

# Roles of Nurses in Prevention and Management of Gastrointestinal Bleeding

Pennapa Tipsung\*, Julaluk Wonglungka\*, Nisarath Yuwapattanawong\*\*

\*Division of Medical Nursing, Department of Nursing Siriraj Hospital, Bangkok, \*\*Baromrajonani College of Nursing Chonburi, Faculty of Nursing, Baromrajchanok Institute, Chonburi, Thailand

*Siriraj Medical Bulletin 2023;16(3):238-245*

---

## ABSTRACT

Gastrointestinal bleeding, a symptom of digestive system disorder, is a common emergency condition in intensive care units. Complications of gastrointestinal bleeding may result in patients experiencing excessive hemorrhage – major blood loss which potentially leading to death (exsanguination). Some patients may require longer length of stay and recovery in hospital, in accompanied with higher cost of treatment. Gastrointestinal bleeding can also become a chronic illness that causes patients to be hospitalized repeatedly. Nurses as a principal group of medical practitioners play an important role in delivering symptom preventions and primary care. To ensure that nurses are adequately equipped to treat gastrointestinal bleeding, fundamental knowledge of the symptom is indispensable (i.e., definition of gastrointestinal bleeding, characterization of pathological differences, assessment of severity and pathophysiology of gastrointestinal bleeding). In addition, standard educational guidelines as a tool should be developed for clinical practice. Some of the purposes of the guidelines include, but not limited to, monitoring complications, preparing patients for special examinations, pre and post examination care, as well as to prevention of recurrence of bleeding. Consequently, nurses' capability in providing an effective quality care with accuracy, promptness and competence contribute significantly to successful intervention, patient safety and improvement of mortality.

**Keywords:** Role of nurse; prevention and management; gastrointestinal bleeding

---

Correspondence to: Pennapa Tipsung

Email: Moomoo090429@gmail.com

Received: 10 January 2023

Revised: 14 March 2023

Accepted: 12 April 2023

<http://dx.doi.org/10.33192/smb.v16i3.260505>

# บทบาทพยาบาลในการป้องกันและการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร

เพ็ญญา ทิพย์สังข์\*, จุฬาลักษณ์ วงศ์ลังกา\*, นิศารัตน์ ยิวพัฒน์วงศ์\*\*

\*งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร, \*\*สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

## บทคัดย่อ

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร (Gastrointestinal bleeding) เป็นภาวะฉุกเฉินที่พบได้บ่อยในหอผู้ป่วยวิกฤต ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเสียเลือดจำนวนมากจนอาจทำให้เสียชีวิตได้ ผู้ป่วยบางรายต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น นอกจากนี้อาจกลายเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ พยาบาลเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันและให้การดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น ดังนั้นจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร เช่น ความหมายของการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหาร การจำแนกลักษณะความแตกต่างของพยาธิสภาพในแต่ละตำแหน่ง การประเมินความรุนแรงและพยาธิสรีรวิทยาที่เกิดจากการมีเลือดออกในทางเดินอาหาร ตลอดจนสามารถประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว นอกจากนี้พยาบาลควรมีแนวทางการพยาบาลที่มีมาตรฐาน เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การเตรียมผู้ป่วยในการส่งตรวจพิเศษต่าง ๆ การดูแลให้การพยาบาลขณะส่งตรวจและภายหลังการตรวจรักษา ดังนั้น การพยาบาลอย่างถูกต้องเหมาะสม รวดเร็ว และมีองค์ความรู้ จะส่งผลให้เกิดความสำเร็จในการป้องกันภาวะฉุกเฉิน เพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย และลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้

**คำสำคัญ:** บทบาทพยาบาล; การป้องกันและการจัดการ; ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร

## บทนำ

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารเกิดได้จากหลายสาเหตุ มักพบได้บ่อย และเป็นภาวะฉุกเฉินที่มีอันตรายถึงแก่ชีวิตต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน และอุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 2006-2019 พบผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพิ่มขึ้นจาก 387.9 คน ต่อประชากร 100,000 คน เป็น 407.1 คน ต่อประชากร 100,000 คน และพบอุบัติการณ์ของภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.4 และภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนปลายเพิ่มขึ้นร้อยละ 2.8<sup>1</sup> อุบัติการณ์การรักษาตัวในโรงพยาบาลจะเพิ่มขึ้นตามอายุ และมักพบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง สาเหตุที่พบบ่อยที่สุด 3 ประการของภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น (upper gastrointestinal bleeding, UGIB) คือ โรคแผลในกระเพาะอาหาร (Peptic ulcer disease; PUD) ภาวะหลอดเลือดโป่งพองที่หลอดอาหาร (esophagogastric varices) และโรคหลอดอาหารอักเสบจากกรด (erosive esophagitis) สำหรับในประเทศไทยยังไม่มีข้อมูลอุบัติการณ์ที่ชัดเจน<sup>2</sup> ทั้งนี้ ปัจจุบันพบว่า การตรวจวินิจฉัยหาตำแหน่งที่เกิดเลือดออกและการประเมินความรุนแรงยังทำได้

