

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบนร่วมกับภาวะช็อก : Nursing care of patients with upper gastrointestinal bleeding with shock

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 29 สิงหาคม 2565 ถึงวันที่ 5 กันยายน 2565

รวมระยะเวลาดูแล 8 วัน

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

บทนำ

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน คือภาวะที่เกิดความผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร ทำให้มีเลือดออกได้ในบริเวณตั้งแต่หลอดอาหาร กระเพาะอาหารไปจนถึงลำไส้เล็กส่วนต้น เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นภาวะฉุกเฉินที่พบได้บ่อยในประเทศไทย สาเหตุที่พบเกิดจากกระเพาะอาหารอักเสบ เป็นแผลในกระเพาะอาหาร มีก้อนเนื้อในทางเดินอาหารส่วนบนทำให้เกิดการอักเสบ แผลเปปติคที่เกิดจากการมีภาวะกรดเกินในกระเพาะอาหารเนื่องจากความเครียด จากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่นการดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ การใช้ยาแก้ปวดและยาลดการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) อย่างไม่เหมาะสม และส่วนหนึ่งเกิดจากหลอดเลือดโป่งพองและแตกในทางเดินอาหารส่วนบนที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคอื่นอยู่ก่อนแล้ว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคตับแข็ง จากการดื่มสุราภาวะฉุกเฉินแรกเริ่มที่พบเมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล มักจะพบผู้ป่วยมาด้วยอาการอาเจียนเป็นเลือดมีอาการปวดท้องอย่างรุนแรง อุจจาระเป็นสีดำหรือคล้ำ และหากมีเลือดออกปริมาณมากต้องได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วทันทีเนื่องจากหากมีเลือดออกเป็นปริมาณมากอย่างเฉียบพลัน ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยช็อกและเสียชีวิตได้

จากสถิติผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนร่วมกับมีภาวะช็อกที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ปี 2564 จำนวน 385 ราย เสียชีวิต 20 ราย และปี 2565 จำนวน 298 ราย เสียชีวิต 9 ราย ปี 2566 มีจำนวน 315 ราย เสียชีวิต 15 ราย , ซึ่งเป็นสถิติลำดับที่ 1 ของการเข้าพักรักษาตัวและเป็นลำดับที่ 2 ของการเสียชีวิตของหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว (ศูนย์สารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว, 2566)

ในกรณีศึกษาที่ผู้จัดทำได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยเพศชาย อายุ 57 ปี มีภาวะอาเจียนเป็นเลือดสีแดงสดๆมีอาการปวดท้องรุนแรง ถ่ายดำและมีภาวะช็อก โดยผู้จัดทำต้องการแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของปัญหาของผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น สาเหตุ อาการ การตรวจรักษาที่ได้รับตั้งแต่กระบวนการแรกเริ่ม และบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ ในการให้การพยาบาลที่ถูกต้อง ครบถ้วนตามแผนการรักษาของแพทย์ ความตระหนักและเอาใจใส่ในการติดตามอาการของผู้ป่วย การประเมินสถานการณ์ และรายงานแพทย์ได้ทันเวลา เพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นขณะผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตลอดจนถึงการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ส่งเสริมให้กำลังใจให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว การมาพบแพทย์ตามนัด การประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อวางแผนให้ผู้ป่วยหายจากโรคส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลิกดื่มสุราไม่กลับมาเป็นซ้ำอีกและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบน (upper gastrointestinal bleeding หรือ UGIB)

หมายถึงการมีเลือดออกในระบบทางเดินอาหารตั้งแต่หลอดอาหาร กระเพาะอาหารจนถึงลำไส้เล็ก ส่วนต้นเหนือ ligament of Treiz (เป็นจุดที่ใช้ในการแบ่งระหว่าง duodenum กับ jejunum) (ศักรินทร์ จิรพงศธร และชัยพิชิต พุทธาพิทักษ์พงศ์, 2561)

พยาธิสรีรวิทยา

การเกิดแผลในกระเพาะอาหารเนื่องจากการหลั่งกรดไฮโดรคลอริกมากเกินไป ทำให้เยื่อบุกระเพาะอาหารบางลง เลือดไปเลี้ยงน้อยลงและเกิดแผลในกระเพาะอาหาร โดยมีเลือดซึมมาจากเส้นเลือดฝอยในชั้นเยื่อเมือกหรือมีการเพิ่มการหลั่งกรดเพปซินเกิดขึ้น เกิดการย่อยเยื่อบุกระเพาะอาหารนำไปสู่แผลกึ่งกร่อนและจะกลายเป็นแผลเข้าไปถึงชั้นใต้เยื่อเมือก ซึ่งชั้นนี้ประกอบไปด้วยหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำถ้าแผลเข้าไปถึงหลอดเลือดขนาดใหญ่กว่าทำให้เกิดภาวะเลือดออกอย่างรุนแรง ความรุนแรงของแผลในกระเพาะอาหารอาจเข้าไปถึงชั้นกล้ามเนื้อของกระเพาะอาหาร มีผลทำให้เกิดภาวะอาหารทะเล หากปริมาณเลือดไหลกลับสู่หัวใจลดลง แรงดันของหัวใจห้องล่างลดลง ทำให้เลือดออกจากหัวใจลดลง ความดันโลหิตลดลง การกำซาบของเนื้อเยื่อลดลง เนื้อเยื่อของร่างกายจึงได้รับอาหารและออกซิเจน ไปเลี้ยงไม่เพียงพอ มีผลทำให้เกิดภาวะช็อกได้ (ศักรินทร์ จิรพงศธร และชัยพิชิต พุทธาพิทักษ์พงศ์, 2561)

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยอาการต่อไปนี้ (มหาวิทยาลัยมหิดล คณะพยาบาลศาสตร์, 2561)

1. ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียนเป็นเลือดสด (hematemesis) ซึ่งแสดงถึงมีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน อย่างเฉียบพลันหรืออาเจียนเป็นเลือดเก่า (coffee ground emesis) ซึ่งเป็นเลือดที่อาจหยุดแล้วหรือมีเลือดออกไม่มาก 2. อุจจาระเป็นสีดำเหนียว (melena) มีกลิ่นคาวเลือดหรือกลิ่นเฉพาะซึ่งเกิดจากการสลายของฮีโมโกลบิน และตรวจพบเลือดในอุจจาระ (stool occult blood) ผู้ป่วยอาจมีการถ่าย melena ได้อีก 3-4 วัน ภายหลังจากหยุดแล้ว เพราะยังมีเลือดค้างอยู่ในลำไส้ 3. ในกรณีที่มีเลือดออกมากและเร็ว ผู้ป่วยอาจถ่ายอุจจาระเป็นสีแดงสด (hematochezia) หรือสีแดงเลือดนก (maroon stool) ซึ่งกรณีนี้มักพบร่วมกับภาวะ hypovolemic shock มีอาการอ่อนเพลีย เวียนศีรษะหน้ามืด เหงื่อออก ตัวเย็น ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ

การวินิจฉัย

สามารถวินิจฉัยภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบน ดังนี้ (อรพิชญา ไกรฤทธิ, 2560)

1. ชักประวัติถามถึงอาการที่อาจจะชี้ให้ทราบสาเหตุของอาการเลือดออก เช่น การรับประทานยาที่มีแอสไพรินหรือยาแก้อักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ การดื่มสุราและสูบบุหรี่ ประวัติที่เกี่ยวข้องกับโรคตับลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหารรสจัด รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา ความเครียดและความวิตกกังวล 2. การตรวจร่างกายตรวจพบอาเจียนเป็นเลือด ถ่ายเป็นเลือดหรือถ่ายอุจจาระดำ ตรวจพบภาวะซีดร่วมกับอาการของการเสียเลือด เช่น ชีพจรเบาเร็ว หายใจเร็ว ความดันโลหิตต่ำ เหงื่อออก ผิวหนังเย็นขึ้นอ่อนเพลีย เวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม ตรวจทางหน้าท้อง อาจมีการกดเจ็บบริเวณยอดอก 3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญคือ hematocrit (HCT), hemoglobin (Hb), blood urea nitrogen (BUN) และ

creatinine(Cr) ในเลือดช่วยประเมินการสูญเสียเลือดการตรวจprothrombin time(PT), partial thromboplastin(PTT), International normalized ratio(INR) เพื่อดูความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือดliver function test(LFT) เพื่อดูความผิดปกติของตับช่วยบอกภาวะตับแข็ง stool occult blood จะพบเม็ดเลือดแดง 4.การใส่สายสวนล้างกระเพาะอาหาร เพื่อดูลักษณะของสิ่งตกค้างในกระเพาะอาหาร (gastic content) และเพื่อทำกระเพาะอาหารให้ว่างเตรียมพร้อมสำหรับการส่องกล้องทางเดินอาหาร 5.การตรวจวินิจฉัยเพื่อหาตำแหน่งของจุดเลือดออก คือการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน (esophagogastroduodenoscopy) สามารถบอกตำแหน่งที่เลือดออกได้และสามารถตัดชิ้นเนื้อไปตรวจได้

การรักษา

หลักในการรักษาภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบน ได้แก่ การเพิ่มปริมาตรเลือด ไทลเวียนให้กลับสู่ปกติโดยเร็วทำให้เลือดหยุดและป้องกันไม่ให้เลือดออกซ้ำ (อรพิชญา ไกรฤทธิ์, 2560)

1.การรักษาทางยา คือ 1.1 แก้ไขภาวะช็อกโดยให้เลือดหรือส่วนประกอบของเลือด และสารน้ำทางหลอดเลือดดำเพื่อเพิ่มปริมาณเลือดที่ลดลงแก้ไขภาวะขาดสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย 1.2การให้ยา ได้แก่ ยาลดการหลั่งกรด เช่น กลุ่ม H2 receptor antagonist (H2 RA) กลุ่ม Proton Pump Inhibitors (PP) ยาSplanchnic vasoconstrictors ใช้เพื่อลดportal venous flow ยาระงับประสาท ยาประเภท Anticholinergic 2.การรักษาโดยการส่องกล้อง เมื่อพบจุดเลือดออกหรือแผล แพทย์จะทำการรักษา เช่น 2.1การฉีด epinephrine ช่วยห้ามเลือดและการใช้คลิป (hemoclip) ห้ามเลือด 2.2การรักษาโดยการใส่ยางรัดหรือ rubber band ไปผูกหลอดเลือดขอดในหลอดอาหาร (Esophageal variccal band ligation) เพื่อรัดเส้นเลือด โป่งพองในหลอดอาหาร 3.การผ่าตัด ในกรณีฉุกเฉิน เลือดออกไม่หยุด

การพยาบาล

แบ่งเป็นทางด้านร่างกายและด้านจิตใจดังนี้ (มหาวิทยาลัยมหิดล คณะพยาบาลศาสตร์, 2564)

การพยาบาลด้านร่างกาย 1.ประเมินภาวะสูญเสียเลือดและน้ำของร่างกาย สังเกตอาการ อาการแสดง ตรวจสอบดูภาวะช็อกโดยการวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาทีในระยะแรก และทุก 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงเหงื่อออก ตัวเย็น ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตลดต่ำ หากพบว่าปริมาณเลือดที่อาเจียนหรือในสายสวนล้างกระเพาะอาหารและอุจจาระเป็นเลือด จำนวนมากกว่า 200 มิลลิลิตร ในเวลา 1 ชั่วโมง ให้รายงานแพทย์ 2.เฝ้าระวังอาการแพ้เลือด โดยสังเกตอาการผื่นคัน แขนงหน้าอก มีไข้ วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 1- 4 ชั่วโมง และเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องหลังให้เลือดเป็นเวลา 48 ชั่วโมง 3.เฝ้าระวังอาการน้ำท่วมปอด (pulmonary edema) ในกรณีที่แพทย์ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำซึ่งจะปรากฏอาการหายใจลำบาก แขนงหน้าอก นอนราบไม่ได้ เสมหะมีเลือดปนฟองอากาศ 4.การให้ออกซิเจนอย่างเพียงพอ เพื่อลดการทำงานของหัวใจและระบบหายใจ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งและบันทึกสัญญาณชีพ 5.เตรียมผู้ป่วยในการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน โดยให้ผู้ป่วยงดน้ำงดอาหารก่อนเวลาตรวจอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง หรือเตรียมกระเพาะอาหารให้ว่าง ตรวจสอบผลเลือด ได้แก่ platelet ต้องไม่น้อยกว่า100,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร และ International normalized ratio(INR) น้อยกว่า

