. Later, O₂ Saturation was 98% that O₂ cannular 3 lit/min was used, and PRC 3 unit, Intravenous fluid vein drip and emergency endoscopy appointment were gotten. Antrum ulcer and Esophageal varices were seen that made Argon Plasma Coagulation (APC) and 3 band ligations were done. Then, he was recurrent bleeding, Hepatic encephalopathy, worse conscious, low respiration, oxygen saturation of approximately 85%. Endotracheal intubation with Bird's respirator was done to prevent hypoxemia, got blood transfusion (PRC 6 unit, FFP 6 unit, Platelet concentration 5 unit) to improve hypovolemic shock, antacid drug, Duphalac solution to treat hepatic encephalopathy. Nursing care that were used to evaluate hypoxemia, hypovolemic shock, monitor before, during, and after endoscopy, prevent complication, increase self care behavior at hospital and home. Finally, he was discharged from King Narai Hospital and follow up appointment took place in 1 month at Pattana Nikhom Hospital. Length of stay (LOS) was 7 days and total cost of care were 48,286 baht.

Result : The patient improved of bleeding, Hepatic encephalopathy, swelling in the abdomen and right leg. Furthermore, he had disease self-management knowledge in Esophageal varices and alcoholic cirrhosis. Furthermore, he was consulted to reduce alcohol consumption clinic.

Keyword : Nursing care of the patient with endoscopy, Esophageal varices bleeding shock.

บทนำ

ภาวะเลือดออกในหลอดอาหาร (Esophageal varices bleeding) เป็นภาวะเลือดออกที่พบบ่อยที่สุดในระบบทางเดินอาหาร เป็นโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่เป็น Portal hypertension¹ ซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของผู้ป่วยโรคตับแข็งถึง 1 ใน 3 พบมากคิดเป็นร้อยละ 50-60 ของผู้ป่วยตับแข็ง² และมีภาวะเสี่ยงในการเลือดออกของหลอดอาหารถึงร้อยละ 25-35 ซึ่งมักมีเลือดออกภายใน 2 ปี หลังวินิจฉัย และมีโอกาสเสี่ยงสูงสุดที่ 6-12 เดือน หลังวินิจฉัย เมื่อเลือดออกแล้วมีโอกาสที่เลือดจะออกซ้ำ คิดเป็นร้อยละ 70 โดยเฉพาะใน 6 เดือน หลังเลือดออกครั้งแรก อัตราการตายในแต่ละครั้งที่เลือดออกประมาณ ร้อยละ 30-50 ความเข้าใจในพยาธิสรีระของโรค ทำให้มีการพัฒนาการรักษาพยาบาล ภาวะเลือดออกดังกล่าว การรักษาที่มีทั้งการใช้ยา การห้ามเลือดโดยการส่องกล้อง (Endoscope) และการผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะช็อคและเสียชีวิต

พยาธิสรีรวิทยาและการวินิจฉัยเมื่อชักประวัติและตรวจร่างกายที่ทำได้ด้วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบนอย่างละเอียด

ก่อนที่จะนำผู้ป่วยไปส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน เพื่อหาอาการและการแสดงของภาวะโรคตับแข็ง และความดันโลหิตสูงในหลอดเลือดระบบพอร์ทัล เช่น palmer erythema, spider nevi ภาวะท้องมานและม้ามโต เป็นต้น

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจเกล็ดเลือด การแข็งตัวของเลือด หน้าที่การทำงานของตับ⁴

ส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน เป็นการตรวจมาตรฐานที่ช่วยในการวินิจฉัย EV และลักษณะของ EV ที่พบจากการส่องกล้องยังช่วยพยากรณ์โรคได้^{5,6}

การวินิจฉัยภาวะมีเลือดออกเฉียบพลันจาก EV ต้องเห็นเลือดสดออกจาก EV หรือหากเลือดหยุดไปแล้ว ต้องเห็น fibrin plug อยู่บน EV (white nipple sign) หรือเห็นก้อนเลือดอยู่บน EV หรือพบ EV โดยไม่มีพยาธิสภาพอื่นอธิบายภาวะเลือดออกเฉียบพลันจากทางเดินอาหารส่วนบนนั้นได้⁶

