

## การพยาบาลผู้ป่วยภาวะเลือดออกจากหลอดเลือดดำโป่งพองบริเวณหลอดอาหาร

### : กรณีศึกษา

สมนึก สุวรรณภูเต

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอินทร์บุรี

#### บทคัดย่อ

ภาวะเลือดออกจากหลอดเลือดดำโป่งพองบริเวณหลอดอาหาร เป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญ ที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคตับแข็ง การเสียเลือดจากภาวะหลอดเลือดดำโป่งพอง บริเวณ หลอดอาหาร เป็นภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นแบบเฉียบพลันและมีอันตรายต่อชีวิต หากไม่ได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องรวดเร็ว เนื่องจากผู้ป่วยจะมีการเสียเลือดที่รุนแรง จนทำให้เกิดภาวะ hypovolemic shock ได้ในเวลาอันรวดเร็ว ความรุนแรงของโรคนอกจากจะขึ้นอยู่กับปริมาณของเลือดที่ผู้ป่วยสูญเสียแล้ว ยังขึ้นอยู่กับโรคแทรกซ้อนที่ผู้ป่วยมีอยู่ด้วย นอกจากนี้วิธีการรักษาผู้ป่วยที่มีเลือดออกจากหลอดเลือดดำโป่งพอง บริเวณหลอดอาหารทั้งในระยะเฉียบพลัน เพื่อให้เลือดหยุดและการป้องกันไม่ให้เกิดออกซ้ำอีกก็แตกต่างจากการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นจากสาเหตุอื่น ดังนั้นการวินิจฉัยให้ได้ว่าผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกหลอดเลือดดำโป่งพอง บริเวณหลอดอาหารจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อการให้การรักษาพยาบาล ซึ่งถ้าให้การวินิจฉัยที่ไม่ถูกต้องก็จะมีผลต่อแนวทางการดูแลรักษาพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วยด้วย

#### บทนำ

ภาวะเลือดออกจากหลอดเลือดดำโป่งพอง บริเวณหลอดอาหาร (Esophageal varices : EV) เป็นภาวะฉุกเฉินและสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นถึงร้อยละ 10<sup>1</sup> ซึ่งทำให้มีโอกาเสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 50<sup>2</sup> ขณะที่ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นนี้สามารถหยุดได้ แต่ร้อยละ 70 ยังคงมีโอกาสเกิดซ้ำได้ภายในระยะเวลา 2 ปีแรก การเสียเลือดจากหลอดเลือดดำโป่งพองบริเวณหลอดอาหารมักเกิดขึ้นอย่างรุนแรงและมีอันตรายมาก ความรุนแรงของโรคนอกจากจะขึ้นอยู่กับปริมาณของเลือดที่ผู้ป่วยสูญเสียแล้วยังขึ้นอยู่กับโรคแทรกซ้อนที่ผู้ป่วยมีอยู่ด้วย นอกจากนี้วิธีการรักษาผู้ป่วยที่มีเลือดออกจากหลอดเลือดดำโป่งพองบริเวณหลอดอาหารทั้งในระยะเฉียบพลัน เพื่อให้เลือดหยุดและการป้องกันไม่ให้เกิดออกซ้ำอีกก็แตกต่างจากการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นจากสาเหตุอื่น ดังนั้นการวินิจฉัยให้ได้ว่าผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกหลอดเลือดดำโป่งพอง บริเวณหลอดอาหารจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อการให้การรักษาพยาบาล ซึ่งถ้าให้การวินิจฉัยที่ไม่ถูกต้อง ก็จะมีผลต่อแนวทางการดูแลรักษาพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วย

#### พยาธิกำเนิดและลักษณะทางคลินิก

หลอดเลือดดำโป่งพองบริเวณหลอดอาหารเป็นการสร้างหลอดเลือดเสริมระหว่างเส้นเลือดดำพอร์ทัลและระบบการไหลเวียนของหลอดเลือดดำ ซึ่งมักพบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคตับแข็ง ร้อยละ 30-70 ที่มักเกิดจากความดันในหลอดเลือดพอร์ทัลสูง (portal hypertension) จนทำให้มีการไหลผ่านระบบพอร์ทัล หลอดเลือด

