

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อค: กรณีศึกษา
Nursing care for patients with upper gastrointestinal bleeding and shock: Case studies

อนัทพร เรืองพุด

Anattaporn ruangput

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

E-mail: uannoodnanakorn@hotmail.com

บทคัดย่อ

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากการเสียเลือดในทางเดินอาหารส่วนต้นต้องใช้ทักษะความรู้ในการดูแลซึ่งต้องใช้กระบวนการพยาบาลตั้งแต่การสังเกต การรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วย การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาลและประเมินผลอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตฉุกเฉินให้ปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อนและป้องกันการเกิดซ้ำ ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อคเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเป็นส่วนใหญ่หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษาและการพยาบาลอย่างทันท่วงที ดังนั้นการศึกษากระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากการเสียเลือดในทางเดินอาหารส่วนต้นจะแบ่งเป็น 3 ระยะของการดูแลผู้ป่วย คือ ระยะวิกฤต ระยะการดูแลต่อเนื่องและระยะการวางแผนจำหน่าย ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นต่อไป

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาและวิเคราะห์การใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ในการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นร่วมกับภาวะช็อคจากการเสียเลือด

รูปแบบการศึกษา ใช้การศึกษาแบบเปรียบเทียบกรณีศึกษา (Comparative Case Study) จำนวน 2 รายแบบเฉพาะเจาะจงที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นร่วมกับภาวะช็อค ศึกษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตระหว่างเดือนมีนาคมถึงเมษายน 2568

สรุปผลการศึกษา

กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นร่วมกับมีภาวะช็อค ดังนั้นการวางแผนการพยาบาลจึงมีความสำคัญทั้งในระยะวิกฤต ระยะการดูแลต่อเนื่องและระยะการวางแผนจำหน่าย ทั้งนี้เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและป้องกันภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ กรณีศึกษาที่ 1 วินิจฉัยเป็นแผลในกระเพาะอาหารเรื้อรังร่วมกับมีภาวะช็อคเรื้อรัง กรณีศึกษาที่ 2 วินิจฉัยเป็นภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบน

มีประวัติ Massive UGIB with Chronic liver disease ทั้ง 2 กรณีศึกษามีภาวะช็อคจากการเสียเลือดในระยะแรก เพราะมีปัจจัยเสี่ยงของภาวะเลือดออกรุนแรง การใช้กระบวนการพยาบาลตามบทบาทการพยาบาลจะทำให้การดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 กรณีนี้มีประสิทธิภาพได้มาตรฐาน ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง

คำสำคัญ : ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น, ภาวะช็อค

Abstract

Nursing care for patients with shock due to upper gastrointestinal bleeding. It takes skill and knowledge to take care of it. This requires the nursing process from observation to data collection to assess the patient's condition. Nursing diagnosis, nursing planning and effective evaluation to provide safe care to patients in critical emergency situations, reduce complications and prevent recurrence. Upper gastrointestinal bleeding with shock is a major cause of death in patients without prompt treatment and nursing care. Therefore, the study of nursing process in caring for patients with shock from upper gastrointestinal bleeding will be divided into 3 phases of patient care. These are the critical phase, the continuing care phase, and the discharge planning phase. This is to serve as a guideline for nursing care for patients with upper gastrointestinal bleeding.

Objective To study and analyze the use of the nursing process in caring for patients with upper gastrointestinal bleeding and hemorrhagic shock.

Methods The study design used a case study comparing two case studies in the surgical ward of Vachira Phuket Hospital.

Conclusion Both case studies had upper gastrointestinal bleeding and shock. Therefore, nursing care planning is important during the critical phase, the continuity of care phase, and the discharge planning phase to prevent severe complications and prevent recurrent upper gastrointestinal bleeding. Case study 1: Diagnosed with Chronic gastric ulcer with Bleeding, with chronic anemia. Case study 2 diagnosed with Upper Gastrointestinal bleeding with Hemorrhagic shock, history of Massive UGIB with Chronic liver disease. Both case studies presented with initial hemorrhagic shock due to risk factors for severe bleeding. Using the nursing process according to the nursing role will make the care of both patients in these two cases efficient and up to standard. The patients will be safe and will not have serious complications.

Keywords: upper gastrointestinal bleeding, shock, case study

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นพบว่ามียัตราการตายสูงถึงร้อยละ 10-20 โดยมักจะเสียชีวิตในช่วงแรกที่มาโรงพยาบาล (ชินฐา รักษาเคนและสุพัตรา บัวที, 2559) ซึ่งพบอุบัติการณ์การเกิดในผู้ป่วยภาวะนี้ 100 คนต่อประชากร 100,000 คนต่อปี โดยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงประมาณ 2 เท่าส่วนใหญ่มักพบในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 50-70 มียัตราการเสียชีวิตประมาณ ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยโรคนี้ทั้งหมด (Valkhoff & Sturkenboom, 2012) สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่ระบุสถิติผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นโดยตรง แต่ระบุเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคระบบทางเดินอาหาร โดยในปี พ.ศ. 2559-2561 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคระบบทางเดินอาหารสูงถึง 438.54, 441.49 และ 414.36 รายต่อประชากร 100,000 ราย จัดเป็นโรคอันดับที่ 5 4 และ 3 ตามลำดับในการจัดลำดับอัตราผู้ป่วยในตามกลุ่มสาเหตุการป่วย 10 กลุ่มแรกของผู้ป่วยทั้งประเทศ โดยมีอัตราการเสียชีวิตอยู่ในอันดับที่ 7 ตลอดทั้ง 3 ปีเท่ากับร้อยละ 31.4 (20,407 คน), 24.7 (19,362 คน) และ 24.49 ตามลำดับ แนวโน้มผู้ป่วยแม้จะยังไม่มีการประกาศตัวเลขสรุปรายปีของ 2569 อย่างเป็นทางการ แต่จากข้อมูลรายงานการป่วยย้อนหลัง (พ.ศ. 2566 - 2568) พบว่ากลุ่มโรคระบบทางเดินอาหารยังคงเป็นสาเหตุหลักของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในพื้นที่ภาคใต้ ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น เป็นภาวะที่เกิดจากการมีเลือดออกตั้งแต่หลอดอาหารไปจนถึงส่วนที่เหนือลำไส้เล็กส่วนต้นบริเวณลิแกเมนต์ ออฟ ไทริทซ์ (Ligament of trietz) มีสาเหตุ 2 ประเภท (Warren, Keith, & Bhala, 2019) ได้แก่ 1) สาเหตุอื่นที่ไม่ใช่หลอดเลือดโป่งพองในหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหาร (Non-variceal hemorrhage) ส่วนใหญ่เกิดจากโรคแผลเปปติค กระเพาะอาหารอักเสบ การฉีกขาดของเยื่อบุหลอดอาหารหดเกร็ง มีก้อนเนื้อที่ทำให้เกิดการอักเสบ (Zhang C, et al., 2014) ผู้ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดหรือยาต้านเกล็ดเลือด (Valkhoff & Sturkenboom, 2012) และแผลที่เกิดจากความเครียด ซึ่งเกิดจากพฤติกรรม การปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ชอบรับประทานอาหารหมักดอง อาหารรสจัด เมื่อมีปัญหาสุขภาพจะไปซื้อยามารับประทานเอง ไม่ออกกำลังกายและพบก่อนการเจ็บป่วยมักดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ทุกวันและรับประทานยาแก้ปวดที่ไม่ใช่ยาพาราเซตามอล มีความเครียดและความวิตกกังวลสูง (Chumpawadee U, et al., 2002) การใช้ยาต้านเกล็ดเลือดทำให้ยาละลายลิ่มเลือด 2) สาเหตุจากหลอดเลือดโป่งพองในหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหาร (Variceal hemorrhage) การแตกของหลอดเลือดโป่งพองในหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหาร (Valle FH, et al., 2013) เป็นภาวะแทรกซ้อนของการมีความดันของหลอดเลือดพอร์ทัลสูง (portal hypertension) ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยโรคตับแข็งถึงร้อยละ 50-60 โรคตับแข็งมีสาเหตุจากการดื่มสุราร่วมกับการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี การได้รับสารพิษและยาบางชนิด การแตกของหลอดเลือดโป่งพองในทางเดินอาหารหรือกระเพาะอาหารนี้เกิดจากการกลืนอาหาร การไอ จากการคลื่นไส้และอาเจียน การกลืนอาหารชิ้นใหญ่และการรับประทานอาหารรสจัด ทำให้เกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นได้ (Wisam Jafar, et al., 2016) โดยทั่วไปภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ร้อยละ 75-80 มักมีความรุนแรงของโรคไม่มาก เลือดอาจหยุดได้โดยการให้ยา แต่กรณีเป็นภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีปริมาณมากหรือเป็นลักษณะที่เป็นซ้ำหรือเกิดในผู้สูงอายุมักมียัตราการตายสูง ผู้ที่แข็งแรงสามารถเสียเลือดได้ถึง 500 มิลลิลิตรใน 15 นาทีโดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (เช่นผู้ที่บริจาคโลหิต) ถ้าเสียเลือดไป 1,000 มิลลิลิตรจะมีหัวใจเต้นเร็ว ความดัน

