

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกกระบบทางเดินอาหารส่วนต้น : กรณีศึกษา 2 ราย
Nursing care in patients with upper gastrointestinal bleeding : 2 cases study

จุฑาลักษณ์ แก้วมะไฟ*
Jutalux Kaewmafai*

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกกระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ศึกษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมในระยะวิกฤต โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างเดือนกันยายน - พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเลือดออกกระบบทางเดินอาหารส่วนต้น 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ศึกษา คือแบบบันทึกและแบบประเมินการทำหน้าที่ด้านสุขภาพของกอร์ดอน วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้การสัมภาษณ์ สังเกต การสนทนา การศึกษาเอกสาร ผลการศึกษา กรณีศึกษาทั้ง 2 กรณี มีอาการนำมาโรงพยาบาลเหมือนกันคือ อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายอุจจาระสีดำ ได้รับการวินิจฉัยเลือดออกกระบบทางเดินอาหารส่วนต้นร่วมกับภาวะช็อค ได้รับการส่งกล้องดูทางเดินอาหาร กรณีที่ 1 พบ Bleeding gastric ulcer หยุดเลือดออกด้วยวิธี Adrenalin injection กรณีที่ 2 พบ Esophageal varices grade 3 หยุดเลือดด้วยวิธี Blanding ligation ระหว่างรับไว้ในความดูแลผู้ป่วยมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 4 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะวิกฤตฉุกเฉิน ได้แก่ การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง ปริมาตรเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายในการส่งกล้องดูทางเดินอาหารส่วนต้น สูญเสียพลังงาน 2) ระยะกึ่งวิกฤต ได้แก่ ได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการของร่างกาย 3) ระยะฟื้นฟู ได้แก่ ไม่สุขสบายเนื่องจากการเจ็บป่วยรุนแรงและการรักษาในภาวะวิกฤต และ 4) ระยะจำหน่าย ได้แก่ มีโอกาสเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ปัญหาต่างๆ ได้รับการแก้ไข สามารถกลับบ้านได้ กรณีที่ 1 จำหน่าย 31 ตุลาคม 2566 นอนรักษาในโรงพยาบาล 18 วัน กรณีที่ 2 จำหน่าย 28 ตุลาคม 2566 นอนรักษาในโรงพยาบาล 6 วัน ดังนั้นควรพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกกระบบทางเดินอาหารส่วนต้น เพื่อป้องกันถึงบริการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ

คำสำคัญ: การพยาบาล, เลือดออกกระบบทางเดินอาหารส่วนต้น

*ปริญญาตรีบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Abstract

This study compared nursing care for patients with upper gastrointestinal bleeding conducted in the Acute care surgery intensive care unit, Roi Et Hospital between September - November 2023. In the purposively selected sample, there were 2 patients with upper gastrointestinal bleeding. Tools used Case record and Functional Health Pattern Assessment form; collected data using interviews, observations, conversations, and document. The results of the study in both cases were that the chief complaints were hematemesis and melena. Diagnosis of upper gastrointestinal bleeding with shock, They had an endoscopy finding Case 1 found a bleeding gastric ulcer and stopped bleeding using an Adrenalin injection and Case 2 found Esophageal Varices grade 3 stopped bleeding using a banding ligation procedure. The patient has a nursing diagnosis of 4 stages as follows: 1) Emergency crisis stage, including impaired gas exchange, low cardiac output, risk for bleeding and difficulty stopping, risk of danger during endoscopy of the upper digestive tract, and powerlessness; 2) the semi-critical stage, imbalanced nutrition: less than body requirements; 3) recovery stage, discomfort due to severe illness and critical treatment, and 4) the discharge stage, the possibility of re-bleeding. which problems were resolved in Case 1, discharged on 31 Oct. 2023, a total of 18 days and Case 2, discharged on 28 Oct. 2023, a total of 6 days. Therefore, nursing practice guidelines for patients with upper gastrointestinal bleeding should be developed to indicate quality nursing services.

Keywords: Nursing care, Upper gastrointestinal bleeding

บทนำ

เลือดออกกระบบทางเดินอาหารส่วนต้น (Upper gastrointestinal bleeding: UGIB) เป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่พบได้บ่อยและคุกคามชีวิต⁽¹⁾ เกิดขึ้นเมื่อเลือดออกตั้งแต่หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนต้น ไปจนถึงส่วนที่อยู่เหนือบริเวณลิแกเมนต์ออฟไทรซ์ (Ligament of treitz) โดยทั่วโลกพบอุบัติการณ์ 50 ถึง 200 คนต่อ 100,000 ประชากรต่อปี อัตราตายสูงถึง ร้อยละ 3 -14⁽²⁾ มักเสียชีวิตในช่วงแรกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงประมาณ 2 เท่า อายุ 60 ปีขึ้นไป และมีอัตราเสียชีวิต ร้อยละ 50 - 70 ของผู้ป่วยโรคนี้ สำหรับประเทศไทย ไม่ระบุสถิติผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นโดยตรง เป็นเพียงการระบุโรคระบบย่อยอาหาร ในปี พ.ศ. 2559 - 2561 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคระบบย่อยอาหารสูงถึง 438.54, 444.99 และ 414.76 คนต่อ 100,000 ประชากร สาเหตุการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับ 7 ตลอด 3 ปี เท่ากับ 31.4, 29.7 และ 29.49 ตามลำดับ⁽³⁾

ผลกระทบจากเลือดออกกระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ส่งผลต่อ 1) สุขภาพของผู้ป่วย ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ดังนี้ 1.1) ระยะสั้น ได้แก่ (1) มีภาวะเจ็บป่วยคุกคามชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเลือดออกรุนแรง ผู้ป่วยอาจต้องการการช่วยชีวิตอย่างเร่งด่วน เพื่อให้อาการคงที่ (2) ความไม่คงที่ของระบบไหลเวียนเลือด ทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ภาวะโลหิตจาง และภาวะไตวายเฉียบพลัน ผู้ป่วยที่มีลักษณะดังกล่าวต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดในไอซียูในบางรายเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดติดเชื้อจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ⁽⁴⁾ 1.2) ระยะยาว ได้แก่ โรคแผลในกระเพาะอาหาร เส้นเลือดขาดในหลอดอาหาร และความดันในหลอดเลือดพอร์ทัลสูง (Portal hypertension) และคุณภาพชีวิตไม่ดี ดังนั้น

การดูแลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารในไอซียูจึงเป็นเรื่องที่ท้าทายและต้องใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ มีแนวปฏิบัติการดูแลรักษา มีเครื่องมือที่ทันสมัย และทันเวลาในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้หายขาดอย่างรวดเร็วและปลอดภัย 2) ด้านสังคม ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของผู้ป่วย มีข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ข้อจำกัดด้านอาหารที่ต้องหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สถานะทางอารมณ์ที่ต้องรับมือกับความเครียดในชีวิตประจำวัน ภาระของผู้ดูแล 3) ด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น จากค่าส่งกล้องในประเทศสหรัฐอเมริกาค่าใช้จ่าย 5,000 - 19,000 ดอลลาร์ต่อครั้งหรือ 2.5 พันล้านดอลลาร์ต่อปี⁽⁵⁾ สูญเสียรายได้และผลผลิตทางเศรษฐกิจลดลง 4) ด้านสภาพแวดล้อม ได้แก่ โรงพยาบาลต้องจัดการกับทรัพยากรทั้ง บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ และจัดการกับของเสียทางการแพทย์ สภาพแวดล้อมในบ้าน ชุมชนที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วย⁽⁶⁾

การรักษาเลือดออกกระบบทางเดินอาหารส่วนต้นประกอบด้วย การประเมินและแก้ไขภาวะวิกฤตเบื้องต้น การค้นหาสาเหตุ การหาตำแหน่งของเลือดออก การควบคุมเลือดออกและการบำบัดด้วยยา รวมทั้งการป้องกันเลือดออกซ้ำ กระบวนการรักษาดังกล่าวมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและการรอดชีวิตผู้ป่วย จะเห็นได้ว่าทุกการรักษาหากจัดการไม่มีประสิทธิภาพ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทวีความรุนแรง ได้แก่ ภาวะช็อก ภาวะโลหิตจาง เลือดออกซ้ำ การติดเชื้อ การทะลุของระบบทางเดินอาหาร ภาวะไตวายเฉียบพลัน และเสียชีวิต จนส่งผลต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะสั้นและระยะยาว ไม่ว่าจะเป็นด้านสุขภาพด้านเศรษฐกิจ สังคม สภาพแวดล้อม การเมืองและการปกครอง⁽⁷⁻⁹⁾

หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมในระยะวิกฤต โรงพยาบาลร้อยเอ็ด มีผู้ป่วยเลือดออกกระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเข้ารับบริการสูงสุด ในปี พ.ศ. 2564 - 2566 คิดเป็น 63, 71 และ 72 คนตามลำดับ การรักษา ได้แก่ การส่องกล้องดูทางเดินอาหาร 29 คน (ร้อยละ 46.0) 31 คน (ร้อยละ 43.6) และ 52 คน (ร้อยละ 40.7) ตามลำดับ การผ่าตัด 3, 2 และ 0 คน ตามลำดับ สภาพผู้ป่วยที่เข้ารับรักษามีภาวะเลือดออกไม่หยุด (active bleeding) ร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลว ผลลัพธ์การดูแลพบการเสียชีวิต 19, 19 และ 8 คน ตามลำดับ⁽¹⁰⁾ จากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว เห็นภาพมีผู้ป่วยจำนวนมากเป็นอันดับ 1 ของหอผู้ป่วย มีความยุ่งยากซับซ้อนแตกต่างกัน พยาบาลมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้แก่ 1) การคัดกรองและจัดการให้ได้เข้ารับการรักษาในไอซียู 2) การช่วยเหลือวิกฤต (resuscitation) และป้องกันภาวะแทรกซ้อน 3) การเฝ้าติดตาม Hemodynamic อย่างใกล้ชิด 4) การใช้ยาอย่างเหมาะสม 5) การเตรียมความพร้อมส่งตรวจส่องกล้องดูทางเดินอาหาร (EGD) การเตรียมผ่าตัด 6) การดูแลหลังส่องกล้องดูทางเดินอาหารและหลังผ่าตัด 7) การประเมินระดับความเสี่ยงของเลือดออกกระบบทางเดินอาหาร⁽¹¹⁾ 8) การจัดการความปลอดภัย 9) การจัดการภาวะโภชนาการ 10) การสื่อสาร กับผู้ป่วยและครอบครัว 11) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่เหมาะสม และ 12) การประสานงานในทีมอย่างมีประสิทธิภาพ โดยบทบาททั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้นเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย⁽¹²⁾ ดังนั้นจึงเป็นที่มาของการเลือกกรณีศึกษาสำหรับเรียนรู้และถอดบทเรียนการพยาบาลจากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกกระบบทางเดินอาหารส่วนต้นต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกกระบบทางเดินอาหารส่วนต้นกรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา ใช้การศึกษาแบบ Case Study เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย ศึกษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมในภาวะวิกฤต โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างเดือนกันยายน - พฤศจิกายน พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรคือผู้ป่วยเลือดออกกระบบทางเดินอาหารส่วนต้นที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมในภาวะวิกฤต กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเจาะจงกรณีศึกษา 2 ราย มีเกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย Upper gastrointestinal bleeding ทุกเพศ ทุกวัย เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมในภาวะวิกฤต ทั้งรับใหม่และรับย้าย ครอบครัวยินยอมให้เข้าร่วมการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบบันทึกและแบบประเมินการทำหน้าที่ด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้การสัมภาษณ์ สังเกต ตรวจร่างกาย สนทนา และศึกษาเอกสาร

ขั้นตอนการดำเนินการ ได้แก่ 1) ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยเลือดออกกระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 2) ขอจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หลังจากได้รับอนุมัติทำบันทึกข้อความถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในกรณีศึกษา 2 ราย 3) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล 4) วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลกรณีศึกษาเขียนรายงาน สรุปผลการศึกษา และเผยแพร่ผลการศึกษา

การพิทักษ์สิทธิรึกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการอนุมัติจาก
คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาล

ร้อยเอ็ด ใ้รับรองจริยธรรมการวิจัยที่ RE149/2566
วันที่ 18 กันยายน 2566

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วย กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วยของกรณีศึกษา 2 ราย

ประเด็นที่ศึกษา	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ข้อมูลทั่วไป	เพศชาย อายุ 69 ปี สถานภาพสมรสคู่ ศาสนาพุทธ อาชีพทำนา รายได้ครอบครัว 8,000 บาท/เดือน สิทธิบัตรประกัน สุขภาพ	เพศชาย อายุ 54 ปี สถานภาพสมรส คู่ ศาสนาพุทธ อาชีพรับจ้าง รายได้ ครอบครัว 10,000 บาท/เดือน สิทธิบัตรประกันสุขภาพ
การวินิจฉัย	Upper gastrointestinal bleeding with Hypovolemic shock	Upper gastrointestinal bleeding with Hypovolemic shock
อาการสำคัญ	รับ Refer จากโรงพยาบาลชุมชน ด้วยถ่ายอุจจาระสีดําปนเลือด อาเจียน เป็นเลือด มีไข้ ก่อนมา 14 ชม.	รับ Refer จากโรงพยาบาลชุมชน ถ่ายอุจจาระสีดํา อาเจียนเป็นเลือด หายใจเหนื่อยหอบ ใส้ท่อช่วยหายใจ ก่อนมา 5 ชั่วโมง
ประวัติการ เจ็บป่วยปัจจุบัน	5 วันก่อนมามีไข้สูง 14 ชั่วโมงก่อนมา ถ่ายอุจจาระสีดําเหมือนยางมะตอย มีเลือดสีแดงปน มากกว่า 10 ครั้ง อาเจียน เป็นเลือดสดๆ ปวดท้อง เหนื่อยเพลีย ไปโรงพยาบาลชุมชน ใส้ท่อทางจุมกลง กระเพาะอาหาร (NG tube) ล้างกระเพาะอาหาร ได้เลือดสดๆ 10 ml มีภาวะช็อค จึงส่งต่อมารักษาที่ โรงพยาบาล	1 วันก่อนมา ไข้ ไอแห้งๆ ถ่ายดํา 2 ครั้ง อาเจียนเป็นเลือดสดๆ 1 ครั้ง ประมาณ 1 แก้ว แน่นท้อง ไปรักษาที่ โรงพยาบาลชุมชน ใส้สายยางทาง จุมกลงกระเพาะอาหาร (NG tube) ล้างกระเพาะอาหารมีเลือดสดๆ 250 ml มีภาวะช็อค มีภาวะหายใจ ล้มเหลวจึงใส้ท่อช่วยหายใจ และส่งต่อมาโรงพยาบาล
ประวัติการ เจ็บป่วยในอดีต	ปฏีเสธโรคประจำตัว	มะเร็งตับ และตับแข็ง มา 1 เดือน รักษาตามอาการ
ประวัติการ แพ้ยา/อาหาร	ปฏีเสธ	ปฏีเสธ
ประวัติการ เจ็บป่วยใน ครอบครัว	ปฏีเสธ	ปฏีเสธ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วยของกรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