1.4 หากผิดปกติควรรายงานแพทย์เพื่อแก้ไข อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบความสำคัญ และภาวะแทรกซ้อนของการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนว่าเป็นการส่องกล้องเพื่อดูหลอดอาหาร กระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น เมื่อพบจุดเลือดออกหรือแผล แพทย์จะทำการรักษา เช่น การฉีดยาห้ามเลือด การรัดเส้นเลือดโป่งพองในหลอดอาหาร ก่อนส่องกล้องจะมีการพ่นยาชาที่คอก่อน ผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บแต่จะรู้สึกคลื่นไส้ และมีอาการแน่นท้องในขณะที่ทำและหลังทำได้ อาการแน่นท้องจะทุเลาลงและหายไปเอง การตรวจอาจมีภาวะแทรกซ้อน เช่น มีเลือดออกและมีการฉีกขาดของเยื่อบุทางเดินอาหารได้ 6. ให้การพยาบาลหลังส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน เผื่อระวังอาการแทรกซ้อนหลังการส่องกล้องหากพบอาการผิดปกติภายหลังการตรวจ เช่น ปวดท้องมาก ถ่ายเป็นเลือด รายงานแพทย์ทราบทันที

การพยาบาลด้านจิตใจ สร้างความไว้วางใจ แสดงท่าที่เป็นมิตร ยิ้มแย้มแจ่มใส และเต็มใจให้ความช่วยเหลือ อธิบายให้ข้อมูลที่ถูกต้องการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและรับฟังผู้ป่วยอย่างเข้าใจ สร้างเสริมกำลังใจให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

เภสัชวิทยา

เภสัชวิทยาที่สำคัญ มีดังนี้ (ปราณี ทุโพราะ, 2559) 1.Octreotide เป็นยาที่ออกฤทธิ์โดยช่วยยับยั้งฮอร์โมนต่างๆ และลดการไหลเวียนของเลือดในระบบทางเดินอาหาร 2.Omeprazole ลดการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร ใช้รักษาโรคแผลในกระเพาะอาหาร แผลที่ลำไส้เล็กส่วนต้น กรดไหลย้อน การพยาบาลสังเกตอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปวดท้อง 3.Chlorpheniramine ยาแก้แพ้ใช้บรรเทาอาการแพ้ต่างๆ เช่น คันจมูก คันคอ ผื่นคัน ลมพิษ รวมทั้งบรรเทาอาการหวัด เช่น ลดน้ำมูก จาม การพยาบาลสังเกตอาการ ง่วงหลับ เวียนศีรษะ ปากคอแห้ง คลื่นไส้ อาเจียน 4.Ceftriaxone ยาปฏิชีวนะที่ออกฤทธิ์ฆ่าเชื้อแบคทีเรีย ใช้ในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อแบคทีเรียกระจายลุกลามไปทั่ว เช่น เยื่อหุ้มสมองอักเสบ หรือการติดเชื้อแบคทีเรียในหู ปอด ช่องท้อง ทางเดินปัสสาวะ ข้อต่อ กระดูก กระเสเลือด การพยาบาลสอบถามประวัติการแพ้ยา ก่อนให้ยา สังเกตและอธิบายการแพ้ยา เช่น ผื่นขึ้นตามผิวหนัง หายใจลำบาก หน้าบวม ปากบวม ลิ้นบวม กลืนอาหาร ไม่ได้ รายงานให้แพทย์รับทราบ

ภาวะช็อก

ความหมายของภาวะช็อก(shock) หมายถึงกลุ่มอาการที่เกิดจากการไหลเวียนล้มเหลวทำให้ เนื้อเยื่อได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอกับ ความต้องการของร่างกาย เซลล์ขาดออกซิเจน และอวัยวะต่างๆ ทำงานล้มเหลว ภาวะช็อกเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการไหลเวียนโลหิตไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย จนอาจทำให้เกิดการล้มเหลวของอวัยวะที่สำคัญต่างๆ ในร่างกาย เช่น ไตวาย ระบบหายใจล้มเหลว หรือการทำงานของสมองล้มเหลว ใน ปัจจุบันการรักษาภาวะช็อกจะเน้นที่สาเหตุของภาวะช็อกโดยพยายามหาสาเหตุและแก้ไขไปตามสาเหตุนั้นๆ ซึ่งต่างกันตาม พยาธิสรีระวิทยาของภาวะช็อกแต่ละประเภท ภาวะช็อกจากการเสียน้ำและเลือดเป็นภาวะช็อกที่พบได้บ่อย การศึกษาถึง พยาธิสรีระวิทยาเกี่ยวกับสาเหตุภาวะช็อก จะทำให้พยาบาลสามารถให้ประเมินอาการได้อย่างทันท่วงทีอีกทั้งยังสามารถให้ การพยาบาลได้อย่างถูกต้องทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตที่สูงขึ้น (รัชนี ผิวม่วง, 2564)

