การพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลกระเพาะอาหารทะลุร่วมกับภาวะช็อกด้วยการผ่าตัดช่องท้อง : กรณีศึกษา

Nursing care of a patient with gastric ulcer and shock who received abdominal surgery: Case Study

(Received: June 26, 2026; Revised: June 29, 2026; Accepted: June 30, 2026)

ภคมน เพชรรัตน์[1]
Pakamon Petcharat[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผู้ป่วยกะเพาะทะลุด้วยการผ่าตัดช่องท้องร่วมกับภาวะช็อก วิธีการศึกษาครั้งนี้เป็น ผู้ป่วยชายพม่า เข้ารับการรักษาห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางสะพาน จำนวน 1 ราย ด้วยโรคกระเพาะอาหารทะลุร่วมกับภาวะช็อก ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดช่องท้อง Explore laparotomy ด้วยวิธี Simple suture with omental graft ในช่วง 6 มกราคม 2568 – 12 มกราคม 2568 รวมระยะเวลา 6 วัน จากแบบ บันทึกข้อมูล เวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ และการเยี่ยมติดตามอาการหลังจำหน่ายกลับบ้าน

ผลการศึกษาพบผู้ป่วยชายพม่า อายุ 32 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการ ปวดทั่วท้อง 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีประวัติเป็นโรคกระเพาะ ปวดเมื่อยตัว ซื้อยาแก้ปวด ยาชุดรับประทานเองเป็นประจำ และดื่มแอลกอฮอล์บ่อย แรกรับตรวจร่างกายพบ Tenderness guarding ผล CT Whole Abdomen พบ Free air and fluid located anterior abdomen ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดช่องท้อง การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ร่วมกับให้ยาปฏิชีวนะ หลังจากนั้น ผู้ป่วยอาการดีขึ้นตามลำดับ จำหน่ายกลับบ้านได้หลังนอนโรงพยาบาล 6 วัน

คำสำคัญ : การพยาบาล, โรคกระเพาะอาหารทะลุ, ภาวะช็อค , การผ่าตัดเปิดช่องท้อง

Abstract

This study was case study focuses on examining shock-afflicted patients undergoing abdominal surgery for gastric perforation. The research encompassed a single Myanmar male patient admitted to the Emergency Room at Bang Saphan Hospital, diagnosed Gastric ulcer perforation with shock and treated with an exploratory laparotomy and simple suture reinforced with an omental graft from January 6 to January 12, 2025, a period of six days. Data were gathered from inpatient records, patient and relative interviews, and post-discharge symptom follow-ups.

The study revealed that a 32 yearold Myanmar male presented at the hospital with acute generalized abdominal pain, history of Gastric ulcer, including daily painkillers and alcohol regulrly. Initial examination showed abdominal tenderness and guarding, with CT Whole Abdomen revealing Free air and fluid located anterior abdomen. The patient was treated with abdominal surgery, intravenous fluids and antibiotics, showing significant improvement and hospital discharge after six days.

Keywords : nursing , Gastric ulcer perforation , shock , abdominal surgery

บทนำ

โรคแผลกระเพาะอาหารทะลุ (perforate) หมายถึงการที่แผลในกระเพาะอาหารลึกขึ้นจนทะลุผ่านชั้นmuscular และ serosal ขนาดของรูทะลุมีได้ตั้งแต่ 3 มิลลิเมตรจนถึง 1 เซนติเมตรหรือใหญ่กว่า เมื่อเกิดแผลทะลุจะเกิดกรดน้ำย่อยและเศษอาหารจะรั่วออกสู่ peritoneal cavity ทำให้เกิด generalized peritonitis ขึ้น ในกรณีที่แผลทะลุมีขนาดเล็ก fibrin และอวัยวะข้างเคียง omen tum หรือตับอาจช่วยอุดรูทะลุได้บางส่วน

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบางสะพาน

โดยแผลที่เกิดขึ้นจะไม่ปิดเองและมีการปนเปื้อนในช่องท้องมาก ผู้ป่วยจะเข้าสู่ภาวะช็อคจาก hypovolemia และ sepsis ภายในเวลา 24 ชั่วโมง เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย โดยพบผู้ป่วยในช่วงอายุ 30-60 ปีและพบมากที่สุดในผู้สูงอายุ โดยสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องในเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยาต้านการอักเสบในกลุ่มเอ็นเสด (NSAIDs) เป็นเวลานาน เช่น แอสไพริน ไอบูโปรเฟน ส่งผลให้เกิดแผลบริเวณกระเพาะอาหาร เมื่อภาวะของโรคดำเนินเป็นแผลลึกมีการทะลุของกระเพาะอาหาร จากการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศเยอรมัน พบว่ามีผู้ป่วยที่เป็นแผลกระเพาะอาหารทะลุประมาณ 100 - 150 รายต่อแสนประชากรต่อปี พบทั้งเพศชายและเพศหญิงในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน โดยพบในเพศชายและเพศหญิงร้อยละ 14 และ 11 ตามลำดับ สำหรับสถิติในประเทศไทย ปีพ.ศ. 2565 - 2567 ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีอัตราการเกิดแผลกระเพาะอาหารทะลุ 709.4 ,748 และ 817.09 ต่อแสนประชากรต่อปีตามลำดับ[1]

