

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อก และมีโรคร่วม :

กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care for Patients with Upper Gastrointestinal Bleeding with Hypovolemic Shock and Comorbidity : 2 Case Studies

นันทพร กวางแก้ว

Nantaporn Kwangkaew

โรงพยาบาลขอนแก่น

Khonkaen Hospital

บทคัดย่อ

กรณีศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาลของผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อก และมีโรคร่วม เข้ารับการรักษาเริ่มแรกที่งานคัดกรองผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างเดือนมีนาคม - ธันวาคม 2565 จำนวน 2 ราย โดยการศึกษาข้อมูลผู้ป่วย เอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง ประเมินผู้เชี่ยวชาญในทีมสุขภาพ ใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอนในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามระยะเวลาการรักษาพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลดังนี้ **ระยะแรก** 1) มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดในทางเดินอาหารส่วนต้น **ระยะนอนรักษา** 2) เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อก 3) เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนจากประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง 4) มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพของโรค และแนวทางการรักษา 5) มีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกายเนื่องจากการสูญเสียเลือด 6) ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ 7) ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงเนื่องจากระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงและอ่อนเพลีย **ระยะติดตามการรักษา** 8) เสี่ยงต่อภาวะ Re-Bleeding เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคและพฤติกรรมปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสม 9) ความคงทนในการทำกิจกรรมลดลงจากภาวะโลหิตจาง และ 10) เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อโควิด 19 สู่บุคคลในครอบครัว

ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยชีวิตผู้ป่วย ต้องมีความรู้ความสามารถในการประเมินระดับความรุนแรง มีความถูกต้องแม่นยำในการจำแนกประเภทผู้ป่วย มีความไวต่อสัญญาณอันตราย สามารถวินิจฉัยปัญหา วางแผนให้การพยาบาลที่เหมาะสม และมีการติดตามการรักษา จนกระทั่งผู้ป่วยปลอดภัย มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม ไม่มีภาวะเลือดออกซ้ำ

คำสำคัญ : การพยาบาล, เลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น, โรคร่วม

Abstract

This study aims to examine disease progression, nursing diagnosis, nursing care plan, and the results of two patients with upper Gastrointestinal bleeding with Hypovolemic Shock and Comorbidity hospitalized as outpatients from March to December 2022 at Khon Kaen Hospital. The study relies on patients' information, related articles and papers, and healthcare professionals. The data analysis relies on Gordon's Functional Health Patterns in order for health assessment and nursing diagnosis indication in the condition length of treatment. The result of the study shows that there were different symptoms in three periods: **Initial period** 1) Hypovolemic Shock due to the bleeding in the upper Gastrointestinal. **Inpatient period** 2) Risk of complications from shock 3) Risk of Hypoxia due to decreased lung function 4) Anxiety about illness and treatment 5) Electrolyte Imbalance due to blood loss. 6) Urinary tract infection 7) Fatigue and unstable consciousness reducing self-care **Follow-up period** 8) Risk of re-bleeding due to pathology of the disease and improper behavior 9) Anemia condition reducing endurance 10) Risk of the spread of COVID-19 toward family members.

With those conditions, nurses take an important role in rescuing patients. It is essential to have the ability to diagnose the level of severity, the accuracy for categorizing patients, priority management skills, the ability of problem analysis, the ability to manage nursing plans and following up the treatments until patients' illness is cured.

Keywords : Nursing care, Upper gastrointestinal bleeding, Hypovolemic shock, Comorbidity

บทนำ

ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น เป็นภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อยทั้งในประเทศไทยและในต่างประเทศ โดยมีอุบัติการณ์ 48-160 รายต่อประชากร 100,000 รายต่อปี (Barkun AN, Bardou M, Kuipers EJ, et al, 2010) มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 10-14 และสูงขึ้นเป็นร้อยละ 35 ในผู้ป่วยที่มีโรคทางอายุรกรรมอย่างอื่นร่วมด้วย (Van Leerdam ME, Vreeburg EM, Rauws EA, et al, 2003) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักเสียชีวิตในช่วงแรกที่มาพบแพทย์หรือเมื่อมาถึงโรงพยาบาล ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการดูแลรักษาอย่าง ถูกต้อง รวดเร็ว และเหมาะสม