โลหิตต่ำ มีอาการคลื่นไส้ ปริมาณและอัตราการเสียเลือดที่ทำให้เกิดภาวะช็อคยังขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นอีก เช่น อายุ โรคของหลอดเลือดตลอดจนขึ้นกับว่าผู้ป่วยมีภาวะช็อคอยู่ก่อนหรือไม่ ความรุนแรงของการมีเลือดออกแบ่งได้ 5 ลักษณะคือ (สมาคมแพทย์ส่องกล้องทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย, 2557) 1) ภาวะเลือดออกอย่างรุนแรง (massive bleeding) ต้องได้รับเลือดทดแทนอย่างรวดเร็วในอัตรา 3-5 ยูนิตภายใน 2 ชั่วโมงเพื่อการรักษาความดันโลหิตให้สามารถผลักดันไปสู่ระบบไหลเวียนได้เพียงพอ 2) ภาวะเลือดออกปานกลาง (moderate bleeding) ซึ่งจำเป็นต้องได้รับเลือด 1-2 ยูนิต ก็สามารถปรับความดันโลหิตให้กลับสู่ระดับปกติได้ 3) ภาวะเลือดออกปานกลางแต่ออกติดต่อกัน (moderate and continuous bleeding) จำเป็นต้องได้รับเลือด 1-2 ยูนิต ทุก 6-8 ชั่วโมง เพื่อให้มีความดันโลหิตปกติ 4) ภาวะเลือดออกช้า (Continuous bleeding) ไม่รุนแรงโดยสังเกตได้จากระดับฮีมาโตคริต ลดต่ำลงวันละ 2-3 % 5) ภาวะเลือดออกที่เกิดภายหลังจากการตกเลือดครั้งแรกหยุดแล้ว (recurrent bleeding) ภาวะเลือดออกไม่ว่าจะมีปริมาณมากหรือน้อยการพยาบาลผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นก่อนหาสาเหตุของเลือดออกจะต้องประเมินว่าผู้ป่วยเสียเลือดไปมากน้อยเพียงใดและมีความเร่งรีบในการรักษาเพียงใด เพื่อที่จะรักษาสภาวะการไหลเวียนโลหิตให้เพียงพอหยุดเลือดที่ออกและดูแลให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ การดูแลรักษาพยาบาลที่สำคัญ คือ การตรวจวัดสัญญาณชีพ (vital signs) ได้แก่ ชีพจร และความดันโลหิต ค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงเป็นระยะๆ การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ดูแลระบบการไหลเวียนเลือด การให้สารน้ำอย่างรวดเร็วเพื่อแก้ไขปัญหาปริมาณสารน้ำในหลอดเลือดลดลง รวมถึงการให้เลือดเมื่อมีข้อบ่งชี้ในการให้เลือดเพื่อทดแทนปริมาตรของเลือดที่สูญเสียในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อค การดูแลใส่สายยางกระเพาะอาหาร (nasogastric tube) เพื่อประเมินภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหารและสวนล้างกระเพาะอาหารทำให้หลอดเลือดหดตัว ช่วยกำจัดเลือดที่ค้างอยู่ในกระเพาะอาหารออกให้หมด จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยในการพักผ่อนของผู้ป่วย ให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเพื่อลดความรู้สึกกลัวและวิตกกังวล ป้องกันอันตรายที่เกิดจากการติดเชื้อแทรกซ้อน การดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตจากภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารต้องกระทำโดยใกล้ชิด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการเสี่ยงสูง และการเตรียมผ่าตัด เมื่อมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในปี พ.ศ. 2566 ถึง พ.ศ. 2568 สถิติของผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่เข้ารับการรักษาในแผนกศัลยกรรมโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตมีจำนวน 80, 68 และ 65 ราย ตามลำดับ (งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตปี 2568) สาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นมีความรุนแรงตั้งแต่เล็กน้อยจนกระทั่งเสียชีวิต คือระยะที่มีการเสียเลือดมากกว่า 2,000 มิลลิลิตร (นภชนก รักษาเคน, 2562) จนทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะช็อคจากการเสียเลือด ภาวะเลือดออกซ้ำ (Rebleeding) และมีเลือดออกอย่างต่อเนื่อง (สมบัติ ตรีประเสริฐ และรังสรรค์ ฤกษ์นิมิตร, 2549) ส่งผลกระทบทำให้เกิดความสูญเสียทำให้เกิดอัตราการตายสูงชัน นอกจากนี้ภาวะนี้สามารถเปลี่ยนเป็นภาวะเรื้อรัง เมื่อเกิดปัญหานี้บ่อยครั้งต้องเข้าออกโรงพยาบาลจะทำให้เกิดผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคมและประเทศชาติ จากผลกระทบดังกล่าวอาจทำให้ส่งผลต่อการรับรู้ ความพึงพอใจในชีวิตทำให้ผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นมีคุณภาพชีวิตลดลงได้ เมื่อผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำจะส่งผลต่อปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัวและสังคมตามมา (นภชนก รักษาเคน, 2562) บทบาทการพยาบาลผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเพื่อดูแลและป้องกันภาวะช็อคคือการให้ได้รับสารน้ำและส่วนประกอบของเลือดเพื่อทดแทนเลือดที่สูญเสียไป พยาบาลจะเป็นผู้ดูแลติดตามอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดในการ

เผื่อระบบไหลเวียนให้คงที่ หลังจากนั้นจะทำการค้นหาสาเหตุโดยการส่องกล้องตรวจหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนต้น เพื่อวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยต่อไป

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากการเสียเลือดในทางเดินอาหารส่วนต้นจึงต้องใช้ทักษะความรู้ในการดูแลซึ่งต้องใช้กระบวนการพยาบาลตั้งแต่การสังเกต การรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินสภาพปัญหาผู้ป่วย การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนปฏิบัติและประเมินผลอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตฉุกเฉินให้ปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อนและป้องกันการเกิดซ้ำ ดังนั้นจึงเป็นที่มาของการเลือกกรณีศึกษาเพื่อเรียนรู้และถอดบทเรียนจากการศึกษากระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดใน 3 ระยะของการดูแลผู้ป่วย คือ ภาวะวิกฤต ระยะการดูแลต่อเนื่องและระยะการวางแผนจำหน่ายเพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาและวิเคราะห์การใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ในการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นร่วมกับภาวะช็อคจากการเสียเลือด

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา (Comparative case study) โดยคัดเลือกผู้ป่วยแบบเจาะจง (purposive sampling) ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นร่วมกับภาวะช็อค และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลวชิระภูเก็ตในช่วงเดือนมีนาคมและเมษายน พ.ศ.2567 จำนวน 2 รายโดยกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) และการวินิจฉัยทางการพยาบาล การประเมินภาวะสุขภาพตามทฤษฎี 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's Functional health patterns) (Gordon, M., 2014) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ช่วยให้เข้าใจภาวะสุขภาพและแบบแผนสุขภาพของผู้ป่วย โดยการประเมินการรับรู้ ความคิด ความเชื่อ พฤติกรรมภายในและพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมภายนอกและวางแผนให้การดูแลในแบบแผนต่าง 11 แบบแผน ได้แก่ 1) การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพเน้นการรับรู้การเจ็บป่วยด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น 2) โภชนาการและการเผาผลาญ สารอาหาร เน้นการประเมินด้านโภชนาการและปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการในผู้ป่วยกลุ่มนี้ 3) การขยับถ่าย เป็นการประเมินให้ความช่วยเหลือเรื่องการขยับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ ซึ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น 4) กิจกรรมและการออกกำลังกายเกี่ยวข้องกับการทำงานในระบบการหายใจและไหลเวียนซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีปัญหา 5) การพักผ่อนนอนหลับ ผลกระทบจากความเจ็บป่วยและการรักษามักส่งผลกระทบต่อแบบแผนการพักผ่อนและการนอนหลับของผู้ป่วย 6) สถิติปัญหาและการรับรู้เป็นแบบแผนที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสความสามารถทางสถิติปัญหา ในที่นี้ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นมักมีความทุกข์ทรมานจากอาการปวดท้อง 7) การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์เกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์ อัตมโนทัศน์และความภูมิใจในตนเองแบบแผนนี้มักถูกกระทบเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษา 8) บทบาทและสัมพันธภาพการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติตามบทบาทและการทำหน้าที่ในบทบาทนั้น ๆ และมักส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง 9) เพศและการเจริญพันธุ์เกี่ยวข้องกับการเจริญพันธุ์และเพศสัมพันธ์ แบบแผนสุขภาพด้านนี้อาจมีผลกระทบมา-

น้อย ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ เช่น อายุ และเพศ 10) การปรับตัวและการทนทานต่อความเครียดเป็นส่วนสำคัญที่สะท้อนให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพจิตใจของผู้ป่วย รวมถึงความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัวในการปรับตัวกับความเครียดจากสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น และ 11) คุณค่าและความเชื่อเป็นการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งที่บุคคลเชื่อถือ ศรัทธา รวมถึงสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ การให้คุณค่าในชีวิตและความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ แบบแผนนี้ช่วยให้เข้าใจด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย และสามารถนำมาใช้วางแผนการดูแลผู้ป่วยให้สามารถปรับตัวและใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาแบบลัดขั้นตอน (Expedited Review) จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ก่อนการรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ เวชระเบียน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและสถิติของโรงพยาบาล กรณีศึกษา 2 กรณีนี้ไม่มีการละเมิดสิทธิผู้ป่วยและข้อมูลส่วนตัวทุกอย่างของผู้เข้าร่วมกรณีศึกษา ผู้จัดทำเอกสารวิชาการได้เก็บไว้เป็นความลับ ซึ่งไม่สามารถระบุถึงตัวผู้ป่วยได้ และจะทำลายข้อมูลภายใน 1 ปี หลังจากรายงานกรณีศึกษาได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่เชิงวิชาการ