การผ่าตัดช่องท้องเพื่อตรวจวินิจฉัยและรักษา โดยการตัดผ่านผนังช่องท้องและเยื่อบุช่องท้องเข้า ไปเพื่อแก้ไข ด้วยการเย็บซ่อมปิดรอยแผลที่เกิดการแตกทะลุ เพื่อแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยกลับสู่ภาวะปกติโดยเร็ว ซึ่งการผ่าตัดชนิดนี้เป็นการผ่าตัดใหญ่ ใช้ระยะเวลา1-2 ชั่วโมง และผู้ป่วยต้องได้รับการดมยาสลบในระหว่าการทำผ่าตัด ซึ่งทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังของการทำผ่าตัดได้ ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดช่องท้องที่พบได้บ่อย คือ ท้องอืด ปอดอักเสบหรือปอดแฟบ และการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดและผลลัพธ์เชิงลบที่ไม่พึงประสงค์ต่อผู้ป่วย โดยภาวะลำไส้หยุดทำหน้าที่หลังผ่าตัดช่องท้อง (Paralytic ileus) เป็นภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่พบบ่อยและไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ โดยเฉพาะภายหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องในระบบทางเดินอาหาร ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ใช้บริการมีความไม่สุขสบายอย่างมากจากอาการปวดแผลผ่าตัดที่เพิ่มขึ้น ร่วมกับอาการในระบบทางเดินอาหารอื่นๆ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด ไม่ผายลมไม่ถ่ายอุจจาระ และอาจนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดอื่นๆ ได้ เช่น เกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักน้ำย่อยเข้าปอด ดังนั้นควรส่งเสริมการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้ให้กลับมาทำหน้าที่โดยเร็วภายหลังผ่าตัด เพื่อช่วยลดความ ทุกข์ทรมานจากภาวะลำไส้หยุดทำหน้าที่หลังผ่าตัดและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น[2,3]

จากสถิติของผู้ป่วยโรคแผลกระเพาะอาหารทะลุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบางสะพานและได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดช่องท้องโดยการผ่าตัดเพื่อเย็บรูรั่วบริเวณแผล ในปี พ.ศ. 2565-2567 พบผู้ป่วยจำนวน 8 ,12 และ 13 รายตามลำดับ ซึ่งเป็นการผ่าตัดเร่งด่วนเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดและภาวะช็อกจากพร่องสารน้ำ พยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญในการวางแผนและให้การพยาบาลทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม ทั้ง 3 ระยะของการผ่าตัด ได้แก่ ระยะก่อนการผ่าตัด ระยะระหว่างการผ่าตัด และระยะหลังการผ่าตัด รวมถึงการวางแผนการจำหน่ายกลับบ้านอย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ[4] โดยมุ่งเน้นการรักษาพยาบาลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ผู้ดูแล และครอบครัวของผู้ป่วย ต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของทีมพยาบาลที่มีทักษะสูงและพร้อมตอบสนองในภาวะฉุกเฉิน บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดจึงมีความสำคัญเป็นพิเศษ ไม่ใช่เพียงแค่การเตรียมอุปกรณ์หรือช่วยผ่าตัด แต่รวมถึงการประเมินผู้ป่วยอย่างแม่นยำ การวางแผนการพยาบาลร่วมกับทีม การควบคุมการติดเชื้อ และการส่งต่อข้อมูลทางคลินิกไปยังทีมดูแลหลังผ่าตัด เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพสูงสุด

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาข้อมูลการเจ็บป่วย ปัจจัยเสี่ยง พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา และการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลกระเพาะอาหารทะลุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

วิธีการศึกษา

1. คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง 1 ราย จากผู้ป่วยโรคแผลกระเพาะอาหารทะลุ เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบางสะพาน ในช่วงเดือนมกราคม 2568

2. ศึกษาค้นคว้าเอกสารวิชาการ ตำรา งานวิจัยการวินิจฉัย การรักษา รวมทั้งทฤษฎีและแนวคิด ทางการพยาบาลเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลกระเพาะอาหารทะลุ (Peptic Ulcer Perforation) ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง และภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

3. รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน ซักประวัติ ตรวจร่างกาย ประเมินปัญหา ความต้องการทางการพยาบาลของผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการทางการพยาบาลและประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เป็นกรอบแนวคิดเพื่อให้การพยาบาลที่ครอบคลุมปัญหาความต้องการของผู้ป่วยซึ่งมีปัญหายุ่งยากและซับซ้อน

4. กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาล ประเมินผล

5. สรุปผลการศึกษา จัดทำรูปเล่ม และเผยแพร่ผลงาน

จริยธรรมการวิจัย

ผู้ศึกษาได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยชายพม่าอายุ 32 ปี เชื้อชาติพม่า สัญชาติพม่า สถานภาพโสด อาชีพรับจ้าง ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยาและสารเคมี ดื่มสุราเป็นประจำ 2-3 วัน/สัปดาห์ 5 ปีก่อนเคยมีประวัติป่วยเป็นโรคกระเพาะอาหาร ซื้อยารับประทานเอง 2 ปีก่อนมีอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย ซื้อยาชุดแก้ปวดรับประทานเอง ประมาณเดือนละ 3-4 ชุด ครั้งนี้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบางสะพานที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน วันที่ 6 มกราคม 2568

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ

วันที่ 6 มกราคม 2568 ผลการตรวจ

- Completet Blood Count พบ WBC 7,850 cells/ cell/mm3, Neutrophil 87%, Lymphocyte 23%, Monocyte 3%, Eosinophil 0%, Basophil 0%, Hematocrit 41.2%, Platelet count 240,000 cell/mm.

- Electrolyte พบ Sodium 141 mmol /L, Potassium 3.9mmol /L, Chloride 101 mmol /L, CO2 18 mmol /L BUN 14.9 mg/dl, Creatinine 0.85 mg/dl eGFR 124.19 ml/min

- Coagulation พบ PT 10.3 , INR 1.06 , APTT 25.7

- Urine Analysis พบ WBC 0-1 /HPF, RBC 0-1 /HPF

- CT Whole Abdomen พบ Free air and fluid located anterior abdomen and periheptic region probably due to hollow viscus organ perforation.