ค่อนข้างยากเนื่องจากอาการแสดงไม่มีลักษณะจำเพาะ กล่าวคือ หากเลือดไหลออกมาปริมาณมากและพยาธิสภาพอยู่ต่ำจะมีผลให้อุจจาระมีลักษณะแดงสด หากปริมาณเลือดไม่มากหรือพยาธิสภาพอยู่สูงลักษณะเลือดที่ออกจะมีลักษณะแดงคล้ำและอาจมีลิ่มเลือดปนได้ ทั้งนี้ หากเลือดออกปริมาณมากแม้ว่าพยาธิสภาพจะอยู่สูง สีของอุจจาระก็อาจแดงสดมากขึ้นได้เช่นกัน ซึ่งแนวทางการรักษาภาวะเลือดออกในแต่ละตำแหน่งมีความแตกต่างกัน ดังนั้นการประเมินที่ถูกต้องแม่นยำจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาได้อย่างถูกต้องและรวดเร็วมากขึ้น พยาบาลจึงควรมีความรู้และทักษะในการประเมินผู้ป่วย ทั้งการจำแนกลักษณะของอุจจาระ การประเมินความรุนแรง ตลอดจนการดูแลให้การพยาบาลการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อต้องส่งตรวจวินิจฉัยหรือการได้รับการรักษาด้วยการทำหัตถการต่างๆอย่างถูกต้องและเหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่มีมาตรฐานและถูกต้องปลอดภัย

## ความหมายของภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร หมายถึงการมีเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร ตั้งแต่หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่ ตลอดจนจนถึงทวารหนักโดยอาจเป็นได้ในตำแหน่ง

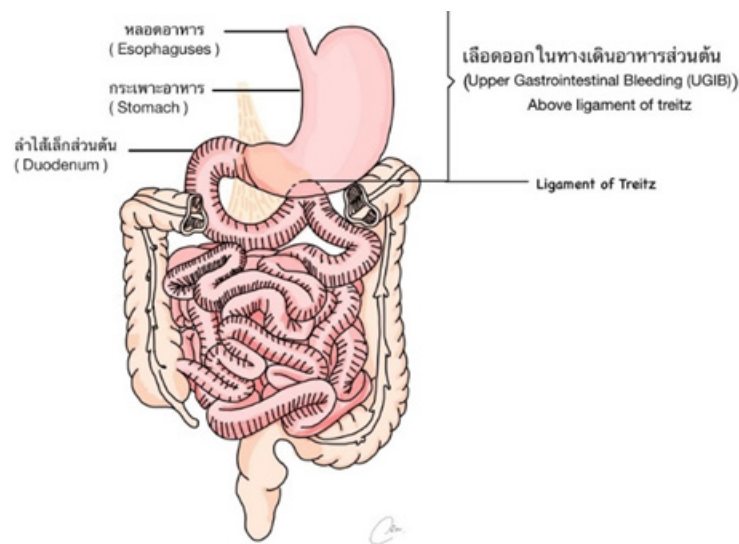
ใดตำแหน่งหนึ่ง หรือหลายตำแหน่งพร้อมกัน โดยทั่วไปจะแบ่งตำแหน่งของเลือดออกในทางเดินอาหารเป็น 2 ส่วน คือ

**ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น (Upper gastrointestinal bleeding)**

หมายถึง ตำแหน่งที่เลือดออกจากทางเดินอาหาร ซึ่งพยาธิสภาพอยู่เหนือต่อ Ligament of Treitz (ภาพที่ 1) ได้แก่ หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็กส่วนต้น (Duodenum) โครงสร้างเหล่านี้มีหลอดเลือดจำนวนมากที่อาจทำให้เกิดเลือดออกมากจนคุกคามถึงชีวิตได้ พบเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 6-10 ขึ้นอยู่กับสาเหตุและโรคร่วมของผู้ป่วย<sup>3</sup> โดยมีลักษณะอาการ คือ

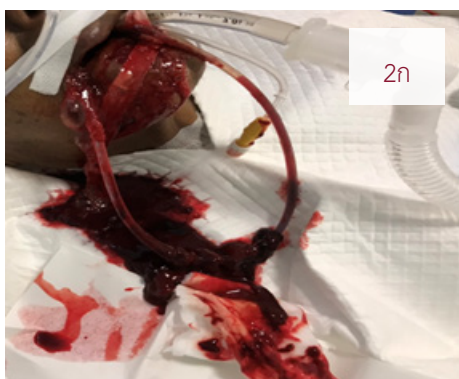
อาเจียนเป็นเลือด (Hematemesis) (ภาพที่ 2ก) ผู้ป่วยอาเจียนเป็นเลือดซึ่งอาจจะเป็นเลือดสด หรือเป็นเลือดเก่าสีดำ (Coffee-ground) (ภาพที่ 2ข) ซึ่งเกิดจากการที่เลือดถูกเปลี่ยนเป็น Hematin จากน้ำย่อยในกระเพาะอาหาร

