

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล  
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์  
ตำแหน่งประเภททั่วไป

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา  
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น  
เรื่อง การป้องกันแผลกดทับจากการใส่สายยางให้อาหารทางจมูก

เสนอโดย

นางสาวศิริวรรณ จำเี่ยม  
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 5  
(ตำแหน่งเลขที่ รพร. 169)

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลราชพิพัฒน์  
สำนักการแพทย์

## ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น
2. ระยะเวลาการดำเนินงาน 7 วัน (ตั้งแต่วันที่ 8 สิงหาคม 2552- 14 สิงหาคม 2552)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

### ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น

ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นหมายถึง การที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารตั้งแต่หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร จนถึงลำไส้เล็กส่วนต้น ทำให้เกิดภาวะอาเจียนเป็นเลือด ถ่ายอุจจาระดำ ถ้าเลือดออกถึง 100-200 มิลลิลิตร มีอุจจาระสีดำ

### สาเหตุของภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น

1. โรคทางเดินอาหารส่วนต้น เช่น หลอดเลือดโป่งพองที่หลอดอาหาร โรคกระเพาะอาหารจากแผลเป็บติค แผลที่เกิดจากความเครียด แผลจากการดื่มสุรา โรคมะเร็งกระเพาะอาหาร
2. โรคที่อวัยวะข้างเคียง เช่น โรคทางเดินน้ำดีทำให้เกิดเลือดออกในทางเดินน้ำดี (Hemobilia) เป็นต้น

3. โรคทางร่างกายทั่วไป เช่น การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ

### พยาธิสรีรวิทยา

การเสียเลือดมีผลต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย โดยขึ้นกับปริมาณเลือดที่เสียไปว่ามากน้อยเพียงใด ผลทางคลินิก ผู้ที่แข็งแรงสามารถเสียเลือดได้ถึง 500 มิลลิลิตร ใน 15 นาที โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น ผู้บริจาคเลือด ถ้าเสียเลือดไป 1000 มิลลิลิตรจะมีหัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำ อารมณ์คลื่นไส้ ปริมาณและอัตราเสียเลือดที่ทำให้เกิดภาวะช็อกยังขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นอีก เช่น อายุ โรคของหลอดเลือด ตลอดจนขึ้นกับว่าผู้ป่วยมีภาวะช็อคอยู่ก่อนหรือไม่

การที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารถ้าปริมาณไม่เกิน 500 มิลลิลิตร จะมีอาการเพียงเล็กน้อย การบีบตัวของ Precepillary sphincter ของหลอดเลือดแดงทำให้มีการเคลื่อนย้ายของสารน้ำในเนื้อเยื่อเข้ามาในหลอดเลือด ทำให้ปริมาณเลือดคงที่ ปริมาตรพลาสมาจะเพิ่มใน 1 ชั่วโมง จะกลับเป็นปกติใน 36 ชั่วโมงและอาจจะมีปริมาตรสูงขึ้นเพื่อชดเชยปริมาตรเม็ดเลือดแดง (red cell volume) ที่เสียไป ปริมาตรเม็ดเลือดแดงและระดับฮีโมโกลบินจะกลับเป็นปกติใน 12 สัปดาห์

ถ้าสูญเสียเลือดมากและในเวลารวดเร็ว ผลตามมาก็คือปริมาตรเลือดลดลง ทำให้เลือดกลับเข้าสู่หัวใจลดลง cardiac output จะลดลงด้วย เพื่อให้ปริมาตรเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญคงที่ รีเฟล็กซ์ต่างๆ ของร่างกายจะทำงานอย่างรวดเร็วภายหลังเลือดออก โดยมีหลอดเลือดหดตัวเนื่องจากรีเฟล็กซ์ (reflex vasoconstriction) ทั้ง arteriole และหลอดเลือดดำใน splanchnic bed กล้ามเนื้อและผิวหนัง นอกจากนี้ ยังมีการหดตัวของหลอดเลือดดำจากอวัยวะสำรองเลือด (reservoir) เช่น ผิวหนัง ทำให้เพิ่ม

ปริมาณเลือดดำที่ไหลกลับหัวใจ เป็นการเคลื่อนย้ายเลือดจากหลอดเลือดดำไปยังหลอดเลือดแดงและมีการเคลื่อนย้ายสารน้ำจากนอกหลอดเลือด (extravascular fluid) และนอกเซลล์ (extracellular fluid) เข้ามาอยู่ในหลอดเลือด นอกจากนี้ยังมีการเคลื่อนย้ายแอลบูมินจากเลือดนอกหลอดเลือด (extravascular pool) และเพิ่มการสร้างแอลบูมินเพื่อแก้ไขภาวะปริมาณเลือดในหลอดเลือดน้อย (hypovolemia)

ถ้าเสียเลือดไปถึงร้อยละ 40 ของปริมาณเลือดในร่างกายจะเกิดภาวะช็อก เนื่องจาก cardiac output ลดลงจนไม่สามารถที่จะบรรจุเลือดในหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงอวัยวะและเนื้อเยื่อ ตลอดจนใน microcirculation ผลคือทำให้ชีพจรเบาเร็ว ความดันเลือดลดลง ผิวหนังซีด เหงื่อออก รู้สึกหนาว กระหายน้ำ อาจมีอาการคลื่นไส้ หายใจเร็ว และกระสับกระส่ายเนื่องจากภาวะสมองขาดออกซิเจน (cerebralanoxia)

ถ้าเสียเลือดถึง 1000 มิลลิลิตร ผู้ป่วยอาจจะยังไม่มีอาการช็อก แต่มีชีพจรเร็วและความดันเลือดลดลงเมื่อเปลี่ยนท่า (postural hypotension) ถ้าทำการทดสอบที่เรียกว่า tilt test โดยให้ผู้ป่วยอยู่ในระนาบ 75 องศา ประมาณ 3 นาที จะพบว่าชีพจรเร็วขึ้น 30 ครั้งต่อนาที และมีความดันเลือดลดลง (ข้อควรระวังคือผู้ป่วยอาจเกิดภาวะช็อกได้ ดังนั้นจึงควรมีเลือดเตรียมพร้อมสำหรับให้ไว้ก่อน)

