

## บทความวิชาการทางการแพทย์พยาบาล

**การพยาบาลเพื่อการเตรียมความพร้อมเพื่อความปลอดภัยในการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น  
ในผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันในภาวะฉุกเฉิน**

ปราณีต จงพันนิมิตร, พย.ม., ดาราวรรณ รongเมือง, ประ.ค.

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

Received: May 19, 2021 Revised: August 25, 2021 Accepted: November 5, 2021

## บทคัดย่อ

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันเป็นภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรม ทำให้ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตต่ำมากอย่างรวดเร็วจนเกิดภาวะช็อกและเสียชีวิตในที่สุด บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการพยาบาลเพื่อการเตรียมความพร้อมเพื่อความปลอดภัยในการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นในผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันในภาวะฉุกเฉิน เนื้อหาในบทความประกอบด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลัน การส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นในภาวะฉุกเฉิน และการพยาบาลเพื่อการเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย และจิตใจ เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการตาย และเพิ่มคุณภาพการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยผ่านภาวะวิกฤตได้อย่างปลอดภัย

**คำสำคัญ:** การส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น, เลือดออกในทางเดินอาหาร, การพยาบาล, ภาวะฉุกเฉิน

## ACADEMIC ARTICLE

**Safe Nursing Care for Emergency Esophagogastroduodenoscopy Preparation in Patients with  
Acute Upper Gastrointestinal Bleeding**

Pranit Jongpantanimitt, M.N.S., Daravan Rongmuang, Ph.D.

Phrapokklao College of Nursing

## ABSTRACT

Acute upper gastrointestinal bleeding is a surgical emergency, causing the patient to have low blood pressure very quickly triggering shock and death. This article aims to present the safe nursing care for emergency esophagogastroduodenoscopy preparation in patients with acute upper gastrointestinal bleeding. The context of the article includes acute gastrointestinal bleeding, emergency esophagogastroduodenoscopy in patients with acute upper gastrointestinal bleeding, and nursing for physical and mental preparation. To reduce complications, reduce mortality, and improve nursing quality, ensuring that the patient can pass through the crisis safely.

**KEYWORDS:** esophagogastroduodenoscopy, gastrointestinal hemorrhage, nursing, emergency

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันเป็นภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรม ซึ่งอาการแสดงที่ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ อาเจียนเป็นเลือดสด (hematemesis) หรือเลือดเก่า (coffee ground) ถ่ายอุจจาระดำและมีกลิ่นคาวเลือด (melena) หรือถ่ายเป็นเลือดสด (hematochezia) สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการทำลายของเนื้อเยื่อในระบบทางเดินอาหาร ทำให้เพิ่มการหลังกรดเปปซินมากขึ้น เกิดแผลในกระเพาะอาหาร ถ้าแผลเข้าไปถึงหลอดเลือดขนาดใหญ่จะทำให้เกิดภาวะตกเลือดอย่างรุนแรง จากการมีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นในปริมาณมากกว่า 1,000 มล. ทำให้ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตต่ำมากอย่างรวดเร็วจนเกิดภาวะช็อก และเสียชีวิตในที่สุด ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น พบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง 2 เท่า โดยอุบัติการณ์เลือดออกมากในทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลัน 40-150 ครั้ง ต่อประชากร 100,000 คน และพบอัตราการตาย (ร้อยละ 2-10)<sup>1</sup> ในการรักษา แพทย์จะรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ไว้ในโรงพยาบาลเพื่อวินิจฉัยและรักษา สำหรับการรักษาประกอบด้วย การให้สารน้ำทดแทน (fluid resuscitation) และการรักษาด้วยยา นอกจากนี้ในการส่องกล้องเพื่อการวินิจฉัยและรักษา ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น ซึ่งการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นในภาวะฉุกเฉินมีความซับซ้อนและมีความเสี่ยงสูงหากขาดการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการตรวจรักษาได้ตามเวลาที่กำหนด รวมถึงอาจเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น โรงพยาบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยควรได้รับการตรวจรักษาด้วยวิธีการส่องกล้องภายใน 24 ชั่วโมง นับจากที่มีอาการ จะสามารถทำให้แพทย์ตรวจรักษาโรคได้เร็วขึ้น ลดอัตราการตาย ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลได้<sup>2</sup> สาเหตุของความไม่พร้อมในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อการตรวจรักษาเกิดจาก ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงหรือต่ำมาก, ภาวะช็อคมาก, ค่าการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ มีการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด ได้แก่ Acetylsalicylic acid, Plavix หรือ Warfarin การล้างกระเพาะอาหารไม่สะอาดพอยังมีเลือดแดงสดในสายสวนกระเพาะอาหาร

