

การพยาบาลผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารทะลุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา

Nursing care of a patient peptic ulcer perforated with sepsis: A case study

(Received: September 26,2024 ; Revised: September 29,2024 ; Accepted: September 30,2024)

สุนิสา บุตรเอก¹

SUNISA BOOT-EK¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารทะลุ ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยชายไทยอายุ 48 ปี มาโรงพยาบาลวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2566 มาด้วยอาการปวดท้องใต้ลิ้นปี่ ท้องอืด นอนราบไม่ได้ 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล มีประวัติโรคประจำตัว เก๊าต์ ไตวายเรื้อรัง ตับ มีประวัติรับประทานยาแก้ปวด Diclofenac

ผลการศึกษา ส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ พบ ruptured hollow viscus organ แพทย์วินิจฉัย Peptic ulcer perforation with Sepsis ได้รับการผ่าตัด Explore laparotomy with Simple suture with Omental Graft ระยะก่อนผ่าตัด มีภาวะพร่องออกซิเจน มีภาวะช็อกจากพร่องสารน้ำและเกลือแร่ร่วมกับติดเชื้อในกระแสเลือด ได้ให้การพยาบาลให้ออกซิเจน ให้สารน้ำอย่างเพียงพอ ใหยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาติดตามสัญญาณชีพใกล้ชิด ระยะหลังผ่าตัด เสี่ยงต่อภาวะช็อกซ้ำ เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนขณะหยาเครื่องช่วยหายใจ ปวดแผลผ่าตัดมาก ได้ให้การพยาบาล ติดตามสัญญาณชีพ บรรเทาอาการปวดแผล Morphine 3 mg iv stat pm ทุก 4 ชั่วโมง 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด สามารถถอดท่อหายใจได้ หลังผ่าตัด 4 วัน เริ่มรับประทานอาหารได้ อาการดีขึ้นตามลำดับ จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ในวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2566 รวมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล 11 วัน

คำสำคัญ: การพยาบาล, โรคกระเพาะอาหารทะลุ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

Abstract

This study was case study aimed to study the nursing care of a patient peptic ulcer perforated with sepsis. A 48-year-old Thai male patient was admitted to the hospital on February 15, 2023, with symptoms of epigastric pain, abdominal distension, and an inability to lie flat for 1 day before admission. The patient had a history of gout, chronic kidney disease, and liver disease, and had been taking the analgesic Diclofenac.

Results: A computed tomography scan revealed a ruptured hollow viscus organ. The patient was diagnosed with peptic ulcer perforation complicated by sepsis. Surgery was performed, consisting of exploratory laparotomy with a simple suture and omental graft. Preoperatively, the patient experienced hypoxemia and shock due to dehydration and electrolyte imbalance, in addition to sepsis. Nursing care included administering oxygen, providing adequate fluid resuscitation, administering antibiotics as per the treatment plan, and closely monitoring vital signs. Postoperatively, the patient was at risk of recurrent shock, tissue hypoxia during weaning from mechanical ventilation, and severe pain at the surgical site. Nursing interventions included monitoring vital signs and alleviating pain with Morphine 3 mg IV stat PRN every 4 hours. The patient was successfully weaned from mechanical ventilation 48 hours after surgery and began oral intake on the 4th postoperative day. The patient's condition improved progressively, and he was discharged home on February 26, 2023, with a total hospital stay of 11 days.

Keywords: Nursing care, perforated peptic ulcer, sepsis

บทนำ

แผลกระเพาะอาหารทะลุ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สืบเนื่องมาจากโรคกระเพาะอาหาร

เป็นแผล ซึ่งพบมากในปัจจุบัน โดยสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องในเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยาต้านการอักเสบ

¹ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบ้านหมี่

ในกลุ่มเอ็นเสดเป็นเวลานาน เช่น แอสไพริน ไอบูโพรเฟน ส่งผลให้เกิดแผลบริเวณกระเพาะอาหาร เมื่อภาวะของโรคดำเนินเป็นแผลลึกมีการทะลุของกระเพาะอาหาร¹ จากการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศเยอรมัน พบว่ามีผู้ป่วยที่เป็นแผลกระเพาะอาหารทะลุประมาณ 100 - 150 รายต่อแสนประชากรต่อปี พบทั้งเพศชายและเพศหญิงในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันโดยพบในเพศชายและเพศหญิงร้อยละ 14 และ 11 ตามลำดับ² สำหรับสถิติในประเทศไทย ปีพ.ศ. 2564 - 2566 ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีอัตราการเกิดแผลกระเพาะอาหารทะลุ 709.4 748 และ 817.09 ต่อแสนประชากรต่อปีตามลำดับ³ (กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