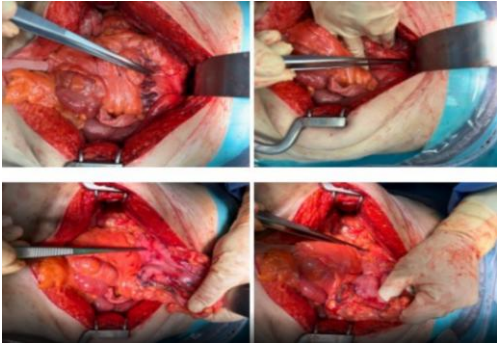
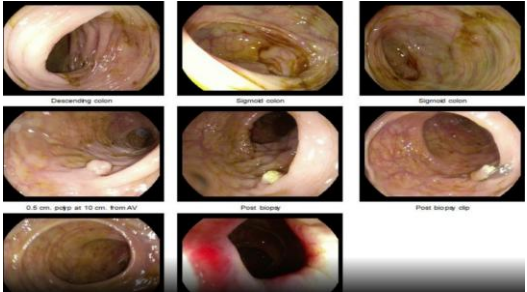
ผลการศึกษา

ประเด็นที่ศึกษา	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ข้อมูลทั่วไป	เพศชาย อายุ 55 ปี สถานภาพสมรสคู่ ศาสนาพุทธ อาชีพรับจ้าง การศึกษามัธยมศึกษา 3	เพศชาย อายุ 62 ปี สถานภาพสมรสคู่ ศาสนาพุทธ อาชีพรับจ้าง การศึกษาระดับประถมศึกษา 6
การวินิจฉัย	Chronic gastric ulcer with Bleeding	Upper Gastrointestinal bleeding with Hemorrhagic shock
อาการสำคัญ	3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล อาเจียนมีเลือดสด 2 ครั้ง ปวดท้องและถ่ายดำ 1 ครั้ง	2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลอาเจียนเป็นสีดำ วิงเวียนศีรษะไปโรงพยาบาลชุมชนและถูกส่งตัวมา
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	8 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการหน้ามืดเป็นลมจากอาเจียนเป็นเลือดได้รับการรักษาโดยการส่องกล้องในทางเดินอาหารพบ large ulcer at antrum ส่งชิ้นเนื้อตรวจผลเป็น Malignant round cell tumor 3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล	6 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการปวดท้องบริเวณชายโครงขวาทำ ultrasound มี Obstructive jaundice วินิจฉัยเป็น Acute Cholecystitis 2 อาทิตย์ก่อนมาโรงพยาบาลนัดผู้ป่วยมาทำ Laparoscopic Cholecystectomy

ผลการศึกษา (ต่อ)

ประเด็นที่ศึกษา	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน (ต่อ)	อาเจียนเป็นเลือดสด 4 ครั้งไม่ถ่ายได้รับการส่องกล้องอีกครั้งผลเป็น Chronic gastric ulcer with hemorrhage ร่วมกับมีภาวะซีดเรื้อรังจึงปรึกษาศัลยแพทย์มีแผนการรักษาคือผ่าตัดตัด Explore laparotomy truncal vagotomy with gastrojejunostomy	หลังผ่าตัดมีปัญหา Bile duct injury with UGIB from pseudoaneurysm ใ้ ด้ ร ับ ก า ร Embolization (การอุดหลอดเลือด)
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ปฏิเสธโรคประจำตัว	7 ปีก่อนมีประวัติ Massive UGIB with Chronic liver disease เคยทำ EGD พบ mallorly-weiss syndrome with bleeding anemia
โรคประจำตัว	ปฏิเสธ	โรคความดันโลหิตสูง
ประวัติการแพ้ยา	ปฏิเสธ	ปฏิเสธ
ประวัติการใช้สารเสพติด	เคยสูบบุหรี่วันละ 1 ซองนาน 30 ปี และมีประวัติใช้ยาไอซ์ประมาณ 2 ปี	ดื่มสุราและเบียร์ทุกวัน
อาการแรกรับ	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย ซีด หายใจไม่เหนื่อย สัญญาณชีพ: ความดันโลหิต 131/71 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นหัวใจ 84 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว ร้อยละ 99 มีอาการปวดท้องเล็กน้อย pain score เท่ากับ 4-5 คะแนน	แรกรับผู้ป่วยรู้ตัว หน้าซีดตัวเย็น วัดความดันโลหิต 86/63 มิลลิเมตร อัตราการเต้นหัวใจ 106 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 36.4 องศาเซลเซียส ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	WBC 7,070 10^3 /ul, RBC 4.20 10^6 /ul, HGB 9.2 g/dl, MCV 72.3 fL, MCH 21.8 fL Hct 24.4 %, Neutrophil 73.0%, Lymphocyte 10%, Eosinophil 1.0, PT 13.7 sec. BUN 11 mg/dL, Cr 0.72 mg/dL, GFR 105 ml/min/1.73m ² , K 4.00 mmol/L, Chloride 106 mmol/L, CO ₂ 23 mmol/L, Magnesium 1.9 mg/dl LFT: Albumin 3.1 g./dl, DB 0.31mg./dl TB 0.34 mg./dl, Direct	WBC 9,220 10^3 /ul, RBC 4.20 10^6 /ul, HGB 7.7 g/dl, MCV 89.1 fL, MCH 29.7 fL Hct 19.2 %, Neutrophil 84.0 %, Lymphocyte 9 %, Eosinophil. PT 14.0 sec INR 1.23 APTT 27.9 BUN 55 mg/dL, Cr 2.61 mg/dL, GFR 25.5 ml/min/1.73m ² , K 3.81 mmol/L, Chloride 101 mmol/L, CO ₂ 20 mmol/L, LFT: Albumin 2.4 g./dl, DB 0.31mg./dl TB 0.34 mg./dl, Direct Bilirubin 1.03 mg/dl AST(SGOT) 657 L

ผลการศึกษา (ต่อ)

ประเด็นที่ศึกษา	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
การรักษ	Bilirubin 0.89 mg/dl AST(SGOT) 16 U/L ALT(SGPT) 8 U/L Alkaline phosphatase 81 U/L. ไม่พบ RBC ใน stool เตรียมผู้ป่วยเพื่อทำผ่าตัด Explore laparotomy with truncal vagotomy with gastrojejunostomy with Cholecystectomy stop bleed ผู้ป่วยได้รับ FFP จำนวน 500 มิลลิลิตรและสารน้ำเป็น 5%DN2 1000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำจำนวน 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงก่อนไปห้องผ่าตัด	U/L ALT(SGPT) 424 U/L Alkaline phosphatase 397 U/L lactate 2.68 mmol/ วัดความดันโลหิต 86/63 มิลลิเมตร ซีฟจร 106 ครั้งนาที ได้ให้สารน้ำเป็น NSS 500 มิลลิลิตร และ RLS 1000 มิลลิลิตร สวนล้างกระเพาะจำนวน 500 มิลลิลิตรให้ transamine 1 gram ทางหลอดเลือดดำและให้ PRC 2 ยูนิต งดน้ำและอาหาร Drip Pantoprazone 80 mg then drip 8 mg/hr และให้สารน้ำเป็น RLS 1000 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำ จำนวน 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงเตรียมผู้ป่วยเพื่อทำ
ผลการรักษา	หลังผ่าตัดมีแผลหน้าท้อง skin max Estimate blood loss 100 มิลลิลิตร ผลการผ่าตัดเป็น large ulcer at lesser sac adhesion retroperitoneal extension to head pancreas and severe adhesion to pancreas ulcer extension to 1st duodenum if resection may be whipple operation truncal vagotomy anterior and posterior gastrojejunostom with GIA 80 cover vicryl 2-0 open cholecystectomy stop bleeding with	Esophagogastroduodenoscopy ผู้ป่วยได้รับผลิตภัณฑ์ของเลือดรวมทั้งหมด 4 ยูนิต ช่วงนอนรักษาในโรงพยาบาล On O₂ cannular support 3 LPM งดน้ำและอาหารคาสายสวนล้างกระเพาะไว้ สัญญาณชีพปกติดี ผลการส่องกล้อง EGD was done up to 2nd part duodenum coffee ground from distal esophagus to 2nd part duodenum seen some fresh blood between 1st and 2nd part duodenum, cannot identify bleeding point small duodenal ulcer < 0.5 cm at bulb hiatal hernia is seen stomach curvature distortion, suspect external compression
		

ผลการศึกษา (ต่อ)

ประเด็นที่ศึกษา	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ผลการรักษา (ต่อ)	ผู้ป่วยพักรักษาในโรงพยาบาลรวม 8 วันจึง จำหน่ายให้กลับบ้านได้ นัดมาพบศัลยแพทย์ และอายุรแพทย์โรคทางเดินอาหารอีก 2 อาทิตย์และ 1 เดือนตามลำดับ	ผู้ป่วยพักรักษาในโรงพยาบาลรวม 7 วันจึง จำหน่ายให้กลับบ้านได้ นัดมาพบศัลยแพทย์ และ ทำ MRCP (Magnetic Resonance Cholangiopan creatography) เป็นเคสผู้ป่วย นอก

