

กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อกร่วมกับภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

A Case study: Nursing care of Upper gastrointestinal bleeding with Hypovolemic shock and complication patients

Kalasin Hospital

สุกานดา ดีพัดดี¹

Sukamda Teepaddee¹

(Received: January 16,2020; Accepted: February 21,2020)

บทคัดย่อ

ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเป็นภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเนื่องจากการดำเนินของโรคที่รุนแรง ความล่าช้าในการประเมิน การวินิจฉัยและการรักษาจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้อัตราการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น กรณีศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อก เลือกผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อก เข้ามาับการรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือน กันยายน – ธันวาคม พ.ศ. 2562 จำนวน 2 ราย

ผลการศึกษา: กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 51 ปี อาการสำคัญ อาเจียนเป็นเลือดสีดำร่วมกับถ่ายดำเหมือนยางมะตอย เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 5 ชั่วโมง แพทย์วินิจฉัยโรค Upper gastrointestinal bleeding with Hypovolemic shock due to Esophageal varice with Hypovolemic Shock, Acute Post hemorrhagic anemia ได้รับการแก้ไขภาวะช็อกด้วยการให้ยา ให้เลือด และการส่องกล้อง (EGD+EVL) พบมีภาวะเลือดออกซ้ำหลังส่องกล้อง ผู้ป่วยอาการดีขึ้น แพทย์จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ระยะเวลารักษาในโรงพยาบาล 4 วัน **กรณีที่ 2** ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 75 ปี อาการสำคัญที่เข้ารับการรักษามีอาเจียนเป็นเลือดร่วมกับถ่ายดำเป็นก่อนมาโรงพยาบาล 8 ชั่วโมง ขณะเข้ารับการรักษามีภาวะ Hypovolemic shock ได้รับการรักษาภาวะช็อกด้วยการให้เลือดและการรักษาการให้ยาและการใส่ Sengstaken blakemore tube เพื่อการรักษา อาการผู้ป่วยทุเลา แพทย์จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน การวินิจฉัยโรค Upper gastrointestinal bleeding with Hemorrhagic shock ระยะเวลารักษาในโรงพยาบาล 3 วัน

สรุป: ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายจากภาวะช็อกผู้ป่วยและญาติมีความรู้เรื่องโรคและจัดการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การประเมินภาวะช็อกรวมทั้งการซักประวัติการเจ็บป่วยการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อกเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกันภาวะช็อกเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลรวมทั้งลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

คำสำคัญ: เลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น, ภาวะช็อก

Abstract

Upper gastrointestinal bleeding is a common emergency condition and a major public health problem due to the progression of severe diseases. Assessment delay Diagnosis and treatment increases the risk of complications, resulting in increased mortality. The purpose of this case study is to be a guideline for nursing of gastrointestinal hemorrhage patients with shock. Select patients with bleeding in the upper gastrointestinal tract with shock. 2 patients admitted to Kalasin Hospital wards during September - December 2019.

RESULTS: 1st case were a male Thai patient, ages 52, presented with vomiting blood and hematochezia for 5 hours. The final diagnosis was Upper gastrointestinal bleeding with Hypovolemic shock due to Esophageal varice with Hypovolemic Shock, Acute Post hemorrhagic anemia.

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Receiving blood tranusion, drug and EGD+EVL. Patient with re-bleeding. Patient clinical improve and discharge to home. The admission duration was 4 days. 2nd case were a female Thai patient, ages 75, presented with vomiting blood and hematochezia for 8 hours prior to admission. During admission he Hypovolemic shock Receiving blood tranusion, drug and Sengstaken blakemore tube. Patient clinical improve and discharge to home. The final diagnosis was Upper gastrointestinal bleeding with Hemorrhagic shock. The admission duration was 3 days.

CONCLUSIONS: The patient were improve from hypovolemic shock Furthermore care giver has knoeledge of disease and self management for Prevention recurrence Assessment, evaluation, history taking, following up laboratory result complication surveillance have very important role Hypovolemic shock control and prevention which result in complications reduction, shorter admission duration and lower expenses as well.

KEYWORDS: Upper gastrointestinal bleeding, Hypovolemic shock

บทนำ

เลือดออกระบบทางเดินอาหาร เป็นโรคที่พบในผู้ป่วยทั่วโลกและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตและมีแนวโน้มการเจ็บป่วยที่สูงขึ้น จากข้อมูลสถิติของสหรัฐอเมริกา พบผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหาร 94-100 ราย ต่อ 100,000 ประชากร เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 72,300 ราย พบการเสียชีวิต ประมาณ 4,000 ราย ต่อปี⁽¹⁾ มีค่าใช้จ่ายในการรักษามากกว่า 2 ล้านเหรียญต่อปี⁽²⁾ พบการเจ็บป่วย ในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 65-128 คนต่อ 100,000 ประชากร⁽³⁾ พบผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น ร้อยละ 6-10 พบภาวะเลือดออกระบบทางเดินอาหาร ได้ในทุกช่วงอายุและพบมากในวัยกลางคนขึ้นไป มักพบในผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิงมีปัจจัยเสี่ยงสูงทำให้เกิดการเสียชีวิต ร้อยละ 5-30⁽⁴⁾ ในประเทศไทย ไม่ได้ระบุโรคผู้ป่วยเลือดออกในอาหารโดยตรงแต่ระบุเป็นโรกระบบทางเดินอาหาร พบผู้ป่วยสูงถึง 817 ราย ต่อแสนประชากร และพบว่าเป็นโรกระบบทางเดินอาหาร ลำดับที่ 5 ใน 10 กลุ่มโรคของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาภาวะเลือดออกทางเดินอาหารเป็นโรคที่พบได้บ่อยและมีอัตราการเสียชีวิตจากเลือดเป็นออกในทางเดินอาหาร ร้อยละ 10-20 โดยพบการเสียชีวิตช่วงแรกที่ได้รับ การรักษาในโรงพยาบาล⁽⁵⁾ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกร่วมกับมีภาวะภาวะช็อกและเสียชีวิตตามมา