การวินิจฉัย โรคแผลกระเพาะอาหารทะลุและมีภาวะช็อก (Peptic Ulcer Perforation with shock)

การผ่าตัด Exploratory laparotomy with simple suture with omental graft

สรุปการรักษาและอาการขณะอยู่โรงพยาบาล

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางสะพาน ด้วยอาการ ไข้ ปวดท้องทั่วท้อง คลื่นไส้ ไม่อาเจียน อ่อนเพลีย 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีประวัติการใช้ยาชุด และดื่มสุราเป็นประจำ แรกรับที่ห้องฉุกเฉิน รู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย กระสับกระส่าย ท้องแข็งตึงและกดเจ็บทั่วท้อง อุณหภูมิร่างกาย 37.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 108 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 83/64 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 92 % capilary refill 3 วินาที ให้ O2 canular 3 LPM ดูแลจัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา ปวดท้องมาก pain score 8 คะแนน ผล CT Whole Abdomen พบ Free air and fluid located anterior abdomen and periheptic region, probably due to hollow viscus organ perforation. แพทย์วินิจฉัยเป็นแผลกระเพาะอาหารทะลุ งดอาหารและน้ำทางปาก ให้ 0.9% NSS 1,000 ml IV load free flow 1,000 ml then rate 120 cc/hr เฝ้าระวังตำแหน่งที่ให้สารน้ำป้องกันการรั่วออกนอกเส้นเลือด บริเวณที่ให้สารน้ำไม่มีการอักเสบ ให้ยา Morphine 3 mg IV , Losec 40 mg IV , Ceftriaxone 2 gm IV drip , Metronidazole 500 mg IV drip เฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและอาการแพ้ยา ผู้ป่วยกระสับกระส่ายน้อยลง pain score 5 คะแนน จองเลือด 2 ถุง เตรียมไปห้องผ่าตัด ใส่สายจมูกลงสู่กระเพาะอาหารต่อลงถุง (Retained NG tube with bag) และใส่สายสวนปัสสาวะ (Retained Foley's cath) ปัสสาวะออก 30 ml. ใน 1 ชั่วโมง ส่งผ่าตัดด่วน

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Explore laparotomy with Simple suture with Omental Graft ใช้เวลาในการผ่าตัด 2 ชั่วโมง สูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 120 ml ผู้ป่วย on O2 canular 3 LPM ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส ชีพจร 110 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 98/60 มิลลิเมตรปรอท แผลผ่าตัดหน้าท้องแนว midline แผลยาว 18 เซนติเมตร ไม่มีเลือดซึม เจาะ Hct ได้ 38% วางแผนการพยาบาลในการประเมินเลือดที่ออกทางบาดแผล ประเมินภาวะพร่องสารน้ำ สัญญาณชีพเข้าสู่ระดับปกติและคงที่ (ความดันโลหิต 100/62 - 110/94 มิลลิเมตร) ไม่พบภาวะไตวายเฉียบพลันจากพร่องสารน้ำ ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากปวดแผลมาก pain score 7 - 8 คะแนน บำบัดความเจ็บปวดโดยการจัดท่า ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวด Morphine 4 mg IV อาการปวดทุเลาลง pain score 3 คะแนน

24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ผู้ป่วยนอนพักรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ยังมีไข้ อุณหภูมิกาย 37.5-38 องศาเซลเซียส หายใจไม่เหนื่อยหอบ Off O2 Canular ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 97 - 99% แผลผ่าตัดหน้าท้องแห้งดี กระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่พบภาวะซีด Hct 36% ให้ยาปฏิชีวนะต่อเนื่อง

หลังผ่าตัด 3 วัน ผู้ป่วยเริ่มลุกเดินช่วยเหลือตัวเองได้เล็กน้อย Off NG tube , Off Foley's cath เริ่มจิบน้ำได้ แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่พบการติดเชื้อ ปวดแผลเล็กน้อย pain score 3 คะแนน ให้ยาปฏิชีวนะต่อเนื่อง หลังผ่าตัดวันที่ 4 ผู้ป่วยลุกเดินช่วยเหลือตัวเองได้ ให้รับประทานอาหารเหลวและอาหารอ่อนตามลำดับ หลังรับประทานอาหารท้องไม่อืดตึง ไม่ปวดท้อง ถ่ายอุจจาระได้ ปวดแผลเล็กน้อย pain score 2-3 คะแนน

หลังผ่าตัดวันที่ 5 ผู้ป่วยลุกเดินช่วยเหลือตัวเองได้ รับประทานอาหารธรรมดาได้ ปวดแผลเล็กน้อย pain score 1-2 คะแนน แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้าน ได้รับคำแนะนำการป้องกันการเกิดโรคซ้ำ วางแผนจำหน่ายและจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ในวันที่ 13 มกราคม 2568 พร้อมนัดติดตามอาการ 1 อาทิตย์รวมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล 6 วัน ระหว่างการ