การรักษาเส้นเลือดดำโป่งพองในหลอดอาหาร แบ่งเป็น² การป้องกันเลือดออกจากเส้นเลือดดำโป่งพองในหลอดอาหาร (primary prophylaxis) ผู้ป่วยที่มีตับแข็งทุกคนควรได้รับการตรวจคัดกรองโดยการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน เพื่อหา EV และให้การรักษาได้

อย่างถูกวิธี การรักษาภาวะเลือดออกเฉียบพลันจากเส้นเลือดดำโป่งพองในหลอดอาหาร (acute variceal hemorrhage) ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกเฉียบพลันจาก EV จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกราย เพื่อให้ระบบไหลเวียนในร่างกายคงที่ การป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และการควบคุมภาวะเลือดออกเฉียบพลัน โดยเบื้องต้นคือ การให้เลือด การรักษาภาวะแทรกซ้อน โดยการให้ยาฆ่าเชื้อโรค เพื่อป้องกันการติดเชื้อของน้ำในช่องท้อง (spontaneous bacterial peritonitis) การป้องกันภาวะไตวาย การรักษาด้วยยาเพื่อให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือด ได้แก่ vasopressin, terlipressin, somatostatin และ somatostatin analogs การรักษาด้วยการ (endoscope) เพื่อฉีดสารที่ทำให้เกิดการอุดตันหลอดเลือด (sclerotherapy) หรือการผูกหรือรัดด้วยยาง (variceal ligation หรือ banding) การรักษาด้วย Transjugular intrahepatic portosystemic shunt (TIPS) การรักษาด้วยการกดด้วยบอลลูน (balloon tamponade) โดย Sengstaken-Blakemore tube ถ้ายังไม่สามารถหยุดเลือดได้

การป้องกันและรักษาเลือดออกซ้ำ จากเส้นเลือดดำโป่งพองในหลอดอาหาร (secondary prophylaxis) เนื่องจาก การเกิดภาวะเลือดออกซ้ำ ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาและการตรวจติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะเลือดออกซ้ำ สำหรับผู้ป่วยที่รักษาด้วย TIPS หรือ shunt surgery เพื่อควบคุมภาวะเลือดออกเฉียบพลันนั้น ควรพิจารณาปลูกถ่ายตับตามข้อบ่งชี้

หากมีเลือดออกรุนแรงควรใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจเพื่อป้องกันเลือดเข้าสู่ทางเดินหายใจและปอด

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยภาวะช็อคจากเลือดออกในหลอดอาหาร

ผู้ป่วยชายไทย 46 ปี อาชีพรับจ้าง ผู้ป่วยมีอาชีพเป็นเลือดสด ประมาณ 1 กระโถน รักษาที่โรงพยาบาลพัฒนานิคม อาการไม่ดีขึ้น แพทย์ส่งต่อรักษาต่อที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่า Upper Gastrointestinal bleeding with shock การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย คือ Acute Gastric ulcer, Esophageal varices bleeding with shock

การตรวจร่างกายและการประเมินอาการแรกเริ่ม

อาการแรกเริ่มเมื่อผู้ป่วยมาทำงานอุบัติเหตุและถูกเงินคือ ผู้ป่วยค่อนข้างผอม ซีด นอนซึม เรียกลืมตา ต้วตาเหลืออง ท้องและขาชวาบวมโต คลำตับโต 2 FB, Glasgow Coma Score = E₄V₅M₆ ความดันโลหิต 80/40 มิลลิเมตรปรอท ซีพีजर 116 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 36.3 องศาเซลเซียส Hct 17%, O₂ Saturation 98%, on O₂ cannular 3 lit/min, group match ขอ PRC 3 unit, on Intravenous fluid (0.9% NSS 1000 cc. + KCL 40 mEq) iv drip 80 cc./hr. แขนขาเคลื่อนไหวได้ตามปกติ การตรวจร่างกายระบบอื่นๆ ปกติ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่พบผิดปกติ ทางโลหิตวิทยา (CBC) Hct 17%, Hb 5.5 g/dl WBC 13,270 cells/uL, Monocyte 7%, MCV 11.3 pg, MCH 37.6 pg. Electrolyte Potassium 2.69 mmol/l การทำหน้าที่ของตับ (LFT) albumin 2.60 g/dl, direct bilirubin 4.32 mg/dl, Total bilirubin 14.40 mg/dl, SGOT 81 u/L, Coagulation test ผล PT 18.5 sec, Endoscopy พบ antrum ulcer 1.5x0.5 cm. bleeding ossing and esophageal varices grade F2x2 lower 1/3 part