ผลทางโลหิตวิทยา และการเปลี่ยนแปลงในปริมาณเลือด ฮีมาโทคริตยังไม่เปลี่ยนแปลงทันทีที่เลือดออก จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลง 3-4 ชั่วโมง จนถึงประมาณ 32 ชั่วโมง ภายหลังเลือดออก

จำนวนเกร็ดเลือดจะสูงขึ้น 1 ชั่วโมง ภายหลังเลือดออก ส่วนจำนวนเม็ดเลือดขาวจะสูงขึ้นหลัง 2-5 ชั่วโมงและมีเม็ดเลือดขาวชนิดตัวอ่อนเพิ่มขึ้น (shift to the left) และจะกลับเป็นปกติใน 3-4 วัน ส่วนเรติคูลอไซต์ (reticulocyte) จะเพิ่มขึ้นหลัง 24 ชั่วโมง และจะสูงสุด 4-7 วัน ภายหลังเลือดออก การตรวจพบว่าเม็ดเลือดแดงมีภาวะ hypochromia แสดงว่ามีการเสียเลือดเรื้อรังมาก่อนที่จะมีเลือดออกเฉียบพลันครั้งนี้

#### อาการและอาการแสดง

ถ้าผู้ป่วยเสียเลือดประมาณ 300 - 400 มิลลิลิตร ถ้าแข็งแรงอาจไม่มีอาการอะไร แต่ถ้าเสียเลือดประมาณ 1/3 ของจำนวนเลือดในร่างกาย หรือประมาณ 1500 - 2000 มิลลิลิตร ในเวลาอันสั้น ผู้ป่วยอาจตายได้ แต่ถ้าระยะเวลาที่เสียเลือดจำนวนเท่ากันนาน เช่น ภายใน 24 ชั่วโมง ร่างกายอาจปรับได้ทัน อาการแสดงนี้พบได้เมื่อเสียเลือดคือ

1. ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ ปวดท้องในระยะแรก มีความรู้สึกอยากถ่ายอุจจาระ อาจเป็นลม หน้ามืดขณะกำลังถ่าย หรือลุกขึ้นภายหลังถ่ายเสร็จแล้ว
2. อาจมีอาการเป็นเลือดสด และถ่ายอุจจาระ และมีอาการปวดศีรษะ กระหายน้ำ ใจสั่น เหงื่อ

ออก กระวนกระวาย ความดันโลหิตต่ำ ซีฟจรเบาเร็ว และผิวหนังเย็นขึ้น อาการดังกล่าวที่เกิด ถ้าผู้ป่วยอยู่ในท่านอนราบ อาจเสียชีวิตไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของปริมาณเลือดในร่างกาย กำลังอยู่ในท่านั่งหรือยืน แสดงว่าเสียชีวิตไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 - 30 ของปริมาณเลือดของร่างกาย

### 3. การเปลี่ยนแปลงอื่นๆ ที่พบได้คือ

3.1 อาการทางโลหิตวิทยา เช่น เฮมาโตคริตต่ำลง แต่ในระยะ acute bleeding อาจไม่เปลี่ยนแปลง platelet สูงขึ้นใน 1 ชั่วโมง leukocytes สูงขึ้นใน 2 - 5 ชั่วโมง reticulocytes สูงขึ้นภายหลัง 24 ชั่วโมงไปแล้ว จะสูงขึ้นใน 4 - 7 วัน และกลับสู่ระดับปกติใน 10 - 14 วัน prothrombin time ต่ำ

3.2 อาการทางด้านการเผาผลาญ BUN สูงขึ้น 2-3 ชั่วโมง และจะสูงสุดไม่เกิน 50 mg% ในช่วง 24 - 48 ชั่วโมง และลดต่ำลงเป็นปกติใน 3 - 4 วัน ถ้าไม่มีการตกเลือดเพิ่มขึ้น แต่ระดับ BUN ยังไม่ลดลง แสดงถึงภาวะ renal insufficiency ระดับน้ำตาลสูงขึ้นชั่วคราวจากผลของภาวะเครียดทำให้เกิด hyperadrenalinemia และการทำงานของ adrenal cortex เพิ่มขึ้น มีความไม่สมดุลอิเล็กโทรไลต์ เช่น hypokalcemia และ alkalosis จากการอาเจียน

3.3 ไข้ อาจเกิดภายใน 24 ชั่วโมงแรก และเป็นอยู่นาน 2 - 3 วัน

3.4 อาการทางระบบหัวใจ อาจเกิด myocardial infarction ทำให้ ECG มี S-T depression ได้ ในผู้สูงอายุอาจเกิด myocardial infarction

3.5 อาการทางระบบประสาท เกิดอาการสับสน delirium จาก cerebral anoxia

3.6 อาการทางระบบหายใจเกิดปอดบวมได้จาก aspiration หรือ hypostatic pneumonia

3.7 hyperbilirubinemia เกิดขึ้นได้ใน 3 - 4 วัน ภายหลังตกเลือด จากการคูด ซีมของ blood pigment ร่วมกับ liver anoxia เมื่อซ็อก