รักษาผู้ป่วยให้ความร่วมมือดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการติดตามผลการรักษา ผู้ป่วยสภาพร่างกายแข็งแรง แผลผ่าตัดหลังตัดไหมแห้งดี ไม่พบการติดเชื้อ ขับถ่ายปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมพยาบาล
<u>ระยะก่อนผ่าตัด</u> **1. มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากอยู่ในภาวะช็อก** **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยมีอาการตัวเย็น กระสับกระส่าย มีไข้ ปวดทั่วท้อง ปัสสาวะออก 30 ml ใน 1 ชั่วโมง 2. CT Whole Abdomen พบ Free air and fluid at upper anterior abdomen and periheptic region, indicating ruptured hollow viscus organ, right pleural effusion 3. อุณหภูมิร่างกาย 37.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 108 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 83/64 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 92% capillary refill 3 วินาที **วัตถุประสงค์** เพื่อให้เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ดูแล on O2 canular 3 LPM ตามแผนการรักษา 2. ดูแลจัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อให้กระบังลมหย่อน เพิ่มพื้นที่การขยายของปอด ทำให้ได้รับออกซิเจนมากขึ้น 3. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดง ทุก 1 ชั่วโมง แล้วปรับเป็นทุกๆ 4 ชั่วโมง เมื่ออาการเริ่มคงที่ โดย monitor NIBP ติดตามชีพจร อัตราการหายใจ ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 4. ประเมินภาวะ cyanosis และ air hunger ไม่ใช้กล้ามเนื้อทรวงอกช่วยหายใจ ภาวะ cyanosis เช่น ปลายมือปลายเท้า ซีด เย็น หายใจเหนื่อยหอบ ปีกจมูกบาน กระสับกระส่าย ซึมลง ถ้ามีให้รีบให้การช่วยเหลือ และรายงานแพทย์ 5. ดูแลเตรียมอุปกรณ์ ช่วยเหลือให้พร้อม ในภาวะที่มีภาวะ การหายใจล้มเหลว **การประเมินผล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่กระสับกระส่าย ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว อุณหภูมิ 36.8-37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 90-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60-110/74 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 96-99%
2. มีภาวะช็อคจากการสูญเสียของเหลวและมีการติดเชื้อในช่องท้องจากการรั่วของกรดและเศษอาหารจากแผลทะลุเข้าสู่ช่องท้อง **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยปวดท้องเฉียบพลันทั่วท้อง ท้องแข็งตึง กดเจ็บมาก กระสับกระส่าย และตรวจพบ rebound tenderness 2. CT Whole Abdomen พบ Free air and fluid at upper anterior abdomen and periheptic region, indicating ruptured hollow viscus organ, right pleural effusion 3. อุณหภูมิร่างกาย 37.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 108 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 83/64 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 92% capilary refill 3 วินาที 4. ใส่สายสวนปัสสาวะ (retained Foley's catheter) ปัสสาวะออก 30 ml และภายหลังใส่สายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะออกค้างสาย **วัตถุประสงค์** 1. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อคจากการติดเชื้อและการสูญเสียน้ำ	1. ประเมินและเฝ้าระวังสัญญาณชีพ ทุก 15 นาทีในระยะวิกฤติ และประเมินอาการของภาวะช็อค เช่น ซึมลง ชีพจรเบาเร็ว ปัสสาวะน้อย 2. เพิ่มปริมาณสารน้ำในหลอดเลือดดำ โดยดูแลให้ 0.9% NSS 1,000 ml IV load free flow 1,000 ml then rate 120 ml/hr ดูแลควบคุมจำนวนหยดให้ได้ตามแผนการรักษา 3. สังเกตระดับความรู้สึกตัวและอาการกระสับกระส่าย ผิวหนังเย็นชื้น เหงื่อออก ชีพจรเบาเร็ว หายใจเร็ว4. บันทึกจำนวนสารน้ำที่ร่างกายได้รับ และบันทึกจำนวนปัสสาวะที่ออกทุก 1 ชั่วโมง ประเมินความสมดุลในรอบ 24 ชั่วโมง รายงานแพทย์หาก urine output ≤ 30 ml/hr 5. งดน้ำและอาหารทางปาก (NPO) ทันทีและเฝ้าระวังการสำลัก 6. ประสานงานกับทีมศัลยแพทย์/ทีมห้องผ่าตัดและวิสัญญี เพื่อความพร้อมของห้องผ่าตัด 7. ติดตามผล CBC, WBC, Hct, BUN/Cr, Electrolyte และ UA และรายงานค่าผิดปกติแก่แพทย์ทันที 8. ให้ยาปฏิชีวนะตามคำสั่งแพทย์ ได้แก่ Ceftriaxone 2 gm IV drip OD, Metronidazole 500 mg IV drip q 8 hr พร้อมเฝ้าระวังอาการแพ้ยา เช่น ผื่น หายใจลำบาก **การประเมินผล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่กระสับกระส่าย ไม่มีอาการซีด ตัวเย็น หรือหายใจลำบาก มีสัญญาณชีพคงที่ ชีพจร 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดัน

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมพยาบาล
2. ไม่มีอาการของภาวะช็อค เช่น ซีด เหงื่อออก ตัวเย็น ปัสสาวะน้อยลง หรือซึมลง 3. Capillary refill ≤ 2 วินาที 4. ปัสสาวะออกมากกว่า 30 ml ใน 1 ชั่วโมง	โลหิต 100/70 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 96% Capillary refill ≤ 2 วินาที ปัสสาวะออก 40 มิลลิลิตร ใน 1 ชั่วโมง
3. ปวดท้องเนื่องจากกระเพาะอาหารทะลุ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องทั่วท้อง กดเจ็บบริเวณลิ้นปี่และช่องท้องส่วนบน pain score 8 คะแนน 2. ตรวจพบ rebound tenderness และ guarding 3. ผล CT Whole Abdomen: hollow viscous organ perforation ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ภาวะแผลกระเพาะอาหารทะลุ	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินระดับความปวดโดยใช้ Numerical Rating Scale (NRS) ทุก 30–60 นาที หรือเมื่อ มีอาการเปลี่ยนแปลง 2. จัดท่าผู้ป่วยในท่านอนงอเข่า (knee–chest position) โดยใช้หมอนรองใต้เข่าหรือข้างลำตัว 3. ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา Morphine 3 mg IV และประเมินซ้ำภายใน 30–60 นาที พร้อมเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของการใช้ยา
วัตถุประสงค์ เพื่อบรรเทาอาการปวดท้องและเพิ่มความสบายให้แก่ผู้ป่วย	4. เฝ้าระวังสัญญาณของภาวะแทรกซ้อน เช่น ปวดท้องเพิ่มขึ้น สีหน้าเครียด เหงื่อออก ตัวเย็น ชีพจรเบาเร็ว ปัสสาวะน้อยลง หรือความดันโลหิตต่ำ อันอาจบ่งชี้ถึงภาวะ shock และรายงานแพทย์ทันที 5. ดูแลด้านจิตใจ พูดคุยให้ข้อมูล สร้างความมั่นใจ และให้กำลังใจเพื่อลดความกลัวและวิตกกังวลที่อาจส่งผลต่อระดับความปวด (Holistic Nursing Care) 6. หากิจกรรมเบี่ยงเบนความสนใจ เพื่อให้คลายความกังวลเกี่ยวกับอาการปวด **การประเมินผล** ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา อาการปวดลดลง Pain score 5 คะแนน ระหว่างรอการผ่าตัด
4. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยและการผ่าตัด **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยมีสีหน้ากังวลเมื่อทราบว่าจะต้องผ่าตัด ซักถามซ้ำเกี่ยวกับผลการผ่าตัดและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น 2. สอบถามอาการบ่อยครั้ง “รักษาด้วยการ กินยาได้ไหม” 3. ญาติแสดงอาการวิตกกังวล ขอข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคที่เป็น และขั้นตอนการรักษา 4. ผู้ป่วยเผชิญเหตุการณ์เจ็บป่วยเฉียบพลันโดยไม่มีการเตรียมใจล่วงหน้า และจำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัดอย่างเร่งด่วน **วัตถุประสงค์** 1. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษา 2. เพื่อลดระดับความวิตกกังวล และเสริมพลังให้ผู้ป่วยสามารถให้ความร่วมมือในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดอย่างเหมาะสม	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. สร้างสัมพันธภาพ พูดและซักถามผู้ป่วยเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยบอกความรู้สึกและความวิตกกังวล 2. ประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วย 3. ให้ข้อมูลเรื่องการผ่าตัดเร่งด่วน และสาเหตุ เนื่องจากภาวะช็อกจากกระเพาะอาหารทะลุ เพื่อให้เข้าใจการดำเนินโรค และเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง 4. อธิบายเหตุผลในการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายให้ผู้ป่วยและญาติทราบ ได้แก่ เตรียมบริเวณผ่าตัด ใส่สายสวนปัสสาวะ เจาะเลือด ให้สารน้ำและเลือด การงดอาหารและน้ำ 5. ให้ข้อมูลถึงการให้ยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด การให้ยาระงับปวดหลังออกจากห้องผ่าตัด และการดูแลเพื่อลดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยและญาติ 6. กระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติสอบถามข้อสงสัยเพิ่มเติม พร้อมประเมินความเข้าใจซ้ำหลังการให้ข้อมูล และส่งเสริมการตัดสินใจอย่างมีส่วนร่วม **การประเมินผล** ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล สีหน้าผ่อนคลาย เมื่อสอบถามผู้ป่วยเข้าใจเหตุผลของการทำผ่าตัด และสามารถบอกการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดได้ถูกต้อง ให้ความร่วมมือในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด
<u>ระยะขณะผ่าตัด</u> **5. เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากมีการปนเปื้อนภายในช่องท้อง** **ข้อมูลสนับสนุน** 1. พบ Gastric content ในช่องท้องประมาณ 1,050 ml จากแผลทะลุกระเพาะอาหาร	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. เตรียมชุดผ่าตัดและอุปกรณ์ให้ปลอดเชื้ออย่างเคร่งครัด หลีกเลี่ยงการปนเปื้อนระหว่างจัดเตรียม และเปลี่ยนอุปกรณ์หากสงสัยว่าไม่ปลอดเชื้อ 2. เตรียมและดูแลอุปกรณ์ให้ปลอดเชื้อก่อนและระหว่างผ่าตัดทุกขั้นตอน 3. ควบคุมเทคนิคปลอดเชื้อตลอดการผ่าตัด (Aseptic technique) 4. ดูแลการล้างช่องท้อง (abdominal toilet) อย่างมีประสิทธิภาพ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมพยาบาล
2. มีการเปิดแผลผ่าตัดขนาดใหญ่ผ่านผนังหน้าท้อง แผลผ่าตัดหน้าท้องแนว midline แผลยาว 18 เซนติเมตร **วัตถุประสงค์** 1. เพื่อควบคุมการติดเชื้อในระหว่างการผ่าตัด 2. เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อเข้าสู่เนื้อเยื่อและกระแสเลือด	5. จัดการกับของเสียและวัสดุปนเปื้อนทันที เปลี่ยน drape หรือผ้าปิด หากมีการรั่วซึมหรือปนเปื้อน 6. เตรียมและติดตามการให้ยาปฏิชีวนะ ลดความเสี่ยงการติดเชื้อหลังผ่าตัด 7. บันทึกการควบคุมปลอดเชื้อในแบบบันทึกการผ่าตัด ระบุว่าเป็นเคส contaminate wound **การประเมินผล** หลังจากการปฏิบัติการพยาบาลในระหว่างการผ่าตัดพบว่า ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ สัญญาณชีพคงที่ตลอดการผ่าตัด ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 90 ครั้ง/นาที อุณหภูมิกาย 36.7 องศาเซลเซียส แผลผ่าตัดสะอาด ไม่มีของเหลวผิดปกติ ไม่มีบวมแดง หลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ยังมีไข้แต่แนวโน้มของไข้เริ่มลดลง แผลผ่าตัด ไม่มีอักเสบ บวมแดง แผลไม่มี Discharge ซึม
