เอกสารเผยแพร่ผลงานวิชาการทางเว็บไซต์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อก : กรณีศึกษา

พรทิวา สุภาใจ
โรงพยาบาลสันทราย

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อก : กรณีศึกษา

Nursing care of Patient with Upper gastrointestinal bleeding with Hypovolemic shock : Case study

พรทิวา สุภาใจ พย.บ.
โรงพยาบาลสันทราย
Pornthiwa Supajai RN.
Sansai Hospital

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นร่วมกับมีภาวะช็อกจากการเสียเลือดเป็นภาวะฉุกเฉินที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ การพยาบาลที่ถูกต้องรวดเร็วเหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกและลดอัตราการเสียชีวิตได้

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อก จำนวน 2 ราย

วิธีการศึกษา : ศึกษาเป็นรายกรณีแบบเจาะจง จำนวน 2 ราย ระหว่างเดือน มกราคม - มีนาคม 2568

ผลการศึกษา : กรณีศึกษาที่ 1 หญิงอายุ 75 ปี มีประวัติใช้ยากลุ่ม NSAIDs มาด้วยอาการอาเจียนเป็นเลือดสด ไม่มีถ่ายดำ หายใจเหนื่อย 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผลตรวจ EGD Healed gastric ulcer at incisura with duodenitis non-active bleeding ผล sputum C/S พบ moderate Pseudomonas aeruginosa ได้ยาปฏิชีวนะครบ 7 วัน ระยะเวลาในการดูแลวันที่ 11 ถึง 20 มีนาคม พ.ศ. 2568 กรณีศึกษาที่ 2 ชายอายุ 58 ปี ดื่มสุราเป็นประจำ มาด้วยอาเจียนเป็นเลือดสด ถ่ายดำ อ่อนเพลีย 40 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล ผลตรวจ EGD พบ Esophageal varices Grade 2 with pangastritis ได้ยาปฏิชีวนะครบ 3 วัน ได้ยากลุ่ม beta - blocker ระยะเวลาในการดูแลวันที่ 20 ถึง 24 มกราคม พ.ศ. 2568

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการบำบัดด้วย HFNC การสวนล้างกระเพาะอาหาร ยาลดกรด ยาห้ามเลือด สารน้ำและส่วนประกอบของเลือดอย่างรวดเร็ว พบปัญหาการพยาบาลร่วม ได้แก่ มีภาวะ hypovolemic shock มีภาวะพร่องออกซิเจน เสี่ยงต่ออันตรายจากภาวะไม่สมดุลของอิเลคโตรไลท์ เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และมีโอกาสเลือดออกซ้ำในทางเดินอาหาร และทั้ง 2 ราย มีสัญญาณปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และจำหน่ายกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย

สรุปผล : กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีข้อวินิจฉัยเป็น Upper gastrointestinal bleeding with Hypovolemic shock การประยุกต์แนวคิด FANCAS และทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็มร่วมกับกระบวนการพยาบาล ช่วยให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

คำสำคัญ : การพยาบาล, เลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น, ภาวะช็อก

Abstract

Background: Upper Gastrointestinal Bleeding with Hypovolemic shock is a major emergency symptom in which patients need immediate help. Proper nursing care with rapid diagnosis of bleeding can make patients safe from shock and reduce the mortality rate.

Objectives: To study and compare of Upper Gastrointestinal Bleeding with Hypovolemic shock in 2 patients.

Methods: Two patients were selected for a comparative study on nursing care for upper gastrointestinal bleeding From January to March 2025.

Results: Case study 1: A female is 75 years old, history of NSAIDs used, presented with 3 hours history of hematemesis, without melena, and developed hypovolemic shock with dyspnea. An endoscope found a healed gastric ulcer at the incisura with duodenitis. Sputum culture showed Pseudomonas aeruginosa. Antibiotic was administered for 7 days and improved before discharge on March 20, 2025.

Case study 2: A male is 58 years old, history of chronic alcohol drinking, presented with 40 minutes history of hematemesis, melena, and developed hypovolemic shock and dyspnea. An endoscope found grade 2 esophageal varices with pangastritis. Antibiotic was administered for 3 days and improved before discharge on January 24, 2025.

Both case studies treated with a High Flow Nasal Cannula, gastric lavage, rapid fluid resuscitation, on blood transfusion, tranexamic Acid, Proton Pump Inhibitors. Similar important nursing problems were found, included hypovolemic shock, hypoxemia, risk complication of electrolyte imbalance, risk of hypoglycemia, anxiety related to illness and endoscopy and risk of recurrent gastrointestinal bleeding. Both patients achieved vital signs stability and were discharged safely without complications.

Conclusion: Both case studies were diagnosed with Upper Gastrointestinal Bleeding with Hypovolemic shock, indicating the critical illness. The study applied Orem's Self-Care Nursing Theory and implemented nursing care. Guided by the FANCAS assessment framework, this nursing approach provided comprehensive and accurate care, contributing to patient safety and successful recovery from illness.

Keywords: Nursing care, Upper gastrointestinal bleeding, Hypovolemic shock

บทนำ

ภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น เป็นภาวะฉุกเฉินของระบบทางเดินอาหารที่พบบ่อย โดยพบอัตราการเสียชีวิต 3-14 และไม่ลดลงในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ในสหรัฐอเมริกาพบอัตราเสียชีวิตอยู่ที่ 7-10 (Sostres C & Lanas A, 2011) ขณะที่ข้อมูลในประเทศไทย พบว่า มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึง 10-15 และสูงขึ้นเป็น 35 ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่มีโรคทางอายุรกรรมอื่นๆ ร่วมด้วยโดยมักเสียชีวิตในช่วงแรกที่มาโรงพยาบาล (ภวพล ศิริสรรหิรัญ, 2564) ประเทศไทยไม่ระบุสถิติผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นโดยตรง แต่ระบุเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคระบบย่อยอาหาร โดยในปีพ.ศ.2565 - 2567 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยในที่เป็นโรคอาหารไม่ย่อยหรือโรคกระเพาะอาหารสูงถึง 174.29, 231.37 และ 246.22 รายต่อประชากร

100,000 ราย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567) ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง รวดเร็วและเหมาะสม สำหรับข้อมูลในประเทศไทยพบว่า สาเหตุที่พบบ่อย ได้แก่ แผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น ความผิดปกติของเยื่อบุทางเดินอาหาร ภาวะเลือดออกจากเส้นเลือดขอดในหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหาร เยื่อบุหลอดอาหารส่วนปลายฉีกขาด หลอดอาหารอักเสบ แผลในหลอดอาหารและมะเร็งและติ่งเนื้อในกระเพาะอาหาร (ภวพล ศิริสรรหิรัญ, 2564)

โรงพยาบาลสันทรายเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ที่มีอายุรแพทย์และหน่วยงานส่องกล้องทางเดินอาหารที่สามารถวินิจฉัยโรคทางเดินอาหารได้ จากสถิติปี 2565-2567 พบว่า โรงพยาบาลสันทรายมีอัตราตายของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นอยู่อันดับที่ 2, 4 และ 3 ของโรงพยาบาลระดับทั่วไปทั้งหมดในเขตบริการสุขภาพที่ 1 เท่ากับ 4.39, 3.88 และ 4.91 ตามลำดับ (งานสารสนเทศเขตบริการสุขภาพที่ 1, 2568) จากสถิติในปี 2566-2567 พบว่า ผู้ป่วยในที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นส่วนใหญ่รับการรักษาในแผนกอายุรกรรม คิดเป็นร้อยละ 88 ของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นทั้งหมดที่ admit ในโรงพยาบาลและมีผู้ป่วยที่เกิดภาวะช็อกร่วม คิดเป็นร้อยละ 24 และในปี 2567 เป็นผู้ป่วยใน 100 รายและรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 57 ราย คิดเป็นร้อยละ 57 พบว่ามีภาวะช็อกร่วมคิดเป็นร้อยละ 55 ของผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยแผนก อายุรกรรมหญิง พบร้อยละของการเสียชีวิตเท่ากับ 3.5 (งานนโยบายและยุทธศาสตร์, 2567) ภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อก ต้องการให้ยาและสารน้ำรวมถึงส่วนประกอบของเลือดมากมาย ทั้งการดูแลเพื่อเตรียมวินิจฉัยหาสาเหตุ โดยการส่องกล้องทางเดินอาหารตลอดจนการดูแลหลังส่องกล้องทางเดินอาหาร ภาวะเลือดออกจากระบบทางเดินอาหารที่รุนแรงส่งผลกระทบทำให้เกิดความสูญเสียทำให้เกิดอัตราการตาย สาเหตุที่ส่วนใหญ่เกิดจากผู้ป่วยมีปัญหาในด้านการขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ขาดความตระหนักรู้ ความมั่นใจในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ถ้าหากรู้จักดูแลรักษาและปรับพฤติกรรมให้เหมาะสม จะสามารถลดปัจจัยเสี่ยงและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายสามารถมีชีวิตยืนยาวและดำรงชีวิตได้อย่างปกติ

