



การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานหักร่วมกับมีภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด Nursing Care for Patients with Fractures Pelvic and Hemothorax

พิชญภัฏ บุญประสิทธิ์^{1*}

Pichyaphak Bunprasit^{1*}

¹โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา

¹Ban Pho Hospital, Chachoengsao Province

(Received: September 17, 2024; Revised: November 25, 2024; Accepted: November 26, 2024)

บทคัดย่อ

กรณีศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานหักร่วมกับมีภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดอย่างปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ตั้งแต่แรกรับจนส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิ ภาวะกระดูกเชิงกรานหักร่วมกับเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดถือเป็นภาวะที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิต เนื่องจากกระดูกเชิงกรานเป็นแหล่งเลือดขนาดใหญ่ การหักของกระดูกเชิงกรานจึงอาจทำให้เกิดการเสียเลือดอย่างรุนแรง และเมื่อมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดเพิ่มเข้ามา จะทำให้ปอดไม่สามารถขยายตัวได้เต็มที่ ซึ่งอาจนำไปสู่การขาดออกซิเจนในเลือดและอวัยวะอื่นๆ ภาวะนี้จำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างเร่งด่วนเพื่อป้องกันการเสียชีวิต จากกรณีศึกษา จำนวน 1 ราย ผู้ป่วยชายไทย อายุ 51 ปี สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ ประสบอุบัติเหตุเดินเท้าบนท้องถนนแล้วถูกรถพ่วงบรรทุก เฉี่ยวชน หมดสติ หน่วยปฏิบัติการการแพทย์ขั้นสูงของโรงพยาบาลบ้านโพธิ์ออกมารับผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ วันที่ 13 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 เวลาเกิดเหตุ 21.00 น. ได้รับแจ้ง/ออกมารับผู้ป่วยเวลา 21.30 น. ถึงโรงพยาบาลบ้านโพธิ์ เวลา 22.36 น. หน่วยปฏิบัติการการแพทย์ขั้นสูงของโรงพยาบาลบ้านโพธิ์ใช้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Care) ในการให้การพยาบาลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุให้การพยาบาลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ ดูแลครบทุกด้านไม่แยกส่วน โดยคำนึงถึงองค์ประกอบของร่างกาย ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem มาวิเคราะห์ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และจัดระบบบริการทดแทนที่ผู้ป่วยต้องได้รับ ซึ่งจากการวิเคราะห์พบว่า ผู้ป่วยมีการบาดเจ็บหลายระบบ มีบาดแผลขนาดใหญ่ทำให้มีการเสียเลือดจำนวนมาก หมดสติไม่รู้สีกตัว จึงทำให้เกิดความผิดปกติของสัญญาณชีพ ไม่สามารถรับรู้และช่วยเหลือตนเองได้ในทุกเรื่อง และไม่สามารถหายใจได้เอง นั่นหมายความว่า ผู้ป่วยมีภาวะพร้อมในการดูแลตนเอง พยาบาลจำเป็นต้องใช้ระบบการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด (Therapeutic Self-Care Demand) กับผู้ป่วยรายนี้ และวินิจฉัยการพยาบาลตามรูปแบบของ NANDA ผลการศึกษาพบว่า

ผู้ป่วยมีปัญหาการพยาบาลที่สำคัญ 5 ข้อ ดังนี้ 1) มีภาวะพร้อมออกซิเจนเนื่องจากการหายใจไม่มีประสิทธิภาพจากการมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด 2) มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด เนื่องจากมีกระดูกเชิงกรานหักและมีบาดแผลเปิดขนาดใหญ่ที่ศีรษะและมีเลือดไหลออกจากแผลเป็นจำนวนมาก 3) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันอุดตันหลอดเลือดในปอด จากการมีกระดูกเชิงกรานหัก 4) ปวดขา 2 ข้างเนื่องจากเนื้อเยื่อและเส้นประสาทได้รับบาดเจ็บ และ 5) ญาติมีความวิตกกังวลกับอาการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุซึ่งจากการใช้กระบวนการพยาบาลกับผู้ป่วยดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้การพยาบาลเบื้องต้นเพื่อแก้ไขภาวะพร้อมออกซิเจน ตั้งแต่แรกรับ ณ จุดเกิดเหตุ และดูแลต่อเนื่องบนรถพยาบาลจนถึงห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลบ้านโพธิ์ ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัว GCS 3 คะแนน (E1V1M1) หายใจ Air Hunger จึงใส่ท่อช่วยหายใจ เบอร์ 7.5 และให้การพยาบาลเบื้องต้นจนผู้ป่วยมีอาการคงที่และสามารถส่งต่อไปรับการรักษาต่อ ที่โรงพยาบาลพุทธโสธรได้อย่างปลอดภัย