(nasogastric tube) การมีค่าอิเล็กโทรไลต์ในเลือดผิดปกติ ได้แก่ Potassium และ Sodium สูงหรือต่ำ และยังไม่ได้รับการแก้ไข มีการเต้นของหัวใจผิดปกติ ภาวะช็อค และผู้ป่วยบางรายมีระดับความรู้สึกตัวที่ผิดปกติ (alternative of conscious) ความสับสน ก้าวร้าว ไม่ให้ความร่วมมือในการตรวจรักษา มีการกีดทำลายอุปกรณ์กล้องส่องทางเดินอาหารส่วนต้น ซึ่งสาเหตุดังกล่าวข้างต้นทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการตรวจรักษาตามเวลาที่กำหนด โดยปกติกรณีไม่ฉุกเฉิน มีการวางแผนล่วงหน้าการตรวจรักษามักจะประสบความสำเร็จ แต่ในกรณีฉุกเฉินและผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกมากและเฉียบพลันจะยิ่งเพิ่มความยากในการเตรียมผู้ป่วย และมีโอกาสที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการตรวจตามที่กำหนดสูง

บทความวิชาการนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อนำเสนอแนวทางการเตรียมความพร้อมในการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นฉุกเฉินในผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลัน ประกอบด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลัน การส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นในภาวะฉุกเฉิน และการพยาบาลเพื่อการเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย และจิตใจ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นในภาวะฉุกเฉิน ทั้งนี้เพื่อให้พยาบาลที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวทางการปฏิบัติในการเตรียมความพร้อมในการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นฉุกเฉินในผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลัน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย รักษาได้อย่างรวดเร็ว สามารถวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับการรักษา เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดแก่ผู้ป่วย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการตาย และเพิ่มคุณภาพการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยผ่านภาวะวิกฤตได้อย่างปลอดภัย การเตรียมความพร้อมในการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นฉุกเฉินในผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันประกอบด้วย

#### ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลัน

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันเป็นภาวะที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารตั้งแต่ Esophagus, Stomach และ Duodenum โดยสิ้น

สุดที่ Ligament of Treitz พบอุบัติการณ์มากถึงร้อยละ 85-90 ของเลือดออกในทางเดินอาหารทั้งหมด โดยอาการจะมีความรุนแรงมากกว่าเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนล่าง สาเหตุของการมีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันมีสาเหตุมาจาก Variceal bleeding ได้แก่ หลอดเลือดของหลอดอาหารโป่งพองและแตก (ruptured esophageal varices) เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ และ Nonvariceal bleeding ส่วนใหญ่เกิดจากแผลในกระเพาะอาหาร (peptic ulcer) แผลในลำไส้ (duodenal ulcer) และกระเพาะอาหารหรือดิวอดินัมอักเสบ (gastritis/duodenitis) อาการที่พบได้บ่อยคือ อาเจียนเป็นเลือดสด (hematemesis) ถ่ายอุจจาระดำ และมีกลิ่นคาวเลือด (melena) หรือถ่ายเป็นเลือดสดๆ (hematochezia)<sup>1</sup> หากเสียเลือดมากในระยะเวลารวดเร็ว ปริมาณเลือดในหลอดเลือดลดลง เลือดกลับเข้าสู่หัวใจลดลง ถ้าเสียเลือดถึงร้อยละ 30 ทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะช็อค ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ กระวนกระวาย ใจสั่น ชีพจรแรง หงื่อออก ตัวเย็น ชีพจรเบาเร็ว และความดันโลหิตลดลง ส่งผลทำให้เลือดไปเลี้ยงไตลดลง ปัสสาวะไม่ออกหรือปัสสาวะน้อย การเสียเลือดยังทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและออกซิเจน เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายและสมองขาดออกซิเจน ผู้ป่วยจะมีอาการสับสน ไม่รู้สึกตัว และเลือดไปเลี้ยงลำไส้ลดลงทำให้เนื้อเยื่อของระบบทางเดินอาหารจะเน่าตายได้ ดังนั้นการวินิจฉัยและรักษาภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันฉุกเฉิน ผู้ป่วยจะต้องได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นทุกราย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการอาเจียนเป็นเลือดสด และถ่ายอุจจาระดำและมีกลิ่นคาวเลือด รวมถึงผู้ป่วยที่ถ่ายเป็นเลือดสดๆ และมีสัญญาณชีพที่ไม่คงที่ร่วมด้วย

#### การส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นฉุกเฉิน

การส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นในภาวะฉุกเฉิน เป็นการส่องกล้องตรวจเยื่อผิวบุหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนต้น โดยการสอดใส่สายยางเล็กๆ ที่สามารถงอได้ ปลายสายมีเลนส์ขยายและแสงสว่าง ซึ่งสามารถใส่ผ่านทางช่องปากเข้าไปเห็นภาพกล้องเสียง แล้วผ่านเข้าสู่หลอดอาหาร กระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นได้ โดยแพทย์จะดู