ดังนั้นผู้ศึกษาในบทบาทพยาบาล ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อก ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตสูง และเป็นภาวะที่ต้องได้รับการเตรียมส่งตรวจพิเศษที่มีความเสี่ยง เพื่อให้การดูแลรักษาที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ พยาบาลจึงต้องมีความรู้และทักษะความชำนาญในการดูแลที่เฉพาะ จึงจะสามารถประเมินถึงปัญหาได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ให้การเตรียมส่งตรวจพิเศษเพื่อวินิจฉัย และรักษาที่ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อความปลอดภัยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะเลือดออก ในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อก โดยการเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วย 2 รายกับทฤษฎีทางการพยาบาล
2. เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อกได้อย่างมีคุณภาพและปลอดภัยมากยิ่งขึ้น

วิธีการศึกษา

ศึกษาเป็นรายกรณีแบบเจาะจง เป็นผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อก จำนวน 2 ราย ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลสันทราย ระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม 2568

วิธีการดำเนินการ

1. เลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจงในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อก จำนวน 2 ราย ที่รักษาในแผนกอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลสันทราย

2. ศึกษาค้นคว้างานวิจัย บทความทางวิชาการ การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง กับภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นและภาวะช็อก ทฤษฎีทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กรอบแนวคิดของ FANCUS กระบวนการพยาบาล และทฤษฎีระบบการพยาบาลของทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองโอเร็ม

3. ศึกษารวบรวมสถิติ ตัวชี้วัดและข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

4. รวบรวมข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ต่าง ๆ และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย โดยการประเมินตามกรอบแนวคิดทางการพยาบาลของ FANCAS

5. นำข้อมูลที่รวบรวมมาวิเคราะห์ปัญหาเปรียบเทียบกรณีศึกษาโดยใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาล

6. วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) และทฤษฎีระบบการพยาบาลของทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองโอเร็ม

7. สรุปกรณีศึกษา วิจารณ์ และให้ข้อเสนอแนะ

8. จัดทำเอกสาร พิมพ์ตรวจสอบความถูกต้องและเผยแพร่ผลงานวิชาการ

กรณีศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 75 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ประวัติโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง และ spondylosis มีประวัติรับประทานยากลุ่ม NSAIDs มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสันทรายวันที่ 11 มีนาคม 2568 โดยรับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลพร้าว ด้วยอาการอาเจียนเป็นเลือดสด ประมาณครึ่งแก้ว ไม่มีถ่ายดำ ปวดท้อง อ่อนเพลีย 3 ชั่วโมงก่อนมา แรกรับ รู้สึกตัวดี BP 80/40 mmHg, PR 120 bpm, RR 32 bpm, T 37.1 °C, ค่า SpO2 86 %. Lung: wheezing both lung. ได้พ่นยา และให้ O_2 cannula 3 LPM, NG content coffee ground 50 ml, NG lavage 2000 ml. เป็นสีแดงจาง ให้ 0.9% Nacl 1000 ml iv load 500 ml. หลัง load ครบ ค่า BP 90/72 mmHg, PR 110 bpm, RR 24 bpm, ค่า SpO2 100 %. ได้ transamine 250 mg iv, LPRC 1 unit ส่งมาโรงพยาบาลสันทราย แรกรับ ER มีอาเจียนเป็นเลือดสดปริมาณมาก วัด BP 91/52 mmHg, PR 118 bpm, RR 24 bpm, T 36.8 °C, ค่า SpO2 92 %. On HFNC Flow 30, FiO_2 0.4 แรกรับที่หอผู้อายุรกรรมหญิง รู้สึกตัวดี ค่า BP 99/70 mmHg, MAP 79 mmHg, HR 112 bpm, T 36.6 °C, RR 24 bpm. O_2 Sat 99 % lung wheezing both lung. NG tube content เป็นสีแดงจาง. On LPRC 1 unit iv drip in 4 hr. On Pantoprazole 80 mg. + NSS 100 ml. iv drip rate 10 ml/hr. On 50% $MgSO_4$ 4 ml.+ NSS 100 ml. iv drip in 4 hr. Retained Foley's catheter with bag ไว้ urine เหลืองใส flow ดี ต่อมา วัด BP 77/47 (57) mmHg, HR 110 bpm, RR 22 bpm, O_2 Sat 96 % รักษาโดย 0.9% Nacl 1000 ml. IV load 500 ml. then iv drip 80 cc/hr. หลัง load ครบ วัด BP 90/72 mmHg, RR 22 bpm, SpO_2 100 % ได้ยา transamine 250 mg. iv, G/M จอง PRC เพิ่ม ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC ดังนี้ WBC 11,590 cell/ml, Hb 6.7 g/dl, Neutrophil 91%, Lymphocyte 4%, Monocyte 5 %, Eosinophil 0%, Basophil 3%, Hct 22%, Plt 138,000 cell/mm^3 ผลตรวจ VBG ดังนี้ pH 7.400, PCO_2 23.6 mmHg, PO_2 53 mmHg, HCO_3 14.7 mEq/L ผลตรวจ Electrolyte ดังนี้ BUN 21 mg/dl, Cr^- 1.18 mg/dl, GFR 64.37, Na 139 mmol/L, K 4.0 mmol/L, Cl^- 110.7 mmol/L, CO_2 13.5mmol/L, Mg 1.6 mg/dl, Ca 8.4 mg/dl, PT 13.1 sec, INR 1.11 Massive UGIH with hypovolemic shock with bronchitis การรักษาที่ได้รับ ดังนี้ LPRC รวม 4 unit, FFP รวม 6 unit, Transamine, Pantoprazole ติดตาม Hct ได้รับการรักษาด้วย HFNC และพ่นยา Berodual 1:3 NB q 4-6 hr ดูแลเตรียมตรวจ EGD (11 มีนาคม 2568) ผล Heal gastric ulcer at incisura with duodenitis non active bleeding ดูแลอาการหลังส่องกล้อง ดูแลให้ยา Losec และการรับประทานอาหารและยาทางปาก ติดตามผล sputum C/S (13 มีนาคม 2568) พบว่า Moderate Pseudomonas aeruginosa ดูแลให้ได้รับยา Augmentin 1.2 gm iv q 8 hr ครบ 7 วัน มีภาวะเลือดเป็น

กรด ดูแลให้ได้รับ 7.5% $NaHCO_3$ 100 ml IV, ให้ยา 50% $MgSO_4$ 4 ml+ NSS 100 ml IV drip in 4 hr x 2 dose ติดตามสารน้ำเข้าและออก ต่อมาอาการคงที่ ไม่มีอาเจียนเป็นเลือดหรือถ่ายดำ นำออกซิเจนออกได้ สามารถจำหน่ายกลับบ้าน สิ้นสุดการรักษาพยาบาลวันที่ 20 มีนาคม 2568 รวมระยะเวลาดูแล 10 วัน