การมีเลือดออกมากในทางเดินอาหาร และรุนแรงจนเกิดภาวะช็อก มักมีสาเหตุจากหลอดเลือดขาดในหลอดอาหารโป่งพองและแตกเฉียบพลัน (อมฤต ตาลเศวต และคณะ, 2556) จากการศึกษาผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาดูแลภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นในโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่มาจากแผลในกระเพาะอาหาร (Peptic ulcer) และหลอดเลือดขาดในหลอดอาหารโป่งพอง (Esophageal varices) โดยมีปัจจัยเสี่ยงจากการดื่มสุรา สูบบุหรี่ และการรับประทานยาแก้ปวด NSAID ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ถูกต้อง และเหมาะสม ต้องได้รับการประเมิน และแก้ไขภาวะวิกฤต ดูแลภาวะวิกฤติ ฝ้าระวัง และหาตำแหน่งของเลือดออก ผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารเพื่อให้การวินิจฉัยที่ถูกต้อง และเลือกวิธีให้การรักษาดังตรงตามพยาธิสภาพ จะช่วยลดอัตราการผ่าตัดโดยไม่จำเป็นได้ (อภิชาติ พิริยการนนท์, 2554) และจากการศึกษาโดยวิธี Retrospective studies พบว่าการทำ Early endoscopy (ภายใน 12-24 ชั่วโมง) สามารถลดระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาล ลดการผ่าตัด ลดค่าใช้จ่าย และการทำหัตถการส่องกล้อง (Endoscopy) เพื่อการรักษาในกลุ่มเสี่ยงสูง (Active bleeding และ non-bleeding visible vessel) ช่วยหยุดเลือดได้ร้อยละ 95 และช่วยลด Re-bleeding, transfusion surgery และ mortality ได้ (จันทร์ภา ศรีสวัสดิ์ และคณะ, 2551)

โรงพยาบาลขอนแก่นมีอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ในช่วงปี พ.ศ. 2561- 2565 เท่ากับร้อยละ 1.95, 2.63, 2.98, 1.5 และ 2.72 ตามลำดับ (เป้าหมาย <ร้อยละ 2) และอัตราผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารภายใน 12 ชั่วโมงร้อยละ 19.07, 15.89, 12.81, 20.11 และ 28.40 ตามลำดับ (โรงพยาบาลขอนแก่น, 2566) จากการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงได้รับการส่องกล้องเพื่อห้ามเลือดโดยการรัดเส้นเลือดดำโป่งพองด้วยยาง (Endoscopic variceal ligament; EVL) หรือการฉีดด้วยกาว (Glue injection) ซ้ำ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงบางรายมีภาวะโรคร่วมที่จำเป็นต้องปรึกษาแพทย์ต่างแผนก มีผลกระทบต่อการระงับการส่องกล้อง ทำให้อัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มสูงขึ้น

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยชีวิตผู้ป่วยตั้งแต่การคัดกรอง ซึ่งพบผู้ป่วยในลำดับแรกนั้น ต้องมีความรู้ความสามารถในการประเมินความรุนแรง และมีความถูกต้องแม่นยำในการจำแนกผู้ป่วย วินิจฉัยปัญหาสามารถวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม ส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการวางแผนการรักษาได้อย่างรวดเร็ว และมีการติดตามดูแลต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะเลือดออกซ้ำ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อก และมีโรคร่วม: กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีดำเนินการศึกษา

1. ขั้นตอนเตรียมการ โดยเลือกกรณีศึกษาจากผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อคและมีโรคร่วม จำนวน 2 ราย
2. ขั้นตอนดำเนินการ โดยการศึกษาข้อมูลผู้ป่วย เอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในทีมสุขภาพ ประเมินปัญหาและความต้องการโดยใช้กรอบแนวคิด 11 แบบแผนของ Gordon
3. ขั้นตอนประเมินผล สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล และปรับปรุงแก้ไขผลงานตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์พยาบาล

ผลการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ศึกษาในผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อค และมีโรคร่วม 2 ราย มีรายละเอียดการเปรียบเทียบข้อมูล ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อคและมีโรคร่วมกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูลเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ข้อมูลทั่วไป	ชายไทย อายุ 79 ปี สัญชาติไทย อาชีพเกษตรกร การศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4	ชายไทย อายุ 69 ปี สัญชาติไทย อาชีพรับจ้างทั่วไป การศึกษาประถมศึกษาปีที่ 6
โรคประจำตัว	-Hypertension รับประทานยา HCTZ - ไม่มีประวัติแพ้ยาและสารใด ๆ	- Alcoholic liver cirrhosis รับประทานยา Propranolol - ไม่มีประวัติแพ้ยาและสารใด ๆ
ประวัติการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ /สมุนไพร	-ดื่มสุรานาน ๆ ครั้ง เวลาว่างหรือเทศกาล -สูบบุหรี่ทุกวัน 10 มวน/วัน -ดื่มน้ำสมุนไพรที่ขายตามสี่วิทุกวันที่ซื้อยาแก้ปวดกินเอง	-ประวัติดื่มสุราเป็นประจำทุกวัน นาน 10 ปี ปัจจุบันยังดื่มเป็นบางวัน ดื่มเมื่อรู้สึกเหนื่อยจากการทำงาน -ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่
อาการสำคัญ	ถ่ายดำ ปวดท้องใต้ลิ้นปี่ อาเจียนเป็นน้ำสีน้ำตาล เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 3 วัน	ถ่ายดำ เวียนศีรษะ เหนื่อยเพลีย เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 วัน
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	ผู้ป่วยมีประวัติปวดหลังมานาน มีอาการเป็นๆหายๆ ไม่ได้รักษา ซื้อยารับประทานเอง และดื่มน้ำยาสมุนไพรที่ขายตามสี่วิทุกวันที่ซื้อยาแก้ปวดกินเอง 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการ ถ่ายดำ ปวดท้องใต้ลิ้นปี่ คลื่นไส้ อาเจียนเป็นน้ำสีน้ำตาล รักษาที่โรงพยาบาลชุมชน รู้สึกตัวดี BT= 36.6 องศาเซลเซียส, PR=88-102	2 ปีก่อน เคยนอนรักษาที่โรงพยาบาล ขอนแก่น ด้วยวินิจฉัยโรค Esophageal varices (EV) grade 2 ได้รับการรักษาด้วยหัตถการ Endoscopic variceal ligation (EVL) ผู้ป่วยมาที่จุดคัดกรองผู้ป่วยนอกด้วยอาการถ่ายดำ เวียนศีรษะ เหนื่อยเพลีย เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 วัน รู้สึกตัวดี