ระยะของการเกิดภาวะช็อก (Stage of shock) แบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือ ระยะแรกหรือระยะปรับชดเชย ระยะก้าวหน้าและ ระยะไม่สามารถฟื้นคืน ดังนี้ 1.ระยะแรกหรือระยะปรับชดเชย (Early, Reversible, and Compensated stage) เป็นระยะที่จำนวน เลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที เริ่มไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยร่างกายจะมีกลไกปรับชดเชย (compensatory mechanism) เพื่อให้มีความสมดุลของระบบการไหลเวียนเลือด มีพลังงานเพียงพอความต้องการของร่างกาย อวัยวะที่สำคัญจะได้รับเลือดเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดย เมื่อปริมาณเลือดในระบบไหลเวียนลดลง จะทำให้ความดันโลหิตลดลงด้วยซึ่งมีผลไปกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติทำให้ระบบประสาท sympathetic ทำงานเพิ่มขึ้น มีการหลั่ง catecholamine มากขึ้น มีผลให้หลอดเลือดทั่วร่างกายหดตัว ยกเว้นหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองและหัวใจ อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้นและกล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวได้แรงขึ้น ผลจากการปรับชดเชยนี้จะทำให้ความดันโลหิตมีแนวโน้มอยู่ในเกณฑ์ปกติ 2. ระยะก้าวหน้า (Progressive stage) ภาวะช็อกยังดำเนินต่อไปและ ไม่ได้รับการแก้ไข เป็นระยะที่ร่างกายไม่สามารถปรับชดเชยเพื่อรักษาความสมดุลของระบบไหลเวียนไว้ได้ ทำให้ 1)เนื้อเยื่อขาดเลือดและออกซิเจน (anaerobic metabolism) และเกิดภาวะ lactic acidosis ภาวะกรดและมีการเพิ่มขึ้นของระดับคาร์บอนไดออกไซด์ (PaCO_2) 2)ภาวะ lactic acidosis มีผลให้การซึมผ่านของสารใน capillary สูงขึ้น ทำให้มีการสูญเสียน้ำเข้าไปอยู่ในช่องว่างระหว่างเซลล์ ส่งผลให้ปริมาณเลือดไหลเวียนในร่างกายลดลงด้วย 3)การบีบตัวของหัวใจจะลดลงจากภาวะขาดเลือดและภาวะกรดทำให้ cardiac output ลดลงไปอีก 3.ระยะไม่สามารถฟื้นคืน (Irreversible stage) เป็นระยะสุดท้าย เมื่อภาวะช็อกไม่ได้รับการแก้ไข ภาวะ ความเป็นกรดเพิ่มมากขึ้นและเซลล์ขาดออกซิเจนไปเสียเป็นเวลานาน ทำให้เซลล์ตายและอวัยวะต่างล้มเหลว (Organ failure) เมื่อถึงระยะนี้จะไม่สามารถแก้ไขได้สุดท้ายผู้ป่วยจะเสียชีวิตตามมา

อาการและอาการแสดงของภาวะช็อก อาการและอาการแสดงของภาวะช็อกขึ้นกับสาเหตุของภาวะช็อกแต่ลักษณะคล้ายกัน ดังนี้ (รัชนี ผิวผ่อง, 2564) คือ 1.ความดันโลหิตต่ำ (Hypotension) แบ่งเป็น 1)ความดันโลหิต systolic น้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท 2)มีการลดลงของความดันโลหิต systolic มากกว่า 40 มิลลิเมตรปรอท จากความดันโลหิตเดิมของ ผู้ป่วย 2.ระบบไต เมื่อเกิดภาวะช็อกไตจะเป็นอวัยวะที่ตอบสนองเร็วที่สุด โดยระบบไหลเวียนเลือดมาที่ไตลดลง (renal blood flow)ทำให้ท่อไตขาดเลือดอย่างเฉียบพลัน (acute tubular necrosis: ATN)จึงทำให้อัตราการกรอง และปริมาณน้ำปัสสาวะลดลง (Oliguria) 3.ระดับความรู้สึกตัว ภาวะช็อกทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ ซึ่งโดยปกติร่างกายจะมีกลไกอัตโนมัติเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงสมองอย่างเพียงพอ ทำให้ระยะแรกสมองจะไม่ได้รับผลกระทบ แต่ถ้าภาวะช็อกยังดำเนินต่อไป ผู้ป่วยจะมีอาการระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง เช่น กระสับกระส่าย สับสน จนสุดท้ายผู้ป่วยจะเริ่มซึมและ เข้าสู่ภาวะหมดสติได้ 4.ผิวหนัง ผู้ป่วยจะมีผิวหนังเย็น (cool) ซึ่งเกิดจากการหดตัวของหลอดเลือดส่วนปลาย 5.ภาวะความเป็นกรด-ด่างของร่างกาย: มีการเพิ่มขึ้นของ lactate ในกระแสเลือด จากกลไกของ anaerobic metabolism และการขับ lactate ออกจากร่างกายที่ลดลงจากการทำงานของตับและไตที่แย่ง

ชนิดของภาวะช็อก (Classification of shock) ระบบการไหลเวียนของเลือดทำงานเป็นปกติโดยอาศัย การทำหน้าที่ของส่วนประกอบ 4 ส่วน คือ จำนวนเลือดทั้งหมดในร่างกาย (circulation blood volume) การไหลเวียนของเลือด (blood flow) การบีบตัวของหัวใจ (myocardial contractility) และความตึงตัวของหลอดเลือด (vascular resistance) (รัชนี ผิวผ่อง, 2564) เมื่อส่วนประกอบใดทำหน้าที่เสีย ไปร่างกาย

จะมีกลไกปรับชดเชยเพื่อให้อัตราการไหลเวียนเลือดที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย แต่ถ้าการชดเชยของร่างกายล้มเหลวก็จะเกิดภาวะช็อกได้ ซึ่งชนิดของภาวะช็อกแบ่งได้ทั้งจากกลไกการเกิด สาเหตุการเกิดและพยาธิสภาพของ ภาวะช็อก ภาวะช็อกแบ่งตามสาเหตุการเกิดได้เป็น 4 ชนิด คือ 1)ช็อกจากการเสียเลือดและน้ำ (Hypovolemic shock) 2)ช็อกจากหัวใจทำงานไม่มีประสิทธิภาพ (cardiogenic shock) 3)ช็อกจากการกระจายเลือด (distributive shock/vasogenic shock) แบ่งเป็น 3 ชนิด ได้แก่ ภาวะช็อกจากระบบประสาท(neurogenic shock) ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (septic shock) ภาวะช็อกจากการแพ้ (anaphylactic shock) 4)ภาวะช็อกจากการอุดตัน (Obstructive shock) ส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุจากภายนอกหัวใจ ทำให้การบีบตัวของหัวใจล้มเหลว เช่น ภาวะลมรั่วในเยื่อหุ้มปอด ภาวะบีบรัดหัวใจจากของเหลวปริมาณมากอยู่ในถุงเยื่อหุ้มหัวใจ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด ภาวะความดันในหลอดเลือดแดงปอดสูง เป็นต้น

การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ระบบไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายเพียงพอกับ ความต้องการของร่างกายโดยมีการรักษา ดังนี้ 1.การดูแลระบบหายใจ โดยการเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง และการให้ O₂ (Oxygen Administration) ผู้ป่วยช็อกต้อง ให้ high-flow oxygen เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้โดยให้ non-rebreather mask 12-15 ลิตร/นาที หากในผู้ป่วยที่มีอัตรา การหายใจน้อยกว่า 12 ครั้ง/นาที ต้องช่วยให้ Hyperventilate ด้วย Ambubag ในอัตรา 20 ครั้ง/นาทีรวมถึง การจัดท่า(Positioning) ควรจัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะต่ำเพื่อเพิ่มการไหลเวียนกลับของเลือดกลับเข้าสู่หัวใจ มากขึ้น 2.การให้สารน้ำ สารน้ำที่นิยมให้ในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก มี 2 ชนิด ได้แก่ 2.1 Isotonic/ Crystalloid solution เป็นสารละลายเกลือแร่ประกอบด้วยโมเลกุลของสารละลายในน้ำมักเป็นสารน้ำตัวแรกที่ให้ผู้ป่วย ที่มีภาวะช็อก เนื่องจากหาง่าย ราคาประหยัดและไม่เกิดอาการแพ้ เป็นสารละลายที่มีขนาดโมเลกุลเล็ก สามารถซึมผ่านผนังของหลอดเลือดและกระจายเข้าไปอยู่ในรอกเซลล์ และขับถ่ายออกจากร่างกายในเวลา ที่รวดเร็วภายในเวลา 1-2 ชั่วโมง ดังนั้นการใช้สารน้ำชนิดนี้จะต้องใช้ในปริมาณที่มากกว่าสารน้ำที่เสียไป 3-4 เท่า ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะน้ำเกินได้ง่าย ตัวอย่างสารน้ำในกลุ่มนี้ ได้แก่ 0.9% Normal Saline, Ringer's lactate solution, Ringer's acetate solution, 5%D/NSS/2, 5%DW 2.2 Colloid solution เป็นสารที่มี โมเลกุลใหญ่ไม่สามารถไหลผ่านหลอดเลือดฝอยออกมาได้รวดเร็วเหมือน สารละลายคริสตัลลอยด์ทำให้ คงปริมาตรในหลอดเลือดได้ดีกว่า สามารถนำมาชดเชยในปริมาณที่เทียบเท่ากับปริมาณที่ร่างกายเสียไป และ ใช้ปริมาณที่น้อยกว่าคริสตัลลอยด์แต่ข้อเสียคือราคาแพง ไม่สามารถนำออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อ อาจเกิด อาการ แพ้ได้ และรบกวนการแข็งตัวของเลือด สารละลายคอลลอยด์ ที่นิยมใช้ในภาวะช็อกมี 4 ชนิดคือ Gelatin, Starch, Dextran, 25% Albumin 2.3 เลือดและส่วนประกอบของเลือด ได้แก่ pack red cell, Fresh frozen plasma และ platelete ปริมาณและอัตราเร็วในการให้สารน้ำมักต้องให้ในปริมาณมากประมาณ 20 ซีซี/กิโลกรัม โดยให้รวดเร็วภายใน 10-20 นาที (พงศเทพ ธีระวิทย์, 2565) 3.การให้ยาเพิ่มความดันโลหิต (Inotropic drug, vasopressors drug) หลังจากให้สารน้ำแล้วแต่ hemodynamic ของผู้ป่วยยังไม่คงที่ แพทย์จะพิจารณาให้ยาที่มีเพิ่มการบีบตัวของหัวใจและยาเพิ่มแรงดันของหลอดเลือดส่วนปลาย ยาที่ใช้บ่อย ได้แก่ 3.1 Epinephrine เป็นยาที่มีฤทธิ์กระตุ้นทั้ง beta และ alpha adrenergic receptor ซึ่งจะช่วยกระตุ้น cardiac output และเพิ่มความดันโลหิต ผลข้างเคียงอาจทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะภายในลดลง

3.2 Norepinephrine เป็นยาที่มีผลกระตุ้นทั้ง beta และ alpha adrenergic receptor แต่มีผลด้าน alpha adrenergic receptor เป็นหลักซึ่งพบว่าการใช้ norepinephrine สามารถเพิ่มระดับความดันโลหิตได้เร็วกว่า dopamine และทำให้เกิดภาวะ tachycardia น้อยกว่า 3.3 Dobutamine เป็นยาที่มีผลกระตุ้น alpha adrenergic receptor สามารถเพิ่ม cardiac output อัตราชีพจร และอาจเพิ่มความดันโลหิต 3.4 Dopamine ผลของยาจะขึ้นกับขนาดที่ใช้ในขนาด low dose จะมีผลช่วยเพิ่ม renal blood flow และเมื่อขนาดเพิ่มขึ้นจะมีผลเพิ่ม cardiac output 4. การให้ยาปฏิชีวนะ ที่ครอบคลุมเชื้อซึ่งใช้วิธีการเพาะเชื้อเพื่อหาเชื้อก่อโรคร่วมกับการกำจัดแหล่งของการติดเชื้อใน ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ 5. ใส่เครื่อง Intra-aortic balloon pump (IABP) เพื่อช่วยรักษาดุลของความต้องการออกซิเจนและปริมาณออกซิเจนที่ไปเลี้ยงร่างกาย กรณีที่ผู้ป่วยช็อกจากหัวใจรักษาโดยการใช้ยาเพิ่มความดันแล้วไม่ดีขึ้น

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก (สุกานดา ตีพัด, 2562)