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยชาย เชื้อชาติไทยใหญ่ สัญชาติพม่า อายุ 58 ปี ศาสนาพุทธ ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการผ่าตัด ประวัติดื่มสุราวันละครึ่งขวด ดื่มเป็นประจำ มารักษาที่โรงพยาบาลสันทราย วันที่ 20 มกราคม 2568 ด้วย 40 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล มีอาเจียนเป็นเลือดสด 2 ครั้ง ครั้งละ 1 กระโถน ถ่ายเป็นเลือดสีดำ ไม่ปวดท้อง มีอ่อนเพลีย แรกรับที่ ER รู้สึกตัวดี วัด vital signs พบว่า BP 80/54 mmHg, MAP 62 mmHg, PR 108 bpm, T 36.5 °C, ค่า SpO2 84 %, RR 24 bpm, ได้รับ O_2 mask with bag 10 LPM. NG content fresh blood 400 ml, NG lavage 4,000 ml. ยังสีแดงจาง ได้ Acetar 1,000 ml iv load, transamine 500 mg iv, Vit K 10 mg iv, Pantoprazole 80 mg iv, Octreotide 50 mcg iv, Plasil 1 amp iv วัด vital signs หลัง load acetar ครบ 1,000 ml พบว่า ค่า BP 96/62 mmHg, PR 100 bpm, RR 22 bpm, ค่า SpO_2 99 % เจาะ ABG พบว่า metabolic acidosis. On HFNC flow 40 FiO_2 0.6, Acetar 1000 iv drip rate 120 cc/hr, ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC ดังนี้ Hb 7.2, Hct 22 %, Plt 120,000, WBC 7,700, Neutrophil 76 %, Lymphocyte 23 %, Monocyte 6%, Eosinophil 1 %, INR 1.12, PTT 24.6, PT 12.7, AST 58, ALT 29, ALP 59, total bilirubin 0.6 ผลการตรวจ Electrolyte ดังนี้ BUN 12, Cr 0.83, Na 135, K 3.2 , Cl^- 106.8 , CO_2 19.1, Mg 1.9, Ca 8.5, HBsAg/anti HBV negative, HCV-Ab Positive แพทย์วินิจฉัยโรคครั้งแรก Massive UGIH with hypovolemic shock ได้รับการรักษา ดังนี้ 0.9 % Nacl 1,000 ml.+ KCL 20 mEq. iv drip 40 cc/hr, 7.5% NaHCO3 100 ml iv drip in 30 min, Cef-3 2 gm. iv OD. G/M LPRC 2 units. ได้ LPRC 1 unit iv drip in 4 hr. ก่อน admit ส่งตรวจทางรังสีทรวงอกผลปกติ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจผล Sinus tachycardia rate 108 bpm. Admit ตึกอายุรกรรม

การพยาบาลแรกรับที่หอผู้ป่วย ประเมินแรกรับ รู้สึกตัวดี หายใจเหนื่อย lung clear both lung ดูแลให้ได้รับการใส่เครื่อง HFNC flow 40 Fio_2 0.6 ประเมิน NG content เป็นสีแดงจาง ดูแลให้สารน้ำและเลือดทางหลอดเลือดดำ ดูแลให้ยา Pantoprazole 80 mg. และยา octreotide 500 mcg. Foley's catheter with bag ไว้ ประเมิน urine เหลืองใส flow ดี วัด vital signs แรกรับ พบว่า ค่า BP 156/90 mmHg, PR 100 bpm, T 36.5 °C, RR 22 bpm, ค่า SpO_2 99 % ระหว่างการดูแลรวมได้รับเลือด LPRC รวม 2 units ได้ตรวจ EGD (21 มกราคม 2568) ผล Esophageal varices Grade 2 with pangastritis, Clo test negative ได้ปรับลดยาเป็น Losec 40 mg IV q 12 hr. ได้รับยา Propranolol (10 mg) 1x2 PO pc ดูแลให้ได้รับอาหารอ่อนหลังจากอาการคงที่ ผู้ป่วยกลับบ้านสิ้นสุดการรักษาพยาบาลวันที่ 24 มกราคม 2568 รวมระยะเวลาดูแล 4 วัน

จากข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย ได้วิเคราะห์เปรียบเทียบในด้านข้อมูลพื้นฐานและการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับขณะรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม สรุปดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย กรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูลด้านสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
เพศ/อายุ	หญิง / 75 ปี	ชาย / 58 ปี
เชื้อชาติ/สัญชาติ/ศาสนา	ไทย / ไทย / พุทธ	ไทใหญ่ / พม่า / พุทธ
อาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	รับจ้างทั่วไป
การศึกษา	ประถมศึกษาปีที่ 4	ไม่ได้รับการศึกษา
โรคประจำตัว	HT, spondylosis	ไม่มีประวัติ

ประวัติเจ็บป่วยในอดีต	ไม่เคยเจ็บป่วยรุนแรง	ไม่เคยเจ็บป่วยรุนแรง
ประวัติการผ่าตัด	ไม่เคย	ไม่เคย
ประวัติการแพ้ยา	ปฏิเสธ	ปฏิเสธ
การดื่มสุรา/สารเสพติด	เคยดื่มสุราเป็นครั้งคราว เลิกแล้วมากกว่า 10 ปี, ไม่เคยสูบบุหรี่	ดื่มสุราทุกวัน ½ ขวด/วัน นาน> 10 ปี, สูบบุหรี่ 2-4 มวน/วัน
ประวัติการใช้ยา NSAIDs	ใช้ยากลุ่ม NSAIDs เป็นประจำร่วมกับซื้อยาแก้ปวดรับประทานเอง	ใช้ NSAIDs นาน ๆ ครั้ง
อาการสำคัญที่นำมา	รับส่งต่อมาจากรพช. ด้วยอาเจียนเป็นเลือดสดครึ่งแก้ว ไม่มีถ่ายดำ อ่อนเพลีย 3 hr PTA	อาเจียนเป็นเลือดสด 2 ครั้ง มีถ่ายดำอ่อนเพลีย 40 min PTA
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	3 hr PTA ไป รพช. ด้วย อาเจียนเป็นเลือดสดครึ่งแก้ว ไม่มีถ่ายดำ ปวดท้องอ่อนเพลีย	40 min PTA อาเจียนเป็นเลือดสด 2 ครั้ง ครั้งละประมาณ 1 กระโถน มีถ่ายดำ ไม่ปวดท้อง และอ่อนเพลีย
อาการแรกรับในโรงพยาบาล	แรกรับ NG content: coffee ground 50ml lavage 2000 ml สีแดงจาง มี BP drop หายใจเหนื่อย lung : wheezing BL	แรกรับ NG content fresh blood 400 ml, NG lavage 4,000 ml. ยังสีแดงจาง มี BP drop และหายหายใจเร็ว
การวินิจฉัยเบื้องต้น	Massive UGIH with hypovolemic shock with bronchitis	Massive UGIH with hypovolemic shock (R/O variceal bleeding)
ผลการตรวจจากห้องปฏิบัติการที่สำคัญ	WBC 11,590 cell/ml, Hb 6.7 g/dl, Hct 22%, Plt 138,000, PT 13.1 sec, INR 1.11, PTT 26.2, BUN 21 mg/dl, Cr^{-} 1.18 mg/dl, K 4.0 mmol/L, Mg 1.6 mg/dl, ALP 82 u/l, AST 26 u/l, ALT 13 u/l, sputum c/s: Moderate Pseudomonas aeruginosa	WBC 11,370 cell/ml, Hb 7.2 g/dl, Hct 22 %, Plt 120,000, PT 12.7, INR 1.12, PTT 24.6, BUN 12, Cr^{-} 0.83, K 3.2, Mg 1.9, ALP 59 u/l, AST 58 u/l,ALT 29, HCV-Ab positive, HBsAg/anti HBV negative Sinus tachycardia 108 bpm
คลื่นไฟฟ้าหัวใจ	Sinus tachycardia 110 bpm.	Normal
Chest X-ray	Right upper lung infiltration	EGD: Esophageal varices Grade 2
การตรวจพิเศษ	EGD: Heal gastric ulcer at incisura with duodenitis	with pangastritis, U/S abdomen: liver parenchymal disease

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย กรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

ข้อมูลด้านสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
การรักษาที่ได้รับ	0.9% Nacl 1000 ml IV load 500 ml then iv drip, transamine 250 mg IV, 7.5% $NaHCO_3$ 100 ml IV drip, Pantoprazole 80 mg iv then 20 mg + NSS 100 ml IV drip 10 ml/hr, 50% $MgSO_4$ 4 ml+NSS 100 ml IV drip in 4 hr x 2 dose, Berodual 1:3 NB q 4-6 hr, Augmentin 1.2 gm IV q 8 hr x 7 วัน LPRC 4 units, FFP 6 units.On HFNC Flow 30, FiO_2 0.4	Acetar 1,000 ml iv load the iv drip, transamine 500 mg iv, vit K 10 mg iv, Pantoprazole 80 mg iv then 80 mg+ 0.9% NSS 100 ml iv drip 10 cc/hr, Octreotide 50 mcg iv then Octreotide 500 mcg + D5W 500 ml iv drip 50 cc/hr, Plasil 1 amp iv, Cef-3 2 gm. iv OD x 3 day LPRC 2 units. On HFNC flow 40 FiO_2 0.6
ระยะเวลาที่รับไว้ดูแล	9 วัน (11 ถึง 20 มีนาคม 2568)	4 วัน (20 ถึง 24 มกราคม 2568)
สถานะจำหน่าย	จำหน่ายกลับบ้านอย่างปลอดภัย	จำหน่ายกลับบ้านอย่างปลอดภัย