ถ่ายอุจจาระดำ (Melena) (ภาพที่ 3) ซึ่งเป็นอุจจาระสีตาคัล้ายยางมะตอยเหลว เหนียว เกิดจากการที่เลือดถูกย่อยโดยแบคทีเรียในลำไส้ใช้เวลาประมาณ 6-8 ชั่วโมง แต่หากมีเลือดออกเร็ว ลักษณะอาจจะเป็นเลือดสีแดงคล้ำ ซึ่งอาจแยกออกได้ยากจากการมีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนล่าง โดยการถ่ายอุจจาระในลักษณะนี้ต้องแยกออกจากภาวะอื่น ๆ ที่อาจทำให้ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระเป็นสีดำได้ เช่น ผู้ป่วยได้รับยาบำรุงเลือด ผงถ่าน Bismuth เป็นต้น



ภาพที่ 1 ทางเดินอาหารส่วนต้น

ที่มา: วาดโดย นางสาวลลิตพร วุฒิสิริกุล 28 กุมภาพันธ์ 2566 อ้างอิงจาก <http://basicmedicalkey.com//2-gastrointestinal-surgery/>



ภาพที่ 2 การอาเจียนเป็นเลือดสด (2ก) และ ลักษณะ Gastric content เป็น coffee ground (2ข)

ที่มา: ภาพถ่ายโดยนางสาวเพ็ญภา ทิพย์สังข์ จากหออภิบาลอายุรศาสตร์ 2 ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช



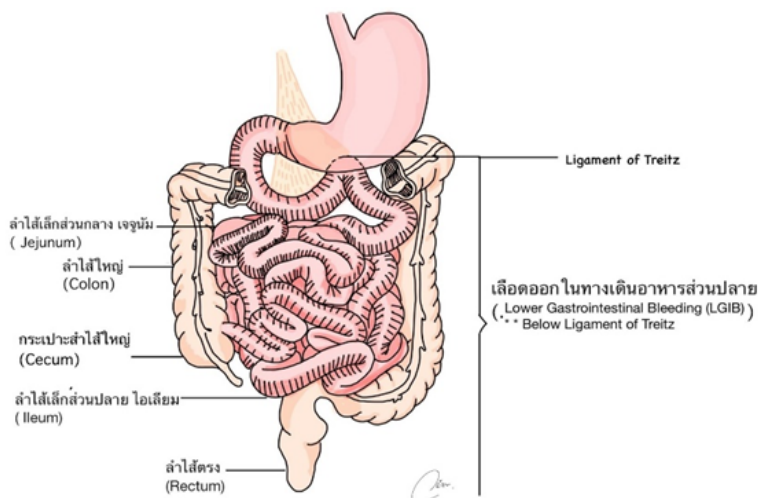
ภาพที่ 3 ถ่ายอุจจาระดำ (Melena)

ที่มา: ภาพถ่ายโดยนางสาวเพ็ญภา ทิพย์สังข์ จากหออภิบาลอายุรศาสตร์ 2 ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนปลาย (Lower gastrointestinal bleeding)

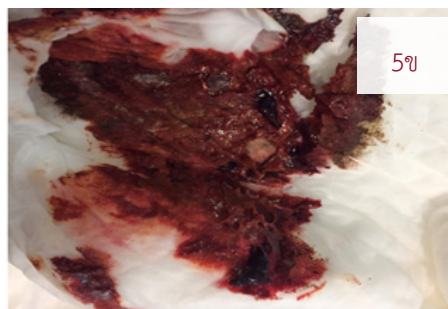
หมายถึง ตำแหน่งที่เลือดออกจากทางเดินอาหาร ซึ่งพยาธิสภาพอยู่ที่ใต้ต่อ Ligament of Treitz (ภาพที่ 4) ได้แก่ ลำไส้เล็กส่วนกลาง (Jejunum) ลำไส้เล็กส่วนปลาย (Ileum) ลำไส้ใหญ่ (colon) จนถึงทวารหนัก มักพบลักษณะอุจจาระจะเป็นลักษณะดำปนแดง (ภาพที่ 5ก) และหากเลือดออกมากและเร็วจะมีลักษณะแดงสด

(ภาพที่ 5ข) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 80 เลือดจะหยุดได้เอง อย่างไรก็ตามการระบุจุดที่เลือดออกทำได้ยากแม้จะมีความก้าวหน้าในการวินิจฉัย โดยพบผู้ป่วยร้อยละ 10 ไม่สามารถวินิจฉัยหาจุดเลือดออกได้และสามารถพบเลือดออกซ้ำได้ร้อยละ 25 โดยส่วนใหญ่มักพบในเพศชายและพบมากขึ้นในผู้สูงอายุโดยมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นมากกว่า 200 เท่าในผู้ที่มีอายุ 80 ปี เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีอายุ 20 ปี<sup>4</sup>