จากสถิติของผู้ป่วยโรคแผลกระเพาะอาหารทะลุที่ได้เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลบ้านหมี่ ในปีพ.ศ. 2564 - 2566 พบจำนวนผู้ป่วย 184 ราย 195 ราย และ 198 ราย ตามลำดับ⁴ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดช่องท้องโดยการผ่าตัดเพื่อเย็บรูรั่วบริเวณแผล ซึ่งเป็นการผ่าตัดเร่งด่วนเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดและภาวะช็อกจากพร่องสารน้ำ⁵ ผู้ป่วยต้องได้รับการวางแผนการดูแลอย่างครอบคลุมในระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด โดยในระยะก่อนผ่าตัดต้องมีการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย เช่น การให้สารน้ำทดแทนเพื่อควบคุมปริมาตรน้ำในหลอดเลือด การควบคุมการติดเชื้อในช่องท้อง และการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้มักเป็นกลุ่มที่มีโรคประจำตัว และสูงอายุการทำงานของอวัยวะต่างๆ ของร่างกายลดลงจากการเสื่อมสภาพ จึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย จึงต้องมีการประสานงานที่ดีระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งทีมผ่าตัด ทีมวิสัญญีเพื่อวางแผนการรักษาพยาบาลร่วมกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะวิกฤตที่อาจถึงแก่ชีวิตได้จากหลายสาเหตุ เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือด การติดเชื้อทางบาดแผล และความเจ็บปวดแผลผ่าตัด

ดังนั้นพยาบาลจึงเห็นความสำคัญของผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารทะลุ โดยมุ่งเน้นการรักษาพยาบาลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ผู้ดูแล และคนในครอบครัว ตลอดจนพยาบาลต้องคำนึงถึงแนวทางการพยาบาล เนื่องจากมีความซับซ้อนของโรค และจากลักษณะจำเพาะส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด และการฟื้นฟูต้องใช้เวลานานมากกว่าคนปกติจึงต้องได้รับการดูแลและมีการเตรียมความพร้อมอย่างครอบคลุมในทุกมิติเพื่อให้การพยาบาลที่ครอบคลุม เป็นองค์รวม และเป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาลในการป้องกัน และลดภาวะแทรกซ้อนขณะผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ลดอัตราการเสียชีวิต และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นสุขกับครอบครัว

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาข้อมูลการเจ็บป่วย ปัจจัยเสี่ยง พยาธิสภาพและอาการแสดง การรักษา และการพยาบาลผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารทะลุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

วิธีการศึกษา

1. เลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารทะลุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด
2. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
3. ดำเนินการศึกษาโดยใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล
4. วางแผนการพยาบาล โดยรวบรวมข้อมูลตามกระบวนการพยาบาล เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยและกิจกรรมการพยาบาล
5. สรุปผลการศึกษา จัดทำรูปเล่ม และเผยแพร่ผลงาน

ผลการศึกษา

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 48 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย สถานภาพสมรส มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้องใต้ลิ้นปี่ ท้องอืด นอนราบไม่ได้ 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล มีประวัติโรคประจำตัว เกาต์ ไตวาย

เรื้อรัง ตับ มีประวัติรับประทานยาแก้ปวด Diclofenac เป็นประจำเพื่อบรรเทาอาการปวดตามร่างกายและรักษาเกาต์ จากการประเมินตามแบบแผนสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยมักจะไปรักษาที่โรงพยาบาลบ้านหมีเป็นประจำนับตั้งแต่ทราบว่าป่วยเป็นโรคเกาต์ตั้งแต่ปี 2558 หลังจากนั้นตรวจพบภาวะแทรกซ้อนไตวายเรื้อรัง ตับ 4 ปีต่อมา ผู้ป่วยดื่มสุราเป็นประจำประมาณครึ่งขวดทุกวัน ปัจจุบันหยุดดื่มสุราหลังจากทราบว่าป็นโรคตับ รับประทานอาหารได้ทุกชนิด เน้นการรับประทานของจืด แต่ผู้ป่วยไม่ค่อยปฏิบัติยังคงติดรสชาติอาหารเค็ม เมื่อครั้งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ้านหมีที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2566