ประเด็นที่ศึกษา	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ประวัติดื่มสุรา/ สูบบุหรี่	ดื่มสุราประจำทุกวัน (เหล้าขาววันละ 1 เป๊ก - 1 ขวดเล็ก) มากกว่า 20 ปี สูบบุหรี่ เป็นประจำ (ประมาณ 25 มวน/วัน) มากกว่า 20 ปี	การดื่มสุรา และสูบบุหรี่ประจำ มากกว่า 30 ปี

2. การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกระบบ
ทางเดินอาหารส่วนต้น ระยะกึ่งวิกฤต ระยะฟื้นฟู และระยะจำหน่าย
ดังตารางที่ 2

2.1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลของ
กรณีศึกษา 2 ราย แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะวิกฤต

ตารางที่ 2 วินิจฉัยการพยาบาลของกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อวินิจฉัยการ พยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ระยะวิกฤต ฉุกเฉิน	<ul style="list-style-type: none"> - การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่องเนื่องจาก ตัวนำออกซิเจนและพื้นที่แลกเปลี่ยนก๊าซ ลดลง - ปริมาตรเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาที ลดลงเนื่องจากปริมาตรเลือดและน้ำใน ร่างกายลดลงและการบีบตัวของหัวใจ ผิดปกติ - เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก เนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำ - เสี่ยงต่อเกิดอันตรายในการส่องกล้อง ตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น - สูญเสียพลังอำนาจเนื่องจากไม่สามารถ ควบคุมการเจ็บป่วยได้ 	<ul style="list-style-type: none"> - การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงเนื่องจาก ตัวนำออกซิเจนลดลง - ปริมาตรเลือดออกจากหัวใจในหนึ่ง นาทีลดลงเนื่องจากปริมาตรเลือดและ น้ำในร่างกายลดลง - เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก เนื่องจากความผิดปกติของปัจจัย การแข็งตัวของเลือด - เสี่ยงต่อเกิดอันตรายในการส่องกล้อง ตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น - สูญเสียพลังอำนาจเนื่องจากไม่ สามารถควบคุมการเจ็บป่วยได้
ระยะกึ่งวิกฤต	<ul style="list-style-type: none"> - ได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการ ของร่างกายเนื่องจากกระบวนการย่อย และการดูดซึมผิดปกติและการเผาผลาญ เพิ่มขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> - ได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการ ของร่างกายเนื่องจากกระบวนการ ย่อยและการดูดซึมผิดปกติและ การเผาผลาญเพิ่มขึ้น
ระยะฟื้นฟู	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่สุขสบายเนื่องจากการเจ็บป่วยรุนแรง การรักษาในภาวะวิกฤต และปวด กล้ามเนื้อ 	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่สุขสบายเนื่องจากการเจ็บป่วย รุนแรงและแน่นอึดอัดท้อง

ตารางที่ 2 วินิจฉัยการพยาบาลของกรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ระยะจำหน่าย	- มีโอกาสเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ	- มีโอกาสเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ

2.2 กิจกรรมการพยาบาล ในระยะวิกฤตฉุกเฉิน กึ่งวิกฤต พื้นฟู และจำหน่าย มีดังนี้

2.2.1 ระยะวิกฤตฉุกเฉิน

1) การประเมินสภาพ (Assessment) โดย 1) ชักประวัติอาการและอาการแสดงของเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ได้แก่ อาเจียนเป็นเลือดสดๆ (hematemesis) เลือดเก่าๆ สีน้ำตาลคล้ายสีกาแฟดำ (Coffee ground) หรือเป็นสีแดง อุจจาระเป็นสีดำเหลว (Melena) มีกลิ่นเหม็น เหนียวเหนียวหนืดอย่างมะตอย อาการที่เกิดร่วม เช่น เวียนศีรษะ ใจสั่นเหงื่อออก ตัวเย็น อาการปวดท้อง รับประทานอาหารได้ลดลง อ่อนเพลียจากเสียเลือดชนิด โรคประจำตัว เช่น แผลในกระเพาะ (Peptic ulcer) กระเพาะอาหารอักเสบ (gastritis) โรคตับ โรคเลือด การใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ประวัติการดื่มสุรา พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม การประเมินทางด้านจิตสังคม ได้แก่ ความเครียด วิตกกังวล กลัวการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ของผู้ป่วยและครอบครัว การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของครอบครัว สิทธิในการรักษาและค่าใช้จ่ายในการรักษา 2) การตรวจร่างกาย อาจพบความผิดปกติ ดังนี้ ผิวหนังซีดเย็น ปากแห้ง conjunctiva ซีด capillary filling time มากกว่า 2 วินาที มีเส้นเลือดดำที่ผิวหนังท้อง (spider nevi) จากภาวะแรงดันในเส้นเลือดดำสูงผู้ป่วยตับแข็ง ท้องอืดตึงสัญญาณชีพ 3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Complete Blood Count, Liver function tests, BUN, Cr., Coagulation test,