ข้อมูลเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	ครั้ง/นาที, RR= 18-20 ครั้ง/นาที, BP= 99/65-108/70 mmHg ให้การรักษาโดย NG lavage=2,000 cc ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และให้ยา Losec I.V ผู้ป่วยถ่ายดำเรื่อยๆ ค่า Hct. ลดลงจาก 29% เหลือ 25% ไม่มีเลือดชนิด PRC จึงส่งต่อรักษาโรงพยาบาลขอนแก่น ผล CxR ปกติ และผลคัดกรองโรคมะเร็ง COVID 19 ไม่มีเชื้อ ที่จุดคัดกรองผู้ป่วยนอก On Acetar 1,000 cc I.V drip 80 cc/hr. On NG tube มี content สีน้ำตาลจำนวน 5 cc, retained foley's cath., รู้สึกตัวดี เคลื่อนย้ายโดยรถนอน ประเมินสัญญาณชีพ BT=36.1 องศาเซลเซียส, PR 102 ครั้ง/นาที, RR 22 ครั้ง/นาที, BP 87/52 mmHg จัดทำนอนราบ เพิ่มปริมาณ I.V Fluid, ให้ O₂ canular 4 l/min และประสานส่งต่องานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	เดินมาเอง สัญญาณชีพ PR= 90 ครั้ง/นาที, RR= 18 ครั้ง/นาที BP= 93/48 mmHg, อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส นำส่งห้องตรวจคัดกรองโดยรถนั่ง ขณะรอตรวจรักษา เวียนศีรษะ ตัวเย็น เปลี่ยนจากการนั่งเป็นรถนอน จัดทำนอนราบ ประเมินสัญญาณชีพซ้ำ BP 82/46 mmHg, PR 108 ครั้ง/นาที, RR 24 ครั้ง/นาที ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด Acetar 1,000 cc I.V. on O₂ canular 5 l/min ประสานและนำส่งงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
การรักษาที่ได้รับ	-ผู้ป่วยมีภาวะช็อคจากการเสียเลือด Hct.= 25% ลดเหลือ 22% ให้สารน้ำชนิด Acetar 1,000 cc I.V load, NG lavage, ให้ On O₂ canular 4 l/min, PRC I.V Keep Hct. ≥25%, ให้ยา Losec I.V, Transamine I.V., Pantoprazole I.V., ทำหัตถการ EGD + adrenaline injection + gold probe มีอาการเพ้อ agitate ให้ยา Haloperidol I.V หายใจหอบ ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ เสมหะมาก มีเสียง Wheezing ในปอดพ่นยา Berodual และ Acetin NG feed., ผลเลือด Potassium ต่ำ ให้ยา E.KCL NG feed. ใช้สูง ส่งตรวจ Hemo C/S ไม่พบเชื้อ, Sputum C/S ไม่พบเชื้อ, Sputum G/S พบ gram+ bacilli, และ CxR no infiltrate ปัสสาวะขุ่น ส่งตรวจ Urine C/S พบเชื้อ E. coli >10⁵ ให้ยา Tazocin I.V., Dexamethasone I.V อาการทุเลา ถอดท่อช่วยหายใจ สายสวน	-ผู้ป่วยมีภาวะช็อคจากการเสียเลือด ถ่ายดำ ให้สารน้ำชนิด Acetar 1,000 cc I.V load, NG lavage ให้ยา Losec I.V., Sandostatin I.V, Vit K₁ I.V On O₂ canular 5 l/min ขณะให้การรักษาอาเจียนเป็นเลือด Hct.= 18% เพิ่มยา Pantoprazole I.V ให้เลือด PRC I.V Keep Hct. ≥25%, มีภาวะ Coagulopathy ให้ FFP, และ เกล็ดเลือดต่ำ ให้ Platelet conc., มีภาวะ Hyponatremia ให้สารน้ำทดแทน ผลตรวจ Swab COVID 19 Detected ย้ายห้องแยกโรคทางเดินหายใจ และ CxR พบ poor inspiration, no infiltrate ให้ยา Remdesivir I.V, Methylprednisolone IV, ใช้สูง ให้ยา Dexamethasone 4 mg IV, Tazocin 4.5 gm IV, อาการทุเลา ไม่มีภาวะเลือดออกซ้ำ หยุดยาฉีด เปลี่ยนเป็นยารับประทานคือ Omeprazole และ