คำสำคัญ: กรณีศึกษา, กระดูกเชิงกรานหัก, ภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด, การพยาบาล

* ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: suriya@bnc.ac.th)



Abstract

This article aims to provide nursing care for patients with pelvic fractures accompanied by hemothorax in a safe manner, preventing complications, and adhering to professional nursing standards, from the beginning of admission until the patient is transferred to a tertiary hospital for treatment. Pelvic fractures accompanied by hemothorax are considered high-risk conditions for mortality. The pelvis is a major blood reservoir, and fractures in this area can lead to severe blood loss. When hemothorax occurs simultaneously, the lungs may fail to expand fully, potentially resulting in hypoxemia and oxygen deprivation in other organs. This condition requires urgent diagnosis and treatment to prevent fatal outcomes. In a case study of a 51-year-old Thai male patient, Thai nationality, Thai ethnicity, and Buddhist religion, he had an accident while walking on the road and was hit by a truck trailer, causing him to lose consciousness. The Advanced Medical Operation Unit of Ban Pho Hospital received the patient at the scene on May 13, 2024, at 9:00 p.m. The patient was notified and delivered at 9:30 p.m. and arrived at Ban Pho Hospital at 10:36 p.m. The Advanced Medical Operation Unit of Ban Pho Hospital uses the concept of holistic nursing theory to provide nursing care to patients at the scene of the accident. Nursing with a human heart, taking care of all aspects without separation, considering the components of the body, both physical, mental, social, and spiritual, and using Orem's self-care theory to analyze the patient's ability to take care of themselves and organize a system of alternative services that the patient must receive. The analysis found that the patient had multiple injuries, a large wound that caused a lot of blood loss, and was unconscious, which caused abnormal vital signs. He was unable to be aware and help himself in all matters, and he was unable to breathe on his own. This meant that the patient had a deficiency in self-care. The nurse had to use the total replacement nursing system (therapeutic self-care demand) for this patient and diagnose nursing according to the NANDA model.

The results of the study found that the patient had four major nursing problems, as follows: 1) Oxygen deficiency due to chest injury, which reduced the efficiency of breathing to exchange oxygen gas. 2) At risk of shock from blood loss due to a fractured pelvis and a large open wound on the head. 3) at risk of pulmonary embolism from a fractured pelvic bone. 4) Relatives were anxious about the injury from birth. Using the nursing process with the patient resulted in the patient receiving initial nursing care to correct the oxygen deficiency from the first admission at the scene of the accident and continued care on the ambulance to the emergency room of Ban Pho Hospital. The patient had a low level of consciousness, GCS 3 points (E1V1M1), and air hunger. Therefore, a 7.5-inch endotracheal tube was inserted, and initial care was given until the patient was stable and could be safely transferred to Phutthasothon Hospital for further treatment.

Keywords: Case study, fracture pelvic, Hemothorax, nursing

บทนำ

ในประเทศไทย การบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับกระดูกเชิงกรานและระบบทรวงอกพบได้มากในกลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุ โดยในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มีรายงานว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้สูงถึง 20 - 30% ในกรณีที่เกิดร่วมกับภาวะช็อกจากการเสียเลือด การบาดเจ็บนี้มักเกี่ยวข้องกับกลุ่มอายุวัยทำงาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ



และสังคมอย่างมีนัยสำคัญ (ดวงกลม สุวรรณ, วิภา แซ่เซี้ย และประณีต ส่งวัฒนา, 2561) ภาวะกระดูกเชิงกรานหัก ร่วมกับเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดถือเป็นภาวะวิกฤตที่พบได้ในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โดยเฉพาะผู้ป่วยจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ หรืออุบัติเหตุที่มีแรงกระแทกสูง เช่น การตกจากที่สูง ภาวะนี้มีโอกาสเกิดการเสียชีวิตอย่างรุนแรง เนื่องจากกระดูกเชิงกรานเป็นแหล่งเลือดที่สำคัญ การบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับเลือดในช่องเยื่อหุ้มปอดอาจทำให้ปอดขยายตัวไม่ได้เต็มที่ ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจน (Hypoxia) และการเสียชีวิตหากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่ (สมพล ฤกษ์สมถวิล, 2560)