ตารางที่ 2 แสดงผลการประเมินภาวะสุขภาพ ตามกรอบแนวคิด FANCAS

แนวคิด FANCAS	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. F (Fluid balance) ความสมดุลของน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย	แรกรับ 0.9% Nacl 1000 ml IV load 500 ml then iv drip 80 cc/hr. Retained Foley's catheter Urine output 400 ml in 8 hr. ได้ LPRC 1 unit, BUN 21 mg/dl, Cr^- 1.18 mg/dl, K 4.0 mmol/L, Mg 1.6 mg/dl	แรกรับ On 0.9 %NSS iv load total 500 ml then rate 120 cc/hr. LPRC 1 unit Retained Foley's catheter Urine output 600 ml in 8 hr, BUN 12, Cr^- 0.83, K 3.2, Mg 1.9
2. A (Aeration) การหายใจ	รู้สึกตัวดี หายใจเหนื่อย RR 30-32 bpm. O_2 Sat 86% RA, lung wheezing both lung ได้รับ Bero 1:3 NB On O_2 mask c bag 10 LPM เหนื่อยมากขึ้น VBG: pH 7.400, PCO_2 23.6 , PO_2 53 , BE -10, HCO_3 14.7, Hct 22 %, Hb 6.7 ผล CXR : right upper lung infiltration. On HFNC Flow 30, FiO_2 0.4	รู้สึกตัวดี หายใจเหนื่อย RR 22 bpm. SpO_2 99 % ค่า ABG พบ metabolic acidosis. HFNC flow 40 FiO_2 0.6 , Hb 7.2, Hct 22 %, ผล CXR : Normal
3. N (Nutrition) โภชนาการ	แรกรับน้ำหนัก 50 kgs. สูง 160 cms. ได้รับการงดน้ำและอาหาร NG content สีแดงจาง Hct= 22 %, Hb=6.7, Alb=2.4 พลังงานที่ได้รับต่อวัน = 66.5 + (13.75 x 50(น้ำหนัก)) + (5 . 003 ×160(ส่วนสูง)) – (6.775 × 85 (อายุ))= 979 กิโลแคลอรี BMI = 50 / (1.55)^2 = 20.8 อยู่ในระดับผอม	แรกรับน้ำหนัก 65 kgs. สูง 158 cms. ได้รับการงดน้ำและอาหาร On NG tube ได้ content สีแดงจาง Hct=27 %,พลังงานที่ได้รับต่อวัน = 66.5+ (13.75x65(น้ำหนัก)) + (5.003 ×158(ส่วนสูง))–(6.775 × 43(อายุ)) =1,460 กิโลแคลอรี BMI= 65/ (1.55)^2 = 27.1 อ้วนระดับ 1

ตารางที่ 2 แสดงผลการประเมินภาวะสุขภาพ ตามกรอบแนวคิด FANCAS (ต่อ)

แนวคิด FANCAS	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
4.C (Communication) การติดต่อสื่อสาร	ผู้ป่วยสามารถได้ยินปกติ และการมองเห็นปกติ สื่อสารภาษาเหนือและไทยกลางได้ดี	ผู้ป่วยสามารถได้ยินปกติ และการมองเห็นปกติ แต่การสื่อสารภาษาได้แต่ ส่วนใหญ่ใช้ภาษาไทยใหญ่
5. A (Activity) การทำกิจกรรม	ก่อนเข้ารับการรักษา สามารถช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง motor power gr. 5 all ถูกจำกัดกิจกรรมและมีภาวะหายใจเหนื่อย ประเมิน PPS 40 %	ก่อนเข้ารับการรักษาผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง motor power gr. 5 all ประเมิน PPS 50 %
6. S (Stimulation) ด้านการกระตุ้น	อาการแรกรับ รู้สึกตัวดี E4V5M6 pupil 2 mm reactive to light both eyes ไม่ได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต	อาการแรกรับ รู้สึกตัวดี pupil 2 mm RTLBE ขณะรักษามีภาวะสับสนจากภาวะถอนแอลกอฮอล์

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็ม

ทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็ม	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	
	กรณีศึกษาที่ 1	**กรณีศึกษาที่ 2**
การพยาบาลในระยะฉุกเฉินและระยะวิกฤต		
ระยะทดแทนทั้งหมด	1.มีภาวะ Hypovolemic Shock เนื่องจากมีการสูญเสียเลือดในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น	1. มีภาวะ Hypovolemic Shock เนื่องจากมีการสูญเสียเลือดในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น
	2. มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากตัวนำออกซิเจนลดลง	2. มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากตัวนำออกซิเจนลดลง
	3.เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากภาวะไม่สมดุลของอิเล็คโทรไลต์จากเสียเลือด	3. เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากภาวะไม่สมดุลของอิเล็คโทรไลต์จากเสียเลือด
	4.เสี่ยงพลัดตกหกล้มเนื่องจากมีภาวะซีด	4.เสี่ยงพลัดตกหกล้มเนื่องจากมีภาวะซีด
การพยาบาลระยะดูแลตอเนื่องและฟนฟู		
ระบบทดแทนบางส่วน	5. แบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากมีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ	5. ไม่พบปัญหาในกรณีศึกษาที่ 2
ระบบการพยาบาลและให้ความรู้	6. เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ	6.เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
	7. ไม่พบปัญหาในกรณีศึกษาที่ 1	7. มีภาวะถอนแอลกอฮอล์เนื่องจากผู้ป่วยดื่มสุราเป็นประจำ
	8.ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น	8.ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น
การพยาบาลระยะจำหน่าย		
ระบบการพยาบาลและให้ความรู้	9. มีโอกาสเลือดออกซ้ำเนื่องจากมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม	9. มีโอกาสเลือดออกซ้ำเนื่องจากมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม

ตารางที่ 4 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1	กิจกรรมการพยาบาล
มีภาวะ Hypovolemic Shock เนื่องจากมีการสูญเสียเลือดในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น **ข้อมูลสนับสนุน** S: รายที่ 1 บอกว่า “อาเจียนเป็นเลือดสดครึ่งแก้ว ” รายที่ 2 บอกว่า “อาเจียนเป็นเลือดสด 2 ครั้ง ครั้งละ 1 กระโถน” O: ทั้ง 2 ราย Dx. UGIH, NG content coffee ground /fresh blood, Hb 6.7-7.2, Hct 22 %, RR 24-32 bpm, HR 108-120 bpm, BP 80/40-80/54 mmHg **วัตถุประสงค์:** เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของภาวะช็อก **เกณฑ์การประเมิน** 1. ค่า Hct ≥ 30%, Hb ≥ 12 g/dL 2. ค่า SpO2 ≥ 94 % 3. BP > 90/60 mmHg, MAP ≥ 65 4. ไม่มีภาวะเหงื่อออก ตัวซีดเย็น 5. Urine > 0.5 ml/kg/hr	1. ประเมินอาการและอาการแสดงแรกรับของภาวะช็อก เช่น ความดันต่ำ หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว เหงื่อออก ตัวเย็น Pulse Pressure แคบ สับสนกระสับกระส่าย ซึมลง ไม่รู้ตัว หากพบรายงานแพทย์ทันที 2.ประเมินระดับความรู้สึกตัวและบันทึก vital signs ทุก 15 นาทีจนอยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงประเมินต่อทุก 2-4 ชั่วโมง 3. ประเมินและสังเกต NG content การอาเจียนเป็นเลือด การถ่ายอุจจาระเป็นเลือด หรือถ่ายดำ หากมีเลือดออกเพิ่ม หรืออาการเปลี่ยนแปลงรายงานแพทย์ทันที 4. ดูแล NG lavage ตามแผนการรักษา 5. ดูแลให้งดน้ำและอาหารและดูแลให้ได้รับสารน้ำ 6. ดูแลให้ได้รับ LPRC และ FFP ตามแผนการรักษา 7. ดูแลให้ยา transamine iv, Vit K iv, Pantoprazole iv, Octreotide iv , Plasil iv ตามแผนการรักษา 8. ติดตามผล Hct ทุก 6 ชั่วโมง หรือ CBC ตามแผนการรักษาของแพทย์ 9. ดูแลให้ได้รับเครื่อง HFNC ตามแผนการรักษา 10. บันทึก สารน้ำ เข้า-ออก เพื่อประเมินภาวะไตเสียหน้าที่
การประเมินผล : กรณีศึกษาทั้ง 2 รายปลอดภัยจากภาวะช็อก กรณีศึกษาที่ 1 ได้รับ LPRC 4 units, FFP 6 units. Hct 33 %, Hb 10.9 g/dL, RR 20 bpm, SpO_2 97 % RA vital signs ปกติ ปัสสาวะได้เอง I/O = 700 ml/1,200 ml/วัน กรณีศึกษาที่ 2 ได้รับ LPRC 2 units Hct 34 %, Hb 11.1 g/dL, RR 18 bpm, SpO_2 97 % RA vital signs ปกติ ปัสสาวะได้เอง I/O = 800 ml/1,700 ml/วัน.	
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2	**กิจกรรมการพยาบาล**
มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากตัวนำออกซิเจนลดลง **ข้อมูลสนับสนุน** S: ทั้ง 2 รายบอกว่า “หายใจเหนื่อย” O: Hb 6.7-7.2, Hct 22 %, หายใจลำบาก, RR 24-32 bpm, SpO2 84-86 % RA รายที่ 1 lung wheezing both lung Dx. Bronchitis HR 108-120 bpm, BP 80/40 และ 80/54 mmHg ABG : metabolic acidosis ทั้ง 2 ราย **วัตถุประสงค์ :**เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอต่อร่างกาย	1. ประเมินอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจนของผู้ป่วยโดยการวัด vital signs และ SpO_2 ทุก 15 นาที 4 ครั้ง และทุก 1 -2 ชั่วโมง ถ้ามีอาการเปลี่ยนแปลง รายงานแพทย์เพื่อให้การช่วยเหลือ 2. ดูแลให้ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูง (HFNC) ให้มีประสิทธิภาพตามแผนการรักษา และประเมินการหย่าเมื่อพร้อม 3. ดูแลให้ยาพ่นขยายหลอดลมตามแผนการรักษา 4. ดูแลให้ได้รับเลือดตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มตัวนำออกซิเจนและสังเกตผลข้างเคียงจากการได้รับเลือด 5.จัดท่าให้ผู้ป่วยนอนราบไม่หนุนหมอนยกปลายเท้าสูงเล็กน้อย เพื่อส่งเสริมการไหลเวียนของเลือด โดยปราศจาก