ตรวจเอกซเรย์ช่องท้อง No Free Air

ผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง

พบ Air and Fluid at Upper Anterior Abdomen and Periheptic Region, Indicating ruptured hollow viscus organ, Rt pleural effusion

การวินิจฉัยครั้งแรก R/O Ruptured Hollow Viscus organ

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย Peptic ulcer perforation with Sepsis

สรุปอาการ

แรกรับที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม รู้สึกตัว บ่นหายใจไม่อิ่ม ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 120 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 83/64 มิลลิเมตรปรอท ประเมิน SOS score = 6 ใส่สายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะออก 20 ml ใน 1 ชั่วโมงให้ออกซิเจน mask with bag 10 LPM ผู้ป่วยมีภาวะซีด (Hct 24.5%) ให้เลือดชนิด PRC 1 ยูนิต หลังเลือดหมดเจาะ Hct ได้ 30% ให้ยาลดการหลั่งกรด Omeprazole 40 mg v OD ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1000 ml iv 100 ml/hr 8 ชั่วโมง Lasix 20 mg stat ให้ยาเพิ่มความดันโลหิต Levophed 4 mg ผสมใน 5% D/W 250 ml (1: 62.5) v drip 5 ml/hr ให้ยาปฏิชีวนะ Tazocin 4.5 gm v drip ทุก 6 ชั่วโมง ให้เตรียมผ่าตัด Explore Laparotomy emergency

ระหว่างรอผ่าตัด ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบมากขึ้น อัตราการหายใจ 34 ครั้ง/นาที ชีพจร 128 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 92/61 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว 92% ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและส่งผ่าตัดด่วน

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Explore laparotomy with Simple suture with Omental Graft ใช้เวลาในการผ่าตัด 2 ชั่วโมง สูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 200 มิลลิเมตร ผู้ป่วย on ET-tube no.8 ลึก 21 cms ตรวจสอบตำแหน่งท่อช่วยหายใจ on Bird's Respiator RR 18/min หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 110 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 98/60 มิลลิเมตรปรอท ประเมิน SOS score= 6 แผลผ่าตัดหน้าท้องแนว midline แผลยาว 18 เซนติเมตร มีเลือดซึมด้านล่างของแผลเล็กน้อย เจาะ Hct ได้ 28% ให้เลือดชนิด PRC 1 unit ขณะให้เลือดไม่พบอาการผิดปกติ วางแผนการพยาบาลในการป้องกันภาวะสุดสักรัก ให้การดูแลระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจ การประเมินเลือดที่ออกทางบาดแผล ประเมินภาวะพร่องสารน้ำ สัญญาณชีพเข้าสู่ระดับปกติและคงที่ (ความดันโลหิต 100/62 - 110/94 มิลลิเมตร) ไม่พบภาวะไตวายเฉียบพลันจากพร่องสารน้ำ จึงหยุดการให้ Levophed ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากปวดแผลมาก pain score 7 - 8 คะแนน บำบัดความเจ็บปวดโดยการจี้ทำ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวด Morphine 4 mg iv อาการปวดทุเลาลง

48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ย้ายผู้ป่วยกลับมาดูแลต่อที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ยังมีไข้ (อุณหภูมิ 37.5 - 38.1 องศาเซลเซียส) หายใจไม่เหนื่อยหอบ วางแผนหย่าเครื่องช่วยหายใจปฏิบัติตาม Protocol Weaning สามารถถอดท่อหายใจได้ On O₂ Canular 5 LPM ความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว 97 - 99% แผลผ่าตัดหน้าท้องแห้งดี กระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ไม่พบภาวะซีด Hct 34% ผลเพาะเชื้อในเลือดพบเชื้อ Gram