วิเคราะห์

กรณีศึกษาทั้งสองกรณีมีประวัติเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเรื้อรังและมาโรงพยาบาลด้วย
ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารเหมือนกัน กรณีศึกษารายที่ 1 มีแผลในกระเพาะอาหารเรื้อรังมีเลือดออกเพราะ
แผลลึกกัดกินหลอดเลือดในผนังกระเพาะอาหารโดยมีสาเหตุหลักมาจากการติดเชื้อ แบคทีเรีย H. pylori
กรณีศึกษารายที่ 2 มีประวัติ Massive UGIB with Chronic liver disease ซึ่งภาวะโรคตับแข็งทำให้มีเลือดออกใน
ทางเดินอาหารส่วนบน (Massive UGIB) ส่วนใหญ่จะเกิดจากเส้นเลือดขอดในหลอดอาหารและกระเพาะอาหาร
(Esophageal & Gastric Varices) ซึ่งโป่งพองและแตกง่ายจากภาวะความดันในหลอดเลือดดำพอร์ทัลสูง (Portal
Hypertension) กรณีศึกษาที่ 2 มีความเสี่ยงมากกว่ากรณีศึกษาที่ 1 เนื่องจากยังดื่มสุราทุกวันทำให้เกิดเลือดออก
ในกระเพาะอาหารได้โดยหลักๆ คือการสร้างความเสี่ยงต่อเยื่อทางเดินอาหารและเพิ่มการผลิตกรดในกระเพาะ
อาหารและการรักษาหลักในกรณีศึกษาทั้งสองรายนี้คือ การหยุดเลือดที่ออกในระบบทางเดินอาหาร
การวางแผนปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะข้อ 3 ระยะ
การพยาบาลระยะวิกฤติ

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1). เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อคจากการเสียเลือดใน ระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ข้อมูลสนับสนุน มาโรงพยาบาลด้วยอาเจียนเป็นเลือดสด 2 ครั้งร่วมกับ ปวดท้องและถ่ายดำ 1 ครั้ง ผู้ป่วยเคยมีประวัติอาเจียน เป็นเลือดสด 4 ครั้งไม่ถ่ายได้รับการส่องกล้องอีกครั้งผล เป็น Chronic gastric ulcer with hemorrhage ร่วมกับมี ภาวะซีดเรื้อรัง ความดันโลหิต 131/71 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นหัวใจ 84 ครั้งต่อนาที ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ WBC 7,070 10^3/ul, RBC 4.20 10^6/ul, HGB 9.2 g/dl, MCV 72.3 fL, MCH 21.8 fL Hct 24.4 %, Neutrophil 73.0%, Lymphocyte	1). มีภาวะช็อคจากการเสียเลือดในระบบทางเดิน อาหารส่วนต้น ข้อมูลสนับสนุน มาโรงพยาบาลอาเจียนเป็นสีดำ วิงเวียนศีรษะและเมื่อ 7 ปี ก่อนมีประวัติ Massive UGIB with Chronic liver disease เคยทำ EGD พบ mallorly-weiss syndrome with bleeding anemia วัดความดันโลหิต 86/63 มิลลิเมตร ซีฟจร 106 ครั้ง นาที ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ WBC 9,220 10^3/ul, RBC 4.20 106/ul, HGB 7.7 g/dl, MCV 89.1 fL, MCH 29.7 fL Hct 19.2 %, Neutrophil 84.0%, Lymphocyte 9 %, Eosinophil. PT 14.0 sec INR 1.23 APTT 27.9

การวางแผนปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อค 3 ระยะ (ต่อ)
การพยาบาลระยะวิกฤติ (ต่อ)

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ข้อมูลสับสน (ต่อ) 10%, Eosinophil 1.0, PT 13.7 sec วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อคและภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น กิจกรรมการพยาบาล - ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะช็อค เช่น หัวใจเต้นเร็ว หายสับสน กระสับกระส่าย ชีพจรไม่รู้สีกตัว ผิวหนังเย็นซีด เหงื่อออกให้รายงานแพทย์ทันที - ดูแลผู้ป่วยให้ดื่มน้ำและอาหารและดูแลให้ได้รับสารน้ำ ตามแผนการรักษาของแพทย์ ดูแลให้ได้รับ PRC ตามแผนการรักษา ดูแลการได้รับยารักษาภาวะเลือดออกในกระเพาะ ได้แก่ กลุ่มยา Proton Pump Inhibitors (PPIs) เพื่อลดกรดและช่วยให้แผลหายเร็วขึ้นและยาลดการหลั่งกรด Octreotide (ใช้ในกรณีเลือดออกรุนแรง) - ประเมินระดับความรู้สึกตัวและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 15 นาทีจนผู้ป่วยอาการอยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงประเมินต่อทุก 1 ชั่วโมง โดย On EKG monitor ติดตามการทำงานของหัวใจ - ติดตามผลความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) ทุก 6 ชั่วโมงและติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย พร้อมทั้งสังเกตภาวะเลือดออก - ปฏิรูปแนวทางการพยาบาลการรักษาภาวะช็อคโดยเน้นไปที่การฟื้นฟูการไหลเวียนของเลือดและออกซิเจนเพื่อให้ร่างกายกลับเข้าสู่ภาวะปกติโดยเร็วที่สุด โดย - จัดทำผู้ป่วยให้ผู้ป่วยนอนราบโดยยกเท้าให้สูง - ทำให้อ่างกายอบอุ่น - ควบคุมการเสียเลือดด้วยการให้สารน้ำ (Crystalloids) เพื่อเพิ่มปริมาตรเลือดและปรับความดันโลหิตให้คงที่	วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อคและภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น กิจกรรมการพยาบาล - ดูแลให้ได้รับออกซิเจน support ไว้ คือ O₂ cannular Keep O₂ > 95% - วัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที จนอาการคงที่ Keep map > 65 มิลลิเมตรปรอท หากพบความผิดปกติของชีพจร > 140 ครั้ง/นาที, Blood pressure 90/60 มิลลิเมตรปรอท, MAP < 65 มิลลิเมตรปรอท Respiratory rate > 30 ครั้ง/นาที ให้รายงานแพทย์ทันที - ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำด้วยเข็มเบอร์ 18 และให้สารน้ำประเภท Crystalloids (0.9%NSS) /Colloid, Voluven) ตามแผนการรักษาของแพทย์ - เตรียมเลือด/ส่วนประกอบของเลือด/ดูแลการให้เลือดชนิดเช่น Pack red cell, Whole blood หรือตามแผนการรักษาของแพทย์และให้ Fresh frozen plasma ในกรณีที่ผู้ป่วยที่มี PT,PTT > 1.5 g/dl หรือตามแผนการรักษา - Monitor EKG ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจตลอดเวลาเฝ้าระวังสังเกตภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะเช่น PVC, VT, VF, Brady arrhythmias, Tachyarrhythmias เมื่อพบความผิดปกติให้รายงานแพทย์ - เจาะความเข้มข้นของเลือดทุก 6 ชั่วโมงตามแผนการรักษา - ใส่สายสวนหลอดเลือดอาหารเพื่อประเมินภาวะเลือดในกระเพาะพร้อมทั้ง Lavage สาย ด้วย NSS จน Clear/ตามแผนการรักษา - ใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อบันทึกจำนวนปัสสาวะต่อ 8 ชั่วโมง

การวางแผนปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อค 3 ระยะ (ต่อ)
การพยาบาลระยะวิกฤติ (ต่อ)

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
กิจกรรมการพยาบาล (ต่อ) - ประเมินและติดตามระดับความรู้สึกตัวและสัญญาณชีพอย่างสม่ำเสมอ - ให้ยาเพิ่มความดันโลหิตกรณีการให้สารน้ำอย่างเดียวไม่เพียงพอ (Vasopressor Drug) เพื่อช่วยให้ความดันโลหิตสูงขึ้น - ให้ออกซิเจนเพื่อให้ร่างกายและเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ การเพิ่มการนำส่งออกซิเจนไปยังเซลล์ใน บางกรณีอาจต้องให้เลือดทดแทน (Packed Red Cell) หากผู้ป่วยมีภาวะช็อคมาก - หยุดการเสียเลือด เช่น การผ่าตัดซ่อมแซมเส้นเลือดที่ฉีกขาดตามแผนการรักษา การประเมินผลการพยาบาล สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ: ชีพจร 72 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 113/81 มิลลิเมตรปรอท, MAP > 65 mmHg, Oxygen saturation > 99% ความเข้มข้นเลือดเท่ากับ 30.2 %, Hb 9.2g/dl, Plt count > 579,000cells/UI Urine out put >30ml /hr.	กิจกรรมการพยาบาล (ต่อ) 9. ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำและอาหารและดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ ดูแลให้ได้รับ PRC ตามแผนการรักษา ดูแลการได้รับยารักษาภาวะเลือดออกในกระเพาะ ได้แก่ กลุ่มยา Proton Pump Inhibitors (PPIs) เพื่อลดกรดและช่วยให้แผลหายเร็วขึ้นและยาลดการหลั่งกรด Octreotide (ใช้ในกรณีเลือดออกรุนแรง) 10. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 กรัมทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา การประเมินผลการพยาบาล สัญญาณชีพคงที่ ชีพจร 106 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจเท่ากับ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 102/56 มิลลิเมตรปรอท, MAP > 65 mmHg, Oxygen saturation > 99% ความเข้มข้นเลือดเท่ากับ 34.2 %, Hb 11.3.g/dl, Plt count>373,000 cells/ /UI Urine out put >30ml /hr.
การวิเคราะห์ กรณีศึกษาทั้งสองรายมาด้วยอาการสำคัญที่ต้องรับการรักษาอย่างเร่งด่วนคือ มีอาเจียนเป็นเลือดร่วมกับถ่ายดำกรณีศึกษารายที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อค กรณีศึกษารายที่ 2 มีภาวะช็อค ทั้งสองรายมีประวัติระบบทางเดินอาหารส่วนต้นมีเลือดออกและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ ได้แก่ ระดับความเข้มข้นของเลือดต่ำทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากการสูญเสียเลือดในทางเดินอาหาร กรณีศึกษาที่ 1 มีปัญหา Chronic gastric ulcer with hemorrhage สาเหตุของภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นของกรณีศึกษารายที่ 1 คือแผลในกระเพาะอาหาร (PUD) ซึ่งมักเกิดจากเชื้อ H. pylori หรือการใช้ยา NSAIDs (Narayanan et al., 2018) กรณีศึกษาที่ 2 มีประวัติ Massive UGIB with Chronic liver disease เคยทำ EGD พบ mallorrry-weiss syndrome with bleeding anemia ภาวะช็อคในกรณีศึกษารายที่ 2 นี้เกิดจากปริมาณเลือดที่สูญเสียไปอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดภาวะช็อคจากการสูญเสียเลือด (Hypovolemic Shock) การรักษาของแพทย์คือ การ Maintained shock ด้วยการให้สารน้ำและยากกลุ่ม H₂ receptor ร่วมกับกลุ่ม Proton pump และ Antibiotic drug	