6. เสี่ยงต่อการสูญเสียเลือดในระหว่างผ่าตัด **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดแบบ Exploratory Laparotomy และเย็บปิดแผลที่ posterior wall ของกระเพาะอาหาร 2. แผลมีเส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 3 เซนติเมตร และพบการอักเสบของเยื่อบุช่องท้องร่วมด้วย 3. จำเป็นต้องมีการดูแลใกล้ชิดด้าน hemostasis และการเตรียมความพร้อมในการ transfusion **วัตถุประสงค์** 1. เพื่อป้องกันการสูญเสียเลือดมากผิดปกติระหว่างการผ่าตัด 2. เพื่อให้สัญญาณชีพของผู้ป่วยคงที่ และปริมาณเลือดอยู่ในระดับปลอดภัยตลอดช่วงผ่าตัด	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ตรวจสอบความพร้อมของเครื่องมือห้ามเลือด เช่น electrocautery, hemostat, absorbable gauze และเตรียมอุปกรณ์ transfusion ตามแนวทางมาตรฐาน 2. บันทึกและประเมินปริมาณเลือดที่สูญเสียระหว่างผ่าตัด โดยนับจำนวนผ้าก๊อซที่เปียกเลือด และวัดปริมาณใน suction bottle อย่างใกล้ชิด 3. ประสานทีมวิสัญญีเพื่อเฝ้าระวังสัญญาณชีพแบบต่อเนื่อง และเตรียมเลือดสำรอง 2 ถุง 4. เปลี่ยนผ้าก๊อซที่เปียกเลือดทันที เพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อนและลดความเสี่ยง retained gauze โดยช่วย Scrub nurse จัดการและบันทึก gauze count อย่างถูกต้อง 5. ประเมินจุด bleeding point ช่วยจัดท่าหรือจัดแสงให้ศัลยแพทย์มองเห็นตำแหน่งชัดเจน เพื่อลด ระยะเวลาการเสียเลือด และสนับสนุนการผ่าตัดอย่างรวดเร็วและปลอดภัย **การประเมินผล** ระหว่างผ่าตัด พบว่าปริมาณเลือดที่สูญเสียอยู่ในเกณฑ์ปลอดภัย (ประมาณ 120 ml) ทีมผ่าตัดสามารถ ควบคุม bleeding point ได้ดี ไม่พบ active bleeding เพิ่มเติม ผู้ป่วยมีความดันโลหิตและชีพจรคงที่ตลอดการผ่าตัด ไม่จำเป็นต้องให้เลือดเพิ่มเติม
7. เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการจัดท่าผ่าตัดหรือการใช้เครื่องมือทางศัลยกรรม **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยต้องเข้ารับการผ่าตัดช่องท้อง (Exploratory Laparotomy) ซึ่งใช้เวลานาน 2 ชั่วโมง 2. การผ่าตัดต้องจัดท่าหงายราบ (supine position) และมีการจัดตำแหน่งแขนเพื่อเปิด ช่องท้อง **วัตถุประสงค์** 1.เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของเนื้อเยื่ออ่อนหรือเส้นประสาทจากการจัดท่าที่ไม่เหมาะสม 2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยทางกายภาพและลดความไม่สบายตัวระหว่างผ่าตัด	**กิจกรรมการพยาบาล** 1.จัดท่าผู้ป่วยในท่า supine โดยปรับระดับแขนให้อยู่ไม่เกิน 90 องศา และมืออยู่ในแนวเดียวกับ หัวไหล่ เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของเส้นประสาทบริเวณ brachial plexus ใช้หมอนหรือวัสดุรองรับใต้เข่า ข้อศอก และจุดรับแรง เพื่อกระจายน้ำหนักและลดแรงกดต่อเนื้อเยื่ออ่อน 2. ตรวจสอบการวางตำแหน่งของสาย catheter, สายน้ำเกลือ และสาย suction ไม่ให้กดทับ 3. ประเมินสภาพผิวหนังบริเวณที่เสี่ยงก่อนและหลังผ่าตัด เช่น หลังมือ สะโพก เข่า ส้นเท้า 4. บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับท่าผ่าตัด ระยะเวลา และอุปกรณ์ที่ใช้ในการจัดท่า **การประเมินผล** หลังผ่าตัดพบว่าผู้ป่วยไม่มีรอยกดทับหรือความผิดปกติทางผิวหนัง ไม่มีอาการปวด ชา หรือรู้สึกไม่สบายบริเวณที่ถูกจัดท่าในระหว่างผ่าตัด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมพยาบาล
	ทีมผ่าตัดสามารถจัดท่าได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพตาม มาตรฐานวิชาชีพ
<u>ระยะหลังผ่าตัด</u> **8. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด** **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยแสดงสีหน้าไม่สุขสบาย หน้านิ่ว 2. ผู้ป่วยบอกว่าปวดแผลผ่าตัดหน้าท้อง 3. ประเมิน pain score 8–10 4. สัญญาณชีพ อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ชีพจร 100 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 130/90 mmHg **วัตถุประสงค์** ผู้ป่วยสุขสบาย อาการปวดแผลลดลง	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. จัดท่าผู้ป่วย Fowler's position ช่วยให้ผนังหน้าท้องหย่อนตัว ลดการดึงรั้งของแผล ช่วยลดอาการปวดแผลบริเวณหน้าท้องได้ และยังช่วยให้หายใจสะดวกขึ้น 2. ประเมินลักษณะและระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยทุก 4–6 ชั่วโมง และหลังให้ยา 30–60 นาที โดยใช้ Numerical Rating Scale ในการประเมินความปวด 3. ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ได้แก่ Morphine 3 mg IV stat and prn ทุก 4 ชม. และเฝ้าระวังผลข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ ง่วงซึม หรือหายใจช้า 4. เบี่ยงเบนความสนใจโดยการชวนพูดคุยเพื่อให้มุ่งความสนใจไปที่สิ่งใดสิ่งหนึ่งแล้ว จะทำให้การรับรู้ความเจ็บปวดลดลง 5. สอนให้ผู้ป่วยใช้มือประคองแผลผ่าตัดขณะเคลื่อนไหวร่างกาย และให้เคลื่อนไหวอย่างช้าๆ เวลาเปลี่ยนท่า หรือไอ เพื่อลดการกระทบกระเทือนเนื้อเยื่อบริเวณบาดแผล 6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอโดยจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม ปราศจาก สิ่งกระตุ้นและสิ่งรบกวน จำกัดเวลาเยี่ยมขณะผู้ป่วยหลับ 7. สนับสนุนให้ใช้เทคนิคผ่อนคลาย (deep breathing, relaxation) และกระตุ้นให้ early ambulation อย่างเหมาะสมภายใต้การดูแล **การประเมินผล** หลังได้รับยาแก้ปวด ผู้ป่วยบอกว่าอาการปวดแผลลดลง pain score 3–4 สีหน้าผ่อนคลาย ไม่แสดงสีหน้าเจ็บปวด หลับพักผ่อนได้ และสามารถลุกเดินได้ระยะสั้นโดยไม่มีอาการเจ็บปวดรุนแรง ไม่มีอาการแทรกซ้อนจากยาระงับอาการปวด
9. เสี่ยงติดเชื้อที่แผลผ่าตัดเนื่องจากกเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บจากการผ่าตัด **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยบ่นครั่นเนื้อ ครั่นตัว มีไข้ 2. มีแผลผ่าตัดแนวกลางหน้าท้องยาว 18 เซนติเมตร 3. ระยะการผ่าตัดนาน 2 ชั่วโมง 4. อุณหภูมิร่างกาย 37.8-38 องศาเซลเซียส **วัตถุประสงค์** ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินดูลักษณะบาดแผล ได้แก่ รอยบวมแดง แผลแยก มีลักษณะ discharge สีผิดปกติ มีหนอง เพื่อประเมินการติดเชื้อ 2. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง 3. ทำแผลโดยยึดหลักปราศจากเชื้อทำแผลผ่าตัดแบบ dry dressing โดยใช้ สำลีชุบ NSS เช็ดบริเวณริมแผล suture วนจากด้านในออกด้านนอกรอบแผล ถ้ามีเลือดเปื้อนระหว่างรอยเย็บแผล เช็ดออกจนสะอาดแล้วจึงปิดแผล 4. สังเกตลักษณะของ discharge ทุกครั้งที่ทำแผล 5. สอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลบาดแผล ระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ ไม่ใช้มือหรือวัตถุสิ่งของถูกต้องบริเวณบาดแผล เพราะอาจจะเป็นการเพิ่มเชื้อโรคสู่บาดแผล 6. วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ประเมินภาวะติดเชื้อที่แผล 7. ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา คือ Ceftriaxone 2 gm IV drip OD, Metronidazole 500 mg IV drip q 8 hr และสังเกตอาการ ข้างเคียงของยา ได้แก่ ผื่น คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก 8. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ รักษาความสะอาดของร่างกายทั่วไป เช่น ผม ปาก เล็บ ฟัน และผิวหนัง เพื่อป้องกันการติดเชื้อ **การประเมินผล** หลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง ผู้ป่วยไม่มีไข้ อุณหภูมิอยู่ที่ 36.8 องศาเซลเซียส แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มี discharge หรือ กลิ่นเหม็น ไม่พบอาการแสดงการติดเชื้อ ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลแผลเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสม

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมพยาบาล
10. มีโอกาสเกิดแผลในกระเพาะอาหารซ้ำเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในโรคที่เป็นอยู่ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. สอบถามผู้ป่วย ไม่ทราบสาเหตุการป่วย ในครั้งนี้ 2. ผู้ป่วยซื้อยาชุดแก้ปวดกล้ามเนื้อมารับประทานเอง เมื่อมีอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย 3. ผู้ป่วยบอกชอบรับประทานอาหารรสจัด อาหารเผ็ด และชอบดื่มสุรา **วัตถุประสงค์** มีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคแผลในกระเพาะอาหาร	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ ประเมินปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา รับประทานอาหารที่มีรสเผ็ดจัด ปัจจัยส่งเสริม ได้แก่ การดื่มสุรา การซื้อยามารับประทานเองที่มีผลระคายเคืองต่อกระเพาะอาหาร ทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร 2. ประเมินความรู้ของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับโรค พบว่ามีความรู้น้อย 3. แนะนำให้พักผ่อนเพียงพอทั้งร่างกายและจิตใจ ลดภาวะเครียด และความวิตกกังวลต่าง ๆ 4. แนะนำให้หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารเผ็ดเปรี้ยว รับประทานอาหารให้เป็นเวลา วันละประมาณ 3 มื้อต่อวัน ไม่ควรรับประทานอาหารครั้งละมาก ๆ 5. แนะนำให้หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ทำให้เกิดการระคายเคือง และอักเสบของเยื่อบุทางเดินอาหาร เช่น ยาชุดแก้ปวดกล้ามเนื้อ 6. แนะนำให้งดการดื่มน้ำอัดลมและกาแฟ ซึ่งจะทำให้อาการของแผลในกระเพาะอาหารเป็นมากขึ้น 7. แนะนำให้สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนของแผลในกระเพาะอาหาร เช่น อาการปวดใต้ลิ้นปี่ จุกเสียด แน่น ท้องอืด 8. แนะนำให้ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนของแผลในกระเพาะอาหาร ได้แก่ เลือดออก ทะลุ อุดตัน ติดเชื้อ ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายดำ ปวดแน่นท้อง รับประทานอาหารไม่ได้ คลื่นไส้อาเจียนมาก หรือมีไข้ควรรีบมาพบแพทย์ เพื่อให้การตรวจวินิจฉัย และให้ความช่วยเหลือได้ทันท่วงที 9. หลีกเลี่ยงการซื้อยามารับประทานเอง หากมีปัญหาทางสุขภาพควรปรึกษาแพทย์ 10. ประเมินความเข้าใจโดยถามซ้ำอีกครั้ง **การประเมินผล** ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคแผลในกระเพาะอาหาร เมื่อสอบถามตอบได้ ทบทวนการปฏิบัติตัว ผู้ป่วยและญาติตอบได้ถูกต้อง
11. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เนื่องจากไม่มีความรู้เรื่องการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยและญาติตอบคำถามการปฏิบัติตัวที่บ้านได้ไม่ครบถ้วน **วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ที่ถูกต้องครบถ้วนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ตามรูปแบบ M-E-T-H-O-D ดังนี้ - M (Medication) : อธิบายเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับ ให้ผู้ป่วยและญาติได้รับทราบและปฏิบัติได้ถูกต้อง Amoxicillin (500) 2x2 pc ครบ 10 วัน, Claritromycin (500) 2 x3 pc ครบ 10 วัน, Omeprazole(20) 1x2 ac ครบ 10 วัน, Paracetamol (500) 1 tab prn q 4 - 6 hr เวลาปวดหรือมีไข้ - E (Environment & Economic) : จัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เป็นระเบียบ วางของใกล้มือ งดยกของหนักอย่างน้อย 1 เดือน งดเว้นการดื่มสุรา - T (Treatment) : อธิบายให้ผู้ป่วยทราบแผนการรักษาฟื้นฟูและการรับประทานยาที่ถูกต้องกับผู้ป่วยและญาติ - H (Health) : แนะนำประสานงานให้ผู้ป่วยทำแผลผ่าตัดที่ รพ.สต.ใกล้บ้าน วันละ 1 ครั้ง แนะนำไม่ให้แผลเปียกน้ำ การพักผ่อนอย่างเพียงพอ งดการยกของท่างอหลัง แนะนำเรื่องการพักผ่อน 7-8 ชั่วโมงต่อวัน - O (Outpatient Referral) : แนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจแพทย์ศัลยกรรมตามนัดหลังกลับบ้าน 1 สัปดาห์ เพื่อติดตามอาการและตัดไหม