Positive Cocci ให้ยาปฏิชีวนะต่อเนื่อง 10 วัน หลัง
ผ่าตัด 4 วัน ผู้ป่วยลุกเดินช่วยเหลือตัวเองได้ เริ่มจิบ
น้ำ รับประทานอาหารเหลวได้ตามลำดับ หลัง
รับประทานอาหารท้องไม่อืดตึง แผลผ่าตัดไม่พบการ
ติดเชื้อ แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้าน ได้รับ
คำแนะนำการป้องกันการเกิดโรคซ้ำ วางแผน
จำหน่ายและจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ในวันที่ 26

กุมภาพันธ์ 2566 รวมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล
11 วัน จากการติดตามผลการรักษา ผู้ป่วยสภาพ
ร่างกายแข็งแรง แผลผ่าตัดหลังตัดไหมแห้งดี ขับถ่าย
ปกติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการ พยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนผ่าตัด 1. มีภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากอยู่ในภาวะ ช็อกและปอดขยายตัวไม่เต็มที่จากมีน้ำในช่องเยื่อ หุ้มปอด	ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพอาการ และอาการแสดงทุก 1 ชั่วโมง แล้วปรับเป็น ทุก 4 ชั่วโมงเมื่ออาการเริ่มคงที่โดย Monitor NIBP ติดตามชีพจร อัตราการหายใจ ความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ประเมินภาวะ Cyanosis และ Air hunger ไม่ใช้กล้ามเนื้อทรวงอกช่วยหายใจ หายใจสัมพันธ์กับเครื่องภาวะ cyanosis เช่นปลายมือปลายเท้า ชีต เย็น หายใจเหนื่อยหอบ ปีกจมูกบาน กระสับกระส่าย ซึมลง ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยดูดเสมหะทุกครั้งเมื่อมีเสมหะ หรือเมื่อพบว่ามีความเสี่ยงเสมหะในปอด ในลำคอ หากพบ ดูแลเคาะปอด Suction จัดทำ นอนให้ศีรษะสูง 30 - 45 องศา เพื่อให้กระบังลมหย่อน เพิ่มพื้นที่การขยายของปอด ทำให้ได้รับ ออกซิเจนมากขึ้น และดูแลพลิกตะแคงตัว เปลี่ยนท่าให้ผู้ป่วยทุก 1 - 2 ชั่วโมง เพื่อให้เสมหะมีการเคลื่อนไหว และง่ายต่อการขับออกมา ดูแลเครื่องช่วย หายใจ On ETT NO. 8 Mark 21 RR 16 ให้การพยาบาลระหว่างใส่ท่อช่วยหายใจ และการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยตรวจสอบตำแหน่งที่เหมาะสมของท่อช่วยหายใจ ภายหลังใส่ท่อช่วยหายใจ และยึดท่อช่วยหายใจ ให้อยู่กับที่โดยการติดพลาสเตอร์ และใช้เชือกยึดท่อช่วยหายใจป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดดูแลและจัดสายต่อ เครื่องช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่ไม่ดึงรั้ง ประเมินเยื่อในช่องปากว่าแห้งมีรอย แดงหรือมีบาดแผลหรือไม่ เวนละ 1 ครั้ง และทำความสะอาดช่องปากและฟันทุก 8 ชั่วโมง ทาครีมฟีนอกซ์ผู้ป่วยด้วยวาสลีนเพื่อป้องกันไม่ให้ริมฝีปากแห้ง วัดความดันของ กระเปาะลมของท่อช่วยหายใจไม่ให้เกิน 20 - 30 เซนติเมตรน้ำเพื่อป้องกันการกด ทับหลอดลม จัดบันทึกและตรวจสอบการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้ตรงกับ เครื่องช่วยหายใจที่ตั้งไว้ทุกเวร ส่งและติดตามผลภาพถ่ายรังสีทรวงอกเพื่อตรวจสอบ ตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ ดูแลเตรียมอุปกรณ์ ช่วยเหลือให้พร้อม ในภาวะที่มี ภาวะการหายใจล้มเหลว การประเมินผล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว อุณหภูมิ 36.8 - 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 - 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 - 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60 - 110/84 มิลลิเมตรปรอท และสามารถ ถอดท่อหายใจ ได้หลังจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ 3 วัน ความอิ่มตัวออกซิเจนปลาย นิ้ว 99 - 100%
2. มีภาวะช็อกจากพร่องสารน้ำและเกลือแร่ ร่วมกับติดเชื้อในกระแสเลือด	เพิ่มปริมาณสารน้ำในหลอดเลือดดำ โดยดูแลให้ 0.9 % NaCl 1000 ml v Load Free Flow 1000 ml then 120 ml/hr ควบคุมจำนวนหยดให้ผู้ป่วยได้รับตาม แผนการรักษา แก้ไขภาวะความผิดปกติของโพตัสเซียมต่ำ โดยผสม KCL 40 mEq ใน 0.9 % NaCl 1000 ml v drip 120 ml/hr ให้จำนวน 1 ขวด เพิ่มการบีบตัวของ หัวใจโดยการให้ Levophed 4 mg ผสมใน 5% D/W 250 ml (1: 62.5) v drip 5 ml/hr Keep systolic pressure มากกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท วัดสัญญาณชีพทุก 30 นาทีเพื่อประเมินการไหลเวียนและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย สังเกตระดับ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ความรู้สึก