ข้อมูลเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	ปัสสาวะ สายยางทางจมูก ให้รับประทาน อาหาร ไม่มีเลือดออกซ้ำ เปลี่ยนเป็นยา รับประทาน คือ Omeprazole, Amoxycillin และ Erythromycin และส่ง ต่อรักษาโรงพยาบาลชุมชน -นัดติดตามการรักษาผู้ป่วยไม่มาตามนัด มี อาการปวดท้อง ไม่มีถ่ายดำ นอนรักษาที่ โรงพยาบาลชุมชนและส่งกลับมารักษา ต่อเนื่อง ได้รับการ EGD follow up พบ Small Duodenal ulcer ให้ยา รับประทาน Omeprazole ยังสูบบุหรี่ ส่ง ปรึกษาศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูก หลังส่งปรึกษาแผนก Orthopedics วินิจฉัยโรค Osteoporosis ให้ยา รับประทาน CaCO_3 ไม่มีภาวะเลือดออกซ้ำ ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้ เลิกดื่มแอลกอฮอล์ สมุนไพร แพทย์จำหน่ายโดย Refer back	Propranolol แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน -การมาติดตามการรักษา ทำ EGD + Endoscopic variceal ligament พบ Esophageal varices gr.II, gastric varices. ให้ยา Omeprazole, Propranolol รับประทาน ผู้ป่วยไม่มา ตามนัด กลับไปดื่มสุรา และดื่มยาสูบ กำลัง กลับมารักษาอีกครั้งด้วยอาการ ถ่ายดำ นอนรักษาด้วยยาห้ามเลือด อาการทุเลา แพทย์จำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล นัดติดตามอาการทำงาน ผู้ป่วยนอก และมาตามนัดทุกครั้ง หยุด ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เลิกสุรา ทำ EGD ซ้ำพบ EV gr.I, GV at fundus เจาะ เลือดตรวจติดตามค่า Alb=2.4 g/dl, Globulin=5.5 g/dl, AST=69 U/L, ALT=8 U/L, Platelet concentrate 124 $10^3/\text{nL}$, PT 15.1 sec, INR 1.39, และ Hct. 25% ไม่มีเลือดออกซ้ำ
หัตถการ	EGD + adrenaline injection + gold probe	EGD + Endoscopic variceal ligament; EVL
การวินิจฉัยโรค	Upper Gastrointestinal hemorrhage, Bleeding Duodenal ulcer	Upper Gastrointestinal hemorrhage, Esophageal varices gr.II, gastric varices.
โรคร่วม	-Coagulopathy, Osteoporosis	-COVID 19 infection Coagulopathy, Thrombocytopenia
ผลการรักษา	Improve (Refer back)	Improve (follow up)
ระยะเวลาการรักษา	5 เดือน	8 เดือน

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้นำกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (พรศิริ พันธสี, 2561) มาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพ ของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการประเมินภาวะสุขภาพ ตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ของกรณีศึกษา 2 ราย