ผ่านจอภาพหรือผ่านทางกล้อง เพื่อดูว่าอะไรเป็นสาเหตุของอาการเจ็บป่วย และอาจมีการตรวจชิ้นเนื้อจากบริเวณที่ผิดปกติ รวมถึงสามารถหยุดเลือดออกร่วมด้วยได้ เพื่อยืนยันการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคได้อย่างถูกต้องและแม่นยำมากขึ้น ทั้งนี้เพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคได้อย่างทันที่ที่ผู้ป่วยปลอดภัย ซึ่งผู้ป่วยควรได้รับการตรวจรักษาด้วยวิธีการส่องกล้องภายใน 6-24 ชั่วโมงนับจากที่มีอาการ ร้อยละ 90-95 ทำให้แพทย์วินิจฉัยโรคได้เร็วขึ้น หรือหลัง Resuscitation จนผู้ป่วยอาการคงที่แล้ว เพื่อลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ลดอัตราตายได้<sup>2</sup> การรักษาด้วยการส่องกล้องใช้สำหรับการรักษาภาวะตกเลือดจากเส้นเลือดโป่งพองที่หลอดอาหาร (เช่น การรักษาโดยใช้ยางรัด และการฉีดด้วยกาว) และกรณีเลือดออกจากสาเหตุอื่น เช่น ด้วยการฉีดยา Epinephrine การจี้ด้วยความร้อน และการใช้ Clip<sup>1,3,4</sup>

การส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นฉุกเฉิน มักจะทำในผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูง ที่ต้องรีบทำทันทีหลังจาก Resuscitation จนผู้ป่วยมีสัญญาณชีพคงที่ สามารถส่งผู้ป่วยไปส่องกล้องที่ห้องผ่าตัดได้ หรือแม้แต่ในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มความเสี่ยงต่ำก็ควรทำให้เร็วที่สุดเมื่อพร้อม (urgent esophagogastroduodenoscopy) แต่อย่างไรก็ตามไม่ควรนานเกิน 24 ชั่วโมง เนื่องจากระยะเวลาที่นานขึ้นอาจทำให้มองเห็นรอยโรคได้ยากขึ้น<sup>1</sup> ในกลุ่มผู้ป่วยที่มี Clinical variable risk ความรุนแรงระดับปานกลางขึ้นไป โดยรายละเอียดการจำแนกคะแนนที่ใช้ทำนายความรุนแรงของภาวะทางเดินอาหารส่วนต้น แบ่งได้ 3 กลุ่มดังนี้ กลุ่ม 1 Mild (non urgent) เป็นกลุ่มมีความรุนแรงน้อย คะแนน<4 ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะให้การรักษารูปแบบ Conservative treatment ไม่มีการให้เลือด สามารถนัดเวลาการส่องกล้องแบบ Elective (ตั้งแต่ 96 ชั่วโมง -10 วัน) และอาจให้การรักษารูปแบบผู้ป่วยนอกได้ กลุ่ม 2 Moderate (urgent) เป็นกลุ่มที่มีความรุนแรงปานกลาง คะแนนอยู่ระหว่าง 4-16 คะแนน ควรรับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาล มีการดูแลเพิ่มเติม มีการให้ Resuscitation ให้สารละลาย และเลือดตามข้อบ่งชี้ การส่องกล้องในช่วงเวลาที่เข้ารักษาในโรงพยาบาล (ตั้งแต่ 24 ชั่วโมง -96 ชั่วโมง กลุ่ม 3 severe (emergent) เป็นกลุ่มมีความรุนแรงมาก คะแนน>16 มักจะมีค่าความดันโลหิต

ต่ำกว่า 100/60 มิลลิเมตรปรอท (mmHg) ต้องให้ Vigorous resuscitation เข้ารับการรักษายาบาลใน ICU เพื่อให้ Close monitoring ต้องให้มีการส่องกล้อง Endoscopy แบบฉุกเฉิน (<24 ชั่วโมง)

ตารางที่ 1 ตารางแสดงคะแนนสำหรับคัดแยกความรุนแรงของภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น<sup>5</sup> (clinical variable risk)

| ลักษณะผู้ป่วย               | ตัวกำหนด (criteria) | ค่าคะแนน (assigned score) |
|-----------------------------|---------------------|---------------------------|
| อายุ (ปี )                  | <60                 | 0                         |
|                             | >60                 | 1                         |
| ชีพจร (ครั้ง/นาที)          | <100                | 0                         |
|                             | ≥100                | 1                         |
| ความดันโลหิตซิสโตลิก (mmHg) | <100                | 10.5                      |
|                             | ≥100                | 0                         |
| ระดับฮีโมโกลบิน (g/dL)      | <10                 | 6                         |
|                             | ≥10                 | 0                         |
| ระดับ BUN (mg/dL)           | <35                 | 0                         |
|                             | >35                 | 2                         |
| ภาวะตับแข็ง                 | ไม่มี               | 0                         |
|                             | มี                  | 2                         |
| ภาวะตับวาย                  | ไม่มี               | 0                         |
|                             | มี                  | 4.5                       |