Serum electrolyte, Stool occult blood การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน

2) แก้ไขภาวะวิกฤตอย่างเร่งด่วน ได้แก่ (1) แก้ไขภาวะช็อค ให้สารน้ำ Acetar/RLS และให้เลือดชนิด PRC, FFP, PLT เพื่อให้ปริมาณเลือดไหลเวียนอย่างเพียงพอ ประเมิน Hemodynamic ระดับความรู้สึกตัว อาการระบบหัวใจ ลักษณะ EKG ปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชม. ติดตามสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด เพื่อประเมินภาวะเลือดออกและภาวะช็อค ได้แก่ ตัวเย็น ผิวซีด ชีพจรเต้นเร็วหรือช้า ไม่สม่ำเสมอ ท้องแข็งตึง กดเจ็บ เป็นต้น (2) ค้นหาและแก้ไขสาเหตุเลือดออก สอนล้างกระเพาะอาหาร ผ่าน NG tube เพื่อประเมินความรุนแรง และเตรียมกระเพาะสำหรับการส่องกล้อง (3) ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ เพิ่มการ Transportation และ Hemoglobin oxygen saturation และป้องกันการสำลักเลือดลงปอด ติดตามผล Arterial blood gas เพื่อประเมินภาวะขาดออกซิเจน และวางแผนหย่าเครื่องช่วยหายใจและส่งเสริมให้ผู้ป่วยหายใจด้วยตนเอง (4) ลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เลือดแข็งตัวไม่ได้ ได้แก่ การให้วิตามิน K แก้ไขภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ แก้ไขภาวะโรคตับ และการติดเชื้อ (5) ป้องกันภาวะกรดสูงในกระเพาะอาหาร ให้ยาลดกรดกลุ่ม Proton Pump inhibitor ตามแผนการรักษา (6) เตรียมส่งผู้ป่วยส่องกล้องดูทางเดินอาหาร ได้แก่ การเตรียมด้านจิตใจ และการเตรียมด้านร่างกาย⁽¹³⁾ (7) การดูแลอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยและญาติ

2.2.2 ระยะกึ่งวิกฤต ดูแลให้ได้รับ

สารอาหารอย่างเพียงพอ ป้องกันการสูญเสียแร่ธาตุ ติดตามผลอิเล็กโทรไลต์ ให้ยาลดการหลั่งกรด Pantoprazole, Sandostatin ให้ Albumin และติดตามระดับน้ำตาลในกระแสเลือดตามแผนการรักษา

2.2.3 ระยะฟื้นฟู ได้แก่ 1) ส่งเสริม

ความสุขสบาย ได้แก่ จัดให้ผู้ป่วยนอนพักนอน ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน 2) จัดการความไม่สุขสบาย เช่น อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ด้วยการประคบ ความปวด ให้ยาตามแผนการรักษา และจัดการด้วยการไม่ใช้ยา 3) ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการ เช่น การเจาะเอาน้ำในช่องท้องออกในผู้ป่วยตับแข็ง

2.2.4 ระยะจำหน่าย ได้แก่ 1) อธิบาย

ถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยครั้งนี้ตามปัจเจกบุคคล ให้ความรู้เรื่องโรคและสภาพการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ซึ่งมีโอกาสการกลับเป็นซ้ำ เนื่องมาจากการปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง เช่น การรับประทานอาหาร ยาที่ระคายเคืองต่อกระเพาะอาหาร เพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และให้ญาติรับทราบวิธีการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน 2) ให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียดหรือความวิตกกังวลต่างๆ ที่จะส่งผลกระทบต่ออาการหลังกรด 3) ให้ความรู้เกี่ยวกับผลของการดื่มสุรามีผลต่อเลือดออกในหลอดอาหารและกระเพาะอาหาร พร้อมทั้งแหล่งประโยชน์เพื่อลดการดื่มสุรา 4) อธิบายให้มาตรวจตามแพทย์นัดประสาน Home Health Care เพื่อส่งต่อข้อมูลในการติดตามเยี่ยมบ้านและติดตามผลการเยี่ยมบ้านในกรณีนี้ เพื่อหาแนวทางช่วยเหลือที่เหมาะสม

การอภิปรายผล

จากการศึกษาผู้ป่วยเลือดออกระบบทางเดินอาหารส่วนต้นใน 2 กรณี ได้เรียนรู้

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย มีความเหมือนกัน

คือ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคคือการดื่มสุราประจำสอดคล้องกับสาเหตุของการเกิดโรค⁽¹⁰⁾ ส่วนความแตกต่าง ด้านอายุ กรณีที่ 1 เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งตามกระบวนการความสูงอายุที่มีภูมิคุ้มกันต่ำและผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จัดอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในการมีอาการเลือดออกรุนแรงกว่าวัยอื่น จึงเห็นผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนมีการติดเชื้อและการเจ็บป่วยเข้าสู่ระยะวิกฤตฉุกเฉินถึง 2 ครั้งส่วนในกรณีที่ 2 แม้จะไม่ใช่ผู้สูงอายุแต่มีโรคประจำตัวคือเป็นโรคตับแข็งและมีประวัติเลือดออก จึงจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงที่มีอาการรุนแรงเช่นกัน⁽³⁾