3.8 อาการทางตับ พบในกรณีที่ผู้ป่วยมีโรคตับแข็งร่วมด้วย

### การวินิจฉัยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น

#### 1. ประวัติ

ประวัติการเจ็บป่วยอาจชี้แนะถึงสาเหตุของการตกเลือด เช่น ผู้ที่มีประวัติปวดท้องเวลาท้องว่าง เป็นๆหายๆ สาเหตุน่าจะเป็นแผลเป็บติก การอาเจียนเป็นเลือดสดตามหลังอาการอาเจียนรุนแรง ที่มีแต่เศษอาหารหรือน้ำย่อยในตอนแรก บ่งชี้ถึงการนิคขาดของเยื่อบุบริเวณหัวกระเพาะอาหาร ( Mallory - Weiss syndrome ) ประวัติการถูกกระแทกหรือถูกตีบริเวณท้อง ตามมาด้วยการตกเลือดในทางเดินอาหาร จะต้องนึกถึง hemobilia ประวัติการดื่มเหล้า การใช้ยาแก้ปวด ยารักษาโรคข้อ ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด มีประโยชน์ในการวินิจฉัยสาเหตุของการตกเลือด

#### 2. การตรวจร่างกาย

การตรวจร่างกายไม่สามารถบอกตำแหน่งที่มีเลือดออกได้ การตรวจพบ spider nevi และม้ามโต ชี้บ่งว่าผู้ป่วยมีโรคตับแข็ง และน่าจะมี esophageal varices แต่ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีสาเหตุของการตกเลือดจากการแตกของ esophageal varices เพียงร้อยละ 50 ที่เหลือออกนั้นเกิดจากสาเหตุอื่นๆ การตรวจพบ hereditary telangiectasia ชี้ว่าโรคนี้น่าจะเป็นสาเหตุของการตกเลือด

### การรักษาภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น

มีหลักในการรักษา ได้แก่ การเพิ่มปริมาตรเลือดไหลเวียนให้กลับสู่ปกติโดยเร็ว ทำให้เลือดหยุดและป้องกันไม่ให้เลือดออกซ้ำ รักษาโรคซึ่งเป็นสาเหตุของการตกเลือด

1. การรักษาหรือแก้ไขภาวะช็อก
  - 1.1 ให้เลือดและสารน้ำทางหลอดเลือดดำ เพื่อเพิ่มปริมาณระดับเลือดที่ลดลงในกรณีที่มีการเสียเลือดมากๆ
  - 1.2 แก้ไขภาวะขาดสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์
2. ให้อาหาร
  - 2.1 ให้อาหารกรด Antacid ทุก 1 – 2 ชั่วโมง จนผู้ป่วยอาการดีขึ้น
  - 2.2 ให้อาหารระงับประสาท
  - 2.3 ยาประเภท Anticholinergic
  - 2.4 ล้างกระเพาะอาหารด้วยน้ำเกลือปนน้ำแข็งจนเลือดหยุด
3. อาหารควรหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด เปรี้ยวจัด เผ็ดจัด ของหมักดอง ชา กาแฟ น้ำอัดลม ยาแก้ปวดข้อ ยาประเภทสเตอรอยด์
4. การพักผ่อน ควรพักผ่อนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จะทำให้ผู้ป่วยหายเร็วยิ่งขึ้น

### เภสัชวิทยา

1. Ceftriaxone เป็นยาการรักษาการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง การติดเชื้อแบคทีเรียในกระแสเลือด ผลข้างเคียง ปวดศีรษะ มึนงง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เบื่ออาหาร ปวดท้อง ท้องอืด กดการสร้างไขกระดูก
2. Vitamin K (Phytomenadione) ยาสร้างปัจจัยการแข็งตัวของเลือด ผลข้างเคียง หน้าแดง ท้องอืด เป็นตะคริว มีไข้ ลึ้น อ่อนเพลีย เหงื่อออก ความดันโลหิตต่ำ และมีอาการเขียว
3. Transamine (Tranexamic acid) ยาทำให้เลือดแข็งตัว ผลข้างเคียง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย
4. Controloc (Pantoprazole sodium) รักษาแผลในกระเพาะอาหาร ผลข้างเคียง ปวดท้อง ท้องเสีย ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน ปากแห้ง

5. Sandostatin (Octreotide) ยาควบคุม bleeding ใน Esophageal varices  
ผลข้างเคียง ท้องอืด คลื่นไส้ ปวดท้อง อุจจาระมีไขมันปน

#### การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น

1. สังเกตอาการ อาการแสดง ตรวจสอบภาวะช็อก โดยการวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที  
ในระยะแรกและทุก 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง จะต้องรีบรายงานทันทีเมื่อความดันโลหิตลดลงต่ำกว่าปกติ 20  
– 30 มิลลิเมตรปรอท (Systolic) ชีพจรเบาเร็ว ตัวเย็น เหงื่อออก มึนงง เริ่มไม่รู้สีกตัว

2. ประเมินภาวะการสูญเสียเลือดและน้ำของร่างกาย โดยประเมินจาก

2.1 วัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง

2.2 ปริมาณปัสสาวะใน 1 ชั่วโมง

2.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น เป็นตะคริว ชีต เหงื่อออก ตัวเย็นริมฝีปากแห้ง  
กระหายน้ำ ระดับความรู้สึกเปลี่ยนแปลง

2.4 ปริมาณเลือดที่อาเจียน และถ่ายอุจจาระ

3. บันทึกจำนวนและลักษณะสีของเลือด ที่อาเจียนหรือถ่ายออกมาลงในบันทึก ระบายงาน  
หัวหน้าเวร หรือรายงานแพทย์ ทันทีที่ผู้ป่วยสูญเสียเลือดเป็นจำนวนมาก

4. ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับเลือด อาจได้รับเป็น pack red cell whole blood หรือ fresh frozen plasma  
ตามแผนการรักษาของแพทย์ ระหว่างรอเลือดต้องให้ได้รับสารละลายทดเชยทางหลอดเลือดดำก่อน  
โดยก่อนได้รับเป็น 0.9 % normal saline หรือ lactate ringer's solution ตามแผนการรักษาของแพทย์ ใน  
กรณีให้น้ำในอัตราเร็วมาก ควรจะต้องระมัดระวังอาการน้ำท่วมปอด(Pulmonary edema) ซึ่งจะปรากฏ  
อาการหายใจลำบาก แน่นหน้าอก นอนราบไม่ได้ เสมหะมีเลือดปนฟองอากาศ