กรณีมี Massive bleeding เตรียมความพร้อม Oxygen support, Airway care เพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ ฝ้าระวังภาวะระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง (Conscious change) และเตรียมความพร้อมในการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดเพื่อรักษาระดับ Hct 25%, Plt 100,000 PT, INR 1.5 เพื่อป้องกันภาวะช็อค บางรายต้องการการผ่าตัดเพื่อห้ามเลือดหรือช่วยชีวิต และอยู่ใน Shock category class II และ III (class II hemorrhage: เลือดออกร้อยละ 15-30 ผู้ป่วยจะเริ่มมีหัวใจเต้นเร็ว (tachycardia) หายใจเร็ว (tachypnea) Narrow pulse pressure ผู้ป่วยควรได้รับสารน้ำทดแทน แต่อาจไม่จำเป็นต้องได้สารประกอบของเลือด และ Class III hemorrhage: เลือดออกร้อยละ 30-40 ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการของเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ไม่เพียงพอระดับความดันโลหิตต่ำลง หัวใจเต้นเร็วขึ้น ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยต้องได้รับสารประกอบของเลือดและได้รับการห้ามเลือดทันที<sup>5</sup> เพื่อให้ผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นทุกคนได้รับการคัดแยกความรุนแรงและได้รับการส่องกล้องในเวลาที่เหมาะสม และมีอัตรา Rebleeding และอัตราเสียชีวิตที่ลดลง การส่องกล้องในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันควรทำในห้องผ่าตัดโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเพื่อที่จะสามารถให้การ

รักษาได้โดยการหยุดเลือดออกผ่านอุปกรณ์ช่วยหยุดเลือดได้ในเบื้องต้น และทำผ่าตัดได้ ซึ่งขึ้นกับความรุนแรงของอาการเลือดออก และสุขภาพของผู้ป่วยด้วย เช่น มีโรคร่วมหลายอย่างรุนแรง เพื่อเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่มีอาการ หรือสัญญาณชีพไม่คงที่ และหาสาเหตุการรักษาต่อไป การส่องกล้องดูจุดเลือดออกโดยเร็วแล้วจี้ด้วยไฟฟ้า หรือใช้ยาให้เลือดหยุดการรั่วไหลลดเลือดชอดในหลอดอาหารด้วยยางผ่านทางกล้อง (endoscopic variceal ligation, EVL) เป็นการรักษาภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารเฉียบพลันจากหลอดเลือดชอดในหลอดอาหาร ป้องกันการเกิดเลือดออกจากหลอดเลือดชอดในหลอดอาหารขนาดใหญ่หรือมีความเสี่ยงสูง ในรายที่เลือดออกรุนแรงมากอาจต้องอุดจุดรั่วของหลอดเลือดด้วยการทำ Embolization กรณีที่เลือดออกมากไม่สามารถส่องกล้องวินิจฉัยได้อาจพิจารณาการตรวจพิเศษอื่นๆ เช่น การตรวจภาพหลอดเลือดในระบบทางเดินอาหารด้วยการฉีดสี สารทึบแสง (angiography) พิจารณาทำผ่าตัดเพื่อผูกหลอดเลือด<sup>6</sup>

การพยาบาลเพื่อการเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย และจิตใจเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นในภาวะฉุกเฉิน

พยาบาลเป็นบุคคลหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญ ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับการตรวจรักษาได้ตามระยะเวลาที่กำหนด และเกิดความปลอดภัยทั้งในระยะก่อน ระหว่าง และภายหลังการตรวจรักษา ซึ่งแนวทางการพยาบาลเพื่อการเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย และจิตใจเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นในภาวะฉุกเฉิน ประกอบด้วย

1. การพยาบาลเพื่อการเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย ประกอบด้วย การประเมินเบื้องต้นและการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในการรับการตรวจรักษาด้วยการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญมาก ที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาในเวลาที่กำหนด เกิดความปลอดภัย สามารถทำได้โดย

1.1 การประเมินผู้ป่วยก่อนส่งตรวจส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น ได้แก่ 1) การจำแนกผู้ป่วย

ตามความเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ (low risk) คะแนน Blatchford score=0 (สามารถ discharge ได้โดยไม่ต้องส่องกล้อง) และกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง (high risk) เช่น อายุมากกว่า 60 ปี มีโรคร่วมระบบอื่นๆ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคตับแข็ง ไตวายเรื้อรัง สัญญาณชีพไม่คงที่ และมีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น เนื้องอกเป็นต้น 2) ความรุนแรงของเลือดที่ออก เช่น มีเลือดสดออกทาง nasogastric tube ตลอดเวลา อาเจียนเป็นเลือด หรือถ่ายเป็นเลือดสด สัญญาณชีพไม่คงที่ เริ่มจะเข้าสู่ภาวะช็อก ต้องให้เลือดมากกว่า 6 ยูนิต ใน 24 ชั่วโมง หรือมีภาวะเลือดออกซ้ำ 3) จำแนกว่าเลือดออกจากหลอดเลือดดำหรือหลอดเลือดแดงหรือไม่ มีความสำคัญในการวางแผนในภาวะวิกฤติ โดยเฉพาะการเลือกยาที่ห้ามเลือดที่เหมาะสม ได้แก่ Somatostatin octreotide หรือ Terlipressin เป็นต้น<sup>7</sup>