กระดูกเชิงกรานเป็นโครงสร้างที่สำคัญของร่างกายที่ทำหน้าที่รองรับน้ำหนักของร่างกายและปกป้องอวัยวะในช่องท้องและช่องเชิงกราน การหักของกระดูกเชิงกราน (Pelvic Fracture) มักเกิดจากการได้รับบาดเจ็บรุนแรง เช่น การชนในอุบัติเหตุทางรถยนต์ หรือตกจากที่สูง ซึ่งนอกจากจะทำให้เกิดการปวดรุนแรงและสูญเสียการเคลื่อนไหวแล้ว ยังอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย ต่อภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด (Hemothorax) ซึ่งเป็นภาวะที่เลือดไหลเข้าไปสะสมในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pleural cavity) ส่งผลให้การหายใจลำบากและอาจนำไปสู่การล้มเหลวของระบบการหายใจ (Fawley, Tignanelli, Werner, Kasotakis, Mandell, Glass, et al., 2023) ผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกเชิงกรานหักร่วมกับเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดถือเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิต เนื่องจากกระดูกเชิงกรานเป็นแหล่งเลือดขนาดใหญ่ การหักของกระดูกเชิงกรานจึงอาจทำให้เกิดการเสียชีวิตอย่างรุนแรง และเมื่อมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดเพิ่มเข้ามา จะทำให้ปอดไม่สามารถขยายตัวได้เต็มที่ ซึ่งอาจนำไปสู่การขาดออกซิเจนในเลือดและอวัยวะอื่นๆ ภาวะนี้จำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างเร่งด่วนเพื่อป้องกันการเสียชีวิต (Moore, Feliciano, & Mattox, 2017) ซึ่งการบาดเจ็บที่รุนแรงนี้มีความสัมพันธ์กับโอกาสที่จะเกิดอาการช็อกที่เพิ่มขึ้นเมื่อมีเลือดออก ทำให้ร่างกายมีการไหลเวียนของเลือดน้อยลง ส่งผลให้เกิดความดันโลหิตต่ำ การไหลเวียนเลือดของอวัยวะต่างๆ อาจลดลง โดยมีความเสี่ยงที่จะเกิดอวัยวะต่างๆ ล้มเหลว (Wertheimer, Olausson, Perera, Liew, & Mitra, 2018) ภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดเกิดจากการฉีกขาดของหลอดเลือดในทรวงอก หรือการทะลุของกระดูกซี่โครงที่หักเข้าสู่เนื้อปอด เลือดที่สะสมในช่องเยื่อหุ้มปอดจะขัดขวางการขยายตัวของปอด ทำให้ปอดทำงานไม่ได้เต็มที่ประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนในเลือด (Hypoxemia) และเนื้อเยื่ออื่นๆ (พงศธร ฉันทพลากร, ชนิกา อังสนันท์สุข, นรเทพ กุลโชติ, ปพน สง่าสูงส่ง และเพชรรัตน์ กาญจนเทพศักดิ์, 2562)

การให้ออกซิเจนในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการเสียชีวิตจำเป็นต้องให้ในระดับ High-flow ซึ่งต้องให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยให้ Non-rebreathe mask 12 - 15 ลิตรต่อนาที เพื่อเป็นการรักษาความสมดุลในการทำงานของเนื้อเยื่ออวัยวะต่างๆที่สำคัญของร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมอง ไต และตับ (Guerado, Bertrand, Valdes, Cruz, & Cano, 2015) การบาดเจ็บที่รุนแรงหลายระบบ (Multiple trauma) ที่ต้องเข้าถึงบริการรักษาแบบรวดเร็ว (Trauma Fast Tract) เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและรอดชีวิตจากภาวะช็อกจากการเสียชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาในห้องผ่าตัดได้ทันเวลา ลดอัตราเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนให้น้อยที่สุด ลดการทุพพลภาพและกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้อย่างปกติสุข ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ความสามารถในการประเมินอาการผู้ป่วยอย่างถูกต้องรวดเร็ว ตั้งแต่ ณ จุดเกิดเหตุ (ไสว นรสาร, 2563)

โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ไม่มีศัลยแพทย์ และแพทย์เฉพาะทางออร์โธปิดิกส์ มีเพียงแพทย์ใช้ทุนที่หมุนเวียนกันมาในแต่ละวันจากโรงพยาบาลพุทธโสธร จำนวน 3 คน ต่อวัน ดังนั้น ผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปและศัลยกรรมกระดูกจำเป็นต้องส่งในระบบส่งต่อไปที่โรงพยาบาลพุทธโสธร ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับตติยภูมิที่มีศักยภาพสูงกว่า จากการวิเคราะห์ปัญหากระบวนการทำงานที่ผ่านมา พบว่า 1) การโทรแจ้งเหตุเข้าระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินล่าช้า ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการล่าช้า ผู้พบเห็นเหตุการณ์หรือผู้ที่เกี่ยวข้องไม่โทรแจ้งเหตุมายังศูนย์สั่งการทำให้หน่วยกู้ชีพของโรงพยาบาลออกไปรับผู้ป่วยได้ล่าช้า 2) ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ซึ่งควรต้องได้รับการแก้ไขอย่างรวดเร็ว แต่เสียเวลาไปกับการเอกซเรย์หลายตำแหน่งมากจนทำให้ส่งต่อการรักษาเกิดความล่าช้า ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการทรุดหรือแยลงและทำให้เสียชีวิต เพราะการบริหารจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน 3) ผู้ป่วยถูกนำส่งเข้าโรงพยาบาลโดยทีมกู้ชีพระดับต้นทำให้ผู้ป่วย



ไม่ได้รับการรักษาภาวะช็อกทันที ณ จุดเกิดเหตุ ด้วยเหตุดังกล่าวนี้ทีมให้การดูแลผู้ป่วย จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้และความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบตั้งแต่การเข้าถึงระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินโดยทีมกู้ชีพระดับสูง มีระบบการเข้าถึง การประเมิน การดูแลรักษาและส่งต่อที่รวดเร็ว รวมทั้งการดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานหักร่วมกับมีภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดได้ถูกต้อง เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ ตั้งแต่แรกรับจนส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิ เพื่อให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยให้ทันเวลาได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย ทั้งในที่เกิดเหตุ ขณะอยู่ในโรงพยาบาล ขณะส่งต่อการรักษาและการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการเกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานหักร่วมกับมีภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดอย่างปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทย อายุ 51 ปี สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ ประสบอุบัติเหตุเดินเท้าบนท้องถนนแล้วถูกรถพ่วง 18 ล้อ เฉี่ยวชน หมดสติ หน่วยปฏิบัติการการแพทย์ขั้นสูงของโรงพยาบาลบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา ออกรับผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ วันที่ 13 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 เวลาเกิดเหตุ 21.00 น. ได้รับแจ้ง/ออกรับผู้ป่วยเวลา 21.30 น. ถึงโรงพยาบาลบ้านโพธิ์ เวลา 22.36 น.

1. การประเมินสภาพร่างกายระยะก่อนตรวจ ณ จุดเกิดเหตุ: พยาบาลประเมินอาการแรกเริ่ม (Primary survey) พบว่า ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว Glasgow Coma Score (GCS) เท่ากับ 3 คะแนน E1 V1 M1, Pupil 2 mm SLR/LBE, ความดันโลหิต (BP) 142/101 mmHg, อัตราการเต้นของหัวใจ (HR) 92 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 36.2 องศาเซลเซียส ความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือดส่วนปลาย (O_2 saturation) 95% ตรวจพบบาดแผลขนาดใหญ่มากกว่า 10x2 cm deep to bone ที่ศีรษะ มีเลือดไหลออกจากบาดแผลเป็นจำนวนมาก