บริเวณหลอดเลือดส่วนล่างมีการขยายตัว ทำให้เส้นเลือดดำเกิดการโป่งพองจนกระทั่งแตก ส่งผลให้มีภาวะเลือดออกจากระบบทางเดินอาหารส่วนต้นถึงร้อยละ 10-30<sup>3</sup> ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดเส้นเลือดดำโป่งพองบริเวณหลอดเลือดที่สำคัญในผู้ป่วยตับแข็ง ได้แก่ ค่าการแข็งตัวของเลือด international normalized ratio : INR มากกว่า 1.5, โรคตับแข็งสาเหตุจากแอลกอฮอล์, ประวัติการดื่มสุราเรื้อรัง<sup>3</sup> อาการและอาการแสดงที่พบ ได้แก่ อาเจียนเป็นเลือด กรณีที่มีอาการเรื้อรังอาจพบภาวะช็อคและถ่ายดำ แต่ถ้ามีการแตกของหลอดเลือดที่โป่งพองจะมีอาการอาเจียนเป็นเลือดดำ ไม่มีอาการปวด เมื่อเสียเลือดในปริมาณที่เพิ่มขึ้นผู้ป่วยจะมีภาวะ hypovolemic shock จากการสูญเสียเลือด<sup>4</sup> ซึ่งวินิจฉัยโรคได้จากอาการประวัติและการส่องกล้องตรวจหลอดอาหาร กระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น (Esophagogastroduodenoscopy)

### การรักษาภาวะเลือดออกจากเส้นเลือดดำโป่งพองบริเวณหลอดเลือด

การรักษาจึงแบ่งตามระยะต่างๆ ได้แก่ 1) การป้องกันระยะเริ่มต้น (primary prophylaxis) เป็นการรักษาเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะเลือดออกด้วยการให้ยากกลุ่ม non-selective  $\beta$ -blocker ลดความดันในระบบพอร์ทัลหรือการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นด้วยวิธีการรัดยาง (esophageal variceal band ligation : EVL) โดยใช้ rubber band ผูกรัดหลอดเลือดขอดเป็นวิธีที่ทำงานง่าย มีผลข้างเคียงน้อยและได้ผลดี 2) การจัดการระยะเลือดออกเฉียบพลันเน้นการรักษาปริมาณการไหลเวียนเลือด ภาวะการแข็งตัวของเลือด การให้ออกซิเจน การป้องกันการติดเชื้อ การใส่ท่อช่วยหายใจป้องกันการสำลักและการห้ามเลือดทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา ได้แก่ การรักษาโดยการส่องกล้อง การทำหัตถการการใช้บอลูนห้ามเลือด (Balloon tamponade) และการผ่าตัด และ 3) การป้องกันเลือดออกซ้ำ (secondary prophylaxis) เป็นการรักษาต่อเนื่องเพื่อป้องกันภาวะเลือดออกซ้ำด้วยการใช้ยากกลุ่ม non-selective  $\beta$ -blocker การส่องกล้อง, การทำ Transjugular intrahepatic portosystemic shunt (TIPS) และการผ่าตัด

### กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 61 ปี มารับการรักษาที่โรงพยาบาล (13 มกราคม 2563 เวลา 07.30 น.) ด้วยอาการสำคัญ คือ 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยอาเจียนเป็นเลือดสดๆ ประมาณ 1/2 กระโถน ถ่ายอุจจาระสีดำเหลวจำนวน 3 ครั้ง ปวดมวนท้องมาก มีอาการหน้ามืดเป็นลม ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคตับแข็งมา 5 ปีและเป็นหลอดเลือดดำโป่งพองบริเวณหลอดเลือดมาประมาณ 2 ปี ผู้ป่วยไม่สนใจมารับการตรวจรักษาต่อเนื่องตามแพทย์นัดและยัง ปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพ ไม่ถูกต้อง ยังดื่มสุราเป็นประจำ ทุกวันๆ ละ 1/2 ขวดกลมที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยมีอาการใจสั่น อาเจียนเป็นเลือดสดๆ อีก 200 มิลลิลิตร แพทย์ให้เปิดเส้นเลือดดำด้วย 0.9% NSS 1,000 mL IV drip 120 mL/hr. เจาะ hematocrit แรกได้ 26% ,ให้ retained NG tube for lavage, หลังใส่ NG tube ดูด content ได้เป็นเลือดสดๆ จำนวน 100 มิลลิลิตร lavage ด้วย normal saline 3,000 มิลลิลิตร content เป็นสีแดงจางลง, ให้ผู้ป่วยงดน้ำงดอาหารไว้ก่อน, retained foley's catheter, เจาะ CBC, electrolyte, BUN, creatinine, LFT, PT,PTT,INR, จอง pack red cell 6 units, Fresh frozen plasma 4 units, Losec 40 mg. IV drip ทุก 12 hrs., Vitamin K 10 mg. IV OD x 3 day, Sandostatin 50 mg. IV push stat. หลังจากนั้นให้ Sandostatin 5 amp.+5% D/W 500 mL IV drip 50 mL/hr. ติดต่อประสานงานเพื่อส่งผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาต่อที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ขณะกำลัง

ติดต่อประสานงาน ผู้ป่วยอาเจียนเป็นเลือดสดๆ ประมาณ 1/2 กระโถน ถ่ายอุจจาระสีดําแดง 1 ครั้ง จำนวนมาก มีอาการหน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น ความดันโลหิตลดลงจาก 100/60 มิลลิเมตรปรอทเหลือ 80/50 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรเบาเร็ว 120 ครั้ง/นาที hematocrit ลดลงจาก 26% เหลือ 24.4% แพทย์ได้ให้การรักษาเพิ่มเติม โดยให้ load 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร, ให้ pack red cell 1 unit IV push หลังจากนั้นให้อีก 1 unit IV drip in 3 hrs. หลัง load IV fluid ครบ วัดความดันโลหิตซ้ำได้ 80/40 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 120 ครั้ง/นาที, MAP 60 ,ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม ออกคาสาย แพทย์ให้ NE 4 mg+5% D/W 250 ml. IV drip 5 ml./hr. titrate Max ที่ 30, Keep MAP  $\geq$  65 mm.Hg.

เวลา 09.00 น. ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระสีดําแดง อีก 1 ครั้ง อาเจียนเป็นเลือดสดๆ อีกประมาณ 200 มิลลิลิตร ความดันโลหิต 80/50 มิลลิเมตรปรอท, MAP 58 ,ปัสสาวะสีเหลืองเข้มออก 20 มิลลิลิตร NE 4 mg+5% D/W 250 ml. IV drip อยู่ที่ 10 ml./hr., hematocrit ลดลงเหลือ 20 % แพทย์พิจารณาให้ retained sengstaken blakemore tube intake gastric balloon 250 มิลลิลิตร ดึง traction ถ่วงน้ำหนัก 1,000 กรัม และติดต่อประสานงานกับแพทย์ที่โรงพยาบาล พระนั่งเกล้า เพื่อส่งผู้ป่วยไป ทำ esophageal variceal band ligation แต่ยังไม่สามารถส่งต่อได้ เนื่องจากอาการและสัญญาณชีพผู้ป่วยยังไม่คงที่ จึงส่งผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาต่อที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย

สภาพผู้ป่วยก่อนการส่งต่อ รู้สึกตัวดี ปวดมวนท้อง คลื่นไส้แต่ไม่อาเจียน , on NG tube, retained foley's catheter ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม, on 0.9% NSS 1,000 ml. IV drip 120 ml./hr., on NE 4 mg + 5% D/W 250 ml. IV drip 15 ml./hr., on pack red cell IV drip, on O<sub>2</sub> canular 5 ลิตร/นาที retained sengstaken blakemore tube ชีพจร 110 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60 มิลลิเมตรปรอท MAP 62