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมพยาบาล
	- D (Diet) : แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย เช่น ข้าวต้ม 2 สัปดาห์ งดของหมัก ดอง และอาหารรสจัด เช่น เผ็ด เปรี้ยว

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายนี้มีประวัติการรับประทานยาแก้ปวดเป็นประจำ เข้ารับการรักษาด้วยอาการปวดทั่วท้องก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง ด้วยผล CT Whole Abdomen พบ พบ free air และ massive ascites และเกิดภาวะช็อก พยาบาลเป็นผู้เฝ้าสังเกตอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และรายงานแพทย์ทันท่วงทีเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยได้รวดเร็ว รวมทั้งได้รับการผ่าตัดในระยะเวลาที่เหมาะสม ไม่พบความล่าช้าของการผ่าตัด ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย การวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแผลกระเพาะอาหารทะลุในระยะก่อนผ่าตัดเป็นระยะที่มีความสำคัญมาก เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคเมื่อเกิดแผลทะลุจะมีกรดน้ำย่อยและเศษอาหารรั่วออกมา ทำให้ช่องท้องอักเสบซึ่งในระยะแรกการอักเสบเป็นแบบ chemical peritonitis แต่หลายชั่วโมงต่อมา จะเปลี่ยนเป็น bacterial peritonitis การอักเสบจะทำให้ผู้ป่วยเสียน้ำในช่องท้อง มีการปนเปื้อนในช่องท้องมาก ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะช็อกจากพร่องสารน้ำและช็อกจากการติดเชื้อ ผู้ศึกษาจึงได้วางแผนการดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดคือแก้ไขภาวะพร่องสารน้ำโดยการให้สารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำอย่างรวดเร็วให้เพียงพอก่อนผ่าตัด ควบคู่กับประเมินภาวะไตวายเฉียบพลันประเมิน เฝ้าระวังการติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างใกล้ชิด การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยด้านร่างกาย และจิตใจ เพื่อเข้ารับการผ่าตัดเร่งด่วนการเตรียมความพร้อมของทีมในการดูแลตั้งแต่ระยะก่อน ระหว่างหลังผ่าตัด ภายหลังผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตแล้ว สิ่งที่สำคัญคือป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน เช่น ปอดอักเสบ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ท้องอืด ในระยะวางแผนจำหน่าย ผู้ศึกษาเตรียมความพร้อมในการดูแลบาดแผลต่อเนื่อง การส่งเสริมภาวะโภชนาการ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ได้ชักนำให้ญาติมีส่วนร่วมในการให้กำลังใจผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงผลเสียของการรับประทานยาแก้ปวด เพื่อลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยกระเพาะอาหารทะลุ จากการวางแผนการดูแลอย่างครอบคลุม ทำให้ผลลัพธ์ในการดูแลรักษาได้ผลดี เป็นไปตามที่ตั้งเป้าหมายไว้[5,6,7]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดให้มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรมอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะใน โรงพยาบาลชุมชน ควรจัดทำ clinical pathway สำหรับภาวะ perforated peptic ulcer ที่รวมทั้งแนวทาง ประเมิน การเตรียมก่อนผ่าตัด การดูแล intra-op และ post-op เพื่อให้บุคลากรสามารถดำเนินการได้อย่างรวดเร็วและสอดคล้องกัน

2. ควรจัดอบรมและฝึกซ้อมทีมดูแลภาวะฉุกเฉินข้ามวิชาชีพ (Emergency Surgical Team) เพื่อเสริมสร้างทักษะการประเมินอย่างรวดเร็ว การประสานงาน และการเตรียม OR ในช่วงเวลาฉุกเฉิน โดยเฉพาะช่วงนอกเวลาราชการ

3. ส่งเสริมบทบาทพยาบาลวิชาชีพในการประเมินและป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น การเฝ้าระวัง paralytic ileus การติดเชื้อแผลผ่าตัด และภาวะขาดสารน้ำ โดยควรมี checklist ประเมินอย่างต่อเนื่อง ทุก 8 ชั่วโมง

4. ควรจัดทำสื่อสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคแผลในกระเพาะอาหารเช่น แผ่นพับ หรือคลิปวิดีโอเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และอาการเตือนเพื่อมารับบริการโดยเร็ว

5. ส่งเสริมเรื่องการเตรียมความพร้อมการจำหน่ายอย่างเป็นระบบ เช่น การทำแนวทางการให้ข้อมูลการดูแลตัวเองที่บ้านในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

6. จัดระบบติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย (Follow-up care) โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มสุรา สูบบุหรี่ หรือมีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและเกิดแผลซ้ำซ้อน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2567). สถิติโรค. กรุงเทพฯ : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2567.
2. วิภาวรรณ ฉัตรแสงมณี, อำไพ กลิ่นจันทร์.(2020). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร. อ้างอิงใน: บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูล, บรรณาธิการ. การพยาบาลศัลยศาสตร์. เล่ม 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล; 2020. หน้า 184–208.
3. จุไรรัตน์ นนทวงษ์.(2020). การดูแลผู้ป่วยที่มีแผลในกระเพาะอาหารทะลุในโรงพยาบาลชุมชน. วารสาร พยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2020;43(2):45–55.
4. โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช(2567) กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย. https://srth.go.th/research/file/20240403161134-25
5. สมาคมศัลยแพทย์ทั่วไปแห่งประเทศไทย.(2018). แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะ อาหารเรื้อรังและแผลทะลุ. กรุงเทพฯ: สมาคมศัลยแพทย์ทั่วไปแห่งประเทศไทย; 2018.
6. ธนรัตน์ พรศิริรัตน์, ยุพิน พูลกำลัง.(2561). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันที่ได้รับ การรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจชนิดแรงดันบวกแบบใช้หน้ากาก. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล; 2561.
7. นนทรัตน์ จำเริญวงศ์ , สุพรรณิการ์ ปียะรักษ์, ชยธิดา ไชยวงศ์.(2563). การประเมินและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้2563;7(3).