ผลการตรวจ Sputum gram's stain พบ moderate of puss cell, gram positive cocci, gram negative diplococcic, Sputum culture พบ Acinetobacter baumannii

การรักษา

ผู้ป่วยได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 7 วัน โดยวันแรก (Day1) ให้สังเกตอาการสูญเสียโลหิต ประเมินภาวะภาวะช็อคจากเสียเลือด เนื่องจากผู้ป่วยประวัติอาเจียนเป็นเลือดสด NPO, Hct 17%, O₂ cannular 3 lit/min, PRC 3 unit, Intravenous fluid drip และนัดส่องกล้อง (Endoscopy) ดำเนินได้พุงนี้เช้า on call ส่งตรวจ CBC, BUN, Cr, Electrolyte, LFT, Coagulation test, U/A, serial Hct ทุก 6 hrs. if Hct <30% ให้ PRC 1 unit, Lasix 40 mg. vein หลังให้ PRC unit ที่ 3, portable chest film, EKG 12 leads, DTX ทุก 6 hrs. keep BS 80-200 mg%, on NG tube ถ้า content เป็นเลือดสดให้ on Sengstaken-Blakemore Tube (SB tube), Losec 40 mg. vein ทุก 12 hrs., Thiamine 100 mg. vein x 3 days, Ceftriaxone 2 gms vein OD พยาบาลงานตรวจ และรักษาพยาบาลพิเศษเยี่ยมผู้ป่วยก่อนส่งทำ Endoscopy เกี่ยวกับอธิบายขั้นตอนการส่องกล้อง การปฏิบัติของ