1. ดูแลให้ได้รับ O₂ Mask with bag 10 LPM / Bird respirator Keep O₂ > 95%
2. วัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที /จนอาการคงที่ Keep map > 65 mmHg พบความผิดปกติของ Pulse > 140 ครั้ง/นาที, Blood pressure 90/60 mmHg, MAP < 65 mmHg, Respiratory rate > 30 ครั้ง/นาที รายงานแพทย์ทันที
3. เปิดเส้นให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (เข็มเบอร์ 18) จำนวน 2 เส้น
4. ดูแลการให้สารน้ำประเภท Crystalloids (0.9%NSS) / Colloid, Voluven) ตามแผนการรักษาของแพทย์
5. เตรียมเลือด/ส่วนประกอบของเลือด/ดูแลการให้เลือดชนิด Pack red cell, Whole blood ในผู้ป่วย หรือตามแผนการรักษาและให้ Fresh frozen plasma ในผู้ป่วยที่มี PT, PTT > 1.5 g/d(หรือตามแผนการรักษา
6. Monitor EKG ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจตลอดเวลาเฝ้าระวังสังเกตภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะเช่น PVC, VT, VF, Brady arrhythmias, Tachyarhythmias พบความผิดปกติรายงานแพทย์
7. ประเมิน Stage of Shock ทุก 1 ชั่วโมง
8. เจาะความเข้มข้นของเลือด Hct ทุก 6 ชั่วโมง/ตามแผนการรักษา
9. Retained NG tube NO 18 with bag
10. Retained foley's cath เพื่อบันทึกจำนวนปัสสาวะ
11. Lavarge NG tube ด้วย NSS จน Clear ตามแผนการรักษา
12. ดูแลให้ยา Omeprazole 40 mg q 12 hr, Sandostatin 4 amp+5DW 250 ml drip ทุก 8 hr ตามแผนการ รักษา
13. ดูแลให้ยา Ceftriaxone 2 gm +5DW 100 ml vein OD ตามแผนการรักษา
14. งดน้ำและอาหารตามแผนการรักษา
15. Record Urine out put ทุก 1 ชม. Keep urine > 30cc/hr/0.5 cc/ min หรือน้อยกว่า 200 cc ต่อชั่วโมง รายงานแพทย์
16. ติดตามผลการตรวจเลือดได้แก่ CBC, Blood Chemistry, Coagulopathy, ผิดปกติรายงานแพทย์
17. เตรียมรถ Emergency /Endotracheal tube ในกรณีผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและแพทย์พิจารณาต้องใส่ท่อช่วย
18. ดูแลให้ผู้ป่วย Absolute bed rest
19. ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวทางด้านจิตใจ

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 57 ปี มีโรคประจำตัวเป็นตับแข็งมาโรงพยาบาลด้วยอาการ อาเจียนเป็นเลือด สีแดงสดๆ 4 ครั้ง ครั้งละประมาณ 1 แก้วน้ำ มีปวดท้อง ถ่ายดำ เวียนศีรษะ แพทย์ตรวจร่างกาย วินิจฉัยเป็น Upper gastrointestinal bleeding with shock

แรกรับที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยรู้สึกตัว มีอ่อนเพลีย เวียนศีรษะ ปวดท้อง สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 130 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 80/46 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 96 เปอร์เซ็นต์ ดูแลให้ออกซิเจนทางจมูกชนิด Canular 3 ลิตรต่อนาที ร่วมกับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด 0.9% Normal saline 1,000 มิลลิเมตร เข้าทางหลอดเลือดดำทันที และให้ต่อเนื่องทางหลอดเลือดดำด้วยอัตรา 120 มิลลิเมตรต่อชั่วโมง เจาะหาระดับน้ำตาลในเลือดจากเส้นเลือดฝอยที่ปลายนิ้วได้ 407 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ดูแลให้ Regular Insulin 10 Unit ฉีดเข้าทางชั้นใต้ผิวหนัง เจาะหาค่าความเข้มข้นของเลือดได้ 28 เปอร์เซ็นต์และเจาะเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการได้แก่ CBC, BUN, Cr, Electrolyte, Coag, LFT, จอง Pack red cell 4 Unit Fresh Frozen plasma 4 Unit เริ่มให้ยา Vit K 30 mg IV stat, losec 80mg IV stat, Saudostatin 50 mcg IV stat then somatostatin 5 Amp ผสมกับ 5% DW 100 ml IV drip 10 cc/hr ดูแลใส่สายยางลงกระเพาะอาหารและสวนล้างกระเพาะอาหารด้วย Normal saline 3,000 มิลลิเมตร จนครบยังมีสารคัดหลั่งเป็นเลือดสีแดงจางๆ ดูแลใส่สายสวนปัสสาวะ มีปัสสาวะสีเหลืองเข้มออกจำนวน 20 มิลลิเมตร ให้งดน้ำงดอาหารทางปากไว้ ให้นอนรักษาในโรงพยาบาล หลังเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีภาวะช็อก สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 132 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 82/50 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวออกซิเจน 96 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยมีอาเจียนเป็นเลือดสีแดงสดๆ ประมาณ 500 มิลลิเมตร ค่าความเข้มข้นของเลือด 23 เปอร์เซ็นต์ ประเมินภาวะช็อกและรายงานแพทย์ให้การรักษาโดยให้สารละลายทางหลอดเลือดดำชนิด 0.9% Normal saline 1,000 มิลลิเมตร เข้าทางหลอดเลือดดำทันที และให้ต่อเนื่องทางหลอดเลือดดำ อัตรา 120 มิลลิเมตรต่อนาที ให้ Pack red cell จำนวน 2 Unit IV drip in 3 hr/Unit จนพ้นระยะช็อก มีการเจาะหาระดับน้ำตาลในเลือดจากเส้นเลือดฝอยที่ปลายนิ้วผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง 407-269 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ได้รับอินซูลินฉีดเข้า Regular Insulin ตามระดับของน้ำตาลในเลือดจำนวน 3 ครั้ง จนระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

วันที่ 2 และ 3 หลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัว พุดคุยรู้เรื่องยังมีอาการอ่อนเพลีย เวียนศีรษะ ไม่มีอาเจียนเป็นเลือด ไม่มีถ่ายดำ ผลตรวจ Electrolyte พบว่า K.Potassium 5.21 mmol/L รายงานแพทย์ให้ Kailmate 50 gm ผสมกับน้ำ 50 มิลลิเมตร สวนทางทวารหนัก จำนวน 1 ครั้ง ติดตามผลเลือด Potassium เวลา 18.00 น. ได้ 4.76 mmol/L ผล Hematocrite ได้ 25 เปอร์เซ็นต์ ดูแลให้ Pack red cell 1 Unit IV drip in 3 hr/Unit และดูแลส่งผู้ป่วยไปส่องกล้องตรวจหลอดเลือดกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น ผลการส่องกล้องพบว่า มีภาวะเลือดออกจากหลอดเลือดดำโป่งพองบริเวณหลอดเลือดอาหาร แพทย์ทำการรักษาโดยใช้ยางรัดผูกหลอดเลือดขดในหลอดเลือดอาหาร และกระเพาะอาหารจำนวน 4 เส้นและให้ยา

Ceftriazone 2 gm ผสมกับ 0.9% normal saline 100 ml IV drip stat with OD ให้งดน้ำ งดอาหารทางปาก