ภาพที่ 4 ทางเดินอาหารส่วนปลาย

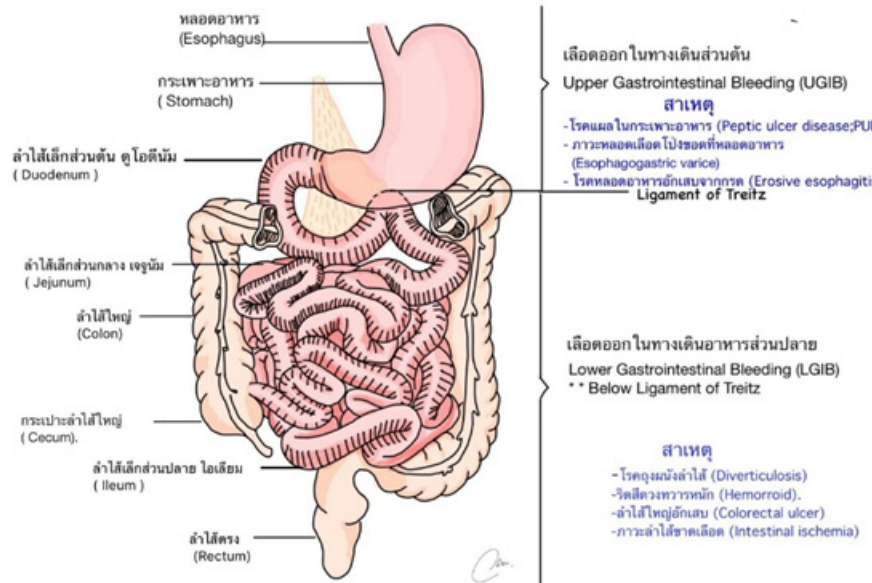
ที่มา: วาดโดย นางสาววัลย์พร วุฒิสิริกุล 28 กุมภาพันธ์ 2566 อ้างอิงจาก <http://basicmedicalkey.com//2-gastrointestinal-surgery/>



ภาพที่ 5 ถ่ายอุจจาระสีดำปนแดง (Maroon stool) (5ก) ถ่ายอุจจาระเป็นเลือดสีแดงสด (Hematochezia) (5ข)

ที่มา: ภาพถ่ายโดย นางสาวจุฬาลักษณ์ วงศ์ลิ่งกาจากหออภิบาลอายุรศาสตร์ 2 ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช





ภาพที่ 6 สาเหตุการมีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นและทางเดินอาหารส่วนปลาย

ที่มา: วาดโดย นางสาววลัยพร วุฒิสิริกุล 28 กุมภาพันธ์ 2566 อ้างอิงจาก <http://basicmedicalkey.com//2-gastrointestinal-surgery/>

**สาเหตุของภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร**

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น (ภาพที่ 6) มักแบ่งสาเหตุออกเป็น 2 กลุ่มคือ ภาวะเลือดออกจากเส้นเลือดดำโป่งพอง (Variceal bleeding) ส่วนใหญ่มักพบในกลุ่มที่มีความดันโลหิตในหลอดเลือดพอร์ทัลสูง (Portal hypertension) ทำให้เกิดการรั่วหรือแตกของหลอดเลือดดำในหลอดอาหาร (Esophageal varices) กระเพาะอาหาร (Gastric varices) นอกจากนี้อาจเกิดจากการฉีกขาดของหลอดเลือดระหว่างหลอดอาหารและลำไส้ (Mallory-weiss syndrome) ซึ่งมักเกิดตามหลังการอาเจียนรุนแรงหลายครั้งและมักมีประวัติการดื่มสุราร่วมด้วย กลุ่มที่ไม่ใช่ภาวะเลือดออกจากเส้นเลือดดำโป่งพอง (Non Variceal bleeding) มักเกิดจากโรคแผลในกระเพาะอาหาร หลอดอาหารอักเสบจากการกัดกร่อนมักพบในผู้ป่วยที่มีกรดไหลย้อนเรื้อรังและจากการได้รับยาที่มีการระคายเคืองต่อทางเดินอาหารเช่น ยาแก้ปวดชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ (NSAIDs) และยาบิสฟอสโฟเนต (Bisphosphonate) เป็นต้น การติดเชื้อราหรือเชื้อไวรัสในทางเดินอาหาร เช่น ไซโตเมกาโลไวรัส ไวรัสเริม เป็นต้น<sup>5</sup>

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนปลาย (ภาพ 6) จากฐานข้อมูลสาเหตุของการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนปลายของหลายโรงพยาบาลในสหรัฐอเมริกาและยุโรปในปี.ศ. 2010 พบว่าสาเหตุที่พบได้มากที่สุดคือ โรคถุงผนังลำไส้ (Diverticulosis) ร้อยละ 26-33 ริดสีดวงทวารหนักร้อยละ 10-20 และลำไส้ใหญ่อักเสบ ร้อยละ 11-13 อย่างไรก็ตามการระบุจุดเลือดออกและสาเหตุอาจเป็นเรื่องยากและพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 23-50 ที่ออกจากโรงพยาบาลโดยไม่ได้รับการวินิจฉัยถึงสาเหตุที่แน่ชัด<sup>6</sup>