5. ในกรณีที่มีการตกเลือดจากแผลในกระเพาะอาหาร เตรียมผู้ป่วยและเครื่องมือในการทำ  
gastric lavage เพื่อให้เลือดหยุด อาจใช้ 0.9 % normal saline อุณหภูมิปกติ หรือน้ำเย็นก็ได้ ขณะทำการ  
irrigate ต้องสังเกตลักษณะสีและจำนวนของ Content ที่ออกมาอย่างใกล้ชิดร่วมกับประเมินสัญญาณชีพ  
ควบคู่กันไป การทำ gastric cooling lavage คือการล้างกระเพาะอาหารด้วยน้ำเย็นจัดขณะทำและหลังทำ  
จะต้องสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและเก็บตัวให้อบอุ่นตลอดเวลา

#### การฟื้นฟูสมรรถภาพ

ความรู้ที่ผู้ป่วย และบุคคลที่ดูแลผู้ป่วยควรทราบได้แก่

1. การรับประทานอาหารให้ตรงเวลา ถ้ารู้สึกหิวก่อนเวลาอาจดื่มนมช่วยก็ได้

2. หลีกเลี่ยงอาหารรสเผ็ดจัด เปรี้ยวจัด

3. หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ระคายเคืองต่อกระเพาะอาหาร เช่น แอสไพริน เพรดนิโซโลน

(Prednisolone), เดกซาเมธาโซน (Dexamethasone), อินโดเมธาซิน (Indomethacin) เป็นต้น

5. งดสูบบุหรี่ และงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ น้ำอัดลม เพราะอาจกระตุ้นให้มีการหลั่งกรดมากขึ้น

6. พักผ่อนให้เพียงพอ ซึ่งจะช่วยให้แผลหายเร็วขึ้น

#### 4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 48 ปี สถานะภาพโรค อาชีพรับจ้าง รูปร่างสมส่วน ผิวสองสี รู้สึกตัวดี ภูมิลำเนาจังหวัดกาญจนบุรี มาโรงพยาบาลด้วยอาการอาเจียนเป็นเลือดสดๆ หน้ามืด เวียนศีรษะ ประวัติดื่มเหล้าทุกวัน แรกเริ่มที่ห้องฉุกเฉินได้รับการตรวจร่างกาย ให้ใส่สายยางทางจมูก พบว่ามีเลือดออกเป็นเลือดสดๆ ประมาณ 500 มิลลิลิตร ล้างกระเพาะอาหารทั้งหมด 4,000 มิลลิลิตร สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 70/40 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที หายใจ 24 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส แพทย์ได้ทำการวินิจฉัยว่ามีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นและมีภาวะสูญเสียเลือด มีภาวะช็อก ซึ่งให้การรักษาโดยให้สารน้ำเกลือธรรมดา อัตราการไหล 1000 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง จำนวน 2,000 มิลลิลิตร และเจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางโลหิตวิทยาพบว่า เม็ดเลือดขาว 8,820 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิลิตร ความเข้มข้นของเลือด 22.1 เปอร์เซ็นต์ เกล็ดเลือด 36,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิลิตร ผลอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย ค่าโซเดียม 147.6 มิลลิโมลต่อลิตร โพแทสเซียม 4.13 มิลลิโมลต่อลิตร คลอไรด์ 115 มิลลิโมลต่อลิตร คาร์บอนไดออกไซด์ 17 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ผลการตรวจกลไกการแข็งตัวของเลือด PT 20.5 วินาที PTT มากกว่า 249 วินาที INR 2.23 วินาที ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมีภาวะสูญเสียเลือด มีภาวะช็อก แพทย์ให้การรักษาโดยให้เลือด และติดตามความเข้มข้นของเลือดฉีดวิตามินเค 10 มิลลิกรัม เข้าทางหลอดเลือดดำมีกำหนดฉีด 3 วัน Controloc 80 มิลลิกรัมเข้าทางหลอดเลือดดำ 1 ครั้ง หลังจากนั้นให้ Sandostatin 5 หลอดผสมในสารน้ำที่มีน้ำตาลเด็กโตรอส 5 เปอร์เซ็นต์ ในประมาณน้ำ 500 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำต่อเนื่องภายในเวลา 24 ชั่วโมง ให้ยา Transamine 2 หลอด เข้าทางหลอดเลือดดำและรับไว้ในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ ในวันที่ 8 สิงหาคม 2552 เวลา 02.45 น. เลขที่ภายนอก 17493/50 เลขที่ภายใน 3638/52 ให้การรักษาโดยติดตามความเข้มข้นของเลือดทุก 4 ชั่วโมง ติดตามวัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง การพยาบาลที่ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยคือการติดตามความเข้มข้นของเลือด สังเกตการณ์สัญญาณชีพ จดบันทึกปริมาณและสารน้ำที่ออกจากร่างกายในแต่ละวัน ดูแลให้ยาและให้เลือดอย่างถูกต้องตามแผนการรักษา รวมทั้งให้ความรู้ในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจจนกระทั่งแพทย์อนุญาตให้ย้ายไปหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย รวมระยะเวลาการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นเวลา 3 วัน และรวมระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลราชพิพัฒน์เป็นเวลา 7 วัน

จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้พบปัญหาทางการพยาบาล ดังต่อไปนี้

1. มีภาวะซีดเนื่องจากมีเลือดออกในทางเดินอาหาร
2. มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด
3. มีโอกาสเสียเลือดเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ

ทุกปัญหาได้รับการแก้ไขให้หมดไป

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษารวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วย ที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น จากผู้ป่วย ญาติ เวชระเบียน ศึกษาความรู้ทางวิชาการ และกรอบแนวคิดทางการพยาบาลจากตำรา วารสาร งานวิจัย เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการเลือกกรณีศึกษา
2. เลือกกรณีศึกษาเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น โดยพิจารณาถึงความสำคัญของโรค ซึ่งพบในหอผู้ป่วยโดยกรณีศึกษาเป็นเพศชาย รับไว้ในความดูแลตั้งแต่วันที่ 8 สิงหาคม 2552 ถึงวันที่ 10 สิงหาคม 2552 เลขที่ภายนอก 17493/50 เลขที่ภายใน 3638/52
3. นำข้อมูลมารวบรวมและเรียบเรียงเป็นผลงานเอกสาร นำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมของผลงาน
4. ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหา
5. นำเสนอตามลำดับต่อไป

## 5. ผู้ร่วมดำเนินการ

ไม่มี

## 6. ส่วนของผลงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมด ร้อยละ 100 โดยดำเนินการดังนี้

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 48 ปี สถานภาพโสด รูปร่างสมส่วน ผิวดำแดง ศาสนาพุทธ ภูมิลำเนาจังหวัดกาญจนบุรี มาโรงพยาบาลราชพิพัฒน์วันที่ 8 สิงหาคม พ.ศ. 2552 เวลา 2.45 น. ผู้ป่วยมาด้วยอาการอาเจียนเป็นเลือดสดๆ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์ได้ตรวจวินิจฉัยว่าเป็นภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น จึงรับรักษาตัวในโรงพยาบาล เลขที่ภายนอก 17493/50 เลขที่ภายใน 3638/52

แรกรับผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน วันที่ 8 สิงหาคม พ.ศ. 2552 เวลา 2.45 น. ผู้ป่วยมาด้วยอาการอาเจียนเป็นเลือดสดๆ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล จากการซักประวัติผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัว ดื่มน้ำทุกวัน ดื่มน้ำมากกว่า 10 ปี ไม่มีประวัติแพ้ยาแพ้อาหาร แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง ผิวหนังเย็น วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 70/40 มิลลิเมตรปรอท จากอาการแสดงสัญญาณชีพ จับชีพจรเบาและเร็ว ความดันโลหิตต่ำ พบว่าผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการเสียเลือด แพทย์ให้การรักษาโดยให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำด้วย 0.9%NSS 1000 มิลลิลิตร อัตราการไหล 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ติดตามประเมินสัญญาณชีพทุก 30 นาที เพื่อประเมินภาวะช็อก



จากนั้นใส่สายยางลงกระเพาะอาหารได้เลือดสดออกมา 200 มิลลิลิตร แพทย์ได้ให้ล้างกระเพาะอาหารด้วย 0.9% NSS 4000 มิลลิลิตร ได้เป็นเลือดสีจางๆ หลังจากนั้นต่อสายลงถุงพลาสติก เพื่อติดตามภาวะการมีเลือดออกในกระเพาะอาหาร คุณแม่ให้ได้รับออกซิเจน canular 3 ลิตรต่อนาที เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ค่าออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ งดน้ำและอาหารทางปากทุกชนิด เพื่อลดการทำงานของกระเพาะอาหาร และประเมินภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร แพทย์ให้การรักษาโดย ให้ยา Vitamin K 10 มิลลิกรัมเข้าทางหลอดเลือดดำทันที และวันละ 1 ครั้งจำนวน 3 วัน เพื่อช่วยในการแข็งตัวของเลือด Controloc 80 มิลลิกรัมเข้าทางหลอดเลือดดำทันทีแลให้ต่อ 80 มิลลิกรัม ในสารน้ำ 5% D/W 100 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ 5 ชั่วโมง ภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อช่วยลดการหลั่งกรดในกระเพาะอาหารและรักษาแผลในกระเพาะอาหาร Sandostatin 5 หลอดฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำทันที หลังจากนั้น ให้ 5 หลอดผสมใน 5%D/W 500 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำจำนวน 50 มิลลิตรต่อชั่วโมง ภายในเวลา 24 ชั่วโมง เพื่อระงับการตกเลือดในกระเพาะอาหารและหลอดอาหาร Transamine 2 หลอด ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำทันที เพื่อทำให้เลือดแข็งตัว เอ็กซ์เรย์ปอดปกติ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ แปลผลพบ sinus tachycardia (หัวใจเต้นเร็วแต่สม่ำเสมอ) ผลการตรวจร่างกาย ตา หู คอ จมูก ปกติ การตอบโต้ทางระบบประสาทปกติ ส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ เม็ดเลือดขาว 8,820 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิลิตร (ค่าปกติ 4,500-10,700 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิลิตร) นิวโทรฟิล (neutrophil) 50.5 เปอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ 40-65 เปอร์เซ็นต์) ลิมโฟไซต์ (lymphocyte) 40.8 เปอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ 20-40 เปอร์เซ็นต์) ซีโมโกลบิน 7.5 เปอร์เซ็นต์ ความเข้มข้นของเลือด 22.1 เปอร์เซ็นต์ เกล็ดเลือด 36,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิลิตร (ค่าปกติ 150,000-450,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิลิตร) ผลอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย ค่าโซเดียม 147.6 มิลลิโมลต่อลิตร (ค่าปกติ 135-145 มิลลิโมลต่อเดซิลิตร) โพแทสเซียม 4.13 มิลลิโมลต่อลิตร (ค่าปกติ 3.5-5.1 มิลลิโมลต่อเดซิลิตร) คลอไรด์ 115 มิลลิโมลต่อลิตร (ค่าปกติ 100-110 มิลลิโมลต่อเดซิลิตร) คาร์บอนไดออกไซด์ 17 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (ค่าปกติ 24-32 มิลลิโมลต่อเดซิลิตร) ผลการตรวจกลไกการแข็งตัวของเลือด PT 20.5 วินาที (ค่าปกติ 9-12.6 วินาที) APTT มากกว่า 249 วินาที (ค่าปกติ 25.4-38.4 วินาที) ภายหลังทราบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้ป่วยมีภาวะช็อคจากการเสียเลือด และมีภาวะเกร็ดเลือดต่ำ แพทย์ให้จองเลือด Pack Red Cell 5 ยูนิต Fresh Frozen Plasma 5 ยูนิต และให้ย้ายมาที่หอผู้ป่วยวิกฤต