อารการกระสับกระส่าย ผิวหนังเย็นขึ้น เหงื่อออก พบผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ยังมีอาการกระสับกระส่าย ผิวหนังเย็นขึ้น เหงื่อออก ชีพจรเบาเร็ว หายใจเร็ว บันทึกรจำนวนน้ำที่ร่างกายได้รับ และบันทึกจำนวนปัสสาวะที่ออกทุก 1 ชั่วโมง และประเมินความสมดุลในรอบ 24 ชั่วโมง ลดการติดเชื้อ โดยให้ยาปฏิชีวนะ Tazocin 4.5 gm v drip ทุก 6 ชั่วโมง รวมระยะเวลา 10 วัน การประเมินผล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการกระสับกระส่ายหรือสับสน ปัสสาวะออก 40 ml ใน 1 ชั่วโมง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส ชีพจร 110 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/64 มิลลิเมตรปรอท Capillary refill $\leq$ 2 วินาที
3. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลกลัวการผ่าตัด	สร้างสัมพันธภาพ พูดและซักถามผู้ป่วยเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยบอกความรู้สึกและความวิตกกังวล ให้ข้อมูลเรื่องการผ่าตัดเร่งด่วน และสาเหตุ เนื่องจากภาวะช็อกจากภาวะอาหารทะเลเพื่อให้เข้าใจการดำเนินโรค และเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง อธิบายเหตุผลในการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายให้ผู้ป่วยและญาติทราบ ได้แก่ เตรียมบริเวณผ่าตัด ใส่สายสวนปัสสาวะ เจาะเลือด ให้สารน้ำ และเลือด การดื่มน้ำและน้ำ ให้ข้อมูลถึงการให้ยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด การให้ยาระงับปวดหลังจากออกจากห้องผ่าตัด และการดูแลเพื่อลดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยและญาติ การประเมินผล ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล สีหน้าผ่อนคลาย เมื่อสอบถามผู้ป่วยเข้าใจเหตุผลของการผ่าตัด และสามารถบอกการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดได้ถูกต้อง
ระยะหลังผ่าตัด 4. เสี่ยงต่อภาวะช็อกจากการเสียน้ำและเลือดหลังการผ่าตัด	ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 1 ชั่วโมง ทุก 30 นาที 1 ชั่วโมง และทุก 1 ชั่วโมง จนสัญญาณชีพปกติ เพื่อประเมินอาการและภาวะช็อกหลังผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด สูญเสียเลือด 200 มิลลิลิตร ดูแลให้สารน้ำ 0.9% NSS 1000 ml v drip 100 ml/hr และ PRC 1 unit เพื่อทดแทนสมดุลของสารน้ำและเลือดในร่างกาย สังเกตอาการแทรกซ้อนขณะให้สารน้ำและเลือด สังเกตอาการ เพื่อเฝ้าระวังการเสียเลือดในช่องท้อง ได้แก่ กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น ท้องอืด แผลหน้าท้องมีเลือดซึม เจาะเลือดตรวจ Hct ภายหลังเลือดหมด เพื่อประเมินภาวะช็อกจากการเสียเลือด ประเมินจำนวนปัสสาวะที่ออกทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะช็อก ถ้าจำนวนปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง รายงานแพทย์ทราบทันที ดูแลให้ยา Levophed 4 mg ผสมใน 5% D/W 250 ml(1: 62.5) v drip 5 ml/hr Keep systolic pressure มากกว่า 80 มิลลิเมตรปรอทตามแผนการรักษา การประเมินผล 24 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แผลหน้าท้องไม่มีเลือดซึม ท้องไม่อืด Hct ภายหลังเลือดหมด 32% ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 - 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 - 80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 - 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/58 - 120/64 มิลลิเมตรปรอท ปัสสาวะออก 40 - 50 มิลลิลิตร/ชั่วโมง 72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แผลหน้าท้องไม่มีเลือดซึม ท้องไม่อืด ตรวจวัดสัญญาณชีพ ชีพจร 72 - 80 ครั้ง/นาที หายใจ 18 - 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/58 - 120/74 มิลลิเมตรปรอท ปัสสาวะออก 50 - 60 มิลลิลิตร/ชั่วโมง
5. เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนขณะหยาเครื่องช่วยหายใจ	เตรียมผู้ป่วยให้พร้อมโดยอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจขั้นตอนการหยาเครื่องช่วยหายใจ ตลอดจนให้การดูแลอย่างใกล้ชิดและให้กำลังใจ ประเมินประสิทธิภาพของปอด ประเมินการไอ และวัด Tidal Volume ทุก 5 - 10 นาที จนกระทั่งคงที่ ต่อมาประเมิน ทุก 1 ชั่วโมง ประเมินสัญญาณชีพก่อนและขณะหยาเครื่องทุก 5 - 10 นาที