**พยาธิสรีรวิทยาของการมีเลือดออกในทางเดินอาหาร**

การเปลี่ยนแปลงของร่างกายมักเกิดจากมีการสูญเสียเลือด อาการเริ่มแรกที่พบบ่อยมักเป็นการลดลงของเม็ดเลือดแดงโดยพบการลดลงของระดับฮีโมโกลบินอย่างน้อย 2 กรัม/เดซิลิตร หากปริมาณเลือดที่ลดลงอย่างมากและรวดเร็ว ทำให้ปริมาณเลือดที่กลับสู่หัวใจ (Venous return) ลดลงทำให้มีสัญญาณชีพไม่คงที่ เช่น ความดันโลหิตต่ำขณะพัก (ความดันโลหิตซิสโตลิก  $\leq$  90 มิลลิเมตรปรอท) อาการหน้ามืดอย่างรุนแรงเมื่อลุกขึ้นจากท่านอนหงาย (Postural Hypotension) มีการกระตุ้นกลไกต่างๆของร่างกายเพื่อรักษาปริมาณเลือดไปเลี้ยงอวัยวะที่สำคัญให้คงที่ เช่น ชีพจรเร็วขึ้น (อัตราการเต้นของหัวใจ  $\geq$  120 ครั้ง/นาที) หรืออัตราการเต้นของหัวใจที่เพิ่มขึ้นตั้งแต่ 30 ครั้ง/นาทีขึ้นไป เพื่อคงปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ (Cardiac output) ซึ่งบ่งชี้ถึงการสูญเสียปริมาตรภายในหลอดเลือดอย่างรุนแรงมากกว่า 50 เปอร์เซ็นต์ การหดตัวของหลอดเลือดดำส่วนปลายเพิ่มการกลับมาของเลือดดำ (Venous return) มีการดึงเอาสารน้ำและอัลบูมินจากช่องระหว่างเซลล์ (Interstitial space) กลับเข้าสู่ระบบไหลเวียนโลหิต การหดตัวของหลอดเลือดแดงเพื่อลดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะที่ไม่สำคัญเช่น ผิวหนัง และหลอดเลือดในช่องท้อง (Splanchnic area) จนอาจทำให้เกิดภาวะขาดเลือดของอวัยวะต่างๆ<sup>7</sup>

กรณีที่เกิดเลือดออกเป็นจำนวนมาก อาจเกิดการสูดสำลักเลือดเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจและเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสูดสำลัก (Aspiration pneumonia) ผู้ป่วยบางรายอาจพบว่ามีอาการทางระบบประสาทส่วนกลางทำให้สับสนและซึมลงจนต้องพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ นอกจากนี้เลือดที่ออกมาจะกระตุ้นการทำงานของ

กระเพาะอาหารและลำไส้ให้มีการเคลื่อนไหวมากขึ้น ทำให้เกิดการคลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว ท้องอืด และหากเลือดคั่งนั้นถูกแบคทีเรียในลำไส้ย่อยจนเกิดเป็นแอมโมเนียในผู้ป่วยที่มีโรคตับร่วมด้วยอาจเกิดภาวะโรคสมองจากโรคตับ (Hepatic encephalopathy) ได้<sup>3</sup>

### แนวทางการรักษาภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร

การรักษาภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารโดยส่วนใหญ่ หากไม่ใช่ภาวะเลือดออกจากหลอดเลือดดำของตับจะหยุดได้เอง การรักษาในระยะแรกควรประเมินความรุนแรงของภาวะเลือดออกแล้วให้การดูแลรักษาเบื้องต้น คือ การดูแลทางเดินหายใจ การให้สารน้ำโดยมักเป็น Normal saline solution หรือ lactated Ringer solution ทางหลอดเลือดดำ การให้เลือดเมื่อระดับฮีโมโกลบินต่ำกว่า 7 กรัม/เดซิลิตรโดยควรทำร่วมไปกับการหยุดเลือดที่ออกให้เร็วที่สุด ทั้งนี้ผู้ป่วยบางรายเลือดที่ออกอาจสามารถหยุดได้เองภายหลังการรักษาด้วยยา หรือบางรายเลือดยังคงออกอย่างต่อเนื่อง มีการไหลเวียนโลหิตไม่คงที่ (Hemodynamic unstable) ควรได้รับการส่องกล้องภายใน 24 ชั่วโมงแรกและควรให้ยา Proton pump inhibitor ต่อเนื่องจนครบ 72 ชั่วโมงหลังส่องกล้อง ในรายที่หลังส่องกล้องยังมีเลือดออกมากอาจพิจารณาการรักษาด้วย รังสีรักษา หรือการผ่าตัด<sup>4</sup>

### บทบาทพยาบาลในการดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยในระยะวิกฤต

ผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารควรได้รับการประเมินความรุนแรงของอาการโดยผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด มีฮีโมโกลบินมากกว่า 13 กรัม/เดซิลิตร และความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่า 115 มิลลิเมตรปรอทสามารถนัดมาตรวจโดยการส่องกล้องในภายหลังหรือสังเกตอาการในหอผู้ป่วยทั่วไปได้ แต่ในรายที่มีเลือดออกรุนแรง สัญญาณชีพไม่คงที่ควรติดตามอาการในหออภิบาล<sup>10</sup> ควรดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียงเพื่อลดการใช้ออกซิเจนและได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีภาวะซีด ควรติดตามประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวทุก 15 นาทีหรือตามสภาพผู้ป่วยเพื่อสังเกตการเปลี่ยนแปลงและรายงานแพทย์ได้ทันที เตรียมอุปกรณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม เช่น อุปกรณ์สำหรับการใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที ถ้าผู้ป่วยอาเจียนเป็นเลือดควรให้ผู้ป่วยนอนตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่งเพื่อป้องกันการสำลักเลือดเข้าสู่ทางเดินหายใจ ควรดูแลดื่มน้ำจืดหรือชาเขียวโดยในบางรายอาจต้องใส่สายอาหารลงกระเพาะเพื่อสวนล้างกระเพาะอาหารประเมินความรุนแรงของเลือดที่ออกและต่อสายระบายลงถุงสังเกตและบันทึกปริมาณเลือดที่ออก ติดตามสังเกตและจดบันทึกลักษณะ สี และปริมาณของอุจจาระ จดบันทึกปริมาณสารน้ำเข้าและออกจากร่างกายเพื่อประเมินภาวะสมดุลของสารน้ำ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและการให้เลือดเมื่อระดับฮีโมโกลบินน้อยกว่า 7 กรัม/เดซิลิตร การให้เกล็ดเลือดแก่ผู้ป่วยที่มีจำนวนเกล็ดเลือดน้อยกว่า