ผู้ป่วยก่อน ขณะ และหลังส่องกล้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความร่วมมือและคลายความวิตกกังวล content จาก NG tube เป็นเลือดเก่าๆ และ จาก SB tube สีขาวใสมีเลือดเก่าๆ ปนเล็กน้อย ความดันโลหิต 80-90/40-50 มิลลิเมตรปรอท ซีพีजर 116-131 ครั้ง/นาที หายใจ 22-24 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 36.3-37.1 องศาเซลเซียส DTX 172 mg%, Hct 17-27%, Intake 700 cc., Output 550 cc. วันที่ 2 (Day 2) ยังซึม เรียก ลืมตา ทำตามคำสั่งได้ Glasgow Coma Score = E₄V₅M₆ ต้วตาเหลืออง ท้องและขาชวาบวมโต O₂ cannular 3 lit/min, NPO, on SB Tube 0.9% NSS 1000 cc. iv drip 80 cc./hr., DTX ทุก 6 hrs. keep BS 80-200 mg%, Vit K 10 mg. vein, Hct ทุก 6 hrs. if Hct <30% ให้ PRC 1 unit Endoscopy นัดทำ Ultrasound Hepatobiliary system ต้วน ผล early liver cirrhosis, ให้ FFP 2 unit vein, repeat Electrolyte พุงนี้, Lactulose 30 cc. (เช้าและก่อนนอน off Losecให้ Pantoprazole 80 mg. vein ทุก 12 hrs. Endoscopy Argon Plasma Coagulation (APC) และ band ligation 3 วง พยาบาลงานตรวจและรักษาพยาบาลพิเศษดูแลผู้ป่วยขณะทำ Endoscopy เกี่ยวกับการจัดท่านอน สังเกตอาการเปลี่ยนแปลง สัญญาณชีพ observe bleed และสังเกตอาการหลังทำ APC ให้ observe bleed และ complication คือ หายใจขัด ง่วงซึม ผล chest film increased both lung infiltration, EKG normal sinus rhythm ความดันโลหิต 120-140/70-80 มิลลิเมตรปรอท ซีพีजर 88-122 ครั้ง/นาที หายใจ 20-24 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 37.3-38.0 องศาเซลเซียส DTX 148-170 mg%, Hct 27-32%, Intake 2,740 cc., Output 1,700 cc. วันที่ 3 (Day 3) นอนซึม เรียก ลืมตา ทำตามคำสั่งได้ Glasgow Coma Score = E₄V₅M₆ ให้ Vit K 10 mg. vein, Thiamine 100 mg. vein, Losec 40 mg. vein ทุก 12 hrs., B complex 1 tab (tid pc, 5% D/NSS 1000 cc. iv drip 100 cc./hr., NPO, DTX ทุก 6 hrs. keep BS 80-200 mg%, Hct ทุก 6 hrs. if Hct <30% ให้ PRC 1 unit, FFP 4 unit vein, K = 2.69 mmol/l, E. KCL 30 cc.x 2 dose, repeat K หลังครบ dose พยาบาลงานตรวจและรักษาพยาบาลพิเศษเยี่ยมผู้ป่วยหลังทำ Endoscopy เกี่ยวกับอาการผิดปกติ เช่น bleed และย้ำเน้นไม่ให้ไอหรือจามแรงๆ เพื่อป้องกันยางที่รัดไว้ หลุด ต่อมาผู้ป่วยมีเลือดออกซ้ำ ซึมลง จากตับวาย (Hepaticencephalopathy) หายใจเบาตื่น O₂ Saturation 85% แพทย์ on ET Tube with Bird's respirator, off SB tube แก้ไขภาวะช็อค โดยให้เลือด (PRC

2 unit, FFP 2 unit, Platelet concentration 3 unit) ให้อาหาร
รักษาแผลในกระเพาะอาหารและยาระบาย ความดันโลหิต
80-120/40-80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 84-116 ครั้ง/นาที
หายใจ 20-24 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 37.2-38.5 องศา
เซลเซียส DTX 95-180 mg%, Hct 31-33%, Intake 2,900
cc., Output 1,000 cc. วันที่ 4 (Day) 4 นอนซึม เรียกลืมตา
ทำตามคำสั่งได้ Glasgow Coma Score = E4VTM6 on ET
Tube with Bird's respirator หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี ให้
Platelet concentrate 5 unit, Vit K 10 mg. vein, Thiamine
100 mg. vein, 5% D/NSS 1000 cc. + B complex 2 cc. iv
drip 80 cc./hr., NPO, repeat K = 3.77 mmol/l Sputum gram's
stain and culture, U/A, urine culture, DTX ทุก 6 hrs. keep
BS 80-200 mg%, Hct ทุก 6 hrs. if Hct <30% ให้ PRC 1
unit, Amikin 500 mg. vein OD, Metronidazole 500 mg.
vein ทุก 8 hrs. ความดันโลหิต 100-140/60-80 มิลลิเมตร
ปรอท ชีพจร 92-118 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ
ร่างกาย 36.5-39.0 องศาเซลเซียส DTX 89-122 mg%, Hct
29-31%, Intake 2,100 cc., Output 2,500 cc. วันที่ 5 (Day 5)
พูดรู้เรื่องขึ้น ทำตามคำสั่งได้ Glasgow Coma Score = E4VT
M6 NPO, Vit K 10 mg. vein, DTX เช้าและก่อนนอน, Hct
ทุก 6 hrs. if Hct <30% ให้ PRC 1 unit, Hemo culture 1
specimens if Temperature 37.8°C, off ET tube, on nasal
cannular 3 lit/min ให้จับน้ำได้ Sputum gram's stain พบ
moderate of puss cell, gram positive cocci, gram negative
diplococcal, U/A ปกติ ความดันโลหิต 100-120/60-70
มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 116 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที
อุณหภูมิร่างกาย 36.3 องศาเซลเซียส DTX 115-181 mg%,
Hct 32%, Intake 3,000 cc., Output 800 cc. วันที่ 6 (Day 6)
พูดรู้เรื่อง ช่วยเหลือตัวเองได้บนเตียง Vit K 10 mg. vein,
Amoxiclav (625 mg.) 1 tab ⊙ tid pc, Omeprazole (20 mg.)
1 tab ⊙ bid pc, FBC 1 tab ⊙ tidpc, Propanolol 10 mg)
1 tab ⊙ bid pc, Spironalactin 1 tab ⊙ เช้า pc, off Ceftriazone,
Amikin, Metronidazole, Losec, ถ้ามีไข้ให้ Ceftriazone,
Amikin, Metronidazole ต่อ urine culture ปกติ Sputum culture
พบ Acinetobacter baumannii ให้ liquid diet ความดันโลหิต
110-130/60-90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 84-96 ครั้ง/นาที
หายใจ 22-24 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 36.9-37.3 องศา
เซลเซียส DTX 130 mg% Hct stat = 27% ให้ PRC 1 unit
vein drip วันที่ 7 (Day 7) Hct stat = 32%, soft diet, Plan D/