ตารางที่ 2 คะแนน Glasgow-blatchford score<sup>8</sup>

| Admission risk marker                     | Scores |
|-------------------------------------------|--------|
| BUN (mg/dl) 6.5-7.9                       | 2      |
| 8.0-9.9                                   | 3      |
| 10.0-24.9                                 | 4      |
| ≥25.0                                     | 6      |
| Hemoglobin (g/L) 12-12.9 (M), 10-11.9 (F) | 1      |
| 10-11.9 g/L (M)                           | 3      |
| <10 (M and F)                             | 6      |
| Systolic BP (mmHg) 100-109                | 1      |
| 90-99                                     | 2      |
| <90                                       | 3      |
| Other markers                             |        |
| Pulse ≥100/min                            | 1      |
| Presentation with melena                  | 1      |
| Presentation with syncope                 | 2      |
| Hepatic disease                           | 2      |
| Cardiac failure                           | 2      |

1.2 การแก้ไขภาวะวิกฤติเบื้องต้น หากประเมินแล้วผู้ป่วยเกิดภาวะช็อก จะต้องให้การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก ได้แก่ 1) การเปิด Peripheral intravenous catheter เบอร์ 18-20 เพื่อให้สารน้ำและการทดแทนการให้เลือด ชนิดของสารน้ำที่ให้คือ Crystalloid เช่น RLS, NSS ถ้าผู้ป่วยเสียเลือดมาก ให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด เพื่อป้องกันภาวะช็อก

ให้ Oxygen support หากจำเป็นอาจต้องเตรียมอุปกรณ์เพื่อใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (central venous pressure; CVP) ตามการรักษาของแพทย์ เพื่อเฝ้าระวังติดตามอาการทาง Hemodynamics โดย Keep CVP 10-12 cmH<sub>2</sub>O, Urine output >0.5 cc/kg/hour 2) การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและติดตามผลการตรวจก่อนส่งผู้ป่วยส่องกล้อง ได้แก่ ค่า INR <1.5, Platelet

>100,000 mm<sup>3</sup>, Hematocrit ≥ 25% (ในการประเมิน hematocrit ในระยะแรก อาจไม่มีพบการเปลี่ยนแปลงควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง โดย hematocrit ควรอยู่ในช่วงร้อยละ 28-30), Potassium ควรอยู่ในช่วง 3.5-5.0 mmol/l, ควรอยู่ในช่วง Sodium 136 - 145 mmol/l และผู้ป่วยอายุ ≥ 40 ปี ควรได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiogram) และการตรวจเอกซเรย์ทรวงอก (chest x - ray) เพื่อประเมินความผิดปกติ และสามารถให้การแก้ไขความผิดปกติก่อนส่งผู้ป่วยส่องกล้อง<sup>9</sup> 3) การสวนล้างกระเพาะผ่าน nasogastric tube เป็นการประเมินความรุนแรงของภาวะเลือดออก และล้างกระเพาะอาหารเตรียมพร้อมสำหรับการส่องกล้อง<sup>10</sup> การสวนล้างกระเพาะต้องทำการล้างจนกว่าน้ำที่ออกมาจะใส หรือไม่มี Blood clot เพื่อประเมินภาวะเลือดกำลัออก หยุดแล้วและเพื่อการส่องกล้องที่เห็นได้ชัด 4) ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที จนกระทั่งหลังจากนั้นทุก 1 ชั่วโมง รักษาระดับค่าเฉลี่ย HR 60-100 ครั้ง/นาที, RR 12-18 ครั้ง/นาที, SBP 90-120 mmHg/ DBP 60-90 mmHg, SPO<sub>2</sub> 95-100% มีระดับความรู้สึกตัวดี (good conscious) กรณีผู้ป่วยทำ EGD โดยใช้ LA<sup>11</sup> 5) NPO 4-6 ชั่วโมง<sup>12</sup> 6) การดูแลช่วยเหลือในการห้ามเลือด ซึ่งขึ้นกับตำแหน่งที่มีภาวะเลือดออก เช่น มีเลือดออกบริเวณหลอดอาหารต้องดูแลเกี่ยวกับการใส่บอลูนห้ามเลือด (sengstaken blakemore tube) ไปกดบริเวณที่มีเลือดออก ซึ่งพยาบาลต้องคอยดูแลไม่ควรใส่นานเกิน 24 ชม. เพราะอาจมีผลกดทับที่บริเวณที่ถูกโป่งกดได้ พยาบาลต้องเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมใช้ และมีความชำนาญ ทำหัตถการได้อย่างรวดเร็ว 7) ประเมินสาเหตุเบื้องต้นจากประวัติผู้ป่วย การตรวจร่างกาย แล้วให้ยา Proton pump inhibitor (PPI) กรณีเลือดออกจากแผลในกระเพาะอาหาร (ulcer bleeding), Somatostatin หรือ Somatostatin analogue กรณีสงสัย Variceal bleeding ในผู้สูงอายุ ยาลดอาการเลือดออกในหลอดอาหารกลุ่ม Splanchnic vasoconstrictors ตามแผนการรักษา โดยให้ก่อนการส่องกล้อง 8) ใส่ท่อช่วยหายใจก่อนการส่องกล้องหากผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการสำลัก ได้แก่ ความรู้สึกตัวลดลง, Active bleeding, Vital signs ไม่คงที่ ระบบหายใจไม่ดี 9) เตรียมความพร้อมของเจ้าหน้าที่ เครื่องมือสำหรับ Resuscitation