การวินิจฉัย ณ จุดเกิดเหตุ: Multiple superficial injuries of head

การพยาบาล: พยาบาลใช้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Care) (American Holistic Nurses Association, 2007) ในการให้การพยาบาลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ ให้การพยาบาลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ ดูแลครบทุกด้านไม่แยกส่วนโดยคำนึงถึงองค์ประกอบของร่างกายทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, Taylor, & Renpenning, 2001) มาวิเคราะห์ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และจัดระบบบริการทดแทนที่ผู้ป่วยต้องได้รับ ซึ่งจากการวิเคราะห์พบว่า ผู้ป่วยมีอาการบาดเจ็บหลายระบบ มีบาดแผลขนาดใหญ่ทำให้มีการเสียเลือดจำนวนมาก หมดสติ ไม่รู้สีกตัว จึงทำให้เกิดความผิดปกติของสัญญาณชีพ ไม่สามารถรับรู้และช่วยเหลือตนเองได้ในทุกเรื่อง และไม่สามารถหายใจได้เอง นั่นหมายความว่า ผู้ป่วยมีภาวะพร้อมในการดูแลตนเอง พยาบาลจำเป็นต้องใช้ระบบการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) กับผู้ป่วยรายนี้ และวินิจฉัยการพยาบาลตามรูปแบบของ NANDA (North American Nursing Diagnosis Association, 1999) พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาการพยาบาล ดังนี้

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 1: ผู้ป่วยมีภาวะพร้อมออกซิเจนเนื่องจากการบาดเจ็บทรวงอกทำให้ประสิทธิภาพในการหายใจเพื่อแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

1) ผู้ป่วยมีบาดแผลถูกกระแทกบริเวณทรวงอก พบว่ามีการเคาะทึบ (dullness on percussion) ฟังปอดพบว่าเสียง vocal fremitus และ vesicular breath sound เบาลงของปอดข้างขวา



- 2) ผู้ป่วยหายใจปึกจมูกบาน ใช้กล้ามเนื้อทรวงอกหายใจ และมีการหายใจ air hunger
- 3) สัญญาณชีพ: BP 142/101 mmHg, HR 92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที, O₂ saturation 95 %

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายได้อย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. อัตราการหายใจอยู่ในช่วงปกติ 12 - 20 ครั้งต่อนาที
2. รูปแบบการหายใจสม่ำเสมอและลึกเพียงพอ
3. ผู้ป่วยไม่มีอาการหายใจลำบาก (Dyspnea) หรืออาการหายใจสั้น (Shortness of Breath)
4. ไม่มีการใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจเพิ่มเติม (Accessory Muscle Use)
5. ค่า SpO₂ อยู่ในช่วงปกติ 94 - 98%
6. ไม่มีอาการ Cyanosis ผิวน้ำ, เล็บ, หรือริมฝีปากมีสีเขียวคล้ำ

กิจกรรมการพยาบาล

1. การประเมินและติดตามสถานะการหายใจ (Respiratory Assessment) โดยตรวจสอบอัตราการหายใจ (Respiratory Rate) และรูปแบบการหายใจ เพราะเป็นวิธีการที่บ่งชี้ถึงสถานะทางระบบหายใจและการทำงานของปอด หากเกิดการหายใจเร็วหรือช้าเกินไป (Tachypnea/Bradypnea) อาจบ่งชี้ถึงปัญหาทางการหายใจ เช่น ภาวะขาดออกซิเจน (Hypoxia) หรือการกักเก็บคาร์บอนไดออกไซด์ (Hypercapnia) ซึ่งเป็นสัญญาณของการล้มเหลวของระบบการหายใจ

2. ประเมินระดับออกซิเจนในเลือด (SpO₂) อย่างสม่ำเสมอด้วยการใช้เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว (Pulse Oximeter) เพื่อติดตามระดับออกซิเจนในเลือดอย่างสม่ำเสมอ และให้แน่ใจว่าระบบหายใจของผู้ป่วยทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยควรรักษาระดับ SpO₂ ให้อยู่ที่ 95 - 100%

3. ฟังเสียงปอดเพื่อตรวจหาความผิดปกติ เช่น เสียงหายใจผิดปกติ, การมีเสมหะอุดตัน, หรือเสียงปอดไม่ชัดเจน เพื่อประเมินว่ามีการหายใจผิดปกติ

4. การให้ออกซิเจน (Oxygen Therapy) โดยให้เป็น O₂ Mask with bag 10 LPM เพื่อช่วยเพิ่มปริมาณออกซิเจนที่เข้าสู่ปอดและเลือดของผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจบกพร่อง

5. การจัดท่านอน (Positioning) โดยจัดท่า Semi-Fowler's หรือ High-Fowler's เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการขยายปอด เพื่อช่วยให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่และทำให้การหายใจง่ายขึ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีปัญหาปอดหรือระบบหายใจ

6. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนตะแคงข้างขวาเพราะมีกระดูกซี่โครงหักซี่ที่ 1 - 4 ทำให้มีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด เพื่อช่วยลดการสะสมของเลือดและทำให้ปอดข้างซ้ายทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

7. การลดภาระงานของระบบหายใจ (Reducing Respiratory Workload) ให้การพักผ่อนเพียงพอและลดกิจกรรมที่ไม่จำเป็นเพื่อป้องกันการเหนื่อยล้า

8. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างถูกวิธีขึ้นรถพยาบาล และประเมินสัญญาณชีพเป็นระยะระหว่างการเดินทาง รวมถึงการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าสู่ห้องฉุกเฉินอย่างปลอดภัยเป็นสิ่งสำคัญในการรักษาชีวิตของผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง

9. ประเมินระดับความรู้สึกตัว และสัญญาณชีพเป็นระยะขณะอยู่บนรถพยาบาล เพราะช่วยในการติดตามสถานะทางคลินิกของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะวิกฤตที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการขนย้าย

10. เคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างถูกต้องและปลอดภัยเข้าสู่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านโพธิ์

ประเมินผลการพยาบาล

ขณะอยู่ในรถพยาบาล ผู้ป่วยอาการคงที่ ประเมินอาการซ้ำ พบว่า BP 138/96 mmHg , HR 84 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ยังมีการหายใจ air hunger ระดับความรู้สึกตัว GCS 3 คะแนน E1 V1 M1, Pupil 2 mm SLRTLBE, SpO₂ 95 % นำผู้ป่วยส่งถึงห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลบ้านโพธิ์เพื่อให้การรักษาเบื้องต้นก่อนส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายอย่างปลอดภัย



2. การประเมินสภาพร่างกายระยะขณะตรวจ ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านโพธิ์: ผู้ป่วยยังมีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด วัตถุประสงค์ชันชีพ พบว่า ความดันโลหิต (BP) 121/90 มิลลิเมตรปรอท, อัตราการเต้นของหัวใจ 92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือดส่วนปลาย 91% ตรวจประเมินอาการซ้ำตามระบบ (Secondary survey)

A (Airway with c-spine protection): can't speak, R/O C-spine Fx

B (Breathing with adequate oxygenation): decrease BS Rt., O₂ saturation 91%

C (Circulation with hemorrhage control): BP 121/90 mmHg, abdominal soft, left lower quadrant (LLQ) abrasion wound, Focused Assessment with Sonography in Trauma (FAST) Positive เวลา 23.30 น. And cardiac tamponade

D (Disability): GCS = 3 (E1 V1 M1), pupil 2 mm SLRTBE

E (Exposure / Environment / Event): large avulsion wound at skull size 10x2 cm. deep to bone

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ: ส่งตรวจเลือด CBC, blood group, ส่งตรวจ BUN, Cr, Electrolyte,

การตรวจพิเศษ: Ultrasound FAST: Positive, ส่ง X-rays พบว่า Film skull สงสัยมี fracture line at frontal bone, CXR: Rt.1st - 4th ribs with hemothorax, Fx. at Rt.Pelvis Remi

การวินิจฉัย: Severe head injury with R/O facial bone fracture., Rt. 1st - 4th ribs with hemothorax and right Pelvis Remi fracture

การพยาบาล: พยาบาลใช้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Care) (American Holistic Nurses Association, 2007) ในการดูแลผู้ป่วย ณ ห้องฉุกเฉิน ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และวินิจฉัยการพยาบาลตามรูปแบบของ NANDA (North American Nursing Diagnosis Association, 1999) พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาการพยาบาลที่สำคัญ ดังนี้

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 1: ผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการหายใจไม่มีประสิทธิภาพจากการมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด

ข้อมูลสนับสนุน

1) ผู้ป่วยมีบาดแผลตึงกระดูกกระทบบริเวณทรวงอก พบว่ามีกระดูกซี่โครงซี่ที่ 1 - 4 ทำให้มีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด พบว่าเสียง vocal fremitus และ vesicular breath sound เบาลงของปอดข้างขวา

2) ผู้ป่วยมีกระดูกซี่โครงซี่ที่ 1 - 