C ตอนบ่าย เวลา 16.00 น. อาการทุเลา แพทย์อนุญาตให้
กลับบ้านได้โดยให้อาหารไปรับประทานต่อที่บ้าน ดังนี้ FBC 1
tab ⊙ tidpc, Propanolol (10 mg) 1 tab ⊙ bid pc, Spironalactin
1 tab ⊙ เช้า pc, Augmentin (625 mg.) 1 tab ⊙ tid pc และ
นัดตรวจซ้ำ 1 เดือน ที่โรงพยาบาลพัฒนานิคม ผู้ป่วยได้รับ
คำแนะนำเรื่องโรค การปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล
และเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน จำหน่ายกลับบ้าน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ขณะผู้ป่วยรับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล ได้นำ
กรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผนของ
Gordon มาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย
ครอบครัว และชุมชน การกำหนดข้อวินิจฉัย
ทางการพยาบาลครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ
และสังคม ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย พบว่า ผู้ป่วยมี
ความเสี่ยง ปัญหา และความต้องการ คือ เสี่ยงต่อภาวะ
เนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนซ้ำ เนื่องจากตัวนำออกซิเจนลดลง
มีโอกาสเกิดภาวะ Hypovolemic shock เนื่องจากมีการ
สูญเสียเลือดในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ผู้ป่วย มี
ภาวะ Hypokalemia เนื่องจากมีการสูญเสียของเหลวออก
จากร่างกาย มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้เนื่องจากอาการ
เวียนศีรษะ หน้ามืด ไม่สุขสบายเนื่องจากกิจกรรมการ
รักษาและบทพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วย
และญาติวิตกกังวลและมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และ
การปฏิบัติตัวที่ไม่เพียงพอ

การพยาบาลที่ให้การประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วย
จากการ ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการ
chest x-rays, EKG, Endoscope, ultrasound การส่งตรวจเลือด
ปัสสาวะและเสมหะ เป็นต้น ประเมินระดับความรู้สึกตัว
vital signs และบันทึกรายงานแพทย์เมื่อพบอาการผิดปกติ
ดูแลการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ติดตามผล DTX, Hct
และให้การดูแลตามแผนการรักษา มีการให้ PRC 1 unit
ถ้า Hct<30% เพื่อเพิ่มปริมาตรการไหลเวียนโลหิต และ
ช่วยให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนมากขึ้น เป็นการป้องกัน
ภาวะ ช็อคที่อาจจะเกิดขึ้นได้ การดูแลผู้ป่วยขณะใช้เครื่อง
ช่วยหายใจ การดูแลก่อน ขณะ และหลังส่องกล้อง การ
ดูแลผู้ป่วย on SB Tube ดูแลให้พักผ่อนบนเตียงในท่านอน
ที่เหมาะสม เพื่อลดการใช้ออกซิเจนและป้องกันอุบัติเหตุ
จากอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด ดูแลเพื่อป้องกันการเกิด

ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเพื่อคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยในภาวะโรคที่เป็นอยู่อย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างปกติ ภายหลังให้การพยาบาล และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี Serum K เพิ่มขึ้นอยู่ในเกณฑ์ปกติ 3.77 mmol/l ไม่พบภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และ Hematocrit หลังให้เลือดครบ 6 unit เป็น 32% แพทย์ตรวจเย็บอาการจึงให้ Off ET tube, SB, NG tube ให้จับน้ำอาหารเหลวและอาหารอ่อนผู้ป่วยรับได้ ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ งดดื่มสุราเนื่องจากป้องกันการออกของเสียคั่งจากตับแข็งจากสุรา โดยส่งปรึกษาศัลยกรรมเล็กสุรา ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และเข้าใจวิธีการปฏิบัติตัว แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้และมีการส่ง บส. 1 เพื่อประสานพยาบาลเยี่ยมบ้าน กลุ่มงานเวชกรรมสังคม ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน

สรุปผลการพยาบาล กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 46 ปี มาด้วยการส่งต่อจากโรงพยาบาลพัฒนานิคม ด้วยอาเจียนเป็นเลือดสดประมาณ 1 กระโถน หลังให้เลือดอาการไม่ดีขึ้น ซีมลง ความดันโลหิตต่ำลง ท้องและขาบวมมากขึ้น แพทย์จึง refer มา แรกรับ ความดันโลหิต 80/40 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 116 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.3 องศาเซลเซียส Hct 17%, O₂ Saturation 98% หลังรับไว้ on Sengstaken-Blakemore Tube, O₂ cannular 3 lit/min และ PRC 3 unit, Intravenous fluid vein drip และนัดส่องกล้อง (Endoscopy) อย่างเร่งด่วน ต่อมาผู้ป่วยมีเลือดออกซ้ำ ซีมลง จากตับวาย (Hepatic encephalopathy) หายใจเบาตื่น O₂ Saturation 85% แพทย์ on ET Tube with Bird's respirator แก้ไขภาวะช็อค โดยให้เลือด (PRC 6 unit, FFP 6 unit, Platelet concentration 2 unit) ให้ยารักษาแผลในกระเพาะอาหาร และยาระบาย ส่วนการพยาบาลมีการใช้ 11 แบบแผนของ Gordon ช่วยในการประเมินและให้ข้อวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล พบปัญหาทางการพยาบาล ทั้งสิ้น 6 ปัญหา ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณและ

สังคม การพยาบาลที่ให้คือ การประเมินภาวะพร้อมออกซิเจน ภาวะช็อคจากเสียเลือด การดูแลผู้ป่วย on SB Tube ดูแลให้พักผ่อนบนเตียงในท่านอนที่เหมาะสม เพื่อลดการใช้ออกซิเจนและป้องกันการอุบัติเหตุจากอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น การเกิด VAP แผลกดทับ ข้อติด aspirated pneumonia การพยาบาลก่อน ขณะ และหลังส่องกล้อง ให้คำแนะนำเรื่องโรคการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านจนอาการต่างๆดีขึ้นสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ และประสานพยาบาลเยี่ยมบ้านกลุ่มงานเวชกรรมสังคม ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน และนัดตรวจซ้ำ 1 เดือน ที่โรงพยาบาลพัฒนานิคม ผู้ป่วยรายนี้พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลา 7 วัน มีค่าใช้จ่ายจำนวน 48,286 บาท