สาเหตุและพยาธิสภาพ พบว่ามีความ

แตกต่างกัน โดยกรณีศึกษาที่ 1 เลือดออกระบบทางเดินอาหารส่วนต้นจากสาเหตุไม่ใช่เส้นเลือดโป่งพอง (Non variceal bleeding) คือมีเลือดออกจากแผลในกระเพาะอาหาร ยืนยันด้วยผลการส่องกล้องดูทางเดินอาหาร ซึ่งแผลในกระเพาะอาหารเกิดขึ้นเพราะการเสียความสมดุลระหว่างการหลังกรดไฮโครคลอริกมากผิดปกติ (Aggressive factor) จากฮอว์โมนแกสตรินกับภาวะป้องกันการทำลายเยื่อบุกระเพาะอาหาร (defensive factor) จึงทำให้เยื่อบุกระเพาะอาหารมีจำนวนลดลง เลือดไปเลี้ยงน้อยลงเกิดแผลฉีกขาดมีเลือดออก เห็นได้จากอาการอาเจียนเป็นเลือด ถ่ายอุจจาระสีดำ⁽¹⁴⁾ ส่วนภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่รักษาในโรงพยาบาล และมีปัจจัยเสี่ยงสัมพันธ์กับประวัติผู้ป่วยสูบบุหรี่ดื่มสุราประจำ วัยสูงอายุ เห็นได้จากเอกซเรย์ปอดพบ Infiltration ฟังปอดมี Crepitation both lung ในขณะที่กรณีศึกษาที่ 2 ภาวะเลือดออกระบบทางเดินอาหารส่วนต้นมีสาเหตุจากเส้นเลือดโป่งพอง (Variceal bleeding) มักเกิดในผู้ป่วยมีประวัติโรคตับแข็ง ซึ่ง Varices

คือหลอดเลือดที่ขยายใหญ่ขึ้น ในชั้น Submucosa เกิดจากความดันที่เพิ่มขึ้นในหลอดเลือดดำ Portal แผล Varix สามารถเกิดขึ้นได้จากกรดไหลย้อน ในผู้ป่วยโรคตับแข็ง ความต้านทานของเนื้อตับจะทำให้ความดันของหลอดเลือดดำของตับสูงขึ้น ทำให้เกิด Esophageal varices และ Gastric varices ส่งผลให้เกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น จากเส้นเลือดโป่งพองตามมา นอกจากนี้โรคตับแข็งมักมีปัญหาปัจจัยการแข็งตัวของเลือด เพิ่มโอกาสเลือดออกง่ายและหยุดยาก มีการศึกษาแสดงให้เห็นว่าพยาธิตัวกลมมีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตร้อยละ 20 ภายหลังจากมีเลือดออกกระบบทางเดินอาหารส่วนต้นครั้งแรก⁽¹⁵⁾

การพยาบาลของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลเหมือนกันรวม 8 ข้อ แต่มีสาเหตุแตกต่างกันตามสภาพของแต่ละบุคคล ดังนี้ (1) การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง มีสาเหตุร่วมกัน 2 ราย คือตัวนำออกซิเจนลดลงจากการสูญเสียเลือด ส่วนที่แตกต่างคือกรณีที่ 1 เกิดภาวะแทรกซ้อนมีการติดเชื้อที่ปอดทำให้พื้นที่แลกเปลี่ยนก๊าซลดลง การพยาบาลเน้นการให้ออกซิเจน การใช้เครื่องช่วยหายใจการหยาเครื่องช่วยหายใจ และให้ยาปฏิชีวนะรักษาปอดอักเสบ (2) ปริมาตรเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีสาเหตุจากการสูญเสียเลือดทางเดินอาหารส่วนต้น ส่วนสาเหตุที่แตกต่าง คือ กรณีที่ 1 มีภาวะหัวใจเต้นพลิ้ว การพยาบาลที่สำคัญคือ การให้สารน้ำทดแทนการให้เลือด ให้ยาหดหลอดเลือดส่วนปลาย การให้ยาแก้ไขภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ จัดทำนอนราบ ยกขาสูง เฝ้าติดตาม Hemodynamic (3) เสี่ยงต่อเลือดออกง่ายหยุดยากในกรณีศึกษาทั้ง 2 กรณีมีเกล็ดเลือดต่ำกว่า 100,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร สาเหตุเกิดจากการสูญเสียเลือดและในกรณีศึกษาที่ 2 นอกจากการสูญเสียเลือดแล้วยังมีสาเหตุจากการสร้างเกล็ดเลือดลดลง