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	รับรู้โรคประจำตัวความดันโลหิตสูง ปวดหลัง เป็นๆหายๆ มักจะซื้อยาแก้ปวดรับประทานเอง และดื่มน้ำยาสมุนไพรเป็นประจำ รับทราบจากแพทย์ว่าเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยในครั้งนี้ มีความกลัวและกังวลในการเจ็บป่วย	ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยของตนเอง มีโรคประจำตัวคือ Alcoholic liver cirrhosis ที่มีสาเหตุมาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำมานาน เคยมีประวัติถ่ายดำได้รับการส่องกล้องรักษา มีอาการเหนื่อยง่าย เป็นอุปสรรคในการทำงาน จึงดื่มสุราเป็นบางวัน ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง ไม่มาติดตามการรักษาต่อเนื่อง ต้องกลับมารักษาซ้ำจากการมีภาวะเลือดออกซ้ำ -รับรู้การติดเชื้อโรคโควิด มีความกังวลใจมาก กลัวเสียชีวิตโดยไม่ได้เห็นหน้าบุคคลในครอบครัวดังเช่นที่เห็นในภาพข่าวในโทรทัศน์
แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	-ก่อนเจ็บป่วย ผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา ชอบรับประทานน้ำพริกปลาร้ากับผักดอง น้ำหนัก 51 กก. ส่วนสูง 160 ซม. BMI=19.92 และขณะเจ็บป่วย มีการสูญเสียเลือดจำนวนมาก ผล Electrolyte มีภาวะ Hypokalemia อ่อนเพลีย เมื่ออาการทุเลา รับประทานอาหารได้ตามปกติ	-ก่อนการเจ็บป่วย ผู้ป่วยรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ รับประทานไม่ตรงเวลาเป็นบางครั้ง ชอบอาหารรสค่อนข้างจัด น้ำหนัก 75 กก. ส่วนสูง 170 ซม. ค่าBMI= 25.95 และขณะเจ็บป่วย มีการสูญเสียเลือดจำนวนมาก ผล Electrolyte มีภาวะ Hyponatremia ซีด อ่อนเพลีย เมื่ออาการทุเลา รับประทานอาหารได้ตามปกติ
แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย	- การขับถ่ายปัสสาวะอุจจาระปกติ อุจจาระ 1 ครั้ง/วัน และปัสสาวะ 5-6 ครั้ง/วัน ขณะเจ็บป่วย ถ่ายดำ melena ใส่สายสวน ปัสสาวะไว ปัสสาวะขุ่น ติดเชื้อ Escherichia coli ภายหลังการรักษาพยาบาลสามารถถอดสายสวนปัสสาวะได้ อุจจาระปกติ	-ก่อนการเจ็บป่วย การขับถ่ายปัสสาวะอุจจาระปกติ อุจจาระ 1 ครั้ง/วัน ปัสสาวะ 3-4 ครั้ง/วัน -ขณะเจ็บป่วย ถ่ายดำ melena ใส่สายสวน ปัสสาวะ ภายหลังการรักษาพยาบาลสามารถถอดสายสวนปัสสาวะได้ อุจจาระปกติ
แบบแผนที่ 4 กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย	-ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง ไม่ได้ออกกำลังกายอย่างเป็นแบบแผน ขณะเจ็บป่วยมีการเสียเลือดมาก เหนื่อยอ่อนเพลีย เพื่อ agitate นอนรักษาระยะเวลานาน เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ยังอ่อนเพลีย ญาติให้การช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	- ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ไม่ได้ออกกำลังกายอย่างเป็นแบบแผน ขณะเจ็บป่วย เสียเลือดมาก ซีด อ่อนเพลีย แต่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง
แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ	-ก่อนการเจ็บป่วย ผู้ป่วยนอนหลับสนิท วันละ 6-8 ชั่วโมง ขณะเจ็บป่วย นอนไม่ค่อยหลับ	-ก่อนการเจ็บป่วย ผู้ป่วยนอนหลับสนิท วันละ 6-8 ชั่วโมง ขณะเจ็บป่วย นอนไม่ค่อย

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการ รับรู้	หลับเนื่องจากมีกิจกรรมพยาบาลตลอดเวลา และมีความกังวลอาการเจ็บป่วย -ก่อนการเจ็บป่วย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี การรับรู้ปกติ ขณะเจ็บป่วยมีอาการสับสน กระวน กระวาย agitate ดึงสายสวนจมูก และสายสวนปัสสาวะ ได้รับการรักษาโดยยา Hadol I.V และอาการดีขึ้น รู้จักบุคคล แต่ไม่รู้จักสถานที่	หลับเนื่องจากมีกิจกรรมพยาบาลตลอดเวลา และมีความกังวลอาการเจ็บป่วย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี การรับรู้ปกติ สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง
แบบแผนที่ 7 การรู้จักตนเอง และอัตมโนทัศน์	-ผู้ป่วยรับรู้การเจ็บป่วยโรคประจำตัว รับประทานยาต่อเนื่อง ขณะเจ็บป่วย ภายหลังอาการทุเลา ได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคซ้ำ จากการติดตามการรักษายังสูบบุหรี่ ส่งคลินิกอดบุหรี่ ได้รับการให้คำปรึกษา คำแนะนำ และมีการติดตามให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง สามารถเลิกบุหรี่ได้	-ก่อนการเจ็บป่วย ผู้ป่วยรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วยเกิดจากการดื่มสุรา ซึ่งมีความพยายามลดปริมาณการดื่มลง แต่ยังไม่สามารถหยุดดื่มได้ -ขณะเจ็บป่วย มีความตั้งใจจะเลิกดื่มสุราโดยเด็ดขาด ภายหลังการเจ็บป่วยมีอาการเหนื่อยง่าย แต่มีความจำเป็นต้องทำงานเพื่อการดำรงชีพ จึงดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง และดื่มสุราบ้างเป็นบางวัน ไม่มาติดตามการรักษาตามนัดทำให้ขาดยา รับประทาน จนกระทั่งมีการเจ็บป่วยซ้ำต้องกลับมาอนรรักษาอีกครั้ง
แบบแผนที่ 8 บทบาทและ สัมพันธภาพ	-ก่อนการเจ็บป่วย ผู้ป่วยอยู่กับบุตรหลาน เป็นที่เคารพรักของบุคคลในครอบครัว ขณะเจ็บป่วยมีอาการระบดของโรคระบาดโควิด 19 โรงพยาบาลมีนโยบายงดเยี่ยม บุตรหลานมีความห่วงใยโทรศัพท์มาสอบถามอาการทุกวัน	-ผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว เป็นที่รักและเคารพของภรรยาและบุตรหลาน -ขณะเจ็บป่วย อยู่ในสถานการณ์โรคระบาดโควิด 19 โรงพยาบาลมีนโยบายงดเยี่ยม และผู้ป่วยมีการติดเชื้อโควิด 19 ต้องอยู่ในห้องแยกโรค ได้รับความห่วงใยจากบุคคลในครอบครัวโทรศัพท์สอบถามอาการทุกวัน และมาบริจาคเลือดทันทีเมื่อได้รับแจ้งจากพยาบาล มีความกังวลเกี่ยวกับการแพร่กระจายเชื้อสู่บุคคลในครอบครัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน
แบบแผนที่ 9 เพศ และการเจริญพันธุ์	มีพฤติกรรมแสดงออกทางเพศที่เหมาะสม	มีพฤติกรรมแสดงออกทางเพศที่เหมาะสม
แบบแผนที่ 10 การปรับตัว และการ เผชิญกับ ความเครียด	ผู้ป่วยจะพยายามแก้ปัญหาด้วยตนเอง ไม่นำความเครียดหรือปัญหาต่าง ๆ ไปเล่าให้บุตรหลานฟัง เวลาไม่สบายใจจะทำบุญ สวดมนต์ไหว้พระ	ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าทุกปัญหาสามารถแก้ไขได้ เวลาไม่สบายใจจะปรึกษาภรรยาและบุตร ได้รับกำลังใจจากครอบครัวในการเผชิญปัญหาต่าง ๆ