ตารางที่ 1 ข้อวินิจัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยทนต่อการหยาได้หรือไม่ โดยให้ O₂ T - piece 10 LPM 15 นาที ทุกๆ 2 ชั่วโมง และเพิ่มเวลาในการหยาเครื่องขึ้นเรื่อยๆตามแผนการรักษาของแพทย์ Monitor O₂ saturation ระหว่างการฝึกหายใจ แจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่าจะทำการถอดท่อช่วยหายใจ ดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจและในปากออกให้หมด และดำเนินการถอดท่อช่วยหายใจ เมื่อผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจแล้ว On O₂ Mask with Bag 10 lit/min ประเมินลักษณะการหายใจ Monitor O₂ Saturation อัตราการเต้นของหัวใจภายหลังถอดท่อช่วยหายใจ ติดตามและบันทึกอาการหลังถอดท่อช่วยหายใจ เตรียมอุปกรณ์พร้อมใส่ใหม่เมื่อมีอาการเหนื่อยหอบ และมีอาการของภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน การประเมินผล ไม่มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ตัวเย็น ปลายมือปลายเท้าเขียว ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย หายใจลำบาก อัตราการหายใจ 18 - 20 ครั้ง/นาที O₂ saturation 99 - 100 %
6. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด	ดูแลจัดท่า Fowler's position ช่วยให้ผนังหน้าท้องหย่อนตัว ลดการตึงตัวของแผล ช่วยลดอาการปวดแผลบริเวณหน้าท้องได้ และยังช่วยให้หายใจสะดวกขึ้น สอบถามถึงความเจ็บปวด บริเวณที่ปวด ระยะเวลาของความเจ็บปวดเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการเจ็บตึงแผล เบี่ยงเบนความสนใจโดยการชวนพูดคุยเพื่อให้ง่วงนอน สนใจไปที่สิ่งใดสิ่งหนึ่งแล้ว จะทำให้การรับรู้ความเจ็บปวดลดลง แนะนำให้ใช้มือประคองแผลผ่าตัดขณะเคลื่อนไหวและมีการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างช้าๆ เวลาเปลี่ยนท่าหรือไอ เพื่อลดการกระทบกระเทือนเนื้อเยื่อบริเวณบาดแผล ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ Morphine 3 mg v stat pm ทุก 4 ชั่วโมง จำนวน 3 ครั้ง สังเกตอาการข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียนกดการหายใจ ง่วงนอน เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่า (Orthostatic Hypotension) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอโดยจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม ปราศจากสิ่งกระตุ้นและสิ่งรบกวน จำกัดเวลาเยี่ยมเยียนผู้ป่วยหลับ การประเมินผล ผู้ป่วยทุเลาปวดแผล ขณะเคลื่อนไหวร่างกาย ไม่แสดงสีหน้าเจ็บปวด ผู้ป่วยหลับพักผ่อนได้ หลังได้รับยาแก้ปวดมี Early Ambulation มากขึ้น ลูกนั่งข้างเตียงและเดินไปเข้าห้องน้ำได้ Pain score 3 - 4 คะแนน
7. เสี่ยงติดเชื้อที่แผลผ่าตัดเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บจากการผ่าตัดและมีภาวะโรคตับร่วม	ประเมินตุลัลักษณะบาดแผล ได้แก่ รอยบวมแดง แผลแยก มีลักษณะ Discharge สีผิดปกติ และมีหนอง เพื่อประเมินการติดเชื้อ ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง ทำแผลโดยยึดหลักปราศจากเชื้อทำแผลผ่าตัดแบบ Dry Dressing โดยใช้สำลีชุบ NSS เช็ดบริเวณริมแผล suture โดยเช็ดวนจากด้านในออกด้านนอกรอบแผล ถ้ามีเลือดเปื้อนระหว่างรอยเย็บแผลเช็ดออกจนสะอาดแล้วจึงปิดแผล สังเกตลักษณะของ discharge ทุกครั้งที่ทำแผล สอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลบาดแผล ระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ ไม่ใช้มือหรือวัตถุสิ่งของถูกต้องบริเวณบาดแผล เพราะอาจจะเป็นการเพิ่มเชื้อโรคสู่บาดแผล วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงประเมินภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา คือ Tazocin 4.5 gm v drip ทุก 6 ชั่วโมง และสังเกตอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ ผื่น คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ รักษาความสะอาดของร่างกายทั่วไป เช่น ผม ปาก เล็บ ฟัน และผิวหนัง เพื่อป้องกันการติดเชื้อ การประเมินผล ลักษณะบาดแผลแห้ง ไม่มี Discharge ชิม แผลไม่บวมแดง ผู้ป่วยดูแลบาดแผลได้อย่างถูกต้อง แผลไม่เปียกน้ำ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 - 37.1 องศาเซลเซียส