เกณฑ์การประเมิน 1.ไม่มีภาวะ cyanosis ไม่ใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ 2. หายใจปกติ RR 16-20 bpm 3.ค่า SpO2 ≥ 94 % 4. เสียงปอดปกติ 5. ค่า Hct ≥ 30%, Hb ≥ 12 mg g/dL 6. ผล ABG ปกติ	การรบกวนกระบังลมที่หย่อนลงมาขณะหายใจเข้าและช่วยลดรีเฟล็กซ์ของ aortic และcarotid sinus baroreceptors 6.ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง จัดเตรียมอุปกรณ์ดูดเสมหะ กระตุ้นให้ผู้ป่วยไอออกเอง 7. เตรียมอุปกรณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันท่วงที 8. ลดการใช้ออกซิเจนของผู้ป่วย โดยจัดให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง จำกัดกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยให้น้อยลง จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเต็มที่

การประเมินผล : กรณีศึกษาทั้ง 2 รายสามารถถอดออกซิเจนได้ ไม่มีภาวะ hypoxia รู้สึกตัวดี หายใจได้เองปกติ BP 110/69 -120/76 mmHg, PR 72-84 bpm, RR 18-20 bpm, SpO_2 97 % RA lung clear BL ผล ABG ปกติ ค่า Hct 33 - 34 %, Hb 10.9 -11.1 g/dL

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3	**กิจกรรมการพยาบาล**
เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากภาวะไม่สมดุลของอิเล็คโทรไลต์จากสูญเสียเลือด **ข้อมูลสนับสนุน** S: ผู้ป่วยทั้ง 2 รายบอกว่า“ไม่ค่อยมีแรง” O: กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย Dx.UGIH with hypovolemic shock มาด้วยอาเจียนเป็นเลือด ถ่ายดำ อ่อนเพลีย - ผู้ป่วยได้รับงดน้ำและอาหาร - ค่า serum Mg 1.6 (กรณีศึกษาที่ 1) - ค่า serum Mg 1.9, serum K 3.2 (กรณีศึกษาที่ 2) **วัตถุประสงค์** ผู้ป่วยได้รับน้ำและอิเล็คโทรไลต์เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย **เกณฑ์การประเมิน** 1. Skin turgor ปกติ,Vital signs ปกติ 1. ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน หรือถ่ายดำ 2. ไม่มีอาการของ K ในเลือดต่ำ เช่น ซึม สับสน กล้ามเนื้อเกร็ง/อ่อนแรง หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดจังหวะ 3. ไม่มีอาการของ Mg ในเลือดต่ำ เช่น อ่อนแรง เกร็ง สับสน เวียนศีรษะ เหน็บชา เป็นตะคริว กระตุก 4. Serum Mg 1.6-2 mg/dl 5. Serum K 3.5-5.0 mEq/L	1.สังเกตภาวะขาดสารน้ำและอิเล็คโทรไลต์ เช่น ผิวหนังแห้ง ริมฝีปากแห้ง กระหายน้ำ ปัสสาวะน้อย ซึม ตัวเย็น ชีพจรเร็ว เป็นต้น เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะขาดน้ำได้ และอาการน้ำเกิน เช่น หายใจเหนื่อย นอนราบไม่ได้ บวม เป็นต้น 2.ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะ K ในเลือดต่ำ เช่น ซึม สับสน กล้ามเนื้อเกร็งหรืออ่อนแรง หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดจังหวะ 3. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะ Mg ในเลือดต่ำ เช่น อ่อนแรง สับสน เวียนศีรษะอย่างรุนแรง เหน็บชา เป็นตะคริว กล้ามเนื้ออ่อนแรง เกร็ง สับสน กระตุก เป็นต้น 4. monitor EKG และวัด vital signs และ SpO_2 ทุก 15 นาที 4 ครั้ง และทุก 1-2 ชั่วโมง ถ้ามีอาการเปลี่ยนแปลงรายงานแพทย์เพื่อให้การช่วยเหลือ 5. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ ให้ 50%MgSO4 4 ml + NSS 100 ml iv drip in 4 hr ตามแผนการรักษาและสังเกตผลข้างเคียงจากการได้รับยา 6.ดูแลให้ได้รับสารน้ำ 0.9% Nacl 1000 ml + KCL 20 mEq iv drip 40 cc/hr ตามการรักษาของแพทย์และสังเกตผลข้างเคียงจากการได้รับยา 7.ดูแลให้ได้รับยาแก้คลื่นไส้ อาเจียนตามแผนการรักษา 8.บันทึกสารน้ำ เข้าและออก และบันทึกลักษณะของอาเจียน ปริมาณของอาเจียน ปัสสาวะและอุจจาระ 9. ติดตามผลการตรวจ serum electrolyte และ serum Mg อย่างใกล้ชิดตามแผนการรักษา

การประเมินผล : กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้สารน้ำและอิเล็คโทรไลต์เพียงพอ หลังแก้ไขปัญหาไม่มีอาการ

ของภาวะ K หรือ Mg ในเลือดต่ำ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือเกร็ง EKG normal ค่ากรณีที่ 1 ค่า serum Mg 2.1 mEq/L, กรณีที่ 2 ค่า serum Mg 2.0 mEq/L, serum K 4.4 mEq/L