การวิเคราะห์ (ต่อ)

ร่วมกับการให้เลือดในการรักษา กรณีศึกษาที่ 1 ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด Explore laparotomy with truncal vagotomy with gastrojejunostomy with Cholecystectomy เพื่อลดการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร โดยการตัดเส้นประสาทเวกัสในส่วนที่ส่งสัญญาณไปกระตุ้นการผลิตกรด ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของแผลในกระเพาะอาหาร การผ่าตัดนี้จะทำให้ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นหยุดกรณีศึกษาที่ 2 ได้รับการส่องกล้องในทางเดินอาหาร (Esophagogastroduodenoscopy) เพื่อตรวจสอบสาเหตุของเลือดออกที่กระเพาะอาหารและทำการหยุดเลือด การวางแผนปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อค 3 ระยะ (ต่อ) การพยาบาลระยะวิกฤติ (ต่อ)

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
2. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากมีภาวะช็อคจากการสูญเสียเลือดในทางเดินอาหาร ข้อมูลสนับสนุน มาโรงพยาบาลด้วยอาเจียนเป็นเลือดสด 2 ครั้งร่วมกับปวดท้องและถ่ายดำ 1 ครั้ง ผล HGB 9.2 g/dl, Hct 24.4 % วัตถุประสงค์การพยาบาล: ร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอ กิจกรรมการพยาบาล - ประเมินสัญญาณชีพ วัดอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต อัตราการหายใจและระดับความอิ่มตัวของออกซิเจน (SpO_2) อย่างสม่ำเสมอ หากความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นเร็วหรือหายใจเร็วผิดปกติอาจบ่งชี้ถึงภาวะช็อคจากการเสียเลือด - ประเมินอาการช็อค สังเกตสีผิว เล็บ และเยื่อต่างๆ ว่ามีอาการช็อคหรือไม่ - ประเมินระดับความรู้สึกตัว สังเกตอาการสับสน กระสับกระส่าย หรือวิตกกังวล ซึ่งอาจเป็นสัญญาณเริ่มต้นที่บ่งบอกว่าสมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ - ตรวจสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ: ติดตามผลระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hematocrit) และฮีโมโกลบิน (Hemoglobin) อย่างใกล้ชิด	2. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากภาวะ ช็อคจากการสูญเสียเลือดในทางเดินอาหาร ข้อมูลสนับสนุน อ่อนเพลียมีอาการเหนื่อย ผลการตรวจ Hct 19.2 % , Hb=7.7 g/dl NG tube มี Content coffee ground ประมาณ 500ml, ถ่ายดำ 1 ครั้งประมาณ 300 ml วัตถุประสงค์การพยาบาล: ร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอ กิจกรรมการพยาบาล - ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา on o2 cannula 3 ลิตรต่อนาที ติดตามค่า oxygen saturation monitor ตามแผนการรักษาเพื่อประเมินการได้รับออกซิเจนของผู้ป่วย Keep มากกว่า 95 % - ให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงเพื่อช่วยให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ - ถ้าเสียเลือดมากดูแลให้ได้ PRCตามแผนการรักษาของแพทย์และเฝ้าระวังผลข้างเคียงของการให้เลือดด้วย - ดูแลให้ได้รับยาลดกรดหรือยาที่ช่วยให้หลอดเลือดแข็งตัวทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ - ช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆและพยายามให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน เพื่อลดการใช้ออกซิเจน - สังเกตระดับความรู้สึกตัว การหายใจ ภาวะ cyanosis ภาวะช็อคอาเจียนเป็นเลือดถ่ายดำเป็นmelenahหรือถ่ายเป็นเลือดสด

การวางแผนปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อค 3 ระยะ (ต่อ)
การพยาบาลระยะวิกฤติ (ต่อ)

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
กิจกรรมการพยาบาล (ต่อ) 5. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน: สังเกตอาการ เช่น หายใจเร็วริมฝีปากหรือปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ กระสับกระส่าย ตัวเย็น เหงื่อออก 6. ประเมินภาวะช็อค: เฝ้าระวังอาการ เช่น หน้ามืด ใจสั่น ชีพจรเบาเร็ว การประเมินผลการพยาบาล สัญญาณชีพ 37.0-38.0 องศาเซลเซียส ชีพจรอยู่ระหว่าง 90-112 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 90-106 /55-68 มิลลิเมตรปรอท หายใจอยู่ระหว่าง 20-24 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน (O_2 sat) อยู่ระหว่าง 95-98% ไม่มี Cyanosis ไม่มีอาการแสดงของไข้ ไอ หายใจเหนื่อย	กิจกรรมการพยาบาล (ต่อ) 7. ติดตามผล Lab CBC, PT, PTT, INR Hct ทุก 6 hr , Hb ตามแผนการรักษาเพื่อประเมินภาวะช็อค 8. ตาม PRC มาให้ตามแผนการรักษาของแพทย์ 9. ประเมิน Hct หลังผู้ป่วยได้รับเลือด ค่า Hct ลดลง > 3 % มีอาเจียนถ่ายดำ NG tube active bleed มีอาการถ่ายดำ รายงานให้แพทย์ทราบทันที การประเมินผลการพยาบาล ค่า Oxygen saturation 99 % ค่า Hb 8.0 g/dl, Plt count 270,000 cell/mm³ PT < 18.1 sec, WBC = 22,700 Cell/mm³ , Neutrophil = 77%

การวิเคราะห์

ภาวะช็อคจากการสูญเสียเลือดในทางเดินอาหารทำให้ขาดออกซิเจนเพราะเม็ดเลือดแดงลดลงทำให้การลำเลียงออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายไม่เพียงพอ ส่งผลให้มีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย หายใจลำบาก และอาจมีอาการอื่น ๆ เช่น วิงเวียนศีรษะ หัวใจเต้นเร็ว หรือผิวซีด ภาวะช็อคนี้อาจเกิดจากการสูญเสียเลือดเรื้อรังหรืออาจเป็นสัญญาณของโรคอื่นที่ร้ายแรง เช่น มะเร็งลำไส้ใหญ่ กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีการสูญเสียเลือดเรื้อรัง ดังนั้นเลือดจะค่อยๆ ออกจากทางเดินอาหารเป็นเวลานานทำให้ร่างกายขาดธาตุเหล็กซึ่งจำเป็นต่อการสร้างเม็ดเลือด เมื่อร่างกายขาดธาตุเหล็กจะไม่สามารถสร้างฮีโมโกลบินได้เพียงพอ (ผลฮีโมโกลบินของกรณีศึกษารายที่ 1 เท่ากับ 9.2 g/dl รายที่ 2 เท่ากับ 7.7 g/dl) ทำให้เม็ดเลือดแดงนำออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้น้อยลง เมื่อร่างกายต้องการออกซิเจนมากขึ้นในภาวะช็อคของกรณีศึกษาที่ 2 เซลล์ก็จะขาดออกซิเจนอย่างรุนแรงทำให้ต้องเปลี่ยนไปใช้กระบวนการเมตาบอลิซึมแบบไม่ใช้ออกซิเจนซึ่งสร้างกรดแลคติกขึ้นและทำให้เกิดภาวะกรดเกินในเลือด (Metabolic Acidosis) ร่างกายจะพยายามขับคาร์บอนไดออกไซด์ส่วนเกินออกเพื่อปรับสมดุลค่า pH ของเลือดให้เป็นปกติ จึงต้องหายใจเร็วและแรงขึ้นภาวะช็อคที่เกิดจากการสูญเสียเลือดมากทำให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดได้อย่างเพียงพอเมื่อเลือดที่ไหลเวียนลดลง ออกซิเจนที่ส่งไปเลี้ยงเซลล์ต่างๆ ก็ลดลงไปด้วยร่างกายจึงต้องพยายามหายใจถี่ขึ้นเพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนเข้าสู่กระแสเลือดให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

การวางแผนปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อค 3 ระยะ (ต่อ)
การพยาบาลระยะการดูแลต่อเนื่อง