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
8. มีโอกาสเกิดแผลในกระเพาะอาหารซ้ำเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในโรคที่เป็นอยู่	สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ ประเมินปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา รับประทานอาหารที่มีรสเผ็ดจัด ปัจจัยส่งเสริม ได้แก่ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่รับประทานเอง ที่มีผลระคายเคืองต่อกระเพาะอาหาร ทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร ประเมินความรู้ของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับโรคพบว่ามีความรู้ที่น้อย แนะนำให้พักผ่อนเพียงพอทั้งร่างกายและจิตใจ ลดภาวะเครียด และความวิตกกังวลต่าง ๆ ให้หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารเผ็ดเปรี้ยว รับประทานอาหารให้เป็นเวลาวันละประมาณ 3 - 4 มื้อต่อวัน ไม่ควรรับประทานอาหารครั้งละมาก ๆ และแนะนำให้หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ทำให้เกิดการระคายเคือง และอักเสบ ของเยื่อทางเดินอาหาร เช่น ยาชุดแก้ปวดกล้ามเนื้อ แนะนำให้งดการดื่มแอลกอฮอล์และกาแฟ ซึ่งจะทำให้อาการของแผลในกระเพาะอาหารเป็น มากขึ้น แนะนำให้สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนของแผลในกระเพาะอาหาร เช่น อาการปวดใต้ลิ้นปี่ จุกเสียด แน่น ท้องอืด แนะนำให้ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนของแผลในกระเพาะอาหาร ได้แก่ เลือดออก ทะลุ อุจจาระ ดิบแข็ง ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายดำ ปวดแน่นท้อง รับประทานอาหารไม่ได้ คลื่นไส้ อาเจียนมาก หรือมีไข้ควรรีบมาพบแพทย์ หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่รับประทานเอง หากมีปัญหาทางสุขภาพควรปรึกษาแพทย์ ประเมินความเข้าใจโดยถามซ้ำอีกครั้ง การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคแผลในกระเพาะอาหาร เมื่อสอบถามผู้ป่วยและญาติตอบได้ถูกต้อง