### การพยาบาล

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยผ่านพ้นระยะนี้ไปได้ โดยเฉพาะการดูแลภาวะ hypovolemic shock จากการเสียเลือดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการใช้บอลูนห้ามเลือด โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการประเมินภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้การวิเคราะห์ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาลการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลแบบองค์รวมและการประเมินผล ซึ่งในที่นี่จะขอนำเสนอเฉพาะผลจากขั้นตอนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลที่จำเพาะตามระยะ ได้แก่ ระยะแรกรับ ระยะต่อเนื่อง

ระยะ	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
ระยะแรกรับ	อาจเกิดภาวะ hypovolemic shock จากการสูญเสียเลือด มีภาวะความไม่สมดุลของสารน้ำและ electrolyte ในร่างกาย (hyperkalemia)
ระยะต่อเนื่อง	ภาวะ hypovolemic shock จากการสูญเสียเลือด ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยเกรงว่าจะเป็นอันตรายถึงชีวิต

## กิจกรรมการพยาบาล ระยะแรกเริ่ม

1. อาจเกิดภาวะ hypovolemic shock จากการสูญเสียเลือด

**วัตถุประสงค์การพยาบาล :** เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะ hypovolemic shock

1.1 ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที รวมทั้งประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะ hypovolemic shock ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว ที่เปลี่ยนแปลง อาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น ถ้าชีพจรมากกว่า 120 ครั้ง/นาที หายใจมากกว่า 30 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต  $<90/60$  มิลลิเมตรปรอท รายงานแพทย์ทราบ เพื่อให้การรักษาทันที

1.2 ประเมินการกระจายเลือดสู่เซลล์ทั่วร่างกายและความสามารถในการนำ ออกซิเจนในเลือด โดยการวัดตัวบ่งชี้ภาวะ ประเมินการไหลเวียนเลือด ส่วนปลาย สภาพเย็บต่างๆ อาการซีดหรือเขียว วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดง

1.3 ดูแลให้ได้รับสาร น้ำและเลือด รวมทั้งส่วนประกอบของเลือด ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา

1.4 เจาะเลือดส่งตรวจ hematocrit ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะซีดจากการมีเลือดออก

1.5 บันทึกสารน้ำเข้า - ออกทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะสมดุลของสารน้ำความรุนแรงของภาวะเลือดออก

1.6 สังเกตและบันทึก ลักษณะ สีและจำนวน content จำนวนน้ำเข้า - น้ำออก

2. มีภาวะความไม่สมดุลของสารน้ำและ electrolyte ในร่างกาย (hyperkalemia)

**วัตถุประสงค์การพยาบาล :** เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะความสมดุลของสารน้ำและ electrolyte ในร่างกาย และปลอดภัยจากภาวะ hyperkalemia

2.1 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ Kalimate ตามแผนการรักษา

2.2 ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมงและประเมินสภาพผู้ป่วยเป็นระยะๆ รายงานให้แพทย์รับทราบ เมื่อพบสัญญาณชีพผิดปกติหรือผู้ป่วยมีอาการหรืออาการแสดงของภาวะ hyperkalemia ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงไป ซึมลงหรือสับสน,อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง, flaccid paralysis, ปัสสาวะออกน้อย

2.3 ติดตามการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นระยะๆ รายงานให้แพทย์ รับทราบทันที เมื่อพบสัญญาณผิดปกติ

2.4 ติดตามผลการตรวจ electrolyte อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะค่า potassium พร้อมทั้ง รายงานแพทย์เมื่อทราบผลและพบค่าที่ผิดปกติ

## กิจกรรมการพยาบาล ระยะต่อเนื่อง

1. เกิดภาวะ hypovolemic shock จากการสูญเสียเลือด

**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ hypovolemic shock และเพื่อหยุดและระงับภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร

1.1 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์

1.2 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือด เพื่อชดเชยปริมาณเลือดที่สูญเสียไปตามแผนการรักษาของแพทย์ รวมทั้งสังเกต ติดตามผลข้างเคียงจากการให้เลือด เช่น ผื่น แขนงหน้าอก หายใจลำบาก ฯลฯ

1.3 ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที รวมทั้งประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะ hypovolemic shock ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวที่เปลี่ยนแปลง อาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น ถ้าชีพจรมากกว่า 120 ครั้ง/นาที หายใจมากกว่า 30 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต <90/60 มิลลิเมตรปรอท รายงานแพทย์ทราบ เพื่อให้การรักษาทันที

1.4 ประเมินการกระจายเลือดสู่เซลล์ทั่วร่างกายและความสามารถในการนำ ออกซิเจนในเลือด โดยการวัดตัวแปรปัสสาวะ ประเมินการไหลเวียนเลือด ส่วนปลาย สภาพเย็บอุต่างๆ อาการซีดหรือเขียว วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดง

1.5 ดูแลให้ผู้ป่วยยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่

1.5.1 Losec 40 mg. IV drip ทุก 12 hrs., Losec จะช่วยยับยั้งการหลั่ง enzyme hydrogen/potassium ATPase (proton pump) ซึ่งทำหน้าที่สร้างกรดอันเป็นขั้นตอนสุดท้ายในกระบวนการหลั่งกรดใน gastric parietal cell จึงสามารถยับยั้งการหลั่งกรดที่หลั่งเองตามปกติและที่เกิดจากการกระตุ้น ไม่ว่าจะกระตุ้นด้วยสารชนิดใด

1.5.2 Sandostatin 50 mg. IV push stat. หลังจากนั้นให้ Sandostatin 5 amp +5% D/W 500 ml. IV drip 50 ml./hr., Sandostatin จะช่วยลด portal pressure และลด azygous blood flow ทำให้เกิด splanchnic vasoconstriction สามารถทำให้เลือดหยุดได้

1.5.3 Norepinephrine (NE) 4 mg+5% D/W 250 ml. IV drip 5 ml./hr. titrate Max ที่ 30, Keep MAP  $\geq$  65 mm.Hg. norepinephrine มีฤทธิ์ช่วยหดหลอดเลือด (vasopressor) ช่วยเพิ่มความดันโลหิต

1.6 ดูแลช่วยแพทย์ใส่ sengstaken blakemore tube เพื่อหยุดเลือดตามแผนการรักษา

1.7 ดูแลให้ออกซิเจน canular 5 ลิตร/นาที เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนไหลเวียนในร่างกาย

2. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย เกรงว่าจะเป็นอันตรายถึงชีวิต

**วัตถุประสงค์การพยาบาล :** เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความกังวลและร่วมมือในการรักษาพยาบาล

2.1 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติได้รับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและขั้นตอนของการรักษาพยาบาลพอสังเขป

2.2 ส่งเสริมบรรยากาศที่เป็นกันเองระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและญาติ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึกและซักถามข้อสงสัยต่างๆ รับฟังปัญหาและความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติด้วยความสนใจ เข้าใจและเห็นอกเห็นใจ

2.3 อธิบายและให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยและญาติว่า ขณะที่อยู่โรงพยาบาลผู้ป่วยจะได้รับการรักษาพยาบาลที่ดีที่สุด รวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติโดยการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด สร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยและญาติว่า ผู้ป่วยจะอยู่ในการดูแลของพยาบาลตลอดเวลาและพยาบาลก็พร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยได้อย่างทันที่

2.4 อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับการใช้เครื่องมือพิเศษต่างๆ ที่ไม่คุ้นเคยและก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง จะต้องอธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบจุดประสงค์และขั้นตอนต่างๆ เพื่อลดความวิตกกังวล ลดความหวาดกลัวและเพื่อการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