นโยบาย Service plan service Excellence ของกระทรวงสาธารณสุขเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วย ให้การดูแลผู้ป่วย ศัลยกรรมที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ตั้งแต่แรกรับการ ประเมินอาการ การคัดกรองให้การพยาบาลดูแลระหว่างอยู่

โรงพยาบาล ขณะส่งต่อและจำหน่ายซึ่งเป็าหมายที่สำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ขนาด 540 เตียง มีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินและแพทย์เฉพาะทางด้านระบบทางเดินอาหารให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ตามแนวทางของสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย (The Gastroenterological Association of Thailand (GAT) ในรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น แพทย์มีแนวทางการรักษาผู้ป่วยด้วยการให้ยารักษาภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารร่วมกับการรักษาด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหารหรือในรายที่มีอาการรุนแรงรักษาด้วยการผ่าตัดกระเพาะอาหาร สาเหตุการเจ็บป่วยมาจากโรกระบบทางเดินอาหารซึ่งสาเหตุการเจ็บป่วยมาจากโรกระบบทางเดินอาหาร เช่น แผลในกระเพาะอาหาร โรคหลอดเลือดที่กระเพาะอาหารโป่งพอง โรคตับ โรคกระเพาะและการดื่มสุราและรับประทานยากลุ่ม NSAID และรับประทานยาสมุนไพร ยาต้มยาหม้อ หรือพฤติกรรมมารับประทานอาหาร เมื่อเกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปวดแน่นท้อง อาเจียนเป็นเลือดหรือนำมาด้วยการเหนืยเพลีย ถ่ายดำ ในรายที่มีอาการรุนแรงผู้ป่วยจะมีอาการอาเจียนเป็นเลือดและถ่ายดำร่วมด้วยทำให้ร่างกายเสียเลือดและเกิดภาวะช็อกตามมา ผู้ป่วยบางรายมาด้วยประวัติไม่รู้สึกร่วมกับมีระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยลดต่ำลงรวดเร็วเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะเข้ารับการรักษาได้แก่ ภาวะ Acute respiratory failure, Electrolyte imbalance, Post Acute, Hemorrhagic anemia, Hypovolemic shock ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้

อาจส่งผลให้ผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาเสียชีวิตตามมา จากข้อมูลสถิติการเข้ารับบริการของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่า ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วยโรคเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นในกลุ่มงานศัลยกรรม จากการจัดกลุ่มโรคสำคัญ (Key Clinical population) ที่มารับบริการพบมาก ในด้านของความเสี่ยง (High risk) พบผู้ป่วยมีความเสี่ยงในระดับสูง และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง (High cost) และจำนวนผู้มารับบริการมากเป็นอันดับ 3 ของผู้ป่วยทั้งหมด ที่เข้ามารับบริการในแผนกศัลยกรรม สถิติผู้รับบริการในปีพ.ศ. 2559 ถึงปี พ.ศ. 2562 มีผู้ป่วย จำนวน 953ราย 907ราย และ974 ราย ตามลำดับ และพบมีอัตราการเสียชีวิต เป็นอันดับ 1 ของผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาปี พ.ศ. 2559 ถึงปี พ.ศ. 2562 มีผู้ป่วย จำนวน 4.93 % , 4.74% และ 4.44% ร่วมกับมีภาวะช็อกซ้ำในขณะที่รักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงในขณะดูแล อีกทั้งพบ อัตราการ Re-admit ภายใน 10 วัน ด้วยสาเหตุเดิมสถิติปี พ.ศ. 2559 - 2561 คือ 19.7% และ 1.59% ตามลำดับ⁽⁶⁾ นอกจากนี้ในปีงบประมาณ 2562 มีผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น คือ มีภาวะช็อกซ้ำจากเลือดออกในทางเดินอาหาร และส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตขณะดูแล จากสถิติที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและมีอัตราการเสียชีวิตสูง จากภาวะแทรกซ้อนของโรคและภาวะโรคร่วมของผู้ป่วย ผู้ศึกษามีความตระหนักถึงความสำคัญถึงในการดูแลผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยในภาวะวิกฤติและฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็วสามารถประเมิน ร่วมกับเฝ้าระวัง ให้การดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤติจนถึงการวางแผนจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงเลือกศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อก ร่วมกับภาวะแทรกซ้อน จำนวน 2 ราย โดยศึกษาประวัติการเจ็บป่วย โรค

ร่วมของผู้ป่วย ประวัติแบบแผนการดำเนินชีวิต ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษาของแพทย์ นำมาวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการเพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะรับการรักษาและสามารถกลับไปดำรงชีวิตได้ปกติไม่เจ็บป่วยกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำด้วยโรคเดิม

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อก

วิธีการศึกษา

1. เลือกเรื่องที่จะศึกษาจากผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย ให้ดูแลจำนวน 2 ราย
2. รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการรับประทานยา การผ่าตัด แบบแผนการดำเนินชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผลการตรวจเอ็กซเรย์ แผนการรักษาของแพทย์
3. ศึกษาค้นคว้าการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จากเอกสาร ตำราผลงานวิชาการ บทความ ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อก
4. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ปัญหา นำมาวางแผนให้การพยาบาล โดยให้การพยาบาลทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ
5. ปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน
6. สรุปผลการศึกษาเพื่อรวบรวมข้อมูลและปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยเพื่อหาแนวทางในการแก้ไข้ปัญหา

ผลการศึกษา

ข้อมูลทางคลินิก	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
การวินิจฉัย	Upper gastrointestinal bleeding with Hypovolemic shock due to Esophageal varice with Hypovolemic Shock, Acute Post hemorrhagic anemia	Upper gastrointestinal bleeding with Hemorrhagic shock
ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยชายไทย อายุ 51 ปี สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ อาชีพ รับจ้าง การศึกษามัธยมศึกษา 6 ภูมิลำเนา จังหวัดกาฬสินธุ์	ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 75 ปี สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ ไม่มีอาชีพ การศึกษาประถมศึกษา 4 ภูมิลำเนา จังหวัดกาฬสินธุ์
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	อาเจียนเป็นเลือดสีดําร่วมกับถ่ายดำเหมือนยางมะตอย เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 5 ชั่วโมง	อาเจียนเป็นเลือดร่วมกับการถ่ายดำเป็นก่อนมาโรงพยาบาล 8 ชั่วโมง
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	5 ชั่วโมงก่อนมาผู้ป่วยมีอาการอาเจียนเป็นเลือดสีดําค้าง 4 ครั้ง ครั้งละ 1 แก้วน้ำ ร่วมกับมีอาการถ่ายเหนียวเป็นยางมะตอยกลิ่นเหม็น หลังจากนั้นมีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย วิงเวียนศีรษะ ไม่มีอาการปวดท้อง มีอาการคลื่นจะเป็นลม ใจสั่น ภรรยานำส่งที่โรงพยาบาล ชุมชน ขณะรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนผู้ป่วยมีภาวะช็อค Hct 19 vol%, DTX=Hi ร่วมกับมีอาการคลื่นไส้อาเจียนเป็นเลือดสด ประมาณ 1 แก้ว ความดันโลหิต 90/60 มิลลิเมตรปรอท แพทย์รักษา ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง ให้ RI 10 unit sc ค่า DTX หลังได้รับ RI 30 นาที = 523 mg% รักษาภาวะความดันโลหิตต่ำ ให้สารน้ำทาง หลอดเลือดดำ ชนิด 0.9% NSS 1000ml vein load in 15 min ร่วมกับ ให้ยา Levophed (4:250) 10 ml/hr, Omeprazole 80 mg vein stat, PRC 1 unit vein drip, Retained foley's cath ส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัดโดยรถ Ambulance พร้อมพยาบาลนำส่ง	8 ชั่วโมงผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้อาเจียนเป็นสีดําค้าง 2 ครั้ง ร่วมกับ อาการถ่ายดำ 3 ครั้ง ร่วมกับมีอาการหน้าซีดวิงเวียน บุตรสาวประสาน รถกู้ชีพเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ขณะรับการรักษาที่ โรงพยาบาลชุมชนมีความดันโลหิตต่ำ 63/26 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ ตรวจเย็บอาการมีแผนการรักษาให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ชนิด 0.9% NSS 1000ml vein free flow ร่วมกับให้ยา Levophed (4:250) 10 ml/hr ส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาลจังหวัด โดยรถ Ambulance พร้อมพยาบาลนำส่ง
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน 5 ปี รับยาเป็นประจำที่โรงพยาบาลชุมชน มีประวัติประสบอุบัติเหตุรถชนได้ใส่ท่อระบายทางออกด้านซ้าย ปฏิเสธการผ่าตัด	ประวัติโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง 10 ปี โรคไตวายเรื้อรัง 5 ปี โรคไขข้อในเลือดสูง 5 ปี รับการรักษาด้วยการรับประทานยาที่ โรงพยาบาลชุมชน ไม่เคยมีประวัติขาดยา ไม่เคยมีประวัติได้รับอุบัติเหตุ

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

ระบบที่ตรวจ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1.Vital signs	อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 156 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 173/91 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation = 99%	อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 96 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 122/97 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation = 99%
2.General appearance	Thai male, Good consciousness, looked fatigue BW 65 Kg, BH 175 cm. BMI 21.22	The elderly thai female, Good consciousness, looked weak, not pale jaundice BW 48 Kg, BH 150 cm. BMI 21.33
3.HEENT	Markedly pink conjunctiva, mild pale sclera, no edematous of eyelids, no neck engorged.	Not pale, icteric sclerae, no edematous of eyelids, Stiff neck negative

ระบบที่ตรวจ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
4.Heart	Tachycardia Normal S1, S2, no murmur	No murmur Normal S1, S2
5.Lungs	Clear both lung	Lung Clear, no crepitation
6.Abdomen	Abdomen mild distend Liver was just >2 cms + tender at RUQ, spider nevi ,NG gastric content bleed	Abdomen soft not tender , Liver was just palpable, no spider nevi NG gastric content bleed
7. Genitourinary	CVA not tender, foley's cath no bleed	CVA not tender
7.Extremities	No edema, no rash, no petechiae	No edema ,no petting
8.Neurosign	GCS E4V5M6 pupil 3mm RTLBE ,stiff neck negative Motor power grade V	GCS E4V5M6 pupil 3mm RTLBE ,stiff neck negative Motor power grade V
9. สภาพจิตใจและอารมณ์	ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวลกับอาการเจ็บป่วย	ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวลกับอาการเจ็บป่วย

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
WBC 22,7000 $10^3/\mu\text{l}$, RBC 3.25 $10^6/\mu\text{l}$, HGB 8 g/dl, MCV 75.1 fL, MCH 24.7 fL Hct 24.4 %, Neutrophil 75.0%, Lymphocyte 16.85%, Eosinophil 5.4, PT 18.1 sec.BUN 58 mg/dL, Cr 1.37 mg/dL, GFR 59 ml/min/1.73m ² , K 4.74 mmol/L, Chloride89.1 mmol/L, CO ₂ 18.4mmol/L, Magnesium 1.44 mg/dl LFT: Albumin 2.5 g/dl, DB5.9mg/dl TB 1.57 mg/dl, Direct Bilirubin 0.89 mg/dl AST(SGOT) 3,056 U/L ALT(SGPT) 746 U/L Alkaline phosphatase 284 U/L. Urine analysis : Glucose 2+ Blood 2+ RBC 3-5 /HP,WBC 1 Cell/HP.	WBC 14,600 $10^3/\mu\text{l}$, RBC 2.33 $10^6/\mu\text{l}$, HGB 6.7 g/dl, MCV 86.7 fL, MCH 28.9 fL Hct 20.2 %, Lymphocyte 7.2 %, PT 17 sec. BUN 77 mg/dL Cr 1.39 mg/dL GFR 37 ml/min/1.73m ² , K 4.76 mmol/L, Chloride98.5mmol/L, CO ₂ 19.2 mmol/L Magnesium 1.44 mg/dl. LFT: Calcium 7.5 mg/dl, Albumin 2.5 g/dl, ALT(SGPT) 6 U/L Alkaline phosphatase 284 U/L. Urine analysis : Protien 3+, Glucose 4+, Blood 3+, RBC 10-25 /HP, WBC 2-3 Cell/HP.

แผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ข้อมูลสนับสนุน S: ผมมีอ่อนเพลียเหงื่อออกตัวเย็น และท้องบวมโต อาเจียน เป็นเลือดสีดำคล้ำ 4 ครั้ง ถ่ายดำเป็นยางมะตอยกลิ่นเหม็น O: Hct 19 vol%, Hb=8.0g/dl, Plt count 227,000 cell/mm3, PT=18.1 sec NG tube มี Content coffee ground ประมาณ 200 ml ถ่ายดำ 1 ครั้ง ประมาณ 300 ml สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 152 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต=90/60 มิลลิเมตรปรอท, Oxygen saturation 99% วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกและภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น	1. ดูแลให้ได้รับ O2 Mask with mask 10 LPM / Bird respirator Keep O2 > 95% 2. วัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที /จนอาการคงที่ Keep map > 65 mmHg พบความผิดปกติของ Pulse > 140 ครั้ง/นาที , Blood pressure 90/60 mmHg, MAP < 65mmHg , Respiratory rate > 30 ครั้ง/นาที รายงานแพทย์ทันที 3. เปิดเส้นให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (เข็มเบอร์,18) จำนวน 2 เส้น 4. ดูแลการให้สารน้ำประเภท Crystalloids (0.9%NSS) /Colloid, Voluven)ตามแผนการรักษาของแพทย์ 5. เตรียเลือด/ส่วนประกอบของเลือด /ดูแลการให้เลือดชนิด Pack red cell, Whole blood ในผู้ป่วย หรือตามแผนการรักษาและให้ Fresh frozen plasma ในผู้ป่วยที่มี PT,PTT > 1.5 g/dl หรือตามแผนการรักษา 6. Monitor EKG ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจตลอดเวลาเฝ้าระวังสังเกตภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะเช่น PVC, VT, VF, Brady arrhythmias, Tachyarrhythmias พบความผิดปกติรายงานแพทย์ 7. ประเมิน Stage of Shock ทุก 1 ชั่วโมง 8. เฝ้าความเข้มข้นของเลือด Hct ทุก 6 ชั่วโมง/ตามแผนการรักษา 9. Retained NG tube NO 18 with bag 10. Retained foley's cath เพื่อบันทึกจำนวนปัสสาวะ 11. Lavage NG tube ด้วย NSS จน Clear/ตามแผนการรักษา 12. ดูแลให้ยา Omeprazole 40 mg q 12 hr, Sandostatin 4 amp+5DW 250 ml drip ทุก 8 hr ตามแผนการรักษา 13. ดูแลให้ยาCeftriaxone 2 gm +5DW 100 ml vein OD ตามแผนการรักษา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	14. จดน้ำและอาหารตามแผนการ 15. Record Urine out put ทุก 1 ชม. Keep urine > 30cc/hr/0.5 cc/min หรือน้อยกว่า 200cc ใน ชั่วโมง รายงานแพทย์ 16. ติดตามผลการตรวจเลือด ได้แก่ CBC, Blood Chem, Coagulopathy, ผิดปกติรายงานแพทย์ 17. เตรียมรถ Emergency /Endotracheal tube ในกรณีผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและแพทย์พิจารณาต้องใส่ท่อช่วย 18. ดูแลให้ผู้ป่วย Absolute bed rest 19. ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวทางด้านจิตใจ การประเมินผล 1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ : ชีพจร 112 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 134/93 มิลลิเมตรปรอท, MAP > 65 mmHg, Oxygen saturation > 99% 2. Hct 30 vol%, Hb 8.0g/dl, Plt count > 227,000 3. Urine out put > 30ml /hr.
2. มีภาวะHyperglycemia ข้อมูลสนับสนุน S: 5 ปีที่แล้วมีประวัติน้ำตาลในเลือดสูง แพทย์แจ้งว่าเป็นโรคเบาหวาน ได้ยามินและนัตพบแพทย์ทุก 2 เดือน O: DTX 523 mg% ได้รับยา RI 10 unit sc pm วัตถุประสงค์การพยาบาล 1. ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง 2. ลดระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ 3. ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง	1. สังเกตระดับความรู้สึกลึกซึ้งและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เช่น ชิม กระวนกระวาย ซักหรือหมดสติ เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันทั่วทั้งที่ 2. วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงและวางแผนการช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้งที่ 3. ดูแลให้ได้รับยา RI 10 unit sc ตามแผนการรักษาของแพทย์ 4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาเพื่อป้องกันภาวะการขาดน้ำ ซึ่งจะก่อให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ 5. จะเลือกตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังให้ RI เพื่อประเมินระดับน้ำตาลในเลือดและวางแผนให้การพยาบาลได้ถูกต้อง 6. เฝ้าระวังการเกิดอาการน้ำตาลในเลือดต่ำหลังได้รับยา โดยสังเกตอาการ หลังได้รับอินซูลิน เช่น มึนงง ปวดศีรษะ หาว ตาพร่ามัว พูดไม่ชัด เหงื่อออก ตัวเย็น ผิวหนังแห้ง ตาลึกโป้ ถ้าพบรีบแจ้งพยาบาลเพื่อสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ถูกต้อง 7. ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อเฝ้าระวังระดับน้ำตาลในเลือดสูง ทุก 6 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา ถ้าพบระดับน้ำตาลสูงหรือต่ำกว่าปกติ รายงานแพทย์ทราบ เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันทั่วทั้งที่ การประเมินผล 1. ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ 112 -158 mg% แพทย์ให้สังเกตอาการต่อ 2. ผู้ป่วยไม่มีอาการของน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ น้ำหนักลด อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน หอบ ระดับความรู้สึกลึกซึ้ง ชีวมลง หมดสติ 3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 96 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/65 มิลลิเมตรปรอท
3. มีภาวะElectrolyte imbalance ข้อมูลสนับสนุน S: มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย อาเจียนสีน้ำตาล ร่วมกับถ่ายดำคล้ายขางมะตอย O: มีภาวะ Electrolyte imbal -Sodium 132.3 m mol/L (ปกติ 135 - 145) -Potassium 4.74 m mol/L (ปกติ 3.5 - 5.5) -Chloride 98.5 m mol/L (ปกติ 100 - 106)	1. สังเกตภาวะขาดสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เช่น ผิวหนังแห้ง ปัสสาวะน้อย ชีวม ตัวเย็น เป็นต้น เพราะจะช่วยให้การประเมินระดับความรุนแรงของภาวะขาดน้ำได้ 2. ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามการรักษาของแพทย์ช่วยทดแทนน้ำและเกลือแร่ที่สูญเสียไป 3. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะอิเล็กโทรไลต์ไม่สมดุล คือ หัวใจเต้นเร็วหรือช้ากว่าปกติ คลื่นไส้ อ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชาปลายมือและปลายเท้า หายใจลำบาก 4. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อเพิ่มระดับความสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ ให้ 50% MgSO₄ ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
- CO2 18.4 mmol/L (ปกติ 24 - 30) วัตถุประสงค์: เพื่อดำรงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกายในร่างกาย	5. แนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีสารอิเล็กโทรไลต์สูง ได้แก่ ผลไม้และน้ำผลไม้ที่มีรสเปรี้ยวกล้วย ฝรั่ง แอปเปิ้ล ผัก เนื้อสัตว์ และควรปรับลดลงหลังจากค่าอิเล็กโทรไลต์เป็นปกติ 6. บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าออก และปริมาณของน้ำปัสสาวะ เพราะเป็นการประเมินการสมดุลของน้ำเข้าออกของร่างกายและถ้าปัสสาวะออกน้อยอาจแสดงถึงภาวะขาดน้ำได้ 7. วัด Vital sign ทุก 1 ชม. เพราะเป็นการประเมินสัญญาณชีพของร่างกาย โดยเฉพาะความดันโลหิต และติดตามดู EKG ถ้าพบ T wave สูง QRS Complex กว้าง ต้องรีบรายงานแพทย์ทันที 8. ติดตามผล Lab Electrolyte และ ABG รายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ ติดตาม การรักษาของแพทย์ เพราะ Na, K เป็นค่าที่บ่งถึงเกลือแร่ภายในร่างกายและช่วยในการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะขาดน้ำและอิเล็กโทรไลต์ได้ 9. ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่ค่อยรู้สึกตัว ยกร่างขึ้นเตียงขึ้น ระวังอันตรายจากการชัก ประเมินระดับความรู้สึกตัวทุกชั่วโมง ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงรายงานแพทย์ทันที ประเมินผล : ผู้ป่วยรู้สึกตัวทำตามคำบอกได้ GCS E4VTM6 สัญญาณชีพ ชีพจร 112 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ปริมาณสารน้ำ Urine >30 ml/hr ค่า Electrolyte อยู่ในเกณฑ์ปกติ
4. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดท้องและลำไส้ NG tube ข้อมูลสนับสนุน S: ถอดออกได้ไหมสายที่งอก ผมเจ็บ ผมปวดท้องเวลาถ่าย O: ผู้ป่วยบ่นปวดแน่นท้องและเจ็บบริเวณงอก บริเวณคอ บ่นเจ็บคอมากเวลากลืนน้ำลาย Pain score 10 คะแนน วัตถุประสงค์: เพื่อให้สุขสบาย อาการปวดลดลง	1. ประเมินอาการปวด ทุก 4 ชั่วโมง ประเมินอาการไม่สุขสบายจากอาการปวด อาการไข้ สอบถามกิจกรรมที่ทำให้ปวดมากขึ้น และทำให้มีอาการปวดลดลง 2. จัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยสุขสบายที่สุด 3. เชื้อในสิ่งที่ผู้ป่วยบอกว่าปวดแสดงว่าปวดจริง 4. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้นอนพัก หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมที่ไม่จำเป็นที่จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการปวดมากขึ้น 5. ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแนวทางการรักษาและประเมินคะแนนความปวดก่อนและหลังได้ยา 6. แนะนำวิธีการจัดการกับอาการปวดใช้เทคนิคการหายใจผ่อนคลาย และใช้ดนตรีบำบัด ประเมินผล 1. ผู้ป่วยบ่นไม่ปวดมาก ประเมิน pain score ด้วย Visual analog scale = 3 คะแนน 2. ได้ขอยาแก้ปวด Paracetamol 2 tabs oral Pm. 3. นอนหลับได้เวลาพักผ่อน ไม่เจ็บคอมาก อาการทุเลา
5. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากมีภาวะซีดจากการสูญเสียเลือดในทางเดินอาหาร ข้อมูลสนับสนุน S: อ่อนเพลียเหนื่อยง่าย หายใจไม่อิ่ม O: Hct 19 vol%, Hb=8.0g/dl, Plt count 227,000 cell/mm3, PT=18.1 sec, WBC =22,700 cell/mm3, Neutrophil 75.0 % NG tube มี Content coffee ground ประมาณ 200 ml, ถ่ายดำ 1 ครั้ง ประมาณ 300 ml วัตถุประสงค์การพยาบาล: ร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอ	1. ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา on o2 cannula 3 lpm/ oxygen saturation monitor ตามแผนการรักษาเพื่อประเมินการได้รับออกซิเจนของผู้ป่วย Keep > 95 2. ให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง เพื่อช่วยให้ปอดขยายตัวได้ดีขึ้น 3. ถ้าเสียเลือดมากดูแลให้ได้ PRCตามแผนการรักษาของแพทย์ และเฝ้าระวังผลข้างเคียงของการให้เลือดด้วย 4. ดูแลให้ได้รับยาลดกรดยาที่ช่วยให้หลอดเลือดแข็งตัว ทางหลอดเลือดดำ ดูแลให้ยา Omeprazole 40 mg q 12 hr, Sandostatin 4 amp+5DW 250 ml drip ทุก 8 hr ยาน้ำ Ceftriaxone 2 gm +5DW 100 ml vein OD ตามแผนการรักษา 5. ช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆและพยายามให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน เพื่อลดการใช้ออกซิเจน 6. สังเกตระดับความรู้สึกตัว/การหายใจ/อาการ cyanosis/อาการซีด/อาเจียนเป็นเลือด/ ถ่าย melena/ถ่ายเป็นเลือดสด 7. ติดตามผล Lab CBC, PT,PTT,INR Hct q 6 hr , Hb ตามแผนการรักษาเพื่อประเมินภาวะซีด 8. ตาม PRC มาให้ตามแผนการรักษาของแพทย์ 9. ประเมิน Hct หลังผู้ป่วยได้รับเลือด ค่า Hct ลดลง > 3 vol% มีอาเจียนถ่ายดำ, NG tube active bleed มีอาการถ่ายดำ รายงานให้แพทย์ทราบทันที