แรกวันที่หอผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยรู้สึกตัว ให้การพยาบาลโดยวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 101 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 84/48 มิลลิเมตรปรอท มีสายยางต่อจากกระเพาะอาหารพบมีเลือดสดออก 30 มิลลิลิตร ผู้ป่วยมีภาวะช็อคจากการสูญเสียเลือด จึงได้รับ สารน้ำชนิด 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร ในอัตราการไหล 200 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง แพทย์พิจารณาให้ Pack Red Cell 1 ยูนิต (400 มิลลิลิตร) หมายเลข 14850 หมู่เลือด B Rh บวก

หยดใน 1 ชั่วโมง และ Pack Red Cell อีก 1 ยูนิต (400 มิลลิลิตร) หมายเลข 10438 กลุ่มเลือด B Rh บวก  
 หยดใน 3 ชั่วโมง Fresh Frozen Plasma 2 ยูนิต หมายเลข 16777 และ 16410 หมู่เลือด B Rh บวก การ  
 พยาบาลผู้ป่วยได้รับเลือด มีการตรวจวัดสัญญาณชีพหลังได้รับเลือด 15 นาที อุณหภูมิร่างกาย 37.1 องศา  
 เซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 111 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต  
 107/61 มิลลิเมตรปรอท พร้อมทั้งสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทั่วไป เช่น มีผื่น มีไข้ หนาวสั่น ในผู้ป่วยราย  
 นี้ไม่พบอาการผิดปกติ และติดตามความเข้มข้นของเลือดทุก 6 ชั่วโมง

ดูแลให้ได้รับยา Sandostatin 5 หลอด ผสมในสารละลาย 5% D/W 500 มิลลิลิตรทางหลอดเลือด  
 ค้ำ อัตราการไหล 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ภายใน 24 ชั่วโมง (8-13 สิงหาคม 2552) Transamine 1 หลอด  
 ฉีดทางหลอดเลือดค้ำทุก 6 ชั่วโมง (8-13 สิงหาคม 2552) Controloc 80 มิลลิกรัม ผสมในสารละลาย  
 5%D/W 100 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดค้ำ 5 ชั่วโมง ภายใน 24 ชั่วโมง (8-13 สิงหาคม 2552) และดูแลให้  
 สารละลาย 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร ในอัตราการไหล 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เก็บเลือดส่งเพาะเชื้อ  
 และเริ่มยาปฏิชีวนะ คือ Ceftriazone ขนาด 2 กรัมฉีดเข้าหลอดเลือดค้ำวันละครั้ง เพื่อป้องกันการติดเชื้อ  
 ในร่างกาย บันทึกสารน้ำเข้าและออก ปริมาตรน้ำเข้าทั้งหมด 7,000 มิลลิลิตร ปริมาตรน้ำออก 1,565  
 มิลลิลิตร ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วง 80-150 มิลลิกรัม

วันที่ 2 ของการรักษา ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้บนเตียง สายยางต่อจากกระเพาะ  
 อาหารต่อลงถุงพลาสติก ไม่พบเลือดออก มีน้ำเป็นสีเหลืองจางๆ ผู้ป่วยไม่มีอาหารปวดท้อง และอาเจียน  
 เป็นเลือด ไม่มีถ่ายอุจจาระดำ ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ค่าความเข้มข้นของเลือดเท่ากับ 28 เปอร์เซนต์  
 ผู้ป่วยยังคงน้ำและอาหารต่อ แพทย์ให้สารละลาย 5% D/NSS 1,000 มิลลิลิตร ในอัตรา 100 มิลลิลิตรต่อ  
 ชั่วโมง แทนสารละลาย 0.9%NSS ปริมาตรน้ำเข้าทั้งหมด 4,020 มิลลิลิตร ปริมาตรน้ำออก 4,245  
 มิลลิลิตร ภายใน 24 ชั่วโมง

วันที่ 3 ของการรักษาผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 64 ครั้งต่อนาที อัตรา  
 การหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 116/73 มิลลิเมตรปรอท แพทย์พิจารณาให้ส่งกล้องทางเดิน  
 อาหาร มีการให้ Platelet Concentrate จำนวน 10 ยูนิต ได้แก่ Platelet Concentrate หมายเลข 15795,  
 11863, 14477, 14564, 14517, 16574, 15045, 15047, 15050, และ 15059 หมู่เลือด B Rh บวก จำนวน 800  
 มิลลิลิตร ให้ Leukocyte Poor Platelet Concentrate จำนวน 1 ยูนิต หมายเลข 16454, 15715, 16469,  
 55967 หมู่เลือด B Rh บวก และให้ Froze Frozen Plasma 2 ยูนิต หมายเลข 06483 หมู่เลือด B Rh บวก  
 จำนวน 200 มิลลิลิตร และ หมายเลข 77890 หมู่เลือด B Rh บวก จำนวน 200 มิลลิลิตร สังเกตอาการ  
 เปลี่ยนแปลงหลังให้เลือด เช่น มีผื่น มีไข้ หนาวสั่น ในผู้ป่วยรายนี้ไม่พบอาการผิดปกติ และส่งผู้ป่วย  
 ส่งกล้อง ไม่พบเลือดออกในกระเพาะอาหารและแจ้งผลการส่งกล้องแก่ญาติและผู้ป่วย แพทย์ให้งดน้ำ  
 และอาหารต่อ และติดตามความเข้มข้นของเลือดต่ออีก 1 วัน นำสายสวนปัสสาวะออก และแนะนำให้