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
3. ผู้ป่วยมีภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ(Hyponatremia) ข้อมูลสนับสนุน หลังผ่าตัดวันที่ 1 มีค่าผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้ - Sodium 132.3 mmol/L (ค่าปกติ 135 -145) - Potassium 4.74 mmol/L (ค่าปกติ 3.5 -5.5) - Chloride 98.5 mmol/L (ค่าปกติ 100 -106) - CO₂ 18.4 mmol/L (ค่าปกติ 24 -30) วัตถุประสงค์: เพื่อความสมดุลของแร่ธาตุในร่างกาย กิจกรรมการพยาบาล 1. วัดและบันทึกสัญญาณชีพประเมินความรู้สึกตัว GCS อย่างละเอียด สังเกตอาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ภาวะขาดหรือเกินสารน้ำ/อิเล็กโทรไลต์ เช่น ผิวแห้ง, ปัสสาวะน้อย, ชีมี, ตัวเย็น, กล้ามเนื้ออ่อนแรง, คลื่นไส้, อาเจียน หรืออาการที่เกี่ยวข้อง 2. ติดตามระดับอิเล็กโทรไลต์ในเลือดและผลเลือดอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) เพื่อประเมินความผิดปกติของหัวใจและรายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบความผิดปกติ 3. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น น้ำเกลือ (0.9% NaCl) หรือสารน้ำอื่นๆ เพื่อปรับสมดุลของเหลวและอิเล็กโทรไลต์. 4. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการหลังได้รับสารน้ำ 0.9% NaCl เข้าทางหลอดเลือดดำเพื่อติดตามค่า – Sodium ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีทำตามคำบอกได้ GCS E4VTM6 สัญญาณชีพ ชีพจร 112 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ประเมินสารน้ำ Urine >30 ml/hr ค่า Electrolyte อยู่ใน	3. ผู้ป่วยมีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ (Hypokalemia) ข้อมูลสนับสนุน แพทย์มีแผนการรักษาให้ผู้ป่วยงดน้ำและอาหาร On NG tube ต่อลงถุง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ - Sodium 140 mmol/L (ค่าปกติ 135 -145) - Potassium 3.2 mmol/L (ค่าปกติ 3.5 -5.5) - Chloride 113 mmol/L (ค่าปกติ 100 -106) - CO₂ 29 mmol/L (ค่าปกติ 24 -30) วัตถุประสงค์ เพื่อความสมดุลของแร่ธาตุในร่างกาย กิจกรรมการพยาบาล 1. วัดและบันทึกสัญญาณชีพประเมินความรู้สึกตัว GCS อย่างละเอียด สังเกตอาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ภาวะขาดหรือเกินสารน้ำ/อิเล็กโทรไลต์ เช่น ผิวแห้ง, ปัสสาวะน้อย, ชีมี, ตัวเย็น, กล้ามเนื้ออ่อนแรง, คลื่นไส้, อาเจียน หรืออาการที่เกี่ยวข้อง 2. ติดตามระดับอิเล็กโทรไลต์ในเลือดและผลเลือดอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) เพื่อประเมินความผิดปกติของหัวใจและรายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบความผิดปกติ 3. ให้ยาแก้ไขภาวะภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ (Hypokalemia) ตามแผนการรักษา คือ 10% Elixir KCl โดยรับประทานยาหลังอาหารทันทีและดื่มน้ำ ตาม ½-1 แก้ว หลีกเลี่ยงให้ยาขณะท้องว่างเพราะอาจเกิดการระคายเคืองในระบบทางเดินอาหาร ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีทำตามคำบอกได้ GCS E4VTM6 สัญญาณชีพ ชีพจร 82 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ประเมินสารน้ำ Urine >30 ml/hr ค่า Electrolyte อยู่ในเกณฑ์ปกติ

การวางแผนปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อค 3 ระยะ (ต่อ)
การพยาบาลระยะการดูแลต่อเนื่อง (ต่อ)

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ประเมินผลการพยาบาล (ต่อ) เกณฑ์ปกติ คือ Sodium 140 mmol/L potassium 4.00 mmol/L, Chloride 106 mmol/L, CO2 23 mmol/L และสามารถรับประทานอาหารอ่อนได้ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน	ประเมินผลการพยาบาล (ต่อ) คือ Sodium 144 mmol/L potassium 3.81 mmol/L, Chloride 101 mmol/L, CO2 20 mmol/L

การวิเคราะห์

ภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกเกิดจากการสูญเสียปริมาตรเลือดอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดภาวะขาดสารน้ำ (hypovolemia) ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะช็อคได้ในกรณีศึกษาทั้ง 2 รายนี้ มีการเสียเลือดและเลือดที่สูญเสียไปจะนำพาอิเล็กโทรไลต์สำคัญ เช่น โซเดียม โพแทสเซียม และคลอไรด์ออกจากร่างกายทำให้เกิดความไม่สมดุลส่งผลให้เกิดอาการอ่อนแรง, หัวใจเต้นผิดปกติ, หายใจลำบาก, สับสน หรือหมดสติได้

การวางแผนปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อค 3 ระยะ (ต่อ)
การพยาบาลระยะการดูแลต่อเนื่อง (ต่อ)

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
4. ไม่สุขสบายจากการปวดท้องและแผลผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยผ่าตัด Explore laparotomy with truncal vagotomy with gastrojejunostomy with Cholecystectomy เพื่อหยุดเลือดหลังผ่าตัดมีแผลหน้าท้อง skin max Estimate blood loss 100 มิลลิลิตร บ่นปวด Pain score 10 คะแนน วัตถุประสงค์: เพื่อให้สุขสบาย อาการปวดลดลง กิจกรรมการพยาบาล - ประเมินอาการปวดอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมงเพื่อประเมินอาการไม่สุขสบายจากการปวดอาการ - ลดกิจกรรมที่ทำให้มีอาการปวดมากขึ้นให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล - จัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยสุขสบายที่สุดให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ ลดสิ่งกระตุ้นต่างๆ	4. ไม่สุขสบายเนื่องจากอาการปวด ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีประวัติ 6 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการปวดท้องบริเวณชายโครงขวาทำ ultrasound มี Obstructive jaundice วินิจฉัยเป็น Acute Cholecystitis ตี๋มสุราทุกวันและใช้ยาแก้ปวดเป็นพาราเซตามอลเสมอ Pain score 10 คะแนน วัตถุประสงค์: เพื่อให้สุขสบาย อาการปวดลดลง กิจกรรมการพยาบาล - ประเมินอาการปวดอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมงเพื่อประเมินอาการไม่สุขสบายจากการปวดอาการ - ลดกิจกรรมที่ทำให้มีอาการปวดมากขึ้นให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล - จัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยสุขสบายที่สุดให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ ลดสิ่งกระตุ้นต่างๆ

การวางแผนปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อค 3 ระยะ (ต่อ)
การพยาบาลระยะการดูแลต่อเนื่อง (ต่อ)

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
กิจกรรมการพยาบาล (ต่อ) 4. ดูแลให้ยาแก้ปวด Morphine 3 mg ทางหลอดเลือดดำเมื่อมีอาการปวดได้ทุก 3 ชั่วโมงตามแผนทางการรักษา และประเมินคะแนนความปวดก่อนและหลังได้ยา ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างนุ่มนวล ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา อาการปวดท้องและแผลผ่าตัดลดลง Pain score ลดลงจาก 10 เหลือ 5 คะแนน	กิจกรรมการพยาบาล (ต่อ) 4. ดูแลให้ยาแก้ปวด Morphine 3 mg ทางหลอดเลือดดำเมื่อมีอาการปวดได้ทุก 3 ชั่วโมงตามแผนทางการรักษาและประเมินคะแนนความปวดก่อนและหลังได้ยา ประเมินผลการพยาบาล หลังรับการรักษาด้วยการส่องกล้องในทางเดินส่วนต้น อาการปวดท้องลดลง Pain score ลดลงจาก 10 เหลือ 5 คะแนน

การวิเคราะห์

กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีอาการปวดรุนแรง (Pain score 10 คะแนนทั้งสองกรณี) ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องและปวดแผลผ่าตัดนั้นมีความสำคัญสูงหากไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะความปวดเรื้อรังที่ไม่ได้รับการรักษาหรือจัดการอาจส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจและคุณภาพชีวิตโดยรวมซึ่งสามารถแบ่งกลุ่มภาวะแทรกซ้อนได้ดังนี้ ความปวดเรื้อรังทำให้ร่างกายอยู่ในภาวะตึงเครียดตลอดเวลา ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูง หัวใจวาย และโรคหลอดเลือดสมอง การจำกัดการเคลื่อนไหวเพื่อหลีกเลี่ยงความปวดนำไปสู่ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง กล้ามเนื้อลีบ ข้อตอยึดติด อาการปวดทำให้ยากต่อการเริ่มนอนหลับหรือนอนหลับได้ต่อเนื่อง นำไปสู่ภาวะนอนไม่หลับเรื้อรังและอ่อนเพลียในเวลากลางวัน มีปัญหาสุขภาพจิตโดยผู้ที่มีความปวดเรื้อรังมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนใจ (PTSD) ซึ่งอาจรุนแรงถึงขั้นคิดฆ่าตัวตายได้ ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง: ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน การทำงานและการดูแลตนเองลดลงอย่างเห็นได้ชัด มีปัญหาทางการเงินเกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้นและการสูญเสียรายได้เนื่องจากไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบาย ลดความเสี่ยง และส่งเสริมการฟื้นตัวป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความปวด จัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการตอบสนองของร่างกายต่อความปวดเช่น ปัญหาเกี่ยวกับปอดท้องอืด หรือภาวะแทรกซ้อนจากการเคลื่อนไหวที่ลดลงโดยประเมินและติดตามประเมินระดับความเจ็บปวดอย่างสม่ำเสมอ โดยใช้เครื่องมือวัดความปวด เช่น Numeric Rating Scale เพื่อวางแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสมและให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาอย่างถูกต้องและตรงเวลาพร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น

การวางแผนปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อค 3 ระยะ (ต่อ)
การพยาบาลระยะการวางแผนจำหน่าย

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
5. ผู้ป่วยมีโอกาสดเกิดภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ข้อมูลสนับสนุน อาเจียนเป็นเลือดได้รับการรักษาโดยการส่องกล้องในทางเดินอาหารพบ large ulcer at antrum ส่งชิ้นเนื้อตรวจผลเป็น Malignant round cell tumor วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันภาวะเลือดออกซ้ำในทางเดินอาหาร กิจกรรมการพยาบาล 1.การประเมินและเฝ้าระวัง: - วัดและบันทึกสัญญาณชีพ สังเกตอาการเลือดออก (อาเจียนเป็นเลือด, ถ่ายดำ). - ประเมินความรู้และความเข้าใจของผู้ป่วย/ญาติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง. - ประเมินความวิตกกังวลและจัดการความเครียด 2. การจัดการยา: - ตรวจสอบการใช้ยาที่อาจกระตุ้นการเกิดเลือดออก เช่น NSAIDs. - ให้อยู่ตามแผนการรักษา เช่น ยาลดกรด (PPI), ยากลุ่มอื่น ๆ 3.การส่งเสริมสุขอนามัยและโภชนาการ: - ดูแลความสะอาดช่องปาก เพื่อป้องกันการติดเชื้อ. - จัดอาหารอ่อน ย่อยง่าย งดรสจัด, อาหารไขมันสูง, คาเฟอีน. - ให้ความรู้เรื่องอาหารที่เหมาะสม 4. การให้สุศึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม:	5. ผู้ป่วยมีโอกาสดเกิดภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ข้อมูลสนับสนุน ประวัติ Massive UGIB with Chronic liver disease เคยทำ EGD พบ mallorrry-weiss syndrome with bleeding anemia เคยทำ ultrasound พบ Obstructive jaundice วินิจฉัยเป็น Acute Cholecystitis วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันภาวะเลือดออกซ้ำในทางเดินอาหาร กิจกรรมการพยาบาล 1.การประเมินและเฝ้าระวัง: - วัดและบันทึกสัญญาณชีพ สังเกตอาการเลือดออก (อาเจียนเป็นเลือด, ถ่ายดำ). - ประเมินความรู้และความเข้าใจของผู้ป่วย/ญาติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง. - ประเมินความวิตกกังวลและจัดการความเครียด 2. การจัดการยา: - ตรวจสอบการใช้ยาที่อาจกระตุ้นการเกิดเลือดออก เช่น NSAIDs. - ให้อยู่ตามแผนการรักษา เช่น ยาลดกรด (PPI), ยากลุ่มอื่น ๆ 3.การส่งเสริมสุขอนามัยและโภชนาการ: - ดูแลความสะอาดช่องปาก เพื่อป้องกันการติดเชื้อ. - จัดอาหารอ่อน ย่อยง่าย งดรสจัด, อาหารไขมันสูง, คาเฟอีน. - ให้ความรู้เรื่องอาหารที่เหมาะสม 4. การให้สุศึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม: - เน้นการงดแอลกอฮอล์ และบุหรี่ (เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ). - สอนเทคนิคการจัดการความเครียด (ทำสมาธิ, งานอดิเรก).

การวางแผนปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อค 3 ระยะ (ต่อ)
การพยาบาลระยะการวางแผนจำหน่าย (ต่อ)

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
กิจกรรมการพยาบาล (ต่อ) - เน้นการงดแอลกอฮอล์ และบุหรี่ (เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ). - สอนเทคนิคการจัดการความเครียด (ทำสมาธิ, งานอดิเรก). - ให้ความรู้เรื่องการพักผ่อนและการออกกำลังกาย. - เน้นความสำคัญของการมาตามนัดตรวจ 5.การส่งต่อและประสานงาน: - ประสานงานสหสาขา เช่น จิตเวช (กรณีเลิกสุรา/บุหรี่), โภชนาการ. - ประสานงาน Home Health Care เพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน 6.การพยาบาลเพื่อป้องกันระยะยาว (Secondary Prophylaxis) - ให้อยาต่อเนื่อง เช่น Non-selective β-blocker (ถ้ามีเส้นเลือดโป่งพอง). - เน้นการปรับพฤติกรรมด้านอาหาร, งดเหล้า/บุหรี่. - นัดตรวจติดตามผลการรักษา และการส่งกล้องตามกำหนด การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ เช่น อาเจียนเป็นเลือดถ่ายเป็นเลือดหรือถ่ายดำ ผล hematocrit อยู่เกณฑ์ปกติ คือ 31% สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 120 / 80 mmHg ชีพจร 80 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอดี อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วเท่ากับ 99%	กิจกรรมการพยาบาล (ต่อ) - ให้ความรู้เรื่องการพักผ่อนและการออกกำลังกาย. - เน้นความสำคัญของการมาตามนัดตรวจ 5.การส่งต่อและประสานงาน: - ประสานงานสหสาขา เช่น จิตเวช (กรณีเลิกสุรา/บุหรี่), โภชนาการ. - ประสานงาน Home Health Care เพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน 6.การพยาบาลเพื่อป้องกันระยะยาว (Secondary Prophylaxis) - ให้อยาต่อเนื่อง เช่น Non-selective β-blocker (ถ้ามีเส้นเลือดโป่งพอง). - เน้นการปรับพฤติกรรมด้านอาหาร, งดเหล้า/บุหรี่. การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพปกติไม่มีอาการผิดปกติระหว่างได้รับการรักษา ผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการปกติ

การวางแผนปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อค 3 ระยะ (ต่อ)
การพยาบาลระยะการวางแผนจำหน่าย (ต่อ)

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
6. ญาติและผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังจำหน่าย ข้อมูลสนับสนุน ญาติมีความวิตกเรื่องการดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่บ้าน วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติลดความวิตกกังวลและมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินความพร้อมและระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล 2. ให้ความรู้ในการดูแลตนเองโดยใช้หลัก D-METHOD การวางแผนจำหน่ายสอนสุขศึกษาดังต่อไปนี้ D: Diagnosis ให้ความรู้เรื่องโรคภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ให้สังเกตอาการภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น การป้องกันหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม M: Medicine ให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่ต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องที่บ้าน แนะนำการรับประทานยาที่ต้องให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องยาที่ผู้ป่วยได้รับกลับบ้าน ได้แก่ ยา omeprazole 20 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้า - เย็น แนะนำการสังเกตอาการข้างเคียง เช่น ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ปวดท้อง E: Environment ให้ข้อมูลการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะ สุขภาพ แนะนำการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม สะอาด อากาศถ่ายเทสะดวก T: Treatment อาการที่สำคัญและควรเฝ้าระวังในผู้ป่วยรายนี้มีดังนี้ อาการปวดท้องที่บริเวณลิ้นปี่ที่สัมพันธ์กับมื้ออาหาร อาการเวียนศีรษะ หน้ามืด เมื่อเปลี่ยนท่าทางจาก	6. ญาติและผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังจำหน่าย ข้อมูลสนับสนุน เมื่อจำหน่ายกลับบ้านผู้ป่วยยังดื่มสุราอีก วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร กิจกรรมการพยาบาล 1. สร้างสมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อสร้างความไว้วางใจ 2. ประเมินความรู้ความเข้าใจโรคเลือดออกในทางเดินอาหารเพื่อให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม 3. สอนผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ได้แก่ อาการผิดปกติที่ต้องสังเกต เช่น อาการปวดแน่นท้อง อาการปวดท้องบริเวณใต้ลิ้นปี่, ปวดหัว ๆ ท้องอาการแสดงการมีเลือดออกได้แก่ อาเจียนเป็นเลือดสด , สีน้ำตาล สีดำ , สีกาแฟ การถ่ายอุจจาระสีดำเหนียวคล้ายยางมะตอยหรือมีอาเจียนเป็นเลือดถ่ายดำให้รีบมาพบแพทย์ 4. แนะนำการพักผ่อนอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง/วันงดการทำกิจกรรมในส่วนที่เกิดความเสี่ยงเช่น การขับรถยนต์ การขี่รถจักรยานยนต์ การทำกิจกรรมคนเดียวควรมีญาติคอยดูแลใกล้ชิด 5. ให้ความรู้ในการดูแลตนเองโดยใช้หลัก D-METHOD การวางแผนจำหน่ายสอนสุขศึกษาดังต่อไปนี้ D: Diagnosis ให้ความรู้เรื่องโรคภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น M: Medicine ให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่ต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

การวางแผนปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อค 3 ระยะ (ต่อ)
การพยาบาลระยะการวางแผนจำหน่าย (ต่อ)