อุปกรณ์ และยาที่ต้องใช้ห้ามเลือดขณะส่องกล้องหรือผ่าตัดให้พร้อมใช้งาน แพทย์ผู้ทำการส่องกล้องต้องมีประสบการณ์ คู่กันเคยกับเครื่องมือที่ใช้ ร่วมกับพยาบาลที่ฝึกฝนมาจนชำนาญจึงจะได้ผลดี 10) ถอดฟันปลอมและของมีค่า รวมถึงการตรวจสอบป้ายชื่อมือ Identify ผู้ป่วยได้ถูกต้อง<sup>7,13,14</sup>

2. การพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ เป็นสิ่งที่สำคัญที่ควรคำนึงถึง และพบว่า ส่วนใหญ่จะเน้นการเตรียมผู้ป่วยด้านร่างกายมากกว่า ผลกระทบด้านจิตใจของผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญเมื่อต้องเผชิญกับภาวะวิกฤติที่มีความเครียด วิตกกังวล กลัวตาย เมื่อเจ็บป่วยบ่อยครั้ง ก็จะทำให้เกิดความเบื่อหน่ายในชีวิตหมดหวังได้ ผู้ป่วยต้องเข้ารับการส่องกล้องเพียงคนเดียวไม่สามารถให้ญาติผู้ป่วยเข้าไปด้วยได้เพื่อช่วยชีวิตในภาวะฉุกเฉิน จึงมักทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลจากโรคที่เป็นอยู่ การถูกแยกจากครอบครัวมาเผชิญกับสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย และบุคลากรที่ไม่คุ้นเคย ตลอดจนถูกจำกัดกิจกรรมต่างๆ เนื่องจากกฎระเบียบของโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในสิ่งแวดล้อมภายในห้องรอผ่าตัดซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมหนึ่งของโรงพยาบาลที่สามารถเป็นสิ่งที่กระตุ้นที่ก่อให้เกิดความเครียด ความกลัว และความวิตกกังวลได้อย่างมาก และความเจ็บปวดหรือต่อการทำหัตถการที่ไม่คุ้นเคย ในการสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับขั้นตอนการส่องกล้องผู้ป่วยและญาติช่วยลดความวิตกกังวลได้ เช่น 1) เมื่อถึงห้องตรวจท่านจะได้พบกับพยาบาลที่จะดูแลท่านตลอดเวลาที่ท่านได้รับการตรวจ 2) ท่านจะได้รับการพินยาชาเฉพาะที่ลงในลำคอ 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 5 นาที ยาชาจะมีรสขม สามารถกลืนลงไปได้ไม่มีอันตราย ยาชาออกฤทธิ์จะรู้สึกชาที่ลำคอกลิ้น น้ำลายลำบาก 3) จัดให้นอนในท่านอนตะแคงซ้าย 4) ขณะที่แพทย์ใส่กล้องส่องตรวจเข้าไปทางปากให้ท่านช่วยกลืนกล้องเข้าสู่หลอดอาหาร กระเพาะอาหารหลังจากนั้นให้นอนนิ่งๆ ถ้ามีน้ำลายปล่อยให้น้ำลายไหลออกมาไม่ควรถูกกลืนเพราะอาจสำลักได้ ในระหว่างตรวจแพทย์จะใส่ลมเล็กน้อยเข้าไปในกระเพาะอาหารเพื่อให้สามารถมองเห็นสิ่งผิดปกติภายในได้ซึ่งจะไม่เจ็บ และอาจจะแน่นท้องเล็กน้อย ความไม่สุขสบายทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถอยู่นิ่งหรือไม่ให้ความร่วมมืออย่างเพียงพอต่อการทำหัตถการ

ทำให้ไม่สามารถกระทำหัตถการได้สำเร็จลุล่วงตามความประสงค์ของแพทย์ผู้ทำการรักษา และของผู้ป่วย นอกจากนั้นพบว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ เรื่องการรักษาพยาบาลด้วย ดังนั้นควรค้นหาและประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยด้านจิตใจ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดเลือดออก การดำเนินโรค การรักษาต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดเลือดออกซ้ำอธิบายให้ข้อมูลที่ถูกต้อง การรับฟังและเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก เพื่อสร้างความมั่นใจลดความวิตกกังวลและยืนยันความปลอดภัยที่มีต่อผู้ป่วย เทคนิคการสื่อสารความเข้าใจในระหว่างสองกล่อง เช่น เทคนิคการสอนให้จับหรือบีบมือ การผ่อนคลายหายใจ และการทำสมาธิ เป็นต้น