วันที่ 4-6 หลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่มีอาเจียนเป็นเลือด ไม่มีถ่ายดำ ผลค่าความเข้มข้นของเลือดอยู่ในช่วง 26-30 เปอร์เซนต์ ได้รับ Pack red cell 1 Unit แพทย์ให้หยุดการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำและยาฉีดทุกชนิดเปลี่ยนเป็นยารับประทาน ให้ถอดสายยางเข้ากระเพาะอาหารและถอดสายสวนปัสสาวะออกเริ่มให้จิบน้ำและทานอาหารเหลวผู้ป่วยสามารถทานอาหารได้ ไม่ปวดท้อง ไม่มีอาเจียนเป็นเลือด สามารถปัสสาวะได้เอง ไม่มีปัสสาวะแสบขัด

วันที่ 7-8 หลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง ไม่มีอาเจียนเป็นเลือด ไม่มีถ่ายดำ ค่าความเข้มข้นของเลือด 34 เปอร์เซนต์ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวออกซิเจน 98 เปอร์เซนต์ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดติดตามอาการ 2 สัปดาห์ รวมระยะเวลาในการดูแล 8 วัน

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. คัดเลือกเรื่องที่น่าสนใจเป็นปัญหาสำคัญของหน่วยงาน ที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จำนวน 1 ราย
2. รวบรวมข้อมูล ประวัติผู้ป่วย อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผลการตรวจพิเศษ ผลการตรวจในห้องปฏิบัติการ การตรวจวินิจฉัย แผนการรักษาของแพทย์ การรักษา พยาบาล และการประเมินสภาพผู้ป่วย
3. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ การวิจัย สื่ออิเล็กทรอนิกส์ ปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้ และพยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะทางเพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาล
4. รวบรวมข้อมูลนำมาวิเคราะห์และวางแผนในการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นให้การพยาบาลแบบองค์รวม
5. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล พร้อมทั้งปรับแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย
6. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ และอาการแสดงของโรค แผนการรักษาพยาบาล ความรู้และการปฏิบัติตน
7. สรุปผลการดำเนินการศึกษา ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา
8. เรียบเรียงการเขียน สรุปรายงาน เปรียบเทียบ
9. ส่งเผยแพร่ผลการศึกษา กรณีศึกษา ในวารสารโรงพยาบาลพุทธโสธร

4.3 เป้าหมายของงาน

1. เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบนร่วมกับมีภาวะช็อก ได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในโรคที่ดำเนินอยู่ สามารถปรับตัวได้
3. เพื่อเพิ่มทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบนร่วมกับมีภาวะช็อก

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบนร่วมกับมีภาวะช็อก :กรณีศึกษา :

Nursing Care of patients with upper gastrointestinal bleeding with shock: Case study จำนวน 1 ราย รับผิดชอบตั้งแต่วันที่ 29 สิงหาคม 2566 ถึงวันที่ 5 กันยายน 2566 รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 8 วัน

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบนร่วมกับมีภาวะช็อก ได้รับการประเมินเบื้องต้น และได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ให้ได้รับการรักษาและการพยาบาลอย่างถูกต้อง รวดเร็ว และปลอดภัย สามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ในระยะเวลาที่เหมาะสม

6. การนำไปใช้ประโยชน์ / ผลกระทบ

1. เพื่อใช้เป็นแนวทางพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบนร่วมกับมีภาวะช็อก
2. ใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบนร่วมกับมีภาวะช็อก
3. ใช้เป็นแนวทางประกอบการนิเทศงานบุคลากรทางการพยาบาล

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยรายนี้เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบนกลับมาเป็นซ้ำเนื่องจากไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้ ผู้ป่วยยังดื่มสุราเป็นประจำทุกวัน

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย ควรได้รับคำแนะนำและปรึกษาเรื่องการเลิกดื่มสุรา ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น

9. ข้อเสนอแนะ

1. ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบน เป็นภาวะฉุกเฉินที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความทรุดลง หรือเกิดความเสี่ยงขึ้นได้อย่างรวดเร็วพยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร ต้องมีการส่งเสริมสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกอย่างต่อเนื่อง

2. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาการกลับมาเป็นซ้ำจากการดื่มสุรา ควรมีการวางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมจิตเวช

3. การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบน ครอบครัวมีความสำคัญจำเป็นอย่างยิ่งในการดูแลพยาบาลจึงควรให้ความรู้และสนับสนุนให้ญาติและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดูแลรักษา การป้องกันเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคและผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยน แบบแผนในการดำเนินชีวิต ที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยอันจะนำไปสู่การมีชีวิที่ดี สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

10. การเผยแพร่ผลงาน

ได้เผยแพร่ผลงานการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบนร่วมกับมีภาวะช็อก: กรณีศึกษา Nursing Care of patients with upper gastrointestinal bleeding with shock : Case study ในวารสาร วารสารโรงพยาบาลพุทธโสธร Buddhasothorn Hospital Journal ปีที่ 39 ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน 2566 ISSN 2586-8624

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางยุพิน ถกลประจักษ์ ผู้เสนอมีสต์ส่วนผลงาน ร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) *ยุพิน ถกลประจักษ์*

(นางยุพิน ถกลประจักษ์)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) *22* / *ตุลาคม* / *2566*

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลงลายมือชื่อ
นางยุพิน ถกลประจักษ์	ยุพิน ถกลประจักษ์

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางอริญญา พลเจริญ)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม

(วันที่) 25 / สิงหาคม / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นางสาวรัตนา ด่านปริดา)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ)

(วันที่) 27 / สิงหาคม / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายสมคิด ยืนประโคน)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

(วันที่) 27 / ธันวาคม / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ลงชื่อ) 

(นายธราพงษ์ กัปโก)

(..... นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว)

(ตำแหน่ง)

(วันที่) 9 ก.พ. 2567

**แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)**

1. เรื่อง แนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง
2. หลักการและเหตุผล