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
แบบแผนที่ 11 ความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อเกี่ยวกับทำดี ได้ดีทำชั่วได้ชั่ว ทำบุญใส่บาตรตามเทศกาล สวมนสร้อยพระเครื่องเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ขณะอยู่ที่โรงพยาบาล ญาติขออนุญาตห้อย พระที่หิ้วเตี้ยผู้ป่วย	นับถือศาสนาพุทธ ทำบุญใส่บาตรตาม เทศกาล มีความเชื่อว่าความขยัน และการ ทำความดีจะทำให้ชีวิตดีขึ้น

จากการรวบรวมข้อมูลทางสุขภาพ โดยใช้การประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผน มาตั้งข้อวินิจฉัย
ทางการพยาบาล การวางแผนปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาล ตามระยะเวลา 3 ระยะคือ
ระยะแรกเริ่ม ระยะนอนรักษา และระยะติดตามอาการ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กระบวนการพยาบาลกับกรณีศึกษา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะแรกเริ่ม	
1. มีภาวะช็อคจากการเสียเลือดใน ทางเดินอาหารส่วนต้น (ปัญหาค้ำคลึงกัน)	1.1 การพยาบาลแรกเริ่มที่งานผู้ป่วยนอก 1.1.1 ประเมินระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ ร่วมกับอาการ สำคัญ และอาการแสดงตามเกณฑ์การ จัดประเภทผู้ป่วยนอก (Khonkaen Emergency Severity Index) และ ประเมินการเคลื่อนย้ายให้เหมาะสมตามสภาพผู้ป่วย 1.1.2 จัดทำนอนศีรษะราบ และประเมินสัญญาณชีพซ้ำ 1.1.3 ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด Acetar 1,000 cc I.V 1.1.4 On O2 canular 3-5 l/min 1.1.5 รายงานแพทย์ และประสานส่งต่อรักษาที่งานอุบัติเหตุ และฉุกเฉินทันที 1.2 การพยาบาลที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1.2.1 ประเมินระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ และจำแนก ประเภทผู้ป่วยตามเกณฑ์การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน 1.2.2 ประเมินสัญญาณชีพต่อเนื่องทุก 15 นาที เมื่อสัญญาณชีพ คงที่ประเมินทุก 1 ชั่วโมง 1.2.2 ดูแลการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา 1.2.3 ให้การพยาบาลเพื่อห้ามเลือด ได้แก่ NG Irrigation และให้ ยา Losec I.V 1.2.3 เตรียมการให้เลือดทดแทน โดยการเจาะเลือดส่ง Cross match PRC, FFP และ Platelet concentrate และส่งตรวจทาง ห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล

ระยษณอนรึกษา

2. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจาก
ภาวะช็อค

(ปัญหาคลายคลึงกัน)

2.1 ประเมินระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง เมื่อสัญญาณชีพคงที่ประเมินทุก 4 ชั่วโมง

2.2 ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ ร่วมกับการประเมิน CVP, urine out put ทุก 1 ชั่วโมง keep CVP 8-12 cmH₂O, urine output 30 cc/kg/hr.