3. การพยาบาลเพื่อการดูแล และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนเป็นการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยใน 24-48 ชั่วโมงแรกหลังสองกล่อง ได้แก่ 1) จดน้ำและอาหารประมาณ 1 ชั่วโมง จนกว่าอาการทั่วไปหรือระดับความรู้สึกตัวดีปกติ 2) ป้องกันภาวะ Shock ที่นานเกินกว่า 2 ชั่วโมง (prolonged shock) ประเมินภาวะสูญเสียเลือด และน้ำของร่างกาย สังเกตอาการ อาการแสดงของภาวะช็อก โดยการประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว และปริมาณเลือดที่ออกจากร่างกาย หากพบว่า มากกว่า 200 มิลลิลิตร ในเวลา 1 ชั่วโมง ให้รายงานแพทย์ทันที 3) ประเมินอาการเลือดออกซ้ำ (rebleeding) ประเมิน Vital sign, Hematocrit อย่างใกล้ชิดอย่างน้อย 48 ชั่วโมงแรก หากมีเลือดออกซ้ำ, BP<90/60 mmHg, PR>100 ครั้ง/นาที หรือ Hematocrit ต่ำลงมากกว่าร้อยละ 3 อูจจาระสีดำ หรือมีเลือดออกจากรูทวารหนัก และหรือตลยแพทย์ทราบทันที 4) การบันทึกและประเมินน้ำเข้าน้ำออก เพื่อประเมินการทำงานของระบบไหลเวียนของเลือดที่เปลี่ยนแปลงได้ 5) การจัดการอาการปวด การประเมินระดับความปวด กรณีอยู่ในระดับปานกลาง หรือคะแนนมากกว่า 4 ขึ้นไป พิจารณาบรรเทาอาการปวดด้วยการใช้ยาตามการรักษาของแพทย์ ได้แก่ Morphine หรือยาในกลุ่ม Opioids, NSAID หรือยาระงับความรู้สึก เฉพาะที่ประเมินระดับความปวดหลังให้ยาและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา สำหรับการจัดการอาการปวดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การเบี่ยงเบนความสนใจ เทคนิคการผ่อนคลาย การจัดทำที่เหมาะสม เป็นต้น 6) ผู้ป่วยจะรู้สึก

เหมือนมีเสมหะติดอยู่ในลำคอหรือรู้สึกหนายในลำคอ ซึ่งเป็นอาการที่เกิดจากฤทธิ์ยา อาการเหล่านี้จะค่อยหายไป ฝึกทักษะในการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของระบบหายใจ เช่น ฝึกการหายใจเข้า-ออก ลึกๆ ยาวๆ (deep breathing exercise) ในท่านั่งหรือนอน ในท่าศีรษะสูง ฝึกการหายใจเข้า-ออก โดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องแทนทรวงอก ฝึกการไออย่างมีประสิทธิภาพ การพลิกตะแคงตัวและการลุกจากเตียงโดยเร็ว (early ambulation) การฝึกออกกำลังแขนขา<sup>15 7)</sup> ผู้ป่วยที่คอยังงาให้บ้วนน้ำลายทิ้ง ไม่ควรรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำ เพื่อป้องกันการสำลักน้ำลาย หรือกรดในกระเพาะอาหาร และเกิดภาวะปอดอักเสบตามมา ประมาณ 1-2 ชั่วโมง หลังยาชาหมดฤทธิ์ให้เริ่มจิบน้ำก่อนเพื่อทดสอบระบบการกลืนว่าเป็นปกติแล้วจึงให้รับประทานอาหารได้ ควรเป็นอาหารอ่อนก่อนเพื่อให้สามารถกลืนได้ง่ายขึ้นและไม่ควรรับประทานอาหารร้อนจัด 8) สำหรับผู้ป่วยบางรายที่ได้รับยากล่อมประสาท ซึ่งอาจจะยังมีอาการง่วงนอนอยู่ จำเป็นต้องนอนพักในห้องซึ่งหากพยาบาลเห็นว่าปลอดภัยดีแล้วจึงจะให้ย้ายกลับหอผู้ป่วยหรือกลับบ้าน 9) สังเกตอาการคลื่นไส้ อาเจียน และดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา 10) ผู้ป่วยหลังสองกล่องมักมีอาการท้องอืดหรือแน่นท้องจากการที่แพทย์จำเป็นต้องใส่ลมเข้าไปในกระเพาะและลำไส้ ซึ่งอาจเป็นจากการเป่าลมให้กระเพาะอาหารขยายขณะทำการส่องกล้องตรวจ ช่วงแรกหลังการส่องกล้องผู้ป่วยมีความรู้สึกปวดท้องถ่ายได้บ่อย ฉะนั้น หากพักอยู่ในบริเวณที่ใกล้ห้องน้ำจะมีความสะดวก ไม่ต้องเดินไกลหากต้องการเข้าห้องน้ำน้ำจะส่องกล้องอาหารนี้จะหายไปในเวลาไม่นาน และ 11) การบาดเจ็บต่อทางเดินอาหาร ทางเดินอาหารทะลุ จากการส่องกล้องทางเดินอาหารหรือใส่ Sengstaken blakemore tube ซึ่งพบได้น้อยมาก อย่างไรก็ตามหาก สังเกตอาการปวดเสียดแน่นท้องหรือหน้าอก ปวดบริเวณคอ หรือบริเวณหลังส่วนบนหรือมีไข้ โดยปกติหัตถการส่องกล้องทางเดินอาหารมีความปลอดภัยสูงโดยโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมีไม่เกินร้อยละ 0.1 หากมีการตัดชิ้นเนื้อเล็กเพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาอาจมีเลือดออกมาบ้างใน 2 วันแรก อาจเกิดอันตรายต่อโพรงคอตันหลัง หลอดอาหาร กระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น โดยอาจพบว่า