50,000×10<sup>3</sup> เซลล์ต่อไมโครลิตร สังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือด การได้รับสารน้ำมากเกินไป นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นรุนแรงควรเริ่มการรักษาด้วยยาที่ยับยั้งโปรตอนปั๊ม (proton pump inhibitor) การให้ยา Octreotide แก่ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในหลอดเลือดแดงเฉียบพลัน และยาเพิ่มความดันโลหิตในกรณีที่เกิดเลือดออกมากจนมีภาวะความดันโลหิตต่ำ<sup>11</sup>

### บทบาทพยาบาลในการดูแลการให้พยาบาลผู้ป่วยในระยะก่อนตรวจรักษา

ผู้ป่วยบางรายที่เลือดออกมาก อาจมีความจำเป็นต้องมีการส่งตรวจเพิ่มเติมเพื่อวินิจฉัยหาจุดเลือดออกและให้การรักษาหยุดเลือดที่ออก ในระยะก่อนส่งตรวจวินิจฉัยและรักษา พยาบาลควรอธิบายความจำเป็นของการส่งตรวจ ขั้นตอนและวิธีการตรวจและรักษา รวมทั้งการปฏิบัติตัวภายหลังการตรวจ เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือในการตรวจและรักษา นอกจากนี้ควรเตรียมร่างกายผู้ป่วยให้พร้อมสำหรับการตรวจหรือการรักษาวิธีต่าง ๆ

การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน (Esophagogastroduodenoscopy) การส่องกล้องสามารถทำได้ทั้งเพื่อวินิจฉัยหาสาเหตุและรักษาแหล่งที่มาของเลือดออก และการระบุปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มแนวโน้มของการมีเลือดออกซ้ำควรงดน้ำงดอาหารผู้ป่วยเพื่อป้องกันการสำลักเศษอาหารระหว่างการส่องกล้อง พิจารณาการใส่ท่อช่วยหายใจสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการสำลัก เช่น ผู้ที่มีภาวะโลหิตจางต่อเนื่องหรือระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ตรวจเช็คการใส่ฟันปลอมหากเป็นชนิดถอดได้ควรถอดออกก่อนส่งตรวจเพื่อป้องกันการหลุดลงไปในทางเดินอาหารและทางเดินหายใจในระหว่างตรวจ ทำความสะอาดปากและฟันก่อนการส่งตรวจ ควรให้เกล็ดเลือดแก่ผู้ป่วยที่มีเลือดออกอย่างรุนแรง และมีจำนวนเกล็ดเลือดน้อยกว่า 50,000×10<sup>3</sup> เซลล์ต่อไมโครลิตร ในกรณีที่ต้องมีการส่องกล้องอย่างเร่งด่วนสามารถทำได้อย่างปลอดภัยโดยมีระดับ international normalized ratio หรือ INR ที่น้อยกว่า 2.5 การให้ยาที่ยับยั้งโปรตอนปั๊ม (PPI) อย่างน้อย 30 นาทีก่อนส่องกล้องจะช่วยให้เพิ่มโอกาสการมองเห็นจุดเลือดออกได้มากขึ้น<sup>12</sup>

การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (Sigmoidoscope) และการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) แนะนำการรับประทานอาหารที่มีกากน้อยหรือของเหลวใสอย่างน้อยหนึ่งวันก่อนการตรวจ ควรมีการเตรียมลำไส้อย่างเพียงพอซึ่งช่วยให้มองเห็นพื้นผิวเยื่อเมือกได้ชัดเจน ประสิทธิภาพของการเตรียมลำไส้เป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย ความแม่นยำในการวินิจฉัยคุณภาพ ความยาก และความรวดเร็วในการตรวจ<sup>13</sup> วิธีการเตรียมลำไส้ พบว่ายังไม่มีการสรุปชัดเจน ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาจทำได้โดยการให้กินสารน้ำที่มีส่วนผสมของ Sulphate หรือ Polyethylene glycol

based ทุก 30-45 นาทีจนอุจจาระไม่มีกากแต่ก็มีบางสถานการณ์ที่มีข้อห้าม เช่น ท้องอืด การคั่งของกระเพาะอาหารอย่างมีนัยสำคัญ ผู้ป่วยที่สงสัยว่าหรือมีการอุดตันของลำไส้ ลำไส้ใหญ่อักเสบหรือติดเชื้ออย่างรุนแรง ความบกพร่องทางระบบประสาทหรือการรับรู้ที่ทำให้ไม่สามารถกลืนได้อย่างปลอดภัย เป็นต้น ระหว่างเตรียมลำไส้ควรสังเกตลักษณะอุจจาระว่ายังมีเนื้ออุจจาระปนเลือดหรือไม่หากยังมีเนื้ออุจจาระปนควรอาจพิจารณาถ่ายภาพอุจจาระเพื่อรายงานให้แพทย์ทราบและพิจารณาสวนล้างด้วยน้ำเกลือจนใส<sup>14</sup>

### การฉีดสารทึบรังสีและอุดหลอดเลือด (Angiogram with Embolization) นิยมทำใน

1) กลุ่มที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารและมีความเสี่ยงสูงที่จะให้การรักษาด้วยการผ่าตัดซึ่งพบว่าการผ่าตัดมีโอกาสเกิดอัตราการตายร้อยละ 10 ในขณะที่การอุดหลอดเลือดพบอัตราการเสียชีวิตน้อยกว่าร้อยละ 1 เท่านั้น<sup>15</sup>

2) ผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนหรือส่วนล่างจำนวนมากต้องให้เลือด 4 ยูนิตใน 24 ชั่วโมง

3) ผู้ป่วยที่มีระบบไหลเวียนเลือดไม่คงที่ (ความดันเลือดต่ำร่วมกับความดันโลหิตซิสโตลิกต่ำกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท และอัตราการเต้นของหัวใจ  $\geq 100$  ครั้งต่อนาที)<sup>16</sup> เนื่องจากหัตถการดังกล่าวต้องมีการฉีดสารทึบรังสีเป็นระยะ จึงควรตรวจสอบประวัติการแพ้ยาและสารไอโอดีน ประวัติการเป็นภูมิแพ้ หอบหืด การเตรียมผิวหนังบริเวณที่ใส่สายสวนควรโกนขนบริเวณที่จะใส่สายสวนโดยส่วนใหญ่มักเป็นหลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบ ดูแลให้ผู้ป่วยงดน้ำและอาหารอย่างน้อย 4-6 ชั่วโมงก่อนตรวจ

### บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยขณะตรวจรักษา

การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น (Esophago-gastroduodenoscopy) ช่วยแพทย์ในการจัดทำให้ผู้ป่วยเป็นท่าตะแคงซ้าย ควรใส่เครื่องมือถ่างปาก (mouth guard) เพื่อป้องกันการกัดกล้อง ระหว่างทำหัตถการและได้รับยานอนหลับ ควรติดตามสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่องตลอดการตรวจรักษา ควรติดตามประเมินการหายใจ ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด ดูแลช่วยดูดน้ำและเลือดในปากและลำคอรวมทั้งเฝ้าระวังการเกิดสูดสำลักน้ำและเลือดเข้าสู่ปอดซึ่งอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้

การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (Sigmoidoscope) และการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าตะแคงด้านข้างซ้าย ยกเว้นผู้ป่วยที่มีการผ่าตัดเปิดทวารเทียม (colostomy) ซึ่งมักจะจัดท่านอนหงาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับการส่องกล้องตรวจในหออภิบาลมักเป็นผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพไม่คงที่ ระหว่างการทำหัตถการอาจได้รับยากดประสาทแบบหัตถการ

ปานกลาง หรือกดประสาทแบบลึก ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพได้จึงควรติดตามสัญญาณชีพอย่างน้อยทุก 15 นาที การส่องกล้องมักมีการเป่าอากาศผ่านกล้องอาจทำให้แน่นท้องจึงควรติดตามประเมินการหายใจของผู้ป่วยร่วมด้วย

การฉีดสารทึบรังสีและอุดหลอดเลือด ( Angiogram with Embolization) ควรติดตามสัญญาณชีพผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ ทุก 15 นาทีตลอดระยะเวลาของการตรวจรักษา สังเกตอาการที่เกิดจากการแพ้สารทึบรังสี เช่นปวดศีรษะมึนงง ความดันโลหิตสูงหรือต่ำกว่าปกติ มีผื่นลมพิษและหมดสติ ติดตามบันทึกชนิดและปริมาณสารทึบรังสีที่ผู้ป่วยได้รับอย่างละเอียด

### บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภายหลังการตรวจรักษา

หลังจากการประเมินด้วยการส่องกล้อง ผู้ป่วยอาจได้รับการพิจารณาว่ามีความเสี่ยงที่จะมีเลือดออกซ้ำ หากพบว่ามีความเสี่ยงปานกลางหรือสูง ควรดูแลให้ได้รับ PPI ต่อเป็นเวลา 72 ชั่วโมง หลังจากการส่องกล้อง ผู้ป่วยเหล่านี้ควรเริ่มด้วยอาหารเหลวใสหลังทำหัตถการ ผู้ป่วยที่มีแผลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกซ้ำสามารถเปลี่ยนไปใช้ PPI แบบรับประทานวันละครั้งและเริ่มด้วยการรับประทานอาหารตามปกติ<sup>17</sup> กรณีที่แพทย์ให้เริ่มรับประทานอาหารปากควรตรวจว่ามีปฏิกิริยาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อหลังคอหอย (Gag reflex) เป็นปกติก่อนให้รับประทานอาหารเพื่อป้องกันการสำลัก ติดตามลักษณะสีของอุจจาระอย่างต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวังการเกิดเลือดออกซ้ำ ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ เพื่อดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