2.3 ให้เลือด สารประกอบของเลือด ตามแผนการรักษา และสังเกตอาการแพ้

2.4 ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ประเมิน O₂saturation, MAP ทุก 1 ชั่วโมง

2.5 ให้ยา Losec, Transamine, Sandostatin, Vitamin K1 ตามแผนการรักษาและสังเกตอาการแพ้ยา

2.6 สังเกต และเฝ้าระวังอาการเลือดออกซ้ำ ติดตามค่า Hct. keep ≥ 25%

2.7 ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, Coagulopathy, BUN, Creatinine,

3. เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่อง
ออกซิเจนจากประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง

(ปัญหาคลายคลึงกัน)

3.1 ประเมินการหายใจทุก 1 ชั่วโมง ถ้าหายใจหอบมากกว่า 20 ครั้ง/นาที่ รายงานแพทย์ มีเสียงเสมหะเคาะปอด กระตุ้นการไอ กรณีใส่ท่อช่วยหายใจช่วยดูดเสมหะอย่างนุ่มนวล

3.2 วัดอุณหภูมิทุก 4 ชั่วโมง ถ้ามากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส รายงานแพทย์

3.3 พ่นยาและให้ยาละลายเสมหะตามแผนการรักษา

3.4 ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ประเมิน O₂saturation, MAP ทุก 1 ชั่วโมง keep O₂saturation ≥95%, MAP > 65 mmHg

3.5 ให้ยาฆ่าเชื้อตามแผนการรักษา ได้แก่ Tazocin, Remdesivir I.V, Methylprednisolone และสังเกตอาการแพ้ยา

3.6 ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ABG, Sputum C/S, Sputum G/S และผล CxR และรายงานแพทย์

3.7 จัดสิ่งแวดล้อม ทำกิจกรรมเท่าที่จำเป็น ลดการรบกวน เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนลดการใช้ออกซิเจน

4. มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพของโรค และแนวทางการรักษา

(ปัญหาคลายคลึงกัน)

4.1 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามปัญหาเกี่ยวกับโรค การเจ็บป่วย แนวทางการรักษา ให้ข้อมูลอาการและการรักษาเป็นระยะ ๆ

4.2 แนะนำช่องทางการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและญาติ หรือญาติกับเจ้าหน้าที่ ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ที่มีการงดการเยี่ยมผู้ป่วย

4.3 แนะนำวิธีผ่อนคลาย ได้แก่ สวดมนต์ การฝึกหายใจ เป็นต้น

4.4 ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ด้วยจิตเมตตา และแจ้งผู้ป่วยทุกครั้งก่อนทำกิจกรรมการพยาบาล สังเกตลักษณะการแสดงออกของ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
5. มีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกายเนื่องจากการสูญเสียเลือด (ปัญหาคลายคลึงกัน)	ผู้ป่วย เช่น สีหน้าเศร้า เหม่อลอย นอนไม่หลับ ถ้าพบอาการดังกล่าวให้รายงานแพทย์ 5.1 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ 5.2 ให้ยา E.KCI 30 cc NG feed ตามแผนการรักษา 5.3 สังเกตอาการแสดงของภาวะ Hypokalemia และ Hyponatremia
6. ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (ปัญหาที่แตกต่างกันกรณีศึกษาที่ 1)	5.4 ติดตามผลตรวจจี้เล็กโตรไลต์ในเลือด และรายงานแพทย์ 6.1 ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง 6.2 ดูแลถุงปัสสาวะ ไม่ให้สูงกว่าลำตัวผู้ป่วย และไม่ลากพื้น 6.3 วัดอุณหภูมิทุก 4 ชั่วโมง 6.4 ดูแลการได้รับสารน้ำเพียงพอตามแผนการรักษา 6.5 ให้ยา Tazocin 4.5 gm IV q 8 hrs. และแนะนำการรับประทานยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน คือ Amoxycillin (250mg) 2x2 oral ac และสังเกตอาการแพ้ยา
7. ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงเนื่องจากระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงและอ่อนเพลีย (ปัญหาที่แตกต่างกันกรณีศึกษาที่ 1)	7.1 ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย 7.2 ให้การช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 7.3 ให้คำแนะนำญาติในการดูแลผู้ป่วย และประสานการส่งต่อข้อมูลหน่วยงานผู้เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลต่อเนื่อง
ระยะติดตามการรักษา	
8. เสี่ยงต่อภาวะ Re-Bleeding เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคและพฤติกรรมปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสม (ปัญหาคลายคลึงกัน)	8.1 ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติ 8.2 ทบทวนความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคประจำตัว และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม 8.3 ให้คำแนะนำ และเสริมพลังความเชื่อมั่นในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทาน การเลิกสูบบุหรี่ เลิกดื่มสุราและยาสมุนไพร ตลอดจนการซื้อยาแก้ปวดรับประทานเอง 8.4 ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, PT,PTT, INR, LFT และผลการตรวจ EGD 8.4 เน้นย้ำการติดตามการรักษาต่อเนื่อง และอาการเฝ้าระวังที่ต้องมาก่อนนัด ได้แก่ ถ่ายดำ เหนื่อยง่าย เวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นต้น 8.5 แนะนำช่องทางบริการในกรณีที่ไม่สามารถมารับยาต่อเนื่องได้ เช่น การส่งยาทางไปรษณีย์ ร้านยาคุณภาพ เป็นต้น 8.6 จัดระบบบริการในการเตือนก่อนนัดและการติดตามกรณีไม่มาตามนัด
9. ความคงทนในการทำกิจกรรมลดลงจากภาวะโลหิตจาง (ปัญหาที่แตกต่างกันกรณีศึกษาที่ 2)	9.1 แนะนำการจัดระยะเวลาในการทำกิจกรรม การเพิ่มเวลาทำกิจกรรม เพื่อให้ร่างกายสามารถปรับสภาพ 9.2 แนะนำอาการเฝ้าระวัง ได้แก่ เวียนศีรษะ หน้ามืด หัวใจเต้นเร็ว หายใจหอบ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
10. เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อโควิด	9.3 แนะนำอาหารที่ช่วยเสริมพลังโดยเลือกรับพลังงานจากอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตจำพวกแป้งและข้าวเป็นหลัก เลี่ยงโปรตีนจากสัตว์เนื่องจากการมีพยาธิสภาพของโรคประจำตัว
19 สู้บุคคลในครอบครัว (ปัญหาที่แตกต่างกันกรณีศึกษาที่ 2)	9.4 แนะนำญาติให้กำลังใจ และช่วยเหลือในการทำกิจกรรม
	10.1 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และญาติในการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่บ้านตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดโรคโควิด 19 อย่างเคร่งครัด
	10.2 แนะนำการเฝ้าระวังตนเองของบุคคลในครอบครัว
	10.3 ประสานและส่งต่อข้อมูลหน่วยงานผู้เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