จากโรคตับแข็ง การมีเกล็ดเลือดในระบบไหลเวียนน้อยจะทำให้เกิดเลือดหยุดยาก การพยาบาลที่สำคัญเน้นการให้เกล็ดเลือดทดแทนต้องให้อย่างรวดเร็วเพื่อระวังเกล็ดเลือดแตกและการระวังการเกิดอุบัติเหตุ ระวังระวังการฉีดยา การเจาะเลือด การให้สารน้ำ⁽¹⁶⁾ (4) ป้องกันอันตรายจากการทำ EGD (5) สูญเสียพลังอำนาจในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจเหมือนกัน ขณะรักษาในไอซียู กรณีที่ 1 มีความซึมเศร้าปานกลาง ขณะที่กรณีที่ 2 มีความซึมเศร้ารุนแรง การพยาบาลที่สำคัญคือเน้นการช่วยเหลือประคับประคอง จิตใจ อารมณ์ สังคม (6) ได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการของร่างกาย ปัจจัยที่ขัดขวางการได้รับอาหารของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย คือ ภาวะหายใจล้มเหลว ระบบทางเดินอาหารมีเลือดออก ส่งผลให้ภูมิคุ้มกันลดลง เกิดการติดเชื้อได้ง่าย การพยาบาลที่สำคัญในไอซียูเน้นการเริ่มอาหารเร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยในไอซียูหากได้เริ่มอาหารภายใน 24 ชั่วโมงจะมีอัตราการตายลดลง ร้อยละ 66⁽¹⁷⁾ (7) ไม่สุขสบายเนื่องจากการเจ็บป่วยรุนแรงและการรักษาในภาวะวิกฤต ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีการเจ็บป่วยคุณภาพชีวิตมีปัญหาซับซ้อน ต้องได้รับการดูแลใกล้ชิดในไอซียู และพึงพาอุปกรณ์ทางการแพทย์ขั้นสูง ฉะนั้นการพยาบาลที่สำคัญเน้นช่วยเหลือกิจวัตร จัดสภาพแวดล้อมให้พักผ่อน และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา และการเจ็บป่วย การประเมินผลทางการพยาบาลพบว่าผู้ป่วยสุขสบายขึ้น กรณีที่ 1 ได้รับการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน และจัดการอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 ได้รับการช่วยบรรเทาอาการแน่นท้องจากมีน้ำในช่องท้อง ทำให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้ในระยะฟื้นฟูจนกระทั่งจำหน่าย (8) มีโอกาสเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้⁽⁴⁾ โดยในกรณีที่ 1 สาเหตุเลือดออกจากแผลในกระเพาะอาหาร มีปัจจัยเสี่ยงคือการ

ดื่มสุราและสูบบุหรี่ประจำ การพยาบาลที่สำคัญคือเน้นสร้างการรับรู้ใหม่เพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 สาเหตุเลือดออกจากริดสีดาในหลอดอาหารเนื่องจากผู้ป่วยมีโรคตับแข็ง และเคยมีประสบการณ์เลือดออกระบบทางเดินอาหารส่วนต้นแล้ว 1 ครั้ง ดังนั้นการพยาบาลที่สำคัญคือเน้นการให้คำปรึกษาการเข้าถึงทางเลือกการรักษา เช่น การดูแลแบบประคับประคอง การจัดการความไม่สุขสบายจากน้ำในช่องท้อง การประเมินผลพบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลมีการรับรู้โอกาสกลับมาเจ็บป่วยซ้ำ

ในการดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่าการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกระบบทางเดินอาหารส่วนต้นมีความยุ่งยากซับซ้อน จึงไม่ใช่ภาวะปกติที่จะสามารถจัดการได้โดยการพยาบาลทั่วไป ไม่ว่าจะเป็นระยะวิกฤตฉุกเฉิน ระยะกึ่งวิกฤต ระยะฟื้นฟู และจำหน่าย ดังนั้นการแก้ไขปัญหาคือต้องอาศัยทฤษฎีเข้ามาวางกรอบในการจัดกิจกรรมให้ความช่วยเหลือ เช่น การป้องกันการกลับเป็นซ้ำในกรณีศึกษา ได้นำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) มาใช้สร้างการรับรู้เพื่อปรับพฤติกรรมหลังกลับไปอยู่บ้าน⁽¹⁸⁾

สรุป

กรณีศึกษาทั้ง 2 กรณี มีอาการนำมาโรงพยาบาลเหมือนกันคือ มีไข้ อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายอุจจาระสีดํา ได้รับการวินิจฉัย Upper gastrointestinal bleeding with Hypovolemic shock ได้รับการส่องกล้องดูทางเดินอาหาร (EGD) กรณีที่ 1 พบ Bleeding gastric ulcer หยุดเลือดออกด้วยวิธี Adrenalin injection กรณีที่ 2 พบ Esophageal varices grade 3 หยุดเลือดด้วยวิธี Blanding ligation ระหว่างรับไว้ในความดูแลผู้ป่วยมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 4 ระยะดังนี้ 1) ระยะวิกฤตฉุกเฉิน ได้แก่ การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง ปริมาตร

เลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายในการส่องกล้องดูทางเดินอาหารส่วนต้น สูญเสียพลังอำนาจ 2) ระยะกึ่งวิกฤต ได้แก่ ได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการของร่างกาย 3) ระยะฟื้นฟู ได้แก่ ไม่สุขสบายเนื่องจากการเจ็บป่วยรุนแรงและการรักษาในภาวะวิกฤตร่วมกับกรณีที่ 1 มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อส่วนกรณีที่ 2 มีอาการแน่นอึดอัดท้อง และ 4) ระยะจำหน่าย ได้แก่ มีโอกาสเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ปัญหาต่างๆ ได้รับการแก้ไข แพทย์พิจารณาแล้วเห็นว่าผู้ป่วยสามารถกลับไปดูแลตนเองต่อที่บ้านได้ กรณีที่ 1 จำหน่ายวันที่ 31 ตุลาคม 2566 นอนโรงพยาบาลรวม 18 วัน กรณีที่ 2 จำหน่ายวันที่ 28 ตุลาคม 2566 นอนโรงพยาบาลรวม 6 วัน

เอกสารอ้างอิง

1. Chan R, Carpentier S. Gastric amyloidosis presenting as acute upper gastrointestinal bleeding: a case report. BMC Gastroenterol 2021; 21: 300.
2. Chen Y, Hsiao C, Lin L, Hsiao K, Hung M. The association between red blood cell transfusion and outcomes in patients with upper gastrointestinal bleeding. Clinical and Translational Gastroenterology 2018; 9: 138.
3. สุรีย์พร บุญเรือง, ปิยะนุช พรหมสาขา ณ สกลนคร. การพัฒนาแนวปฏิบัติ การพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น โรงพยาบาลหนองบัวลำภู. วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล 2563; 5(2).

4. Cooper AS. Interventions for preventing upper gastrointestinal bleeding in people admitted to intensive care units. *Critical Care Nurse* 2019; 39(2): 03-102.
5. Li Y, Lu Q, Song M, Wu K, Ou X. Evaluation of Six Pre endoscopy Scoring Systems to Predict Outcomes for Older Adults with Upper Gastrointestinal Bleeding. *Gastroenterology Research and Practice* 2022;ID9334866.
6. Jang A, Park H. Clinical judgment model-based nursing simulation scenario for patients with upper gastrointestinal bleeding: A mixed methods study. *PLoS ONE* 2021; 16(5): e0251029
7. ศุภกร มะลิขาว. การหาค่าความแตกต่างของคะแนน Blatchford ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการทำหัตถการหยุดเลือดและกลุ่มที่ไม่ได้ทำหัตถการเพื่อหยุดเลือดในคนไข้ที่มีเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น. *วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย* 2564; 1(1): 34-41.
8. Khan R, Saha S, Gimpaya N, Bansal R, Scaffidi MA, Razak F, et al. Outcomes for upper gastrointestinal bleeding during the first wave of the COVID-19 pandemic in the Toronto area. *Journal of Gastroenterology and Hepatology* 2022; 37: 82-878.
9. Yen T, Jones B, Espinoza JM, Singh S, Pell J, Duloy A, et al. Optimizing endoscopy procedure documentation improves guideline-adherent care in upper gastrointestinal bleeding. *Digestive diseases and sciences* 2023; 68: 75-2264.
10. หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระยะวิกฤตโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. สถิติผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระยะวิกฤต ปี 2564-2566. *โรงพยาบาลร้อยเอ็ด*; 2566.
11. Varghese AV, Hegde P. A cross sectional study on requirement of blood transfusion in upper gastrointestinal bleeding using Blatchford Bleeding Score. *IAIM* 2019; 6(5): 53-149.
12. Tuncer H, Yardan T, Akdemir HU, Ayyildiz T. Comparison of four scoring systems for risk stratification of upper gastrointestinal bleeding. *Pak J Med Sci* 2018; 34(3): 1-6.
13. ประณีต จงพันธ์นิมิตร, ดาราวรรณ รองเมือง. การพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมเพื่อความปลอดภัยในการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นในผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันในภาวะฉุกเฉิน. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า* 2565; 39(1): 126-133.
14. สมิต์ เกิดสินธุ์, พิมล เลหาหะวีร์, มินชิตา จุฑาธิปไตย และวราภรณ์ แดงสุวรรณ. ปัจจัยเสี่ยงและลักษณะทางคลินิกของภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นจากเส้นเลือดโป่งพองและไม่ใช้เส้นเลือดโป่งพอง. *BJM* 2019; 6(2): 45-56.
15. O'Brien JW, Rogers M, Gallagher M, Rockall T. Management of massive gastrointestinal haemorrhage. *Emergency surgery* 2022; 40(9): 92-582.
16. อรพันธ์ สีขาว. พยาธิสรีรวิทยา: สำหรับนักศึกษาพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. สมุทรปราการ: โครงการสำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ; 2561.

17. วิจิตรา กุสุมภ์. (บรรณาธิการ). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพานิชย์; 2560.
18. นภชนก รักษาเคน. การดูแลผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น: บทบาทของพยาบาลในการป้องกันเลือดออกและเลือดออกซ้ำ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2562; 37(3): 13-19.