สรุปและอภิปรายผล

การวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแผลในกระเพาะอาหารทะลุในระยะก่อนผ่าตัด เป็นระยะที่มีความสำคัญมาก เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคเมื่อเกิดแผลทะลุจะมีกรด น้ำย่อย และเศษอาหารรั่วออกมาทำให้ช่องท้องอักเสบซึ่งในระยะแรกการอักเสบเป็นแบบ Chemical Peritonitis แต่หลายชั่วโมงต่อมา จะเปลี่ยนเป็น Bacterial Peritonitis การอักเสบจะทำให้ผู้ป่วยเสียน้ำในช่องท้อง มีการปนเปื้อนในช่องท้องมาก ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะช็อกจากพร่องสารน้ำและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดภายใน 24 ชั่วโมง ผู้ศึกษาจึงได้วางแผนการดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดคือแก้ไขภาวะพร่องสารน้ำโดยการให้สารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำอย่างรวดเร็ว ให้เพียงพอก่อนผ่าตัด ควบคู่กับประเมินภาวะไตวายเฉียบพลันประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างใกล้ชิด การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อ

เข้ารับการผ่าตัดเร่งด่วนการเตรียมความพร้อมของทีมในการดูแลตั้งแต่ระยะก่อน ระหว่าง หลังผ่าตัด¹

ภายหลังผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตแล้ว สิ่งที่สำคัญคือป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน เช่น ปอดอักเสบ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ท้องอืด ในระยะวางแผนจำหน่าย ผู้ศึกษาเตรียมความพร้อมในการดูแลบาดแผลต่อเนื่อง การส่งเสริมภาวะโภชนาการ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ได้ชักนำให้ญาติมีส่วนร่วมในการให้กำลังใจผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงผลเสียของการรับประทานยาแก้ปวด เพื่อลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยกระเพาะอาหารทะลุ จากการวางแผนการดูแลอย่างครอบคลุม ทำให้ผลลัพธ์ในการดูแลรักษาได้ผลดีเป็นไปตามที่ตั้งเป้าหมายไว้²

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการทบทวนอุบัติการณ์อันไม่พึงประสงค์ ที่เกิดจากการดูแลรักษาผู้ป่วยผ่าตัดแผล

กระเพาะอาหารทะลุโดยสหสาขาวิชาชีพ เพื่อหาสาเหตุราก (Root Cause) และแก้ไขปัญหาดังตรงประเด็น

2. ควรให้ความสำคัญในประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดกระเพาะอาหารทะลุ โดยกลวิธีต่าง ๆ ซึ่งต้องเน้นการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้ประชากรมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยเฉพาะในเรื่องการรับประทานยาแก้ปวด ลดการซื้อยาแก้ปวด

ที่เป็นยาชุด ยาลูกกลอน ที่มีส่วนผสมของสเตียรอยด์มารับประทานเอง

3. ควรมีระบบการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยแผลกระเพาะอาหารทะลุก่อนการส่งต่อ และภายหลังการจำหน่ายระหว่างโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งสถานีอนามัยซึ่งอยู่นอกเขตความรับผิดชอบ ให้มีการประเมินและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการจำหน่ายได้

เอกสารอ้างอิง

1. อมรรภรณ์ ชาครานนท์. (2567). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระเพาะอาหารทะลุ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย. https://srth.go.th/research/file/20240403161134-25_
2. Chung, K, T. & Shelat, v. g. (2017). Perforated peptic ulcer- an update. World Journal of Gastrointestinal Surgery, 1 (9), 1-12.
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2566). สถิติโรค. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
4. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลบ้านหมี่ หน่วยงานศัลยกรรม. (2566). รายงานประจำปี 2566. โรงพยาบาลบ้านหมี่.
5. สุนทรี เรืองสวัสดิ์. (2566). กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลกระเพาะทะลุร่วมกับภาวะช็อกที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง. บทความวิชาการ วิจัย และนวัตกรรม คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล.