

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

เรื่อง ที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น
2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง โปสเตอร์ให้ความรู้ผู้ป่วยโรคเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น

เสนอโดย

นางสาวกมลรัตน์ หลงหัน
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
(ตำแหน่งเลขที่ รพจ. 471)
ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล
โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 6 วัน (ตั้งแต่วันที่ 4 ธันวาคม 2562 ถึงวันที่ 9 ธันวาคม 2562)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

ความรู้ทางวิชาการ

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น (upper gastrointestinal bleeding หรือ UGIB) หมายถึง การมีเลือดออกในระบบทางเดินอาหารตั้งแต่หลอดอาหาร กระเพาะอาหารจนถึงลำไส้เล็กส่วนต้นเหนือ ligament of treitz (กฤษณ์ อุทัย, 2561)

สาเหตุของภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น (นนทลี เผ่าสวัสดิ์, 2561)

1. โรคทางเดินอาหารส่วนต้น ได้แก่ แผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น (peptic ulcer), เยื่อบุกระเพาะอาหารหรือลำไส้อักเสบจากกรด (acid-related mucositis), หลอดเลือดขดในหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหาร (esophageal varices or gastric varices), portal hypertensive gastropathy, การฉีกขาดของเยื่อหลอดอาหาร (Mallory -Weiss tear), มะเร็งกระเพาะอาหาร, ความผิดปกติของรูปร่างหลอดเลือดในกระเพาะอาหาร (Dieulafoy's lesion), ความผิดปกติของหลอดเลือดที่ขยายตัวและเปราะบาง (angiodysplasia)

2. โรคทางร่างกายทั่วไป เช่น การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ

พยาธิสรีรภาพ

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น จะมีพยาธิสภาพที่แตกต่างกันขึ้นกับสาเหตุการเกิด ที่พบบ่อย ได้แก่ ทางเดินอาหารอักเสบหรือเป็นแผล (peptic ulcer or acid-related mucositis) จากการรับประทานยาแก้ปวดกลุ่ม nonsteroid anti-inflammatory drug (NSAIDs) ยาต้านเกล็ดเลือด (aspirin) การติดเชื้อ Helicobacter pylori มีผลทำให้ขาดความสมดุลของชั้นเยื่อ (mucosal barrier) มีการหลังกรดทำให้ทางเดินอาหารอักเสบ บวม หรือเลือดออกได้ สาเหตุที่พบรองลงมาได้แก่ หลอดเลือดขดในหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหาร (esophageal varices or gastric varices) เกิดจากความดันในหลอดเลือดดำพอร์ทัลสูง (portal hypertension)

อาการและอาการแสดง

1. อาเจียนเป็นเลือดสด (hematemesis) หรืออาเจียนเป็นเลือดเก่า (coffee ground emesis) โดยเลือดสีน้ำตาลเกิดจากเลือดที่ออกถูกกรดในกระเพาะอาหารเปลี่ยนเป็น acid hematin

2. ถ่ายอุจจาระสีดินเหนียวคล้ายขางมะตอย (melena) และมีกลิ่นเหม็น เกิดจากกรดในกระเพาะอาหารย่อยสลายเลือดเป็น hematin เมื่อมีปริมาณเลือดออกมากกว่า 60 มิลลิลิตร ในกระเพาะอาหาร

3. ถ่ายอุจจาระเป็นสีแดงสด (hematochezia) หรือแดงเลือดคนก (maroon stool) พบได้ในภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนจำนวนมาก

4. อาการของการเสียเลือด (symptom of blood loss) ขึ้นกับการเสียเลือดนั้นเกิดแบบฉับพลันหรือค่อยเป็นค่อยไป หากเกิดแบบฉับพลัน เลือดออกปริมาณมากอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยมักมีอาการแสดงของการเสียเลือด เช่น เจ็บหน้าอก เป็นลม ตรวจพบเลือดจาง หรือสัญญาณชีพไม่คงที่ แต่หากการเสียเลือดนั้นเกิดขึ้นช้า ๆ แบบค่อยเป็นค่อยไป อาจมีเพียงอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย

การตรวจวินิจฉัย

1. การซักประวัติ ซึ่งประวัติที่ดีช่วยจำแนกตำแหน่งจุดเลือดออก และช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคได้ เช่น ประวัติโรคตับแข็ง เป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะเลือดออกจากหลอดเลือดขอดในทางเดินอาหาร (varices) ประวัติการใช้ยากกลุ่ม nonsteroid anti-inflammatory drug (NSAIDs) ยาต้านเกล็ดเลือดหรือยาละลายลิ่มเลือด

2. การตรวจร่างกาย ควรให้ความสำคัญกับอาการแสดงของภาวะของเหลวในร่างกายพร่องหรือการเสียปริมาตรเลือด (hypovolemia) ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเร็ว นอกจากนี้ช่วยในการประเมินโรคร่วมของผู้ป่วยได้ดี เช่น อาการแสดงของโรคตับแข็ง การตรวจหาก้อนในท้อง รวมถึงควรตรวจทางทวารหนัก

3. การใส่สายยางทางจมูก (nasogastric tube: NG tube) เพื่อตรวจล้างกระเพาะอาหาร (nasogastric lavage) เพื่อยืนยันภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น หรือใช้ประเมินความรุนแรง

4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญคือ hematocrit (Hct), hemoglobin (Hb), blood urea nitrogen (BUN) และ creatinine (Cr) ในเลือด ช่วยประเมินการสูญเสียเลือด การตรวจ prothrombin time (PT), partial thromboplastin (PTT), International normalized ratio (INR) เพื่อดูความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด liver function test (LFT) เพื่อดูความผิดปกติการทำงานของตับ

5. การตรวจโดยวิธีส่องกล้องเพื่อค้นหารอยโรคที่เป็นสาเหตุ ได้แก่ การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น (esophagogastroduodenoscopy: EGD)

การรักษา

1. ประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยเบื้องต้น ควรทำทุกรายก่อนการรักษาที่จำเพาะเนื่องจากผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงจะมีอัตราการเสียชีวิตหรืออัตราเลือดออกซ้ำสูง และเพื่อใช้ในการเลือกผู้ป่วยที่สมควรรับไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยพิจารณาจากปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ อายุ โรคร่วม การวินิจฉัย สัญญาณชีพ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น ปัจจุบันระบบที่นิยมใช้ ได้แก่ Rockall score, Blatchford score และ AIMS 65 (นันทสิทธิ์, 2561)

2. การดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น เป็นสิ่งสำคัญที่สุด หากทำได้เหมาะสม จะช่วยลดอัตราการตาย และอวัยวะล้มเหลวได้ ด้วยการทดแทนสารน้ำ เลือด ส่วนประกอบของเลือด และยาอย่างเพียงพอในเวลาที่เหมาะสม พิจารณาตามโรคหรือภาวะที่เป็นสาเหตุ โดยอาศัยประวัติและการตรวจร่างกาย

3. การรักษาที่จำเพาะเจาะจง ควรแยกสาเหตุของเลือดออกว่าเกิดจากหลอดเลือดชดหรือไม่เพราะการรักษาต่างกัน กรณีเลือดออกจากแผลในกระเพาะอาหาร และผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เลือดออกรุนแรง พิจารณาให้ยา proton pump inhibitor (PPI) ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ กรณีสงสัยเลือดออกจากหลอดเลือดชดของหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหาร เช่น ในผู้ป่วยโรคตับแข็ง พิจารณาให้ยาลด portal venous flow ได้แก่ ยา splanchnic vasoconstriction เช่น somatostatin ฉีดเข้าหลอดเลือดดำแต่ถ้าหลังการให้ยาที่จำเพาะ และ EGD แล้วยังไม่สามารถหยุดเลือดได้ พิจารณาให้การรักษาโดยการตรวจวินิจฉัยหลอดเลือด (angiography) และการอุดหลอดเลือด (embolization) หรือการผ่าตัด

4. การให้คำแนะนำเมื่อกลับบ้านและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ควรหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด กาแฟ น้ำอัดลม ยาแก้ปวด โดยเฉพาะยาในกลุ่ม nonsteroid anti-inflammatory drug (NSAIDs), aspirin และยาในกลุ่ม steroid งดดื่มสุราโดยเฉพาะผู้มีโรคตับแข็งแล้ว

การพยาบาล

การพยาบาลด้านร่างกาย ประเมินความเสี่ยงและให้การพยาบาลด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ประเมินความเสี่ยงของการสูญเสียเลือดและน้ำในร่างกาย และประเมินอันตรายจากภาวะช็อคจากร่างกายสูญเสียน้ำและเกลือแร่ (hypovolemic shock)

1.1 บันทึกสัญญาณชีพเพื่อตรวจสอบภาวะช็อคโดยบันทึกทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนอาการคงที่ หรือตามความรุนแรงของผู้ป่วย

1.2 ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เช่น Normal Saline Solution (NSS) หรือ Lactated ringer's solution (LRS) หากมีภาวะช็อคให้เปิดเส้นโดยใช้เข็มขนาดใหญ่ เช่น เบอร์ 16 หรือ 18

1.3 ให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด อาจเป็น packed red cells (PRC) หรือ fresh frozen plasma (FFP) ตามข้อบ่งชี้ และสังเกตอาการแพ้เลือด เช่น ผื่นคัน แน่นหน้าอก ปวดหลัง หรือมีไข้

1.4 เตรียมผู้ป่วยและอุปกรณ์ในการใส่สายยางทางจมูก (nasogastric tube: NG tube) เพื่อตรวจล้างกระเพาะอาหาร (nasogastric lavage) โดยใช้ NSS 1,000 มิลลิลิตร อุณหภูมิปกติสวนล้างกระเพาะ สังเกตและบันทึกสี ปริมาณเลือดหรือของเหลวที่ออกมาจากกระเพาะ

1.5 ดูแลให้ยายับยั้งการหลั่งกรดกลุ่ม proton pump inhibitors (PPI) ยาลดอาการเลือดออกในหลอดอาหาร กลุ่ม splanchnic vasoconstrictions และเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนหรืออาการแพ้ยา

1.6 ประเมินระดับความรู้สึกตัว การหายใจ ชีพจร ความดันโลหิต ปริมาณเลือดที่อาเจียนหรือในสายสวนล้างกระเพาะ และปริมาณ สีของอุจจาระ เพื่อประเมินความรุนแรงของการเสียเลือดเพิ่ม

1.7 ถ้าปัสสาวะออกน้อยหรือไม่ออกให้รายงานแพทย์เพื่อใส่สายสวนปัสสาวะ (retained Foley's catheter) และบันทึกปริมาณปัสสาวะที่ออกทุก 1-4 ชั่วโมงตามความรุนแรง

2. ประเมินความเสี่ยงของการพร่องออกซิเจนในเลือดเนื่องจากภาวะช็อคจากการเสียเลือด

2.1 หากมีการหายใจเร็วขึ้น เกร็งกล้ามเนื้อช่วยหายใจ หรือหมดสติน่าจะมีภาวะการหายใจล้มเหลว ให้รีบรายงานแพทย์ เพื่อประเมินการใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal intubation)

2.2 หากผู้ป่วยหายใจได้เอง ไม่มีภาวะการหายใจล้มเหลว ดูแลให้ออกซิเจนเมื่อมีข้อบ่งชี้

2.3 ให้ออกซิเจนสูงเพื่อให้ออกซิเจนตัวดี ลดการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อลดการใช้ออกซิเจน

2.4 ให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ เพื่อลดภาวะซีด

3. ประเมินความเสี่ยงและเตรียมผู้ป่วยก่อนทำ EGD

3.1 ก่อนทำ EGD หากมีการหายใจล้มเหลวหรือไม่รู้สึกตัวให้รายงานแพทย์เตรียมใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อป้องกันการสำลักและช่วยการหายใจแก่ผู้ป่วย

3.2 ให้ผู้ป่วยงดรับประทานอาหารและน้ำก่อนเวลาตรวจอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง

3.3 ตรวจสอบผลเลือด ได้แก่ platelet ไม่น้อยกว่า 100,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร และ International normalized ratio (INR) น้อยกว่า 1.4 หากผิดปกติ รายงานแพทย์เพื่อแก้ไข

3.4 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบความสำคัญ และภาวะแทรกซ้อนของการทำ EGD ว่าเป็นการตรวจเพื่อดูหลอดอาหาร ภาวะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น เมื่อพบจุดเลือดออกหรือแผล แพทย์จะทำการรักษา เช่น การฉีดยาห้ามเลือด การรัดเส้นเลือดโป่งพอง ก่อนตรวจจะมีการพ่นยาชาที่คอก่อน ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกเจ็บแต่จะรู้สึกคลื่นไส้และมีอาการแน่นท้องในขณะที่ทำและหลังทำได้ อาการแน่นท้องจะทุเลาลงหรือหายไปเอง การตรวจอาจมีภาวะแทรกซ้อน เช่น มีเลือดออกหรือมีการฉีกขาดของเยื่อทางเดินอาหารได้

4. ประเมินความเสี่ยงหลังทำ EGD และการดูแลให้ได้รับสารน้ำและสารอาหารให้เพียงพอ

4.1 ให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาต่อเนื่อง

4.2 หากต้องงดรับประทานอาหารและน้ำต่อ แพทย์อาจให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ (parenteral nutrition) ดูแลให้อัตราหายคตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังหลอดเลือดดำอักเสบ (phlebitis)

4.3 บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าและออกเพื่อประเมินความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย

4.4 หากแพทย์อนุญาตให้รับประทานอาหารทางปากได้ให้เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังเริ่มรับประทานอาหาร เช่น ปวดท้อง อาเจียนหรือถ่ายอุจจาระเป็นเลือด

การพยาบาลด้านจิตใจ

ผู้ป่วยหรือญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินของโรคและการรักษา พยาบาลอธิบายให้ข้อมูลที่ถูกต้อง เป็นสื่อกลางระหว่างแพทย์และผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและรับฟังผู้ป่วยอย่างเข้าใจ สร้างเสริมกำลังใจ ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจะช่วยในการคลายความวิตกกังวลได้ดี

การฟื้นฟูสมรรถภาพ

1. ให้ความรู้ผู้ป่วย และญาติ ให้รับประทานอาหารที่มีคุณค่าต่อร่างกายให้ครบหมู่ และเป็นอาหารอ่อนย่อยง่าย รสไม่จัด 2 สัปดาห์หลังออกจากโรงพยาบาล และรับประทานอาหารให้ตรงเวลา

2. หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ระคายเคืองกระเพาะอาหาร เช่น แอสไพริน เพรดนิโซโลน และยาแก้ปวด กลุ่ม nonsteroid anti-inflammatory drug (NSAIDs)

3. งดสูบบุหรี่และงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ เพราะกระตุ้นให้มีการหลั่งกรดมากขึ้น ความรู้เกี่ยวกับเภสัชวิทยา

Controloc/Pantoprazole sodium กลุ่ม proton pump inhibitors (PPI) เป็นยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของโปรตอนปั๊ม (proton pump) หรือเอนไซม์ hydrogen/ potassium adenosine triphosphatase ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่ทำงานในชั้นตอนสุดท้ายของการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร ยาในกลุ่มนี้นำมาใช้ประโยชน์ในการรักษาโรคที่เกี่ยวข้องกับกรดในกระเพาะอาหาร การพยาบาล แนะนำให้ผู้ป่วยทราบผลข้างเคียง ได้แก่ ปวดท้อง ท้องเสีย ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน ปากแห้ง และอาการแพ้ยา หากมีอาการให้แจ้งพยาบาลทันที

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

ภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น เป็นภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อยโดยมีอุบัติการณ์ในประเทศไทย 100 รายต่อประชากร 100,000 รายต่อปี มีความสำคัญเนื่องจากเป็นภาวะที่อัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 10-20 (นภชนก รักษาเคน, 2562) พยาธิสภาพของโรคถ้าไปถึงหลอดเลือดขนาดใหญ่ จะทำให้เกิดภาวะเลือดออกอย่างรุนแรง จนเกิดภาวะช็อคและเสียชีวิตได้ จากข้อมูลสถิติโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ในช่วงปีพ.ศ. 2560 ถึง พ.ศ. 2562 พบว่ามีผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น จำนวน 748 ราย 1,226 ราย และ 1,372 ราย ตามลำดับ (สุธน เอกเสถียร, 2562) ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และจากข้อมูลสถิติหอผู้ป่วยชาย 16 ในช่วงปีพ.ศ. 2560 ถึง พ.ศ. 2562 พบว่ามีผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น จำนวน 55 ราย 83 ราย และ 122 ราย ตามลำดับ และจัดเป็น 1 ใน 10 อันดับโรคของหน่วยงาน ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมิน และให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งต้องใช้ความรู้ ความเชี่ยวชาญในการประเมิน การรายงานแพทย์ เพื่อให้การรักษาอย่างถูกต้อง พยาบาลต้องกำหนดการวินิจฉัยพยาบาล และวางแผนให้สอดคล้องกับการรักษา เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดแก่ผู้ป่วย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาความรู้ทางวิชาการ การพยาบาลผู้ป่วยที่มีเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น จากตำราต่าง ๆ เพื่อนำมาเป็นแนวทางการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ โดยครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

2. เลือกรณีศึกษา ผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น ผู้ป่วยชาย อายุ 55 ปี มาด้วยอาการอาเจียนเป็นเลือดสด 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยว่า ผู้ป่วยมีเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น จึงให้พักรักษาตัวในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยชาย 16 เมื่อวันที่ 4 ถึงวันที่ 9 ธันวาคม 2562

3. ประเมินสภาพผู้ป่วยทุกระบบ ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ประวัติที่เกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วยปัจจุบันและประวัติการเจ็บป่วยในอดีต รวมทั้งประวัติครอบครัว

4. วินิจฉัยการพยาบาลเพื่อวางแผนให้การพยาบาลตามภาวะของโรค และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อให้ความช่วยเหลือได้ถูกต้องเหมาะสม ทันที

5. ปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้ ประเมินผลการพยาบาลเพื่อนำมาใช้ในการวางแผนการพยาบาลต่อไป และประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเพิ่มเติมในส่วนที่ขาด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเมื่อกลับบ้าน

6. บันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล พร้อมกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังให้การพยาบาลลงในเวชระเบียนผู้ป่วยทุกครั้ง

7. สรุปกรณีศึกษาเฉพาะราย จัดทำเป็นเอกสารทางวิชาการ นำเสนอตามลำดับ

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

“ไม่มี”

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100

กรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทยอายุ 55 ปี สถานภาพสมรสโสด เชื้อชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ ศึกษาระดับปริญญาตรี ศึกษาระดับปริญญาโท สาขาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลวิชาชีพชั้นสูง ภูมิศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ กรุงเทพมหานคร HN 24309/61 AN 20160/62 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 4 ธันวาคม 2562 เวลา 10.41 นาฬิกา 2 วันก่อนมาโรงพยาบาลถ่ายอุจจาระสีดํา 1 ครั้ง ปริมาณ 2-3 แก้ว 1 วันก่อนมาโรงพยาบาลอาเจียนเป็นเลือดสีแดงสด ปริมาณ 2 แก้ว มีประวัติสูบบุหรี่ 10 มวนต่อวัน และดื่มเหล้าขาว 1 ขวดต่อวันเป็นเวลานาน 30 ปี ปฏิเสธการแพ้ยาและแพ้อาหารทุกชนิด มีโรคประจำตัวคือตับแข็งจากการดื่มสุรา (alcoholic cirrhosis) ในปี 2561 เคยมีประวัติเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น (upper gastrointestinal bleeding : UGIB) และผู้ป่วยได้รับการตรวจส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น (esophagogastroduodenoscopy : EGD) พบว่ามีแผลในรอยต่อหลอดอาหารและกระเพาะอาหาร (esophageal – gastric junction ulcer) แรกรับที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วัตถุประสงค์ของงานศึกษา 37.6 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 105 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 119/73 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดปลายนิ้วมือ 100 เปอร์เซ็นต์ ได้รับการใส่สายยางผ่านทางจมูกลงสู่กระเพาะอาหาร (nasogastric intubation) พบเลือดสีดําเก่า ๆ (coffee ground) 200 มิลลิลิตร ทำการสวนล้างกระเพาะอาหาร (gastric lavage) ด้วย NSS 1,000 มิลลิลิตร จนใส ให้งดรับประทานอาหารและน้ำดื่ม 24 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วย NSS 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตราหยด 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ร่วมกับดูแลให้ยา pantoprazole 80 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำใน 3 นาที และให้ต่อเนื่องทางหลอดเลือดดำขนาด 8 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง ดูแลให้ยา sandostatin 50 ไมโครกรัม ทางหลอดเลือดดำ ใน 3 นาที และให้ต่อเนื่องทางหลอดเลือดดำ ขนาด 50 ไมโครกรัมต่อชั่วโมง และให้ยา ceftriaxone 1 กรัม ผสมใน NSS 100 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ ใน 30 นาที ระหว่างได้รับยาไม่พบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เช่น ผื่นคัน แน่นเจ็บหน้าอก สังเกตทางห้องปฏิบัติการ ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (hematocrit : Hct) 40.2 เปอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ 41.0-51.0 เปอร์เซ็นต์) ฮีโมโกลบิน (hemoglobin : Hb) 13.8 กรัมต่อเดซิลิตร (ค่าปกติ 14.0-18.0 กรัมต่อเดซิลิตร) แกล็ดเลือด 140 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิลิตร (ค่าปกติ 150-400 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิลิตร) เซลล์เม็ดเลือดขาว 8.68 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิลิตร (ค่าปกติ 4.0-11.0 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิลิตร) neutrophil 81.8 เปอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ 45-75 เปอร์เซ็นต์) ผลการตรวจค่าการแข็งตัวของเลือด PT (Prothrombin Time) 14.3 วินาที (ค่าปกติ 10.5-13.3 วินาที), APTT (Activated Partial Thromboplastin Time) 24.6 วินาที (ค่าปกติ 20.4-29.2 วินาที), INR (International Normalized Ratio) 1.22, ผลการตรวจการทำงานของไต BUN (Blood Urea Nitrogen) 12 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (ค่าปกติ 6-20 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร), Cr (Creatinine) 0.70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

(ค่าปกติ 0.67-1.17 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) ส่วนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ พบว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ ประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยเบื้องต้น ด้วยระบบ Clinical Rockall Risk Score ได้ 4 คะแนน (มากกว่า 3 คะแนน มีความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกซ้ำและเพิ่มอัตราการเสียชีวิต) Blatchford score ได้ 10 คะแนน (มากกว่าหรือเท่ากับ 1 คะแนน มีความเสี่ยงสูง แนะนำให้รักษาแบบผู้ป่วยใน) และ AIMS 65 ได้ 0 คะแนน (อัตราการตายในโรงพยาบาล เท่ากับร้อยละ 0.3) แพทย์จึงวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นที่จำเป็นต้องรับตัวไว้รักษาต่อ ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาต่อในหอผู้ป่วยชาย 16 เวลา 20.25 นาฬิกา แรกเริ่มผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำทางอ่อนเพลีย มีสายยางทางจมูก (nasogastric intubation : NG tube) ต่อลงลงมีน้ำสีด่างคาสายยางเล็กน้อย ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ไม่มีปวดท้อง ไม่มีถ่ายดำเพิ่ม สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ 37.6 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 78 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 106/70 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ให้ติดตาม Hct ทุก 6 ชั่วโมง พบว่าผล Hct อยู่ในระดับ 39 เปอร์เซ็นต์ ให้การพยาบาลโดยประเมินภาวะเลือดออกเพิ่ม สังเกตอาการอ่อนเพลีย เหงื่อออกมาก ตัวเย็น เหนื่อยง่าย ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ดูแลให้ยาและ สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ประเมินสารน้ำเข้าสู่ร่างกายและออกจากร่างกาย ลักษณะและปริมาณเลือดที่ออก ทางสายยางจมูกต่อลงลง ผลการพยาบาลผู้ป่วยไม่มีเลือดออกเพิ่มทางสายยางจมูกต่อลงลง สัญญาณชีพ อยู่ในเกณฑ์ดี ประเมินปริมาณ สารน้ำเข้าสู่ร่างกาย 1,200 มิลลิลิตร และปริมาณสารน้ำออกจากร่างกาย 400 มิลลิลิตร ใน 16 ชั่วโมง

เยี่ยมครั้งที่ 1 วันที่ 5 ธันวาคม 2562 เวลา 08.30 นาฬิกา ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีสายยางจมูกต่อลงลง เป็นลักษณะน้ำย่อยสีเขียว ไม่มีเลือดปน ไม่มีปวดท้อง ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ไม่มีถ่ายดำ เปลือกตาไม่ซีด สัญญาณชีพอุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 70 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 108/64 มิลลิเมตรปรอท ดูแลให้งดรับประทานน้ำและอาหารทางปากทุกชนิด ให้ยา pantoprazole และ octreotide ตามแผนการรักษา และให้สารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำชนิด 5% dextrose normal saline solution 1,000 มิลลิลิตร อัตราหยด 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ติดตาม Hct ทุก 8 ชั่วโมง พบว่าผล Hct ลดลงอยู่ในระดับ 32-33 เปอร์เซ็นต์ ประเมินไม่พบอาการอาเจียนเป็นเลือดหรือถ่ายเป็นเลือดเพิ่ม แพทย์ประเมินว่า Hct ที่ลดลงน่าจะเกิดจากการให้สารน้ำจากการแก้ไขภาวะขาดสารน้ำในช่วงแรก ประเมิน ปริมาณสารน้ำเข้าสู่ร่างกาย 2,700 มิลลิลิตรต่อวัน ปริมาณสารน้ำออกจากร่างกาย 1,500 มิลลิลิตรต่อวัน ไม่มีอาการแสดงของขาดสารน้ำหรือน้ำเกินเนื่องจากกดปลายเท้าไม่บวม แพทย์มีแผนการปรึกษา แพทย์เฉพาะทาง โรคทางเดินอาหารเพื่อตรวจส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น ในวันที่ 6 ธันวาคม 2562 การพยาบาลเตรียมผู้ป่วยก่อนตรวจ ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ พบว่าผู้ป่วย และญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตรวจ คือกลัวเจ็บ การพยาบาล โดยอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ ทราบความสำคัญในการตรวจ ขั้นตอนการทำหัตถการ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นว่าเป็นการ ตรวจทางเดินอาหารส่วนบนตั้งแต่ปาก หลอดอาหาร กระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น เมื่อพบจุดที่ เลือดออก แผลหรือก้อนเนื้อ แพทย์จะทำการรักษา เช่น ฉีดยาห้ามเลือด การรัดเส้นเลือด ป้องกันหรือ หากพบก้อนเนื้อผิดปกติจะตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ ก่อนส่องกล้องจะทำการพ่นยาชาที่คอก่อนเพื่อลดความเจ็บปวด ขณะทำและหลังทำหัตถการช่วงแรกอาจรู้สึกคลื่นไส้ แน่นอึดอัดท้องบ้าง แต่อาการจะค่อยๆ ทุเลาและหายได้เอง จากการประเมินผู้ป่วยและญาติเข้าใจ คลายความกังวล และให้ลงนามยินยอมการทำหัตถการ

เยี่ยมครั้งที่ 2 วันที่ 6 ธันวาคม 2562 เวลา 08.35 นาฬิกา เติรมผู้ป่วยเพื่อส่องกล้อง งดรับประทานน้ำ และอาหารทางปากทุกชนิด ให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา NG tube ต่อลงถุง ไม่พบเลือดหรือเศษอาหาร ส่งผู้ป่วยไปห้องตรวจส่องกล้องทางเดินอาหาร เวลา 10.06 นาฬิกา สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 84 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 133/74 มิลลิเมตรปรอท การพยาบาล โดยก่อนส่องกล้องทำการพ่นยาชาที่คอเพื่อลดการเจ็บปวด ประเมินหลังจากการพ่นยาชาผู้ป่วยไม่มีอาการแพ้ยาชา เริ่มการตรวจ เวลา 10.26 นาฬิกา และสิ้นสุดการตรวจ เวลา 10.46 นาฬิกา ผลการตรวจพบแผลที่กระเพาะอาหาร (clean based gastric ulcer) ในกระเพาะอาหาร ส่วนกลาง (body) และแผลถลอกขาดระหว่างหลอดอาหารและกระเพาะอาหาร (Mallory-Weiss Tear) ส่งเยื่อ กระเพาะอาหารเพื่อตรวจหาเชื้อ *Helicobacter pylori* (*H.pylori*) ผลไม่พบการติดเชื้อ ขณะตรวจผู้ป่วย ให้ความร่วมมือดี ไม่พบภาวะแทรกซ้อน แพทย์ได้แจ้งผลการตรวจให้ผู้ป่วยรับทราบ และรับผู้ป่วยกลับ ถึงหอผู้ป่วยชาย 16 เวลา 11.20 นาฬิกา จากการประเมินสภาพผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 119/72 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดปลายนิ้วมือ 99 เปอร์เซ็นต์ การพยาบาลเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการ ส่องกล้อง ได้แก่ ภาวะหลอดอาหารและกระเพาะอาหารทะลุ (perforation) ภาวะเลือดออกทางเดินอาหารซ้ำ (re-bleeding) ภาวะการติดเชื้อ (infection) และเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เช่น ท้องอืด บวม ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายเป็นเลือดดำหรือแดง เป็นต้น ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง ถ้าพบ ความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท หรืออัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 120 ครั้งต่อนาที ให้รายงานแพทย์ และติดตาม Hct ทุก 8 ชั่วโมง ถ้า Hct ลดลงมากกว่า 3 เปอร์เซ็นต์ ให้รายงานแพทย์ ผู้ป่วยรายนี้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ติดตามผล Hct ได้ 33-35 เปอร์เซ็นต์ หลังการตรวจแพทย์อนุญาตให้จิบน้ำได้ ถ้าไม่มีอาการสำลักหรือปวดท้องให้รับประทานอาหารอ่อนได้ จากการประเมินผู้ป่วยรายนี้ไม่มีอาการสำลักและ ปวดท้องจึงดูแลให้รับประทานอาหารตามแผนการรักษา และหยุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ หยุดการให้ยา sandostatin ซึ่งใช้รักษา esophageal หรือ gastric varice เพราะผู้ป่วยรายนี้ตรวจไม่พบภาวะดังกล่าว ดูแลให้ยา pantoprazole ทางหลอดเลือดดำขนาด 8 มิลลิกรัมต่อชั่วโมงจนครบ 72 ชั่วโมงหลังการตรวจส่องกล้อง ดูแล ให้ยา metoclopramide 10 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำทันที เวลา 12.00 นาฬิกา เพื่อป้องกันการอาเจียนซึ่ง อาจทำให้แผลถลอกของหลอดอาหารเพิ่มมากขึ้นจนเกิดเลือดออกซ้ำได้ และให้ซ้ำได้เมื่อมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ทุก 8 ชั่วโมง การพยาบาลของผู้ป่วยรายนี้คือ ให้ยาตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน หลอดเลือดดำอักเสบบริเวณที่ให้ยา เฝ้าระวังภาวะแพ้ยา เช่น ลมพิษ ผื่นคันหรือผื่นแดงบริเวณร่างกาย จากการประเมินผู้ป่วยรายนี้ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา ประเมินหาสาเหตุเพิ่มเติมของภาวะ เลือดออกทางเดินอาหารพบว่าผู้ป่วยยังดื่มแอลกอฮอล์อยู่ตลอด แม้ว่าเคยวินิจฉัยโรคตับแข็งจากการดื่มสุรา และมีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นเมื่อปี พ.ศ. 2561 แล้วก็ตาม การพยาบาลโดยแนะนำผู้ป่วย และญาติให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องโทษของสุราและอธิบายความจำเป็นในการเลิกสุรา ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ คำแนะนำและมีแนวคิด ในการปรับพฤติกรรมให้เหมาะสม

เยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 7 ธันวาคม 2562 เวลา 08.45 นาฬิกา ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาเจียนหรือถ่ายอุจจาระเป็นเลือด ไม่ปวดท้อง ไม่เจ็บคอ รับประทานอาหารอ่อนได้ อุณหภูมิ 36.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 75 ครั้งต่อนาที

หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท ให้ยา pantoprazole ทางหลอดเลือดดำขนาด 8 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง ค่า Hct 35 เปอร์เซนต์ การพยาบาลสังเกตอาการอาเจียน ปวดท้องหรือถ่ายเป็นเลือด จากการประเมินผู้ป่วยรายนี้ไม่มีอาการอาเจียน ปวดท้องหรือถ่ายเป็นเลือดหลังรับประทานอาหาร แนะนำเรื่องความจำเป็นในการเลิกสูรา ผู้ป่วยมีความตั้งใจในการเลิกสูรา การพยาบาลชื่นชม ส่งเสริมกำลังใจในความตั้งใจของผู้ป่วย

เยี่ยมครั้งที่ 4 วันที่ 9 ธันวาคม 2562 เวลา 09.00 นาฬิกา ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนได้ปกติ แพทย์หยุดให้ยา pantoprazole ทางหลอดเลือดดำเนื่องจากครบ 72 ชั่วโมง และให้ยา omeprazole 20 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้งก่อนอาหารเช้า เย็น ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการมีเลือดออกซ้ำเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ไปอยู่บ้าน การพยาบาลให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น แนะนำรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด รับประทานยาให้ครบ ห้ามกดหรือหยุดยาเอง งดสูรา หลีกเลี่ยงยาที่มีฤทธิ์ระคายเคืองกระเพาะอาหาร เช่น ยาแก้ปวด แนะนำให้มาตรวจตามนัด หากมีอาการปวดท้อง จุกแน่นท้อง อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด ควรมาพบแพทย์ทันที จากการประเมิน สอบถามผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้ ตอบข้อซักถามเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและมีแนวคิด ในการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสม แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน ได้วันที่ 9 ธันวาคม 2562 รวมระยะเวลาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 6 วัน และนัดติดตามการรักษาที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรมในวันที่ 28 ธันวาคม 2562 เวลา 08.00 นาฬิกา

7. ผลสำเร็จของงาน

จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยชาย 16 เมื่อวันที่ 4 ธันวาคม 2562 เวลา 20.25 นาฬิกา พบปัญหาทางการพยาบาลทั้งหมด 5 ปัญหา ได้แก่ 1) ผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น 2) เสี่ยงต่อภาวะหลอดเลือดดำอักเสบบริเวณที่ให้สารน้ำและยา 3) อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการตรวจส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น ได้แก่ ภาวะหลอดเลือดอาหารและกระเพาะอาหารทะลุ (perforation) ภาวะเลือดออกซ้ำหลังการตรวจ (bleeding) ภาวะการติดเชื้อ (infection) 4) ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการส่องกล้องเนื่องจากขาดความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจ 5) ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการมีเลือดออกซ้ำอีก โดยปัญหาดังกล่าว ได้รับการแก้ไขทั้งหมด ผู้ป่วยปลอดภัยดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น สามารถอธิบายการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและมีแนวคิดในการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสม แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านวันที่ 9 ธันวาคม 2562 รวมระยะเวลาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 6 วัน และนัดมาติดตามการรักษาที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรมในวันที่ 28 ธันวาคม 2562 เวลา 08.00 นาฬิกา

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. ได้พัฒนาศักยภาพตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นและทักษะการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวกับผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค
2. ส่งเสริมศักยภาพการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและสามารถปรับปรุงคุณภาพการบริการได้ดียิ่งขึ้น

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยอายุ 55 ปี ติดสูรา มีความยุ่งยากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเรื่องการดื่มสูราเนื่องจากการปัญหาการ

คิดสูตรเป็นปัญหาที่แก้ยากซับซ้อน ต้องคำนึงถึงปัจจัยหลายด้าน ได้แก่ ครอบครัว สิ่งแวดล้อม สังคม และเศรษฐกิจ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมกาฬโรคเมื่อมีปัญหาความเครียด ซึ่งผู้ป่วยติดต่อกันเป็นเวลานานหลายปีจนเป็นโรคตับแข็งและเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ การพยาบาลจึงต้องให้ข้อมูลหลายครั้ง เพื่อสร้างความตระหนักและนำญาติที่ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยมาให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพและคอยช่วยเหลือสนับสนุนการเลิกสุรา

10. ข้อเสนอแนะ

ประสานงานอนามัยชุมชนลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน หากคิดสูตรรุนแรงควรส่งปรึกษาจิตแพทย์เพื่อเลิกสุรา

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ.....*นางสาวกมลรัตน์ หลงหัน*.....

(นางสาวกมลรัตน์ หลงหัน)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่..... 0, ๗ เม.ย. ๒๕๖๕

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....*นางนิตยา ศักดิ์สุภา*.....

(นางนิตยา ศักดิ์สุภา)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

วันที่..... 0, ๗ เม.ย. ๒๕๖๕

ลงชื่อ.....*นายเกรียงไกร ตั้งจิตรมณีศักดิ์*.....

(นายเกรียงไกร ตั้งจิตรมณีศักดิ์)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

วันที่..... 0 ๗ เม.ย. ๒๕๖๕

หมายเหตุ ผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป 1 ระดับ ในช่วงระหว่างวันที่ 4 ธันวาคม 2562 ถึงวันที่ 9 ธันวาคม 2562

คือนางเลิศลักษณ์ ธิลาเรืองแสง ปัจจุบันดำรงตำแหน่งรองผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์

เอกสารอ้างอิง

- กฤษณ์ อุทัยชัย. (2561). Upper Gastrointestinal Bleeding. ใน ศักรินทร์ จีรพงศธร และ ชัยพิชิต พุทธาพิทักษ์พงศ์ (บรรณาธิการ), *Manual of Gastroenterology*. (น.142-153). กรุงเทพฯ: โครงการตำราอายุรศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า.
- นนทลี เผ่าสวัสดิ์. (2561). เลือดออกในทางเดินอาหาร. ใน มณฑิรา มณีรัตนะพร, นัฐพล ฤทธิชัยมัย และ ศรีสกุล จีรกาญจนกร. (บรรณาธิการ), *อายุรศาสตร์ทันใจ*. (น.239-247). กรุงเทพฯ: ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.
- นภชนก รักษาเคน. (2562). การดูแลผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น: บทบาทของพยาบาลในการป้องกันเลือดออกและเลือดออกซ้ำ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 37(3), 13-19.

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางสาวกมลรัตน์ หลงหัน

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ รพจ. 471) สังกัด ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
สำนักการแพทย์

เรื่อง โปสเตอร์ให้ความรู้ผู้ป่วยโรคเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น

หลักการและเหตุผล

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ปัจจุบันเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่พบบ่อยของประเทศไทยและทั่วโลก สถิติในประเทศไทยอัตราตายอยู่ที่ 26.3 และ 25.1 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน ในปีพ.ศ. 2559 และ พ.ศ. 2560 ตามลำดับ (นภชนก รักษาคน, 2562) โดยส่วนใหญ่มักจะเสียชีวิตในช่วงแรกที่มาโรงพยาบาลจากภาวะช็อค จากข้อมูลสถิติโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ในช่วงปีพ.ศ. 2560 ถึง พ.ศ. 2562 มีผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น จำนวน 748 ราย 1,226 ราย และ 1,372 ราย ตามลำดับ (สุรณ เอกเสถียร, 2562) ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และจากข้อมูลสถิติของหอผู้ป่วยชาย 16 ในช่วงปีพ.ศ. 2560 ถึง พ.ศ. 2562 พบว่ามีผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น จำนวน 55 ราย 83 ราย และ 122 ราย ตามลำดับ และจัดเป็น 1 ใน 10 อันดับโรคของหน่วยงาน จากการค้นหาปัญหาและวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดความรู้เกี่ยวกับภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น และขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง ทำให้มีพฤติกรรมเดิม ๆ ได้แก่ การดื่มสุรา การรับประทานยาชุดแก้ปวด การรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา และการรับประทานอาหารรสจัด ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคและการเกิดเลือดออกซ้ำ

ดังนั้นการที่จะให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลจำเป็นต้องมีการเผยแพร่ความรู้ที่ผู้ป่วยเข้าถึงได้ง่ายคือการจัดทำสื่อที่เข้าถึงง่าย ได้แก่ โปสเตอร์และสื่ออิเล็กทรอนิกส์โดยนำ QR code มาประยุกต์ใช้กับโทรศัพท์ smart phone ด้วย

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

เพื่อให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลรักษาและให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน
กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

พฤติกรรมสุขภาพ คือ การกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันที่มีผลต่อสุขภาพ การควบคุมโรคและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค (กรรณิการ์ สุขชัย, 2559) พฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เกิดจากการเรียนรู้ที่เป็นระบบและจากประสบการณ์ที่ผ่านมาของบุคคลนั้น ๆ โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอื่น ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาเจ็บป่วย พฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญของผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น อาจจะมี ความแตกต่างกันในแต่ละรายสามารถนำทฤษฎีและกรอบแนวคิดมาประยุกต์ใช้ ดังนี้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยมีความเข้าใจเรื่องโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
2. หน่วยงานมีแนวทางการให้ความรู้ผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐานและเข้าถึงได้ง่าย

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ผู้ป่วยมีความเข้าใจเรื่องโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคได้อย่างถูกต้องเหมาะสมร้อยละ 80

ลงชื่อ.....กมลรัตน์ หลงหัน.....

(นางสาวกมลรัตน์ หลงหัน)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่ ๐๗ เม.ย. ๒๕๖๕

เอกสารอ้างอิง

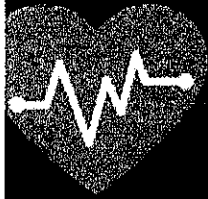
- กรรณิการ์ สุภชัย. (2559). Ecological Model: โมเดลการจัดการกระทำป้จจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ. *วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย*, 3(1), 17-27.
- นภชนก รักษาเคน. (2562). การดูแลผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น: บทบาทของพยาบาลในการป้องกันเลือดออกและเลือดออกซ้ำ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 37(3), 13-19.
- สุภาวรรณ ชัยลังกา, เพ็ญพิศุทธิ์ ใจสนิท และสิวภรณ์ สองแสน. (2561). การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ตามแนวคิดของกาเข้ เพื่อพัฒนาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนภาษาไทยสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3. *วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย*, 10(1), 25-34.
- สุรน เอกเสถียร. (บรรณาธิการ). (2562). *รายงานประจำปี 2562 annual report 2018*. โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์.

ภาคผนวก



โรคเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น

(UPPER GI BLEEDING)

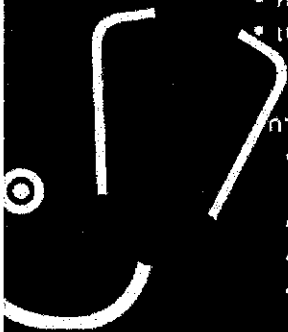


คือภาวะ ที่มีเลือดออกทางตรงเดินอาหารบนตั้งแต่หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร จนถึงลำไส้เล็ก ส่วนต้นโดยอาการที่พบบ่อยได้แก่ อุจจาระเป็นสีดำ สีเลือดแดงดำ หรือแดงสด บางรายอาจมี อาเจียนเป็นเลือดสีแดงหรือสีดำคล้ายกาแฟ หากมีเลือดออกปริมาณมากจะมีอาการเวียนศีรษะ อ่อนเพลีย ชีตร่วมด้วย จึงควรไปพบแพทย์หรือการรักษาโดยเร็วถ้าปล่อยไว้อาจส่งผลให้ความดันโลหิตต่ำลง จนเกิดภาวะช็อก หยุดสติและถึงแก่ชีวิตได้



สาเหตุ

- แผลในกระเพาะอาหาร เป็นสาเหตุหลักที่พบบ่อยสุดมักเกิดจากเชื้อแบคทีเรียเฮลิคอบาซิล (H Pylori) กรดในกระเพาะอาหารหรือยาแก้ปวดในกลุ่มเอ็นเสด (NSAIDs)
- การฉีกขาดของเยื่อหลอดอาหาร มักพบในผู้ที่อาเจียนเพราะดื่มสุรามากเกินไป
- เส้นเลือดขดในหลอดอาหารและกระเพาะอาหาร พบได้ในผู้ป่วยโรคตับที่รุนแรง
- หลอดอาหารอักเสบ มักเป็นผลจากกรดไหลย้อน
- เนื้องอกและมะเร็งในทางเดินอาหารส่วนต้น



การตรวจรักษา

- ตรวจรักษาด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น (EGD) โดยแพทย์จะใช้ยา กระแสไฟฟ้าหรือใช้กล้องชนิดหลอดเลือดเพื่อทำให้เลือดหยุดไหล
- การฉีดยาลดกรดเข้าเส้นเลือดเพื่อยับยั้งการผลิตกรดในกระเพาะอาหาร
- การพิจารณาให้เลือด ส่วนประกอบของเลือด นำเกล็ดเลือดเพื่อทดแทนเลือดที่เสียไป
- จัดยาต้านเกล็ดเลือดหรือยาต้านการแข็งตัวของหลอดเลือด เช่น ยากาเฟรบิน แอสไพริน

ภาวะแทรกซ้อน

จากโรค

1. โลหิตจาง
2. ไตวาย
3. ช็อคหมดสติ

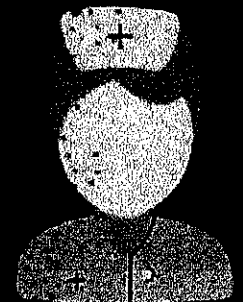
จากการส่องกล้อง

1. บอดอักเสบจากการสำลัก
2. อวัยวะภายในทะลุ



การป้องกัน

1. เลิกสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
2. ระวังการใช้ยาแก้ปวดแก้อักเสบ เช่น เอ็นเสด แอสไพริน
3. ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และควรระวังถึงอาการลำไส้เมว



QR Code