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4	**กิจกรรมการพยาบาล**
เสี่ยงพลัดตกหกล้มเนื่องจากมีภาวะซีด **ข้อมูลสนับสนุน** S: ทั้ง 2 รายบ่นว่า “เวียนศีรษะ, หน้ามืด เวลาลุก, อ่อนเพลียไม่มีแรง” O: รายที่ 1 ผล Hb 6.7, Hct 22 % Morse score =45, รายที่2 Hb 7.2, Hct 22 %, Morse score =50 **วัตถุประสงค์** เพื่อป้องกันการเกิดพลัดตกหกล้ม **เกณฑ์การประเมิน** 1. ผู้ป่วยไม่มีอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มขณะอยู่ในโรงพยาบาล 1. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการเรียกคนช่วยพยุง และนั่งพักก่อนลุกยืนทุกครั้ง 2. Morse score 0-24 คะแนน 3. ค่า Hct ≥ 30%, Hb ≥ 12 mg g/dL	1.ประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการเวียนศีรษะ หน้ามืด และความสามารถในการทรงตัวทุกเวร 2.ประเมินสัญญาณชีพ โดยเฉพาะความดันโลหิตในท่านอน ท่านั่ง และท่ายืน หากผิดปกติให้ทำกิจกรรมบนเตียง 3.จัดให้ผู้ป่วยนอนบนเตียงที่มีไม้กั้นเตียง ยกขึ้นทั้ง 2 ข้าง และปรับระดับเตียงให้ต่ำสุดเสมอ 4.จัดวางสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นให้ใกล้มือผู้ป่วย เพื่อลดการเอื้อมหรือลุกโดยไม่จำเป็น 5.แนะนำเทคนิคการเปลี่ยนท่าทางอย่างช้าๆ จากท่านอน ตะแคงตัว ลุกนั่งห้อยขาข้างเตียงสักพัก (1-3 นาที) ให้หายเวียนศีรษะแล้วค่อยลุกยืน 6.แนะนำผู้ป่วยและญาติว่า "ห้ามผู้ป่วยลุกเดินไปเข้าห้องน้ำให้ทำกิจกรรมบนเตียงช่วงอาการไม่คงที่” 7.ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา 8.ดูแลให้ได้รับเลือด LPRC หรือยาบำรุงเลือดตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียง 9.ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADLs) บนเตียง

การประเมินผล ผู้ป่วยทั้ง 2 รายช่วงวิกฤตได้จำกัดกิจกรรมบนเตียง ไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มช่วงที่มีภาวะซีด ให้ความร่วมมือดี ค่า Hct 33 - 34 %, Hb 10.9 -11.1 g/dL อยู่ในเกณฑ์ปกติ ก่อนจำหน่าย Morse score รายที่ 1 เท่ากับ 25 เน้นให้ญาติดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง และรายที่ 2 เท่ากับ 15

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 (กรณีศึกษาที่ 1)	**กิจกรรมการพยาบาล**
แบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากมีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ **ข้อมูลสนับสนุน** S: ผู้ป่วยบอกว่า “หายใจเหนื่อย ตัวร้อนเหมือนมีไข้ ” O: ผู้ป่วยมีภาวะ bronchitis แรกรับ Lung : wheezing both lung CXR : Infiltration at RUL, V/S: BP 99/70, HR 112 bpm, T 36.6 °C, RR 24 bpm. O_2 Sat 99 %,NEWS2 score = 6, WBC 11,590, Neutrophil 91%, sputum C/S : Moderate Pseudomonas aeruginosa	1. ประเมินภาวะที่บ่งบอกว่ามีการติดเชื้อทางเดินหายใจ ได้แก่ อุณหภูมิร่างกาย หายใจเหนื่อย ไอ เป็นต้น 2. วัด Vital signs ทุก 1 ชั่วโมงและ Temp. ทุก 4 ชั่วโมง 3. ประเมินอาการ NEWS scores อย่างต่อเนื่อง 4. ให้การพยาบาลโดยยึดหลัก Aseptic technique 5. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Augmentin 1.2 gm iv q 8 hr ตามแผนการรักษา 6. สังเกตและประเมินปริมาณและลักษณะสีของเสมหะที่เปลี่ยนแปลงและรายงานแพทย์ 7. ดูแลระบบการทำงานของเครื่อง HFNC รักษาระดับน้ำใน Humidifier ให้อยู่ในเกณฑ์ เพื่อเพิ่มความชื้นทางเดินหายใจ 8. ระมัดระวังเรื่องการสำลักอาหาร ดูแลทำความสะอาดปากและฟันให้ผู้ป่วยทุก 4 ชม.

วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ **เกณฑ์การประเมิน**: 1. T 36.5-37.4 °C, BP 90/60-140/90 mmHg, MAP≥ 65, PR 60-100 bpm, RR 16-20 bpm, SpO2 95-100 % 3. หายใจไม่มีเหนื่อยหอบ ไม่มีปีกจมูกบาน ไม่ใช้ทรวงอก กระบังลมหน้าท้อง 5. ผล Lab อยู่ในเกณฑ์ปกติ WBC 4,600-10,000 , Neutrophil 40% - 60%, Lymphocyte 20% - 40%	9. จัดท่าศีรษะสูงอย่างน้อย 30 องศา 10. กระตุ้นการไอขับเสมหะ และช่วย suction ในปากและคอหากขับเสมหะออกเองไม่ได้ 11. ติดตามผล CBC, sputum gram และ sputum C/S

การประเมินผล : ผล Sputum C/S Moderate Pseudomonas aeruginosa ได้รับยาปฏิชีวนะครบ 7 วัน เสมหะลดลง ไอขับเสมหะได้เอง vital signs ปกติ ไม่มีหอบเหนื่อย ไม่มีไข้ T 36.6- 37.1 °C, BP 110/69 -120/76 mmHg, PR 72-84 bpm, RR 18-20 bpm, SpO_2 97 % RA ผล CBC ปกติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6	**กิจกรรมการพยาบาล**
เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ **ข้อมูลสนับสนุน** O: ทั้ง 2 ราย Dx. UGIH with hypovolemic shock ได้รับการ NPO ค่า DTX แรกรับรายที่ 1 และ 2 เท่ากับ 90 และ 86 ตามลำดับ **วัตถุประสงค์**: เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ **เกณฑ์การประเมิน**: 1. ค่า DTX 80-200 mg% 2. ไม่มีอาการของภาวะ hypoglycemia เช่น ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย ระดับความรู้สึกตัวลดลง	1.ประเมินอาการ/อาการแสดงของภาวะ hypoglycemia ได้แก่ ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย ระดับความรู้สึกตัวลดลง เป็นต้น 2. วัด vital signs อย่างน้อยทุก 1-2 ชั่วโมง 3. ช่วงงดน้ำและอาหารทางปาก ดูแลให้ได้รับสารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำให้เพียงพอตามแผนการรักษาของแพทย์ 4. ติดตามเจาะค่า DTX ทุก 6 ชั่วโมง keep 80 – 200 mg% เพื่อประเมินระดับน้ำตามในเลือด หากต่ำผิดปกติ ให้รายงานแพทย์ เพื่อให้ glucose ทางหลอดเลือดดำ

การประเมินผล : กรณีศึกษาทั้ง 2 รายไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ รู้สึกตัวดี ช่วง NPO ได้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเพียงพอ โดยกรณีที่ 1 ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำทั้งหมด 2,910 ml/วัน และกรณีที่ 2 ได้รับ 2,120 ml/วัน หลัง EGD อาการคงที่ สามารถรับประมาณอาหารทางปากได้ DTX 86 – 182 mg%

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 (กรณีศึกษาที่ 2)	**กิจกรรมการพยาบาล**
มีภาวะถอนแอลกอฮอล์เนื่องจากผู้ป่วยดื่มสุราเป็นประจำ **ข้อมูลสนับสนุน** S: ผู้ป่วยบอกว่า “ดื่มเหล้าวันละครึ่งขวดเพิ่งหยุดดื่มก่อนมาโรงพยาบาล 2 วัน” O : มีอาการมือสั่น คลื่นไส้ หงุดหงิดค่า AWS 6 คะแนน	1. ประเมินอาการขาดสุราเพื่อติดตามระดับอาการขาดสุรา (AWS) ต่อเนื่องครบ 3 วัน 2. วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง 3. ให้ยานอนหลับตามแผนการรักษา และสังเกตอาการไม่พึงประสงค์ ของยาที่กดระบบประสาทส่วนกลาง ง่วงนอนมาก หายใจช้า การทรงตัวไม่ดี กล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นต้น 4. จัดให้นอนพักที่จุด Psychiatric corner โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ แสงสว่างเพียงพอ อากาศ เย็น

วัตถุประสงค์: ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากอาการขาดสุรา **เกณฑ์การประเมิน**: 1. ไม่มีภาวะชัก ไม่มีอาการขาดสุรา 2. ผู้ป่วยได้รับการประเมินภาวะขาดสุราอย่างต่อเนื่องครบ 3 วัน 3. ค่า AWS = 0-4 อยู่ในเกณฑ์ปกติ	สบาย ลดการกระตุ้นตกใจหรือหวาดกลัว 5. จำกัดเวลาและจำนวนผู้เยี่ยมเพื่อบรรเทาอาการตื่นกลัว 6. ดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมง 7. ดูแลความสะอาดร่างกายส่วนบุคคล 8. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ 9. หากสับสนมาก พิจารณาผูกยึดและ falling precaution เพื่อเฝ้าระวัง falling และการบาดเจ็บจากการผูกยึด 10. วางแผนการจำหน่ายอย่างเหมาะสม ได้รับคำปรึกษากับเจ้าหน้าที่คลินิกเลิกสุราก่อนจำหน่าย