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
6. แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคและกิจกรรมการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ป่วยบอกว่านอนไม่หลับ อ่อนเพลีย มีอาการเสียงคนขึ้นปลดดังตลอด เวลานอนแสงไฟแยงตา กลางคืนนอนหลับๆ ตื่นๆ กลางวันนอนไม่ได้ เสียงดัง O: ลักษณะสีหน้าอ่อนเพลีย นอนไม่หลับสนิท พลิกตะแคงตัวไปมา วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้เพียงพอ	การประเมินผล ค่า oxygen saturation 99 % ค่า Hb 8.0g/dl, Plt count 270,000 cell/mm³, PT< 18.1 sec, WBC =22,700 Cell/mm³, Neutrophil = 77% 1. ประเมินอาการนอนไม่หลับ โดยการสังเกต และรับฟังปัญหาของผู้ป่วยและเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและสอบถามข้อสงสัย 2. อธิบายเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ ตามความเหมาะสมและให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวให้ผู้ผู้ป่วยเข้าใจ 3. จัดสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมการนอนหลับ ตามความเหมาะสม เช่น ย้ายเตียงผู้ป่วยให้ไปอยู่ใน zone ผู้ป่วยที่มีอาการวิตกกังวลไม่มากเพื่อผู้ป่วยจะได้ไม่มีเสียงที่รบกวนจากการที่มีผู้ป่วยใหม่เข้ารับการรักษา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้การจัดการด้านสิ่งแวดล้อมต่างๆ - ลดเสียงจากเครื่องช่วยหายใจ monitor ต่าง ๆ โดยลดระดับเสียงให้เบาที่สุดเท่าที่จะสามารถได้ยินเมื่อเครื่องร้องเตือนหากผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ - ลดเสียงของเจ้าหน้าที่ขณะปฏิบัติงาน เช่น ลดการสนทนา ไม่รับ-ส่งเวรข้างเตียงผู้ป่วยและเสียงจากการเดิน - พิจารณาให้ผู้ผู้ป่วยใส่ Ear plug ในรายที่ผู้ป่วยยินยอม - จัดการด้านแสง โดยปิดไฟหลอดที่ไม่จำเป็นหรือใช้ผ้าปิดตาให้ผู้ผู้ป่วยในรายที่ต้องการ 4. จัดการด้านกิจกรรมการพยาบาลที่ทำในตอนกลางคืนเฉพาะที่จำเป็นเพื่อลดการรบกวนการนอนของผู้ป่วย - ส่งเวรเกี่ยวกับการนอนของผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง กรณีที่ผู้ป่วยนอนไม่หลับติดต่อกัน 2-3 วัน ควรมีการประสานงานกับแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยานอนหลับต่อไป 5. การส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยสุขสบาย การให้ข้อมูลที่ครบถ้วน โดยเช่น บอกให้ผู้ผู้ป่วยทราบว่าเสียงที่เกิดจากเครื่องช่วยหายใจ หรือ monitor ต่าง ๆ เป็นเสียงที่ช่วยเตือนพยาบาลให้ทราบว่าผู้ป่วยอาจจะมีการผิดปกติจะได้ให้การดูแลได้ทันทั่วถึง - ให้ข้อมูลเรื่องแนวทางการรักษาเพื่อลดความวิตกกังวล การประเมินผล ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้นไม่มีอาการหาวนอน ขอบตาไม่คล้ำ ขณะพูดคุยให้ความร่วมมือไม่แสดงอาการหงุดหงิด กลางคืนนอนได้มากขึ้นไม่หลับๆ ตื่นนอนหลับต่อเนื่อง 5-6 ชั่วโมง/วัน
7. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือดปริมาณมาก ข้อมูลสนับสนุน S: หนาววลาได้รับเลือด ไม่มีอาการคัน O: ผู้ป่วยได้รับเลือด ชนิด PRC vein free flow มีอาการหนาวสั่นขณะรับเลือด ไม่มีอาการคันหรือแน่นหน้าอก วัตถุประสงค์: ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือด	1. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ ระหว่างให้เลือด ถ้าพบความผิดปกติให้หยุดให้เลือดและรายงานแพทย์ 2. สังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับเลือด เช่น อาการเหนื่อยหอบ แน่นหน้าอก ผื่นลมพิษ ไข้ หนาวสั่น ชักหมดสติ หรือซึมลง ให้หยุดให้เลือดทันที และรายงานแพทย์ 3. ดูแลให้ได้รับยา Lasix 20 mg vein ก่อนก่อนให้เลือด เช่น ยาแก้แพ้ ยาแก้ไอ ยาขับปัสสาวะ 4. ดูแลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับเลือดตามแผนการรักษาที่ถูก ชื่อ- สกุล ตรง group เลือดตรงตามแผนการรักษาของแพทย์ 5. สังเกตอาการผิดปกติที่เกิดจากการอาการแพ้เลือด เช่น ภาวะหัวใจวาย อาการเหนื่อยหอบ แน่นหน้าอก ผื่นลมพิษ ไข้ หนาวสั่น ชักหมดสติ หรือซึมลง ให้หยุดให้เลือดทันที และรายงานแพทย์ 6. สังเกตอาการแสดงของภาวะติดเชื้อที่อาจปนมากับเลือด เช่น อาการตัวอาเจียร อ่อนเพลีย เนื่องจากไวรัสตับอักเสบ 7. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประเมินผล ผู้ป่วยสัญญาณชีพปกติ ไม่มีอาการผิดปกติระหว่างได้รับเลือด เช่น อาการผื่นลมพิษ แน่นหน้าอก มีเพียงอาการหนาวขณะรับเลือด หลังจากนั้นอาการผู้ป่วยดีขึ้นไม่มีความดันโลหิตสูง อาการชัก ซึมผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการปกติ

กรณีศึกษาตอนที่ 2 ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 75 ปี อาการสำคัญที่
เข้ารับการรักษา อาเจียนเป็นเลือดและมีถ่ายดำร่วม โดยจากการซัก

ประวัติจากสาเหตุจากพฤติกรรมในการรับประทานอาหารและการทานยาชุด ยาสมุนไพร ชาดื่ม ชาหม้อ อีกทั้งผู้ป่วยมีภาวะโรคร่วม ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไขมันอุดตันในหลอดเลือดและภาวะไตวายเรื้อรัง เมื่อมีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารจากการมีอาเจียนและถ่ายอุจจาระผู้ป่วยมีภาวะ Hypovolumic shock ในด้านการรักษาภาวะช็อกด้วยการให้สารน้ำและการได้รับเลือดทดแทนร่วมกับการให้ยากดกรด H₂ receptor, Proton pump Inotropic drug, Antibiotic การทำหัตถการ คือการรักษาแบบ ใส่สาย Sengstaken blakemore tube แทนการส่องกล้อง EGD อาการของผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ สามารถ off Sengstaken blakemore tube แต่ยังมีภาวะเลือดออกซ้ำซึ่งอาการและอาการแสดงคือมีถ่ายดำและค่า Hct ลดลง ได้รับการรักษาด้วยการให้เลือดอีกครั้ง อาการผู้ป่วยจึงดีขึ้นตามลำดับ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาอาการเบื้องต้นให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤติแล้ว ผู้ป่วยยังมีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารซ้ำได้ตลอดเวลา เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง และการเจ็บป่วยจากโรคประจำตัว พยาบาลผู้ดูแลจึงควรตระหนักใน ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยด้วยการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกซ้ำที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ทั้งขณะรับการรักษาและเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อร่างกายผู้ป่วยคือเกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือดคือมีอาเจียนและการถ่ายดำทำให้มีผลต่อการทำงานของร่างกาย เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะรับการรักษา

บทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการเฝ้าระวังภาวะช็อก ตั้งแต่กระบวนการ Assessment ปัญหาโดยการค้นหาความเสี่ยงจากประวัติการเจ็บป่วยในอดีตประวัติการได้รับยาเดิมผลการตรวจร่างกายเบื้องต้น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อาการแสดงทางคลินิกการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ จะช่วยให้พยาบาลประเมินและให้การพยาบาลป้องกันการเกิดภาวะช็อกได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นทั้งในแผนกผู้ป่วยนอกแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและในแผนกผู้ป่วยในใช้เป็นเครื่องมือในการคัดกรองและประเมินผู้ป่วยเพื่อช่วยเหลือ resuscitation ไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อก พยาบาลสามารถคัดกรองและดูแลผู้ป่วยตามความรุนแรงของโรค และสามารถรายงานแพทย์ได้ทันเวลา

2. ควรมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยในการประเมินความเสี่ยงอัตราการเสียชีวิตร่วมกันระหว่างแพทย์และพยาบาล คือ การประเมิน Rockall Score ร่วมกับการประเมิน Class of shock เนื่องจากผู้ป่วยมีโอกาสการเสียชีวิตสูง

3. การดูแลผู้ป่วยควรดูแลเป็นระบบ FAST เพื่อที่ผู้ป่วยจะเข้าถึงบริการได้รวดเร็วได้รับการช่วยเหลือที่ทันทั่วถึง

4. ควรมีการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกซ้ำ จนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่าย

เอกสารอ้างอิง

1. Scottish Intercollegiate Guideline Network [SIGN]. (2008). Management of acute upper and lower gastrointestinal bleeding. Retrieved April 24, 2015, from <http://www.sign.ac.uk/guideline/fulltext/50>.
2. Bong Six M K et al. (2014). Diagnosis of gastrointestinal bleeding: A practical guideline for clinicians. **Word journal of gastrointestinal pathophysiology**, 5(4), 467-478. Retrieved June 24, 2020, from <http://www.wjgnet.com/esps/helpdesk.aspx>.
3. Boonpongmanee S, Feischer DE, Pezzullo JC, Collier K, Mayoral W, Al-Kawas F et al. (2013). **The frequency of peptic ulcer as a cause of upper –GI bleeding is exaggerate. Gastrointes Endosc.** 2013 (59) 78-94.
4. Yoo J L et al. (2016). Predictive factor of mortality within 30 day in patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. **Korean J Intern Med**, 31, 54-64. Retrieved June, 2020, from <https://dx.doi.org/10.3904/kjim.2016.31.1.54>.
5. สมาคมแพทย์ส่องกล้องทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย (2557). **แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะ เลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นในประเทศไทย**. ค้นเมื่อ 1 มิถุนายน 2562, จาก <http://www.thaitage.org/Thai/document/Guideline%20UGI%20Bleeding%202014.pdf>
6. สถิติข้อมูล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. **งานข้อมูลและสถิติ**. กาฬสินธุ์: โรงพยาบาลกาฬสินธุ์; 2560-2562. (อัครานา)