การส่งตรวจรักษาด้วยวิธีการอุดหลอดเลือดมีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญจากเส้นเลือดแดงอุดตันและการตกเลือด โดยเฉพาะในระยะ 6 ชั่วโมงแรก ควรตรวจวัดชีพจร การหายใจ และความดันโลหิต ดูแลให้ผู้ป่วยนอนเอนเขียงขาข้างที่ตรวจอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง พร้อมทั้งตรวจดูแลแผลบริเวณที่ใส่สายสวนทุก 15-20 นาที โดยส่วนใหญ่มักพบการตกเลือดใน 6 ชั่วโมงแรก หากมีการตกเลือดควรกดหลอดเลือดแดงบริเวณเหนือตำแหน่งนั้นให้แน่น โดยทั่วไปการกดหลอดเลือดนานประมาณ 15-20 นาทีจะทำให้เลือดหยุดได้<sup>18</sup> ควรติดตามประเมินการไหลเวียนของหลอดเลือดแดงของขาข้างที่ใส่สายสวน โดยเปรียบเทียบกับอุณหภูมิ สี และความแรงของชีพจรของขาทั้งสอง เพื่อเฝ้าระวังการอุดตันของหลอดเลือดแดงที่ขาข้างที่ได้รับการใส่สายสวน

### สรุป

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร (Gastrointestinal bleeding) เป็นภาวะฉุกเฉินที่พบได้บ่อย อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ทั้งในระยะวิกฤต ระยะก่อนการตรวจรักษา ขณะตรวจรักษา และ

ระยะหลังการตรวจรักษา หากผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างถูกต้องจะนำไปสู่การรักษาที่มีประสิทธิภาพและทำให้ผู้ป่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้อัตราการตายลดลง ส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตได้

#### เอกสารอ้างอิง

- Zheng NS, Tsay C, Shung D, Laine L. Trends in characteristics, management, and outcomes of patients presenting with gastrointestinal bleeding to emergency departments in the United States from 2006 to 2019. *Aliment Pharmacol Ther.* 2022;56(11-12):1543-55.
- Kamboj AK, Hoversten P, Leggett CL. Upper Gastrointestinal Bleeding: Etiologies and Management. *Mayo Clin Proc.* 2019;94(4):697-703.
- Feinman M, Haut ER. Upper gastrointestinal bleeding. *Surg Clin North Am.* 2014;94(1):43-53.
- Edelman DA, Sugawa C. Lower gastrointestinal bleeding: a review. *Surg Endosc.* 2007;21(4):514-20.
- Costable NJ, Greenwald DA. Upper Gastrointestinal Bleeding. *Clin Geriatr Med.* 2021;37(1):155-72.
- Oakland K. Changing epidemiology and etiology of upper and lower gastrointestinal bleeding. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2019;42-43:101610.
- Tokar JL, Higa JT. Acute Gastrointestinal Bleeding. *Ann Intern Med.* 2022;175(2):ITC17-ITC32.
- Kim JS, Kim BW, Kim DH, Park CH, Lee H, Joo MK, et al. Guidelines for Non-variceal Upper Gastrointestinal Bleeding. *Korean J Gastroenterol.* 2020;75(6):322-32.
- Wilkins T, Wheeler B, Carpenter M. Upper Gastrointestinal Bleeding in Adults: Evaluation and Management. *Am Fam Physician.* 2020;101(5):294-300.
- Whitehurst BD. Lower Gastrointestinal Bleeding. *Surg Clin North Am.* 2018;98(5):1059-72.
- Barkun AN, Almadi M, Kuipers EJ, Laine L, Sung J, Tse F, et al. Management of Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding: Guideline Recommendations from the International Consensus Group. *Ann Intern Med.* 2019 ;171(11):805-22.
- Kamboj AK, Hoversten P, Leggett CL. Upper Gastrointestinal Bleeding: Etiologies and Management. *Mayo Clin Proc.* 2019;94(4):697-703.
- Rex DK, Schoenfeld PS, Cohen J, Pike IM, Adler DG, Fennerty MB, et al. Quality indicators for colonoscopy. *Gastrointest Endosc* 2015;81(1):31-53.
- Strate LL, Syngal S. Timing of colonoscopy: impact on length of hospital stay in patients with acute lower intestinal bleeding. *Am J Gastroenterol* 2003;98(2):317-22.
- Gady JS, Reynolds H, Blum A. Selective arterial embolization for control of lower gastrointestinal bleeding: recommendations for a clinical management pathway. *Curr Surg.* 2003;60(3):344-7.
- Loffroy R, Rao P, Ota S, Lin MD, Kwak BK, Geschwind JF. Embolization of acute nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage resistant to endoscopic treatment: results and predictors of recurrent bleeding. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2010;33(6):1088-100.
- Gerson L, Kamal A. Cost-effectiveness analysis of management strategies for obscure GI bleeding. *Gastrointest Endosc* 2008;68(5):920-36.
- Gillespie CJ, Sutherland AD, Mossop PJ, Woods RJ, Keck JO, Heriot AG. Mesenteric embolization for lower gastrointestinal bleeding. *Dis Colon Rectum* 2010;53(9):1258-64.