การประเมินผล : ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะขาดสุรา ได้รับยานอนหลับตามแผนการรักษา ไม่พบผลข้างเคียงของยานอนหลับ ไม่มีภาวะชัก รู้สึกตัวดี ยังมีมือสั่นเล็กน้อย ไม่มีคลื่นไส้ vital signs ค่า AWS 0-1 คะแนน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8	**กิจกรรมการพยาบาล**
ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น **ข้อมูลสนับสนุน:** S: ทั้ง 2 ราย สอบถามว่า “เจ็บมากไหม กล้องตัวใหญ่ไหม ส่องนานไหม ไม่ส่องได้ไหม -รายที่ 1 บอกว่า “ไม่เคยเลือดออกแบบนี้มาก่อนเป็นครั้งแรกที่อาการรุนแรงที่สุดในชีวิต” -ทั้ง 2 ถามว่า “ไม่รู้ว่าจะปฏิบัติตัวอย่างไรเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน กินอะไรได้บ้าง อะไรทำให้เลือดออกในกระเพาะได้” O: ท่าทางผู้ป่วยและญาติทั้ง 2 ราย มีความวิตกกังวล และกลัวการส่องกล้อง EGD **วัตถุประสงค์**: -ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย -ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ **เกณฑ์การประเมิน**: 1.ผู้ป่วยญาติ มีสีหน้ายิ้มแย้ม ไม่มีอาการซึมเศร้า 2.ผู้ป่วยสามารถพูดคุยกับผู้ป่วยข้างเตียงได้ปกติ 3. อธิบายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและแนวทางการรักษาได้ 4.ให้ความร่วมมือในการส่องกล้องและการรักษาพยาบาลตลอดการรักษาในโรงพยาบาล	1. ประเมินความพร้อมในการรับรู้ของผู้ป่วยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก และสิ่งที่คับข้องใจ 2. ประเมินการรับรู้ของญาติ และให้ญาติระบายความรู้สึก ความคับข้องใจ ความต้องการของญาติ 3. พยาบาลและแพทย์อธิบายเกี่ยวกับ การดำเนินของโรคตลอดจนแนวทางการรักษาผู้ป่วย 4. อธิบายแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ การสังเกตอาการอาเจียน การถ่ายเป็นเลือด การถ่ายดำ ปริมาณเลือดที่ออกจากสายสวนจมูก การเจาะเลือด หาความเข้มข้นของเลือดอย่างน้อยทุก 6 ชั่วโมงเพื่อประเมินการเสียเลือดในร่างกาย ให้ผู้ป่วยและญาติได้เข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของโรคและแนวทางการรักษาของแพทย์และพยาบาล รวมทั้งความจำเป็นของการรักษาต่าง ๆ เพื่อความร่วมมือจากผู้ป่วย 5. อธิบายถึงความจำเป็นในการตรวจส่องกล้อง EGD เพื่อการวินิจฉัยโรค ข้อดี-ข้อเสีย และภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดจากการส่องกล้อง รวมถึงการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมส่องกล้อง EGD และการปฏิบัติตัวหลังส่องกล้องตามแนวทาง คือ ให้ดูวิดีโอ เพื่อให้ง่ายต่อการตัดสินใจ และให้การเซ็นต์ยินยอมส่องกล้อง EGD 6. ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติ 7. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึกและซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ

การประเมิน : กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย คลายกังวล สังเกตจากสีหน้าท่าทาง ยิ้มแย้ม พูดคุยกับญาติปกติ เข้าใจการเจ็บป่วยและแผนการรักษา และยินยอมให้ความร่วมมือในการทำ EGD และการรักษาต่าง ๆ เป็นอย่างดี

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9	**กิจกรรมการพยาบาล**
มีโอกาสเลือดออกซ้ำเนื่องจากมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม	1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อสร้างความไว้วางใจ

ข้อมูลสนับสนุน: S: ทั้ง 2 รายถามว่า “ไม่รู้ว่าจะปฏิบัติตัวอย่างไรเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน กินอะไรได้บ้าง อะไรทำให้เลือดออกในกระเพาะได้” O: -ประวัติรายที่ 1 รับประทานยากลุ่ม NSAIDs ทั้งจาก รพ.และซื้อกินเพิ่มจากร้านยา ไม่ทราบผลข้างเคียงของยาต่อภาวะเลือดออก รายที่ 2 ดื่มสุราเป็นประจำ **วัตถุประสงค์**: - มีความรู้และสามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน - ป้องกันภาวะเลือดออกซ้ำจากพฤติกรรมไม่เหมาะสม **เกณฑ์การประเมิน**: 1. ตอบคำถามเกี่ยวกับโรค/สาเหตุการเกิดภาวะเลือดออกและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อกับไปอยู่ที่บ้านได้ถูกต้องก่อนจำหน่าย 2. เลิกพฤติกรรมเสี่ยง 3. ไม่กลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำด้วยโรคเดิมภายใน 28 วัน	2. ประเมินความรู้ความเข้าใจโรคเลือดออกในทางเดินอาหารเพื่อให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม 3. อธิบายสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร เกิดจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารหมักดอง อาหารรสจัด ไม่ออกกำลังกาย เครื่องดื่มแอลกอฮอล์/สูบบุหรี่เป็นประจำ และการรับประทานยาแก้ปวดที่ไม่ใช่ยาพาราเซตามอลและมีความเครียดและความวิตกกังวลสูง การใช้ยาแอสไพรินในปริมาณต่ำเป็นประจำ 4. สอนและแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ในโรงพยาบาลและกลับบ้าน ได้แก่ อาการผิดปกติที่ต้องสังเกต เช่น อาการปวดแน่นท้อง ปวดท้องบริเวณใต้ลิ้นปี่ ปวดทั่ว ๆ ท้อง การมีเลือดออก ได้แก่ อาเจียนเป็นเลือดสด ,สีน้ำตาล, สีกาแฟหรือสีดำ ถ่ายอุจจาระสีดำลักษณะเหนียวคล้ายยางมะตอยหรือมีอาเจียนเป็นเลือดร่วมกับถ่ายดำให้มาพบแพทย์ก่อนนัด การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การออกกำลังกาย การพักผ่อนที่เหมาะสม เป็นต้น 5.แนะนำการเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง เน้นย้ำถึงความสำคัญของการงดดื่มสุรา งดกินยาแก้ปวดที่ไม่ใช่ยาพาราเซตามอล ไม่ให้ซื้อยากินเอง ควรปรึกษาแพทย์หากอาการปวดไม่ดีขึ้น 6.อธิบายให้มาตรวจตามแพทย์นัด ประสาน Home Health Care เพื่อส่งต่อข้อมูลในการติดตามเยี่ยมบ้าน
การประเมินผล :กรณีศึกษาทั้ง 2 รายเข้าใจและตอบได้ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติเมื่ออยู่บ้าน และสามารถบอกสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นได้ถูกต้อง และกรณีศึกษาทั้ง 2 รายจะปรับพฤติกรรม ติดตามกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่กลับมารักษาภาวะเลือดออกซ้ำใน 28 วัน	

สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1 หญิงไทย อายุ 75 ปี โรคประจำตัว HT และ spondylosis มีประวัติใช้ยากลุ่ม NSAIDs เป็นประจำ มารักษาด้วยอาเจียนเป็นเลือดสด ไม่มีถ่ายดำ มีอ่อนเพลีย 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล วินิจฉัยแรกรับเป็น Upper gastrointestinal bleeding with Hypovolemic shock with bronchitis ได้รับการตรวจ EGD ผล healed gastric ulcer at incisura with duodenitis non-active bleeding ผล sputum C/S พบ moderate Pseudomonas aeruginosa ดูแลได้รับยาปฏิชีวนะครบ 7 วัน ระยะเวลาในการดูแลวันที่ 11 ถึง 20 มีนาคม พ.ศ. 2568

กรณีศึกษาที่ 2 ชายไทยใหญ่ อายุ 58 ปี ไม่มีโรคประจำตัว ประวัติดื่มสุราทุกวัน มารักษาด้วยอาเจียนเป็นเลือดสด 2 ครั้ง ถ่ายเป็นเลือดสีดำ อ่อนเพลีย 40 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล วินิจฉัยแรกรับเป็น Upper gastrointestinal bleeding with Hypovolemic shock (R/O variceal bleeding) ได้รับการตรวจ EGD ผล Esophageal varices Grade 2 with pangastritis ได้รับยาปฏิชีวนะ ครบ 3 วัน ได้รับยากลุ่ม beta-blocker ระยะเวลาในการดูแลวันที่ 20 ถึง 24 มกราคม พ.ศ. 2568