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
กิจกรรมการพยาบาล (ต่อ) นอนเป็นหนึ่ง จากหนึ่งเป็นยี่น อาการอาเจียนเป็นเลือดสดหรือถ่ายเป็นเลือด หรือถ่ายมีลักษณะเป็นโคลนสีดำ หากผู้ป่วยมีอาการเหล่านี้ให้กลับมาพบแพทย์ H: Health: การส่งเสริม พื้นฟูสภาพทางด้านร่างกาย และจิตใจ เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ H: Health: การส่งเสริม พื้นฟูสภาพทางด้านร่างกาย และจิตใจ เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ O: Outpatient referral การมาตรวจตามนัดติดตามอาการหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนัดมาพบ ศัลยแพทย์และอายุรแพทย์โรคทางเดินอาหารอีก 2 อาทิตย์และ 1 เดือนตามลำดับ D: Diet ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารให้ตรงเวลา และเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ โดยการรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย ไขมันต่ำ การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลพูดคุยมากขึ้นมีสีหน้าสดชื่นให้ความร่วมมือตามแผนการรักษาขอแพทย์ และการทำกิจกรรมต่างๆตามคำแนะนำ	กิจกรรมการพยาบาล (ต่อ) E: Environment ให้ข้อมูลการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะ สุขภาพ T: Treatment อาการที่สำคัญและควรเฝ้าระวังในผู้ป่วย H: Health: การส่งเสริม พื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน O: Outpatient referral การมาตรวจตามนัดติดตามนัดมาพบศัลยแพทย์และทำ MRCP (Magnetic Resonance Cholangiopancreatography) เป็นเคสผู้ป่วยนอก D: Diet ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารให้ตรงเวลา และเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ โดยการรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย ไขมันต่ำ การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลพูดคุยมากขึ้นมีสีหน้าสดชื่นให้ความร่วมมือตามแผนการรักษาขอแพทย์ และการทำกิจกรรมต่างๆตามคำแนะนำ

การวิเคราะห์

การวางแผนปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นในระยะจำหน่ายของกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีจุดประสงค์หลักเพื่อป้องกันภาวะเลือดออกซ้ำและให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ สิ่งสำคัญคือทำให้ความรู้และสร้างความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและญาติอย่างละเอียดรอบด้าน ครอบคลุมหลายมิติให้มีความเข้าใจในการปฏิบัติและดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยใช้หลัก D-METHOD ในการวางแผนจำหน่าย สอนสุขศึกษา

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษากรณีศึกษาทั้ง 2 รายนี้สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อคโดยแบ่งการพยาบาลออกเป็น 3 ระยะ คือ การพยาบาลระยะวิกฤติ การพยาบาลระยะการดูแลต่อเนื่องและการพยาบาลระยะการวางแผนจำหน่าย มีการใช้กระบวนการพยาบาลซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การใช้แผนการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล (Potter & Perry, 2005) พบว่าเมื่อกำหนดกิจกรรมการพยาบาลออกเป็นระยะที่ชัดเจน ผู้ปฏิบัติสามารถกำหนดแผนการพยาบาลและสามารถวางแผนเป้าหมายด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ชัดเจนมากขึ้น ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนต้นและมีภาวะช็อคร่วมด้วยให้ได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม สามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยและมีการติดตามอย่างเป็นระบบ ลดการกลับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นดังนั้น ผู้เสนอผลงานจึงมีแนวความคิดพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อคโดยมุ่งหวังว่าผู้ป่วยจะได้รับได้การพยาบาลรวดเร็วครบถ้วนครอบคลุมมากยิ่งขึ้นและทำให้การพยาบาลนั้นสามารถให้การพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล ทำให้เกิดคุณภาพการพยาบาลดียิ่งขึ้น เพราะในภาวะวิกฤติผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูง ถ้าขณะรับการรักษาผู้ป่วยได้รับการประเมิน การวินิจฉัยและการให้การพยาบาลอย่างรวดเร็วจะสามารถแก้ไขภาวะวิกฤติรวมถึงการเฝ้าระวังการเกิดภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำจนผู้ป่วยปลอดภัย การเจ็บป่วยครั้งนี้กรณีศึกษาทั้ง 2 รายเป็นค่อนข้างหนักผู้ป่วยและญาติไม่คาดคิดว่าอาการเจ็บป่วยจะรุนแรงจนเข้าสู่ภาวะวิกฤตของชีวิตจึงมีความเครียดและวิตกกังวลสูง (บุษยารัตน์ ลอยศักดิ์ และคณะ, 2559) การรักษาที่เน้นการตอบสนองปัญหาทางด้านร่างกายจึงไม่เพียงพอต้องให้การพยาบาลเพื่อประคับประคองจิตใจรวมกับการให้การช่วยเหลือฟื้นฟูสุขภาพจะทำให้ผู้ป่วยหายเร็วขึ้นและกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างปกติสุขได้มีการให้ความรู้เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

ข้อเสนอแนะ

1. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อคในระยะจำหน่าย ควรเน้นการให้ความรู้เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เช่น การปรับพฤติกรรม การหลีกเลี่ยงอาหารและยาที่ระคายเคืองกระเพาะอาหาร และให้ความรู้เรื่องการจัดการความเครียดและแอลกอฮอล์ พร้อมทั้งส่งเสริมการดูแลตนเองและการติดตามผลตามนัด
2. หน่วยงานควรมีการส่งเสริมสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย shock อย่างต่อเนื่อง
3. กรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาการกลับเป็นซ้ำจากการดื่มสุรา ควรมีการวางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมจิตเวช
4. สร้างระบบการสื่อสารและประสานงานที่มีประสิทธิภาพระหว่างทีมสหวิชาชีพ เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น จัดประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลและวางแผนการรักษาร่วมกันระหว่างแพทย์ พยาบาล และนักโภชนาการ
5. มีการวิจัยและประเมินผลลัพธ์ของการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอเพื่อนำมาพัฒนากระบวนการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้นเพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ในทางคลินิกและระบุปัญหาที่ต้องปรับปรุง
7. ติดตามตัวชี้วัด ผลลัพธ์ทางคลินิก (เช่น อุบัติการณ์ของภาวะเลือดออกซ้ำในผู้ป่วยที่มีทางเดินอาหารส่วนต้นเลือดออก, ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล, อัตราการเสียชีวิต) เพื่อประเมินคุณภาพของการดูแล

เอกสารอ้างอิง

- นภชนก รักษาเคน. (2562). การดูแลผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น: บทบาทของพยาบาล ในการป้องกันเลือดออกและเลือดออกซ้ำ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 37(3), 13-19.
- บุษยารัตน์ ลอยศักดิ์, วไลภา คุณทรงเกียรติ, และภรรณา กิริติยวงศ์. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 24(1) 51-64
- สมบัติ ตีระประเสริฐสุข, รังสรรค์ ฤกษ์นิมิตร, ยุทธนา ศตวรรษธำรง. (2550). *Practical GI endoscopy* . กรุงเทพฯ : สมาคมแพทยส่องกล้องทางเดินอาหารไทย.
- สมาคมแพทยส่องกล้องทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย (2557). แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดิน อาหารส่วนต้นในประเทศไทย. ค้นเมื่อ 1 มิถุนายน 2562, จาก [http:// www.Thaitage.org/Thai/ document/ Chan R, Carpentier S. \(2021\). Gastric amyloidosis presenting as acute upper gastrointestinal bleeding: a case report. BMC Gastroenterol; 21: 300](http://www.Thaitage.org/Thai/document/Chan R, Carpentier S. (2021). Gastric amyloidosis presenting as acute upper gastrointestinal bleeding: a case report. BMC Gastroenterol; 21: 300)
- Chumpawadee U, Wongpiriyayotha A, Methien N, (2002). *Basic Conditioning Factors and Self –Care Behaviors in Upper Gastrointestinal Bleeding Patients*. Mahasarakham University Journal; 21(2)
- Gordon, M. (1994). *Nursing diagnosis: Process and Application*. New York: McGraw-Hill.
- Narayanan M, Reddy KM, Marsicano E. (2018). โรคแผลในกระเพาะอาหารและ การติดเชื้อ *Helicobacter pylori* . Med. พ.ค.-มิ.ย.; 115 (3):219-224. [บทความ PMC ฟรี] [PubMed] [รายการอ้างอิง]
- Potter, P.A. & Perry, A.G. (2005). *Fundamental of Nursing*. 6th ed. St.Louis: Mosby.
- Sobala GM, Schorah CJ, Shires S., Lynch DAF, Gallacher B., Dixon MF, Axon ATR. (1993). ผลของการกำจัดเชื้อ *Helicobacter pylori* ต่อความเข้มข้นของกรดแอสคอร์บิกในน้ำย่อยอาหารGut.; 34 :1038–1041
- Valkhoff VE, Sturkenboom MC. (2012). *Risk factors for gastrointestinal bleeding associated with low-dose aspirin. Best Practice and Research Clinical Gastroenterology*; 25(3): 125-140.
- Valle FH, Junior FP, Bergolo LC, Wainstein RV, Wainstein MV.(2013) Gastrointestinal Bleeding due to Angiodysplasia in a Patient with Severe Aortic Stenosis: Heyde's Syndrome. Brasileira Cardiollnvassiva; 21(3): 288-290.
- Wisam Jafar, Anisa Jabeen Nasir Jafar, Abhishek and Sharma. (2016). *Upper gastrointestinal haemorrhage: an update. Frontline Gastroenterology*; (7):32–40.
- Warren Chapman, Keith Siau, Fiona Bhala. (2019). *Acute upper gastrointestinal bleeding: a guide for nurses*. British Journal of Nursing; (28)1
- Zhang C, Ciu M, Xing J, Shi Y, Su X. Massive. (2014). *gastrointestinal bleeding caused by a giant gastric inflammatory fibroid poplyp: A case report*. International Journal of Surgery Case Report;571-573.