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข จากสถิติทะเบียนมะเร็งของประเทศไทย เป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดเป็นอันดับที่ 2 ในหญิงไทยและเป็นอันดับที่ 3 ในชายไทย มีอัตราการเกิดโรคสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ปัจจุบันมีรายงานผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักรายใหม่ประมาณปีละ 16,000 คน สาเหตุของโรคเกิดจากพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตที่ทำให้เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคโดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภค เช่น การรับประทานอาหารในกลุ่มเนื้อแดงและเนื้อแปรรูปที่ปิ้งย่างไหม้เกรียม อาหารที่มีไขมันสูง อาหารฟาสฟูดส์ต่าง ๆ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ อีก เช่น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ การสูบบุหรี่ การมีภาวะอ้วนน้ำหนักเกิน ตลอดจนการมีประวัติตนเองหรือคนในครอบครัวเป็นติ่งเนื้อในลำไส้ เป็นต้น (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, รุ่งสู้มะเร็ง)

จากสถิติผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว พ.ศ.2564-2566 มีจำนวน 112,115 และ 144 รายตามลำดับ (งานสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว, 2566) และมีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ของหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย พ.ศ.2564-2566 มีจำนวน 12,18 และ 25 ราย ตามลำดับ

การผ่าตัดถือเป็นวิธีการหลักในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักถ้าตรวจพบได้เร็ว ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจะช่วยให้การรักษาทำได้อย่างรวดเร็ว ทันทีที่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้หายขาดจากโรค (บุศรา ชัยทัศน์, 2559) และเมื่อมีการลุกลามของโรคไปยังอวัยวะอื่น ศัลยแพทย์จำเป็นต้องยกลำไส้ขึ้นมาเปิดที่หน้าท้องเป็นทวารเทียม (Colostomy) เพื่อระบายอุจจาระออกเป็นแบบชั่วคราว หรือถาวรโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนั้นหายขาดจากโรคและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตลอดจนฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว สามารถกลับไปดำรงบทบาทหน้าที่ของตนเองในครอบครัวและสังคมได้ตามศักยภาพสูงสุดของแต่ละบุคคล (วันดี สำราญราษฎร์, 2561)

จากสถิติผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่หลังผ่าตัดที่จำหน่ายในหน่วยงานพบอุบัติการณ์การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ด้วยเรื่องแผลผ่าตัดมีการติดเชื้อจำนวน 2 รายในปี พ.ศ. 2566 ได้มีการทบทวนพบว่าเกิดจากการที่ผู้ป่วยปฏิบัติตนไม่ถูกต้องผู้ดูแลไม่เข้าใจหลักในการดูแลขณะอยู่ที่บ้าน เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

ดังนั้นผู้เสนอผลงานจึงมีแนวคิดที่จะพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง

3.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

แนวความคิด บทวิเคราะห์/แนวคิดข้อเสนอ

การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่อันดับแรกคือการผ่าตัดหากสภาพร่างกายของผู้ป่วยไม่สามารถฟื้นตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยอาจจะมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้แก่ แผลผ่าตัดติดเชื้อมีรอยรั่วบริเวณตำแหน่งที่ตัดต่อลำไส้ การผ่าตัดซ้ำจากภาวะเลือดออกผิดปกติและแผลผ่าตัดแยกเป็นต้น การส่งเสริมการฟื้นตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ผู้ป่วยและผู้ดูแลจำเป็นต้องได้รับความรู้และทักษะในเรื่องการดูแลแผล เพื่อป้องกันการติดเชื้อ การรับประทานอาหาร การช่วยเหลือในการดูแลทวารเทียมและการมาตรวจตามนัด

ปัจจุบันในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ยังไม่มีแนวทางการปฏิบัติในการดูแลและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังผ่าตัดที่ชัดเจน คำแนะนำผู้ป่วยแต่ละรายให้คำแนะนำ โดยอาศัยความรู้ความชำนาญของบุคลากรทางการแพทย์แต่ละคน ทำให้ไม่แน่ใจว่าผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยแต่ละรายจะได้รับคำแนะนำอย่างครบถ้วน ถูกต้อง ครอบคลุมเหมือนกันหรือไม่ ผู้เสนอผลงานจึงเห็นความสำคัญของการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง โดยใช้บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในยุค Thailand 4.0 โดยเริ่มตั้งแต่การประเมินปัญหาภาวะสุขภาพที่ต้องการการดูแล และให้การช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ นำแผนการรักษาของแพทย์สู่การปฏิบัติ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและให้การฟื้นฟูและสร้างเสริมสุขภาพโดยคำนึงถึงความเป็นองค์รวม และความเป็นปัจเจกบุคคลที่มีความต้องการที่แตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้และกลับคืนสู่ครอบครัวและสังคมได้ (เรณู พุกบุญมี, 2561)

ดังนั้นผู้เสนอผลงานจึงมีแนวคิดที่จะพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง และบุคลากรทางการแพทย์มีแนวทางการให้ความรู้ และให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักแบบเปิดหน้าท้อง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด
3. เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดแผลผ่าตัดติดเชื้อ แผลผ่าตัดแยก หลังจำหน่ายกลับบ้าน

ระยะเวลาดำเนินการ

เดือน มิถุนายน 2567 – พฤศจิกายน 2567

กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว และญาติหรือผู้ดูแล

2. พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ทบทวนปัญหา ทบทวนนวัตกรรมและสืบค้นจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่เกี่ยวข้อง
2. ประชุมร่วมกันในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย เพื่อออกแบบและวางแผนในการทำแนวทาง พร้อมจัดทำ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง
3. ดำเนินการให้การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง
4. กำกับติดตามการทดลองใช้การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง
5. รวบรวมข้อมูลการปฏิบัติปัญหาและอุปสรรคที่พบ
6. วิเคราะห์ข้อมูลตามตัวชี้วัดที่กำหนด
7. ประเมินผลการดำเนินการทดลองใช้การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลทุกคนในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย มีความพึงพอใจในการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง

2. ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความมั่นใจในการกลับไปดูแลตนเองต่อที่บ้าน

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องจำนวน 1 ฉบับ
2. ผู้ป่วยญาติหรือผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80

3. อุบัติการณ์การเกิดแผลผ่าตัดติดเชื้อ แผลผ่าตัดแยก หลังจำหน่ายในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง เท่ากับ 0

(ลงชื่อ)..... *ยุพิน ถกลประจักษ์*

(นางยุพิน ถกลประจักษ์)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) *๒๒ / สิงหาคม ๒๕๕๕*

ผู้ขอประเมิน