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการสวนล้างกระเพาะอาหารผ่าน NG tube ยาลดกรด ยาห้ามเลือด สารน้ำและส่วนประกอบของเลือดอย่างรวดเร็ว และกรณีที่ 2 ได้ยารักษาตามสาเหตุคือยา Octreotide พบปัญหาพร่องออกซิเจน ได้รับการรักษาด้วยเครื่อง HFNC ได้รับการตรวจ EGD ภายใน 24 ชั่วโมงแรก พบปัญหาการพยาบาลสำคัญที่คล้ายกัน ได้แก่ มีภาวะ hypovolemic shock จากการเสียเลือด มีภาวะพร่องออกซิเจนเสี่ยงต่ออันตรายจากภาวะไม่สมดุลของอิเลคโตรไลท์ เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น และมีโอกาสเลือดออกซ้ำ จะเห็นว่ากรณีศึกษาที่ 1 เป็นผู้สูงอายุมีสาเหตุการเสียเลือดจาก NSAIDs เกิดความรุนแรงของโรคมากกว่า เนื่องจากมีโรคร่วมปอดติดเชื้อ ต้องได้รับยาปฏิชีวนะจนครบ ใช้เวลารักษาในโรงพยาบาล 11 วันนานกว่ากรณีศึกษาที่ 2 ที่มีภาวะถอนพิษสุราร่วม ที่สามารถจัดการได้ในเวลาอันสั้น และอายุน้อยกว่าสามารถรักษาและฟื้นตัวได้เร็ว พิจารณาจำหน่ายได้หลังรักษาเพียง 4 วัน

สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีข้อวินิจฉัยเป็น Upper gastrointestinal bleeding with Hypovolemic shock แสดงถึงมีภาวะวิกฤต ภาวะนี้มีความซับซ้อนและอันตรายสูง จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างทันท่วงที โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ใช้ยา NSAIDs มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงเนื่องจากกลไกการป้องกันเยื่อบุลดลงและมักเกิดแผลแบบไม่มีอาการ ส่งผลให้กรณีศึกษาที่ 1 มาช้าและอยู่ในภาวะช็อกที่รุนแรงกว่าปกติ ร่วมกับมีโรคร่วมปอดติดเชื้อและวัยสูงอายุยังส่งผลให้การฟื้นตัวล่าช้า ได้รับการรักษานานกว่ากรณีที่ 2 สอดคล้องกับการศึกษาของ Sostres & Lanas, 2011 พบว่า การใช้ NSAIDs ในผู้สูงอายุเพิ่มความเสี่ยงต่อการตายจากภาวะแทรกซ้อนทางเดินอาหาร อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุน้อย ผู้ศึกษาได้ใช้กรอบแนวคิด FANCAS ในการการบูรณาการเพื่อประเมินและจัดลำดับความสำคัญของการพยาบาลให้ชัดเจน ตามความเร่งด่วน โดยเน้น Fluid และ Airway เป็นอันดับแรก อีกทั้งได้นำกระบวนการพยาบาลช่วยกำหนดขั้นตอนการประเมิน วินิจฉัย วางแผน และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดใน 3 ระยะของการดูแลผู้ป่วย ทำให้เห็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตอย่างใกล้ชิด และได้ประยุกต์ทฤษฎีระบบการพยาบาลของทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองโอเร็ม แสดงให้เห็นข้อจำกัดในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและกำหนดรูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสม ตั้งแต่การทดแทนเต็มรูปแบบในระยะวิกฤต ไปจนถึงการสนับสนุนและให้ความรู้ในระยะฟื้นฟู การเชื่อมโยงทั้งสามกรอบแนวคิดจึงช่วยให้การพยาบาลมีความครอบคลุม มีเหตุผล และส่งเสริมความปลอดภัย รวมทั้งฟื้นฟูศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย

ข้อเสนอแนะ

1. การนำแนวทางการพยาบาลที่ได้จากผลการศึกษาในครั้งนี้ ไปเผยแพร่แก่พยาบาลหน่วยงานอื่น ๆ ในโรงพยาบาล ได้แก่ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หอผู้ป่วยศัลยกรรมรวมถึงหอผู้ป่วยหนัก เพื่อเพิ่มสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

2. การส่งต่อข้อมูลสำหรับการดูแลต่อเนื่อง แก่งานปฐมภูมิหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบในระดับชุมชน เช่น อสม ผู้นำชุมชน เช่น ในกลุ่มผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารหลังจากออกโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง ที่ป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกซ้ำและต้องกลับมาโรงพยาบาลซ้ำได้

3. จัดทำแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น เผยแพร่ไปยังโรงพยาบาลชุมชน เพื่อใช้เป็นแนวทางเดียวกัน เกิดความรวดเร็วในการส่งต่อ ลดความรุนแรงของโรค

เอกสารอ้างอิง

งานนโยบายและยุทธศาสตร์. (2567). *สถิติผู้ป่วยใน พ.ศ. 2567*. เชียงใหม่: โรงพิมพ์โรงพยาบาลสันทราย.

งานสารสนเทศ เขตบริการสุขภาพที่ 1. (2568). *ระบบรายงานข้อมูล CMI สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่*. สืบค้น 1 กันยายน 2568, จาก https://cmi.ciorh1.com/web/index.php.

จุธาลักษณ์ แก้วมะไฟ. (2567). การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกระบบทางเดินอาหารส่วนต้น : กรณีศึกษา 2 ราย. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 8(15)*, 296-300.

ชนธีร์ ชินเครือ. (2564). *การรักษาผู้ป่วยที่เกิดภาวะช็อก*. สืบค้น 7 มกราคม 2568, จาก http://web1.dent.cmu.ac.th/mis/dis/UserFiles/File/surg/Plan%20DOS%20482/Sheet482shock.pdg

เดชพิชัย สมรแคล้ว และ จุฑามาศ ชูวงศ์. (2563). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเร็มในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจลำบากเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการใช้เครื่องช่วยหายใจ: กรณีศึกษา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 3(2), 207-223.*

พรศิริ พันธสี. (2563). *กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ:การประยุกต์ใช้ทางคลินิก* (พิมพ์ครั้งที่ 24). กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษร.

ภวพล ศิริสรรหิรัญ. (2564). *อุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นชนิดความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช*. สืบค้น 7 มกราคม 2568, จาก https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/252947

รุ่งนภา อุดานนท์. (2566). การจัดการรายกรณี:การดูแลผู้ติดสุราต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน. *วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 3(2)*, 63-65.

สมชาย ศรีสมบัณฑิต. (2565). การดูแลรักษาภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส วนบนในห องฉุกเฉิน. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 31(3), 456-468.

สิทธิโชค ประจวบและธัญชาติ วรนุช จงศรี. (2567). *เลือดออกในทางเดินอาหาร (Gastrointestinal Bleeding)*. สืบค้น 7 มกราคม 2568, จาก https://ped.md.chula.ac.th/wp-content/uploads/2024/08/CUPA22-EBook-02.pdf

สุกานดา ตีพัดดี. (2563). กรณีศึกษา:การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อกร่วมกับภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 13(2)*, 137-143.

สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภและชลิยา วามะลุน. (2555). *การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต: แบบองค์รวม*. กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). *จำนวนผู้ป่วยใน (หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและครอบครัว) รวมทุกการวินิจฉัยโรค จำแนกตามเพศและโรค/กลุ่มโรค 298 โรคตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับแก้ไข ครั้งที่ 10 ทั่วราชอาณาจักร พ.ศ. 2560 – 2567*. สืบค้น 6 มกราคม 2568, จาก https://www.nso.go.th › stat_impt › file_xls_th

อัมพาภรณ์ เตชธนางกรม. (2563). *คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวที่ได้รับการรักษาด้วยการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก*. สืบค้น 6 มกราคม 2568, จาก https://shorturl.asia/9JkYX

Abbey, J. C. (1976). Emergency nursing:FANCAS. *The Journal of Nursing Education*, 15(6), 19-27.

Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Sostres, C, & Lanas, A. (2011). *Epidemiology and demographics of upper gastrointestinal bleeding: prevalence, incidence, and mortality*. Gastrointest Endosc Clin N Am, 21, 567.