มีการทะลุของอวัยวะดังกล่าว แต่พบได้น้อยมากประมาณร้อยละ 0.03 ในผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดฉุกเฉิน

## สรุป

การพยาบาลในการเตรียมความพร้อมก่อนการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นในผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลัน ในภาวะวิกฤติพยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถเฉพาะทาง และประสบการณ์โดยการประเมินตั้งแต่แรกเริ่ม เตรียมความพร้อมเพื่อความปลอดภัยในการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นระยะฉุกเฉินในผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนเสี่ยงต่อการคุกคามชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยผ่านภาวะวิกฤติได้อย่างปลอดภัย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน อัตราตาย และการช่วยเหลืออย่างทันทั่วที่ ช่วยลดความกลัววิตกกังวลเกี่ยวกับการส่องกล้องตรวจ และเพิ่มคุณภาพ การรักษาพยาบาลจึงเป็นหัวใจสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงเอี่ยมเดือน ชัยโพธิ์ กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ที่ได้ให้คำแนะนำจนบทความวิชาการนี้เสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอขอบคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

## เอกสารอ้างอิง

- Stanley AJ, Laine L. Management of acute upper gastrointestinal bleeding. BMJ.[Internet] 2019 [cited 2021 Apr 13]; 25;364:l536. Available from: <https://www.bmj.com/content/bmj/364/bmj.l536.full.pdf>
- Wilkins T, Khan N, Nabh A, Schade RR. Diagnosis and management of upper gastrointestinal bleeding. Am Fam Physician 2012;85:469-76.
- Gralnek IM, Dumonceau JM, Kuipers EJ, Lanis A, Sanders DS, Kurien M, et al. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy. [Internet] 2015[cited 2021 June 30];47(10):a1-46. Available from: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0034-1393172.pdf>
- Laine L, Jensen DM. Management of patients with ulcer bleeding. Am J Gastroenterol 2012; 107:345-60.
- Harino Y, Kamo H, Yoshioka Y, Yamaguchi T, Sumise Y, Okitsu N, et al. Case report of chylous ascites with strangulated ileus and review of the literature. Clin J Gastroenterol 2015;8:186-92.
- Pongprasobchai S, Akaraviputh T, Leelakusolwong S. Upper GI Endoscopy. Bangkok: Bangkok Medical Publisher LTD, 2012.
- Benjathanang R, Kanchanasin P, Thongsai P, Sinsirirama S. Critical nursing care essentials surgical patient. 2nd ed. Bangkok: P.A. Living CO., LTD, 2015.
- Thai Association for Gastrointestinal Endoscopy. Clinical Practice Guideline for the management of Upper GI Bleeding [Internet]. 2020 [cited 2021 April 1]. Available from: <http://thaitage.org/source/content-file/content-file-id-6.pdf>.
- Pasha SF, Acosta R, Chandrasekhara V, Chathadi KV, Eloubeidi MA, Fanelli R, et al. Routine laboratory testing before endoscopic procedures. Gastrointest Endosc 2014;80:28-33
- Pittayanon R, Aniwan S, Patcharakul T. Problem-based GI case discussion. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2015.
- Lee JK, Lee YJ, Cho JH, Im JP, Park CH, Jang JY, et al. Updates on the sedation for gastrointestinal endoscopy. Clin Endosc 2019;52:451-7.
- Pascu O. Gastrointestinal endoscopy [Internet]. London: IntechOpen Limited; 2011 [cited 2021 Oct 20]. Chapter 2 : Obesity in critical disease. Available from: <https://www.intechopen.com/chapters/24153>
- Ahmed M. Blood thinners and gastrointestinal endoscopy. World J Gastrointest Endosc 2016;8:584-90.
- Kang SH, Hyun JJ. Preparation and patient evaluation for safe gastrointestinal endoscopy. Clin Endosc 2013;46:212-8.
- Roinak K., Wattana C. Gastrointestinal problems: integrated approach of humanized care. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House, 2016.