สรุปผลการศึกษา

จากวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาล ในผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อคและมีโรคร่วม จำนวน 2 ราย โดยนำกรอบแนวคิด 11 แบบแผนของ Gordon มาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และมีการพยาบาลครอบคลุมกระบวนการพยาบาลตามระยะเวลา 3 ระยะเวลา คือ ระยะแรกเริ่ม ระยะนอนรักษา และระยะติดตามอาการ พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกันคือ 1) มีภาวะช็อคจากการเสียเลือดในทางเดินอาหารส่วนต้น 2) เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อค 3) เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนจากประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง 4) มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพของโรค และแนวทางการรักษา 5) มีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกายเนื่องจากการสูญเสียเลือด 6) เสี่ยงต่อภาวะ Re-Bleeding เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคและพฤติกรรมปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสม และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่แตกต่างกันคือ ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 ได้แก่ 1) ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ 2) ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงเนื่องจากระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงและอ่อนเพลีย กรณีศึกษาที่ 2 ได้แก่ 1) ความคงทนในการทำกิจกรรมลดลงจากภาวะโลหิตจาง 2) เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อโควิด 19 สู้บุคคลในครอบครัว ซึ่งกรณีศึกษารายที่ 1 อาการทุเลา (Improve) แพทย์จำหน่ายและส่งกลับรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชน (Refer back) รวมระยะเวลาในการศึกษา 5 เดือน และกรณีศึกษารายที่ 2 อาการทุเลา (Improve) ยังมีการติดตามอาการต่อเนื่อง รวมระยะเวลาในการศึกษา 8 เดือน

ข้อเสนอแนะ

1. มีการใช้ Early warning sign ในการแยกประเภทผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ณ จุดคัดกรองผู้ป่วยนอก เพื่อส่งรักษาต่อในหน่วยบริการที่ถูกต้องเหมาะสม
2. มีระบบการเตือนก่อนนัด และการติดตามกรณีที่ไม่มาตามนัด ในผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ที่ต้องรับการติดตามอาการต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- จันทราภา ศรีสวัสดิ์, และคณะ. (2551). อายุรศาสตร์ฉุกเฉิน.กรุงเทพฯ.นำอักษรการพิมพ์
พรศิริ พันธสี. (2561). กระบวนการพยาบาล&แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. (พิมพ์ครั้งที่21).
กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด พิมพ์อักษร.
- โรงพยาบาลขอนแก่น. (2566). รายงานแบบประเมินตนเอง ตอนที่ IV ผลการดำเนินงานขององค์กร
(ตัวชี้วัดคุณภาพองค์กร). โรงพยาบาลขอนแก่น
- อมฤต ตาลเสวต, และคณะ.(2556). ศัลยศาสตร์วิชีรพยาบาล. กรุงเทพฯ: โฆษิตการพิมพ์.
- อภิชาติ พิริยการนนท์ (2554). ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนUpper Gastrointestinal Bleeding.
ใน : จักรพันธ์ ปรีดานนท์, บรรณาธิการ. Common surgical problems in general practice.
ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์.
- Barkun AN, Bardou M, Kuipers EJ, et al (2010). International concensus recommendations of
the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding.
Ann Intern Med.
- Van Leerdam ME, Vreeburg EM, Rauws EA, et al (2003). Acute upper GI bleeding: did anything
change? Time trend analysis of incidence and outcome of acute upper GI bleeding
between 1993/1994 and 2000. Am J Gastroenterol.