ผู้ป่วยและญาติแจ้งเมื่อมีอาการปวดท้องแต่ปัสสาวะไม่ออก 6 ชั่วโมงต่อมา ค่าความเข้มข้นของเลือด 27 เปอร์เซ็นต์ ระดับน้ำตาล 108 มิลลิกรัมอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยปัสสาวะออกเองได้ แพทย์พิจารณาย้ายผู้ป่วยสังเกตอาการต่อที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย

จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยระหว่างพักรักษาอยู่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 60-90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/60 – 130/80 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดท้อง ไม่มีถ่ายอุจจาระดำ หรืออาเจียนเป็นเลือดสด สายยางต่อจากกระเพาะอาหารลงถุงพลาสติกมีของเหลวสีเหลือง จึงให้เริ่มรับประทานอาหารได้ และยังคงมีการติดตามความเข้มข้นของเลือดเท่ากับ 30-34.5 เปอร์เซ็นต์ อยู่ในเกณฑ์ปกติ แพทย์ให้นำสายยางออกจากกระเพาะอาหารได้ ประเมินภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น โดยอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติสังเกตอาการผิดปกติ เช่น อาเจียนเป็นเลือดสด ถ่ายอุจจาระดำ ปวดท้อง หน้ามืดคล้ำจะเป็นลม ถ้าพบอาการผิดปกติให้แจ้งพยาบาลทันที ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง

ผู้ป่วยรายนี้ใช้เวลาในการรักษา ตั้งแต่วันที่ 8-14 สิงหาคม พ.ศ. 2552 รวม 7 วัน ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยไม่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ให้ยากลับไปรับประทานอาหารต่อที่บ้าน อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงสาเหตุการเกิดโรค เช่น การดื่มสุรา สูบบุหรี่ รับประทานอาหารรสจัด รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา อาหารที่ควรรับประทานควรเป็นอาหารย่อยง่าย รสไม่จัด และอธิบายถึงผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ เช่น ถ่ายอุจจาระดำ อาเจียนเป็นเลือด ปวดท้องมาก หน้ามืด เวียนศีรษะคล้ำจะเป็นลม เป็นต้น พร้อมและนำไปให้มาตรวจตามนัด

## 7. ผลสำเร็จของงาน

จากการได้ให้การพยาบาล ศึกษาติดตามและประเมินผลผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 7 วัน มีการติดตามเยี่ยมอาการ 3 ครั้ง พบว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาภาวะช็อก ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ภาวะช็อคจากการเสียเลือด โดยการให้เลือดและสารน้ำทดแทน ได้ให้การดูแลพยาบาล เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น ในระบบทางเดินอาหาร แผลในกระเพาะอาหาร ได้รับการรักษาโดยการให้ยาลดกรดในกระเพาะอาหาร และรักษาแผลในกระเพาะอาหารอย่างต่อเนื่อง ทำให้พ้นภาวะช็อคจากการเสียเลือด และไม่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร จากการดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ ทำให้ทราบถึงสาเหตุ อาการและอาการแสดงของโรค ให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการปฏิบัติตนให้ถูกต้อง การมาตรวจตามนัด และอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ ทำให้การรักษาสัมฤทธิ์ผล

## 8. การนำไปใช้ประโยชน์

8.1 เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร

ส่วนต้นให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อันเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานและผู้ป่วย

8.2 เพื่อเป็นแนวทางในการปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่มาปฏิบัติงานใหม่

8.3 เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา ปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้เกิดความก้าวหน้าทางวิชาชีพ

## 9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้ ผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยรายนี้ทำได้ยาก เนื่องจากผู้ป่วยและญาติขาดความรู้และไม่ตระหนักถึงการปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง เนื่องจากดื่มสุราทุกวัน ดื่มมากกว่า 10 ปี ญาติไม่ใส่ใจในพฤติกรรมของผู้ป่วย จึงมีความจำเป็นต้องใช้เวลามากในการให้ความรู้ ทำความเข้าใจให้ผู้ป่วยและญาติเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตัวให้ถูกต้องและมีกำลังใจในการดูแลตนเอง

## 10. ข้อเสนอแนะ

10.1 การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น การประเมินผู้ป่วยมีความสำคัญมาก นอกจากการซักประวัติอาการสำคัญที่นำมาแล้ว ยังต้องประกอบกับการตรวจร่างกาย สัญญาณชีพ อาการและอาการแสดง จึงมีการจัดทำแนวทางประเมินและการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ซึ่งจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้

10.2 ก่อนกลับบ้านต้องมีการเตรียมผู้ป่วยและญาติในเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยา อาการที่ควรมาพบแพทย์ และการมาพบแพทย์ตามนัด ซึ่งเป็นแนวทางหนึ่งในการป้องกันการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และลดภาระด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วยและญาติ อีกทั้งยังลดภาระของทางโรงพยาบาลอีกทางหนึ่ง

## ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ของ นางสาวศิริวรรณ ขำแย้ม

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ รพร. 169) สังกัดกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลราชพิพัฒน์  
สำนักการแพทย์

เรื่อง การป้องกันแผลกดทับจากการใส่สายยางให้อาหารทางจมูก

### หลักการและเหตุผล

ผู้ป่วยที่รับไว้ในหอผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นต้องใส่สายยางให้อาหารทางจมูก เพื่อให้ได้รับยาและสารอาหารที่เพียงพอกับร่างกาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ สภาพผิวหนังบางลึกลง ซึ่งโดยส่วนมากจะเน้นการดูแลป้องกันการเกิดแผลกดทับ บริเวณสำคัญอื่นๆ เช่น ก้นกบ สะโพก ปุ่มกระดูกต่างๆ การเกิดแผลกดทับบริเวณจมูกจึงถูกมองข้ามไป เพราะเป็นเพียงตำแหน่งเล็กๆ แม้ไม่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตแต่ก็เป็นภาวะแทรกซ้อน จากการให้การรักษาพยาบาล ซึ่งป้องกันได้และไม่ควรเกิดขึ้น จากการเก็บสถิติพบว่าเดือนสิงหาคม มีผู้ป่วยเกิดแผลกดทับจากการใส่สายยางให้อาหารบริเวณจมูก 2 ราย เดือนกันยายน 1 ราย เดือนตุลาคม 1 ราย จึงได้คิดวิเคราะห์และหาแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับบริเวณจมูก

### วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับบริเวณจมูก

### กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

กรอบแนวคิด จากการศึกษาวิเคราะห์พบว่า ข้อความที่เป็นแนวความคิดได้อธิบายถึงความสัมพันธ์การเกิดแผลกดทับว่าเป็นปัญหาที่สามารถป้องกันได้ ถ้าการให้บริการสุขภาพตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ สำหรับแนวทางป้องกันการเกิดแผลกดทับประกอบด้วย การประเมินปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย การเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับตั้งแต่แรกเริ่ม การลดแรงกด แรงเสียดทานและแรงเสียดสี การดูแลภาวะโภชนาการ โดยเฉพาะการเพิ่มโปรตีนให้กับผู้ป่วย การทำความสะอาดและการดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้น รวมทั้งให้ความรู้กับผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรพยาบาลที่มาปฏิบัติงาน ทั้งนี้พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจในการป้องกัน และการดูแลจัดการการเกิดแผล การประเมินการเปลี่ยนแปลงของแผลอย่างถูกต้อง ซึ่งเป็นแนวคิดผสมผสานการเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ และประสบการณ์การดูแลแผลกดทับ เป็นต้น

แนวคิดของโอเร็ม(Orem,1985) ซึ่งเป็นทฤษฎีการดูแลตนเองทางการพยาบาล บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง เพราะฉะนั้น เมื่อบุคคลที่บกพร่องในการดูแลตนเอง ไม่ว่าจะเป็นจากสาเหตุใด เช่น ไร้สมรรถภาพ ขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเอง พยาบาลต้องช่วยดูแลเพิ่มเติมศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติทั้งหมด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

ขั้นตอนการพัฒนาประกอบด้วย การร่วมประชุมปรึกษานักการในหน่วยงาน วิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา ศึกษาปัญหา รวบรวมข้อมูล พิจารณาสาเหตุเบื้องต้น ค้นหาต้นเหตุของปัญหาโดยพิจารณาระบบที่เกี่ยวข้อง และจัดหาแนวทางปฏิบัติเป็นรูปแบบเดียวกัน ดังนี้

1. ประเมินผิวหนังบริเวณจมูก ดูรอยถลอก รอยแดง ทุกเวร
  2. เปลี่ยนตำแหน่งที่ติดพลาสติกบริเวณที่ใส่สายยางให้อาหาร หลีกเลียงบริเวณเดิม หรือรอยถลอกแดง โดยเปลี่ยนพลาสติกวันละ 1 ครั้ง
  3. ให้การพยาบาลที่นุ่มนวล ค่อยๆ ลอกพลาสติกเดิมออก หากพลาสติกที่ติดไว้เหนียวแน่นมากเกินไปใช้ Vassalin หล่อลื่น
  4. ไม่ติดพลาสติกกดแน่นผิวหนังมากเกินไป ติดพลาสติกให้มีที่ว่างยืดหยุ่นได้
  5. หลังพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุกครั้ง ให้ตรวจดูว่าผู้ป่วยนอนทับหรือมีการกดทับบริเวณสายให้อาหารหรือไม่
  6. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีสภาพผิวหนังบางนิกขาดง่าย บวมจากการขาดสารอาหาร เป็นเรื่องที่ต้องใช้เวลาในการรักษาและเป็นสิ่งที่จะต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ เสี่ยงต่อการเกิดแผลจากการติดพลาสติกต่างๆ จึงต้องเลือกผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยชนิดที่เกาะง่ายไม่ติดแน่นจนเกินไป นอกจากนี้แนะนำให้ญาติผู้ป่วยทราบถึงสาเหตุปัญหา และนำผลิตภัณฑ์ที่ผู้ป่วยใช้เป็นประจำมาไว้ให้ผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดอาการแพ้
  7. มีการสื่อสารระหว่างหน่วยงานหากมีการพบการเกิดแผลกดทับจากการใส่สายยางบริเวณจมูก ให้บันทึกในแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วย
  8. บันทึกในแบบสรุปรูปการเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับจากการใส่สายยางให้อาหารทุกครั้งที่มีการย้ายผู้ป่วยหรือจำหน่ายผู้ป่วยออกจากตึก เพื่อเก็บรวบรวมสถิติรายเดือน
  9. นำผลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้สูตรคำนวณการเกิดแผลกดทับจากการใส่สายยางให้อาหารบริเวณจมูก
- $$= \frac{\text{จำนวนแผลกดทับที่จมูก} \times 1000}{\text{จำนวนวันใส่สายยางให้อาหาร}} \text{ วันนอน}$$

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับจากการใส่สายยางให้อาหารบริเวณจมูกขณะนอนโรงพยาบาล
2. บุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับมีความรู้ สามารถปฏิบัติตามคู่มือการป้องกันการเกิดแผลกดทับจากการใส่สายยางให้อาหารได้อย่างถูกต้องและเป็นไปในทางเดียวกัน
3. ญาติและผู้ป่วยได้รับความพึงพอใจขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล
4. ลดระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการพักรักษาในโรงพยาบาล

### ตัวชี้วัดความสำเร็จ

อัตราการเกิดแผลกดทับบริเวณจมูกจากการใส่สายยางให้อาหาร = 0 ใน 1000 วันนอน

(ลงชื่อ)..... *Abnna งามใจ* .....

(นางสาวศิริวรรณ งามใจ)

พยาบาลวิชาชีพ 5

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่ *25* / *2.0* / *55*