อภิปรายผล

จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้ ทำให้ได้เรียนรู้ทางการพยาบาล เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยส่องกล้องที่มีภาวะช็อคจากเลือดออกในหลอดอาหาร นับเป็นภาวะวิกฤต ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยต้องเผชิญปัญหาคุกคามต่อชีวิต มีผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ สังคม และ เศรษฐกิจ จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพ มาตรฐาน ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลที่รวดเร็ว ถูกต้อง ครบถ้วน เพื่อให้ปลอดภัยจากภาวะของโรค เนื่องจากการสูญเสียเลือดภายในที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ประเมินได้ยากพยาบาล ต้องมีความรู้ ความสามารถในการทั้งการประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤต และเฝ้าระวัง ให้คำแนะนำในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกซ้ำ มีความรู้ ความเข้าใจต่อสภาวะของโรคเป็นอย่างดี มีความรู้ ในการวินิจฉัยและแก้ปัญหา ให้การพยาบาลอย่างถูกต้องเหมาะสม มีการตัดสินใจที่ดี และมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีความรู้ในการใช้เครื่องมือพิเศษ เช่น เครื่องส่องกล้อง เครื่องช่วยหายใจ SB tube เป็นต้น เพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย ครอบคลุม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข ไม่กลับมาเป็นซ้ำ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล, ศศิประภา บุญญพิสิฐ. **ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal Hemorrhage)**. ใน จินตนา ศิรินาวิน, สุมาลี นิมนานิตย์, วันชัย วนะชิวนาวิน; บรรณาธิการ. ภาวะฉุกเฉินทางอายุรศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : หมอชาวบ้าน; 2540.
2. วิริยาพร ฤทธิพิศ, สมบัติ ศรีประเสริฐสุข, รังสรรค์ ฤกษ์นิมิตร, วโรชา มหาชัย. **ภาวะเส้นเลือดดำโป่งพองในหลอดอาหาร : การวินิจฉัยและการรักษา (Esophageal varices : Diagnosis and management)**. ใน กลชาญวิทย์, ปิยะวัฒน์ โกมลมิศร์, สมบัติ ศรีประเสริฐสุข, รังสรรค์ ฤกษ์นิมิตร, วโรชา มหาชัย; บรรณาธิการ. โรคทางเดินอาหารและการรักษา เล่ม 3. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
3. Gallego C, Velasco M, Marcuello P, Tejedor D, Campo LD, Frieria A. Congenital and Acquired Anomalies of the Portal Venous System Radiographics. 2002 Jan-Feb; 22(1) : 141-59.
4. ประพิมพ์พร ชันทวสินกุล, อรอนงค์ เจียรสุจิตวิมล, ธิรทัย เตรีกุล, ปิยะวัฒน์ โกมลมิศร์. **การแปรผลความผิดปกติของการทำงานของตับ**. ใน สุเทพ กลชาญวิทย์, ปิยะวัฒน์ โกมลมิศร์, สมบัติ ศรีประเสริฐสุข, รังสรรค์ ฤกษ์นิมิตร, วโรชา มหาชัย; บรรณาธิการ. โรคทางเดินอาหารและการรักษา เล่ม 3. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
5. รังสรรค์ ฤกษ์นิมิตร. **นวัตกรรมใหม่ของการส่องกล้องในระบบทางเดินอาหาร**. ใน สุเทพ กลชาญวิทย์, ปิยะวัฒน์ โกมลมิศร์, สมบัติ ศรีประเสริฐสุข, รังสรรค์ ฤกษ์นิมิตร, วโรชา มหาชัย (บรรณาธิการ). โรคทางเดินอาหารและการรักษา เล่ม 3. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
6. Idezuki Y. **General rules for recording endoscopic findings of esophagogastric varices (1991)**. Japanese Society for Portal Hypertension. World J Surg. 1995 May-Jun; 19(3) : 420-2.
7. de Franchis R, Pascal JP, Ancona E, Burroughs AK, Henderson M, Fleig W, et al. **Definitions, methodology and therapeutic strategies in portal hypertension**. A Consensus Development Workshop, Baveno, Lake Maggiore, Italy, April 5 and 6, 1990. J Hepatol. 1992 May; 15(1-2) : 256-61.
8. Garcia-Tsao G, Sanyal AJ, Grace ND, Carey WD. **Prevention and Management of Gastroesophageal Varices and Variceal Hemorrhage in Cirrhosis**. Am J Gastroenterol. 2007; 102 : 2086-102.