2.5 เปิดโอกาสให้ญาติผู้ป่วยได้เข้าเยี่ยมและดูแลผู้ป่วยตามความเหมาะสม

### วิจารณ์

ผู้ป่วยที่มีเลือดออกจากหลอดเลือดดำโป่งพอง บริเวณหลอดอาหารมีความรุนแรงและมีอันตรายมาก สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากตับสูญเสียหน้าที่ในการทำงาน เช่น จากภาวะตับแข็ง เป็นต้น ผู้ป่วยจะมาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญ คือ อาเจียนเป็นเลือดสดๆ จำนวนมาก ร่วมกับการถ่ายอุจจาระเป็นสีดำหรือดำแดง ผู้ป่วยที่มีการเสียเลือดจากหลอดเลือดดำโป่งพองบริเวณหลอดอาหารจะมีการเสียเลือดที่รุนแรง หากได้รับการวินิจฉัยและการรักษาพยาบาลที่ล่าช้า จะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะ hypovolemic shock และเสียชีวิตได้ในเวลาอันรวดเร็ว ดังนั้นการวินิจฉัยและการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องรวดเร็วโดยการทำให้เลือดหยุดออกอย่างรวดเร็วด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่งนับว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากและหลังจากทำให้เลือดหยุดออกแล้วการป้องกันการมีเลือดออกซ้ำก็นับว่าเป็นสิ่งที่มีควา มสำคัญเช่นเดียวกัน จากสถิติที่ผ่านมาพบว่า มีผู้ป่วยกลุ่มนี้จำนวนมากที่ต้องกลับมารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยภาวะการมีเลือดออกซ้ำ เนื่องจากมีปัจจัยส่งเสริมที่สำคัญ คือ ผู้ป่วยยังไม่เลิกดื่มสุรา

จากกรณีศึกษาพบว่า ผู้ป่วยรายนี้มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญ คือ อาเจียนเป็นเลือดสดๆ ถ่ายอุจจาระสีดำ ซึ่งจากประวัติพบว่าผู้ป่วยเป็นโรคตับแข็งและ หลอดเลือดดำโป่งพองบริเวณหลอดอาหาร อยู่ก่อนแล้ว แพทย์จึงสามารถให้การรักษาแก่ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว โดยเริ่มต้นให้การรักษาแบบผู้ป่วยที่มีการเสียเลือดในทางเดินอาหารส่วนต้นทั่วไป แต่เลือดก็ ยังไม่หยุด จนผู้ป่วยเกิดภาวะ hypovolemic shock ทำให้แนวทางการรักษาของแพทย์เปลี่ยนแปลงไป โดยแพทย์ได้พิจารณา ใส่ sengstaken blakemore tube ให้แก่ผู้ป่วย ทำให้เลือดหยุดออกและผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ hypovolemic shock ก่อนที่จะส่งผู้ป่วยไปทำ esophageal variceal band ligation ที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จากการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่องอย่างมี

ประสิทธิภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ทำให้ผู้ป่วยรายนี้สามารถกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย แต่จากการพูดคุยกับผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยรายนี้ยังเสี่ยงต่อภาวะการมีเลือดออกซ้ำอีก เนื่องจากผู้ป่วยยังไม่เลิกดื่มสุราซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมสำคัญที่จะทำให้อาการของโรคตับแข็งที่ผู้ป่วยเป็นอยู่รุนแรงมากขึ้นและทำให้มีภาวะเลือดออกซ้ำได้อีก จึงได้นำเอากระบวนการให้คำปรึกษาเข้ามาช่วย พยายามชี้แนะให้ผู้ป่วยเห็นผลเสียของการดื่มสุรา รวมทั้งแนะนำให้ผู้ป่วยเข้า โครงการเลิกเหล้ากับกลุ่มงานจิตเวชและในที่สุดผู้ป่วยรายนี้ก็ตัดสินใจที่จะเลิกดื่มสุราและเข้าโครงการเลิกเหล้า ซึ่งจากการติดตามผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยรายนี้สามารถเลิกดื่มสุราได้ในที่สุด ซึ่งส่งผลดีต่อตัวผู้ป่วยเอง ทำให้อาการของโรคตับแข็งและภาวะหลอดเลือดดำโป่งพองที่หลอดเลือดอาหารและกระเพาะอาหารที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ไม่กำเริบรุนแรงมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องเข้า –ออกโรงพยาบาลบ่อยๆ ซึ่งเป็นการช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รวมทั้งอุบัติการณ์การเสียชีวิตของผู้ป่วยลง

### ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรทางสาธารณสุขควรประพฤติและปฏิบัติตัวเป็นแบบอย่างที่ดีในเรื่องการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง เช่น งดเว้นการดื่มสุราและของมีเมาทุกชนิด เป็นต้น
2. พยาบาลนอกจากจะมีบทบาทหน้าที่หลักในการให้การดูแลผู้ป่วยแล้ว พยาบาลยังจะต้องมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการเป็นผู้ให้ความรู้ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค รวมทั้งสอนวิธีการปฏิบัติตัวต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยและประชาชนทั่วไปสามารถปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองในโรคที่เขาเป็นอยู่ได้อย่างถูกต้อง เพื่อที่จะช่วยควบคุมอาการของโรคไม่ให้ลุกลามและรุนแรงเพิ่มมากขึ้นได้ รวมทั้งช่วยป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาได้
3. ผู้ป่วยโรคตับแข็งทุกคน ควรได้รับคำแนะนำและคำปรึกษาเรื่องการเลิกดื่มสุรา ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมทำให้อาการของโรคตับแข็งของผู้ป่วยรุนแรงมากขึ้น โดยการนำเอากระบวนการให้ คำปรึกษาเข้ามาช่วย พยายามชี้แนะให้ผู้ป่วยเห็นผลเสียของการดื่มสุรา รวมทั้งแนะนำโครงการเลิกเหล้าของหน่วยงานต่างๆ ให้ผู้ป่วยรับทราบด้วย
4. ในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลนอกจากจะมีความสามารถในการประเมินปัญหา วินิจฉัยปัญหาและจัดลำดับความสำคัญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยไป ตัวอย่างถูกต้องรวดเร็ว เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤตต่างๆ ไปได้อย่างปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนแล้ว พยาบาลยังจะต้องมีความรู้และทักษะในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย พยายามโน้มน้าวให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดโรคและช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ดังนั้นพยาบาลผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้และศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอ มีทักษะในวิชาชีพ มีความรับผิดชอบ อดทนและเห็นอกเห็นใจผู้อื่น

## เอกสารอ้างอิง

1. อภิชาติ พิริยการนนท์. (2556).ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน Upper Gastrointestinal Bleeding. ใน. จักรพันธ์ ปรีदानนท์และคณะ (บรรณาธิการ), *Common surgical problems in general practice*. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์.
2. อมฤต ตาลเศวต. (2556). Treatments of Esophageal varies. ใน . ญัฐพล สันตระกูล, อมฤต ตาลเศวต, ศุภกานต์ เตชะพงศธรและประยูทธ ศิริวงษ์. (บรรณาธิการ), *ศัลยศาสตร์วิชรพยาบาล*. กรุงเทพฯ : โฆษิตการพิมพ์.
3. สถาพร มานัสสถิตย์, สุพจน์พงศ์ ประสบชัยและอุดม คชินทร. (2553). (บรรณาธิการ).*Clinical Practice in Gastroenterology*. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
4. รัฐกร วิไลชนม์. (2551). *ตำราอายุรศาสตร์ทางเดินอาหารในเวชปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ : ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
5. สมาคมแพทย์ส่องกล้องทางเดินอาหารไทย. (2557). *แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นในประเทศไทย*. สืบค้น 14 เมษายน 2563, จาก <http://thaitage.org/source/content-file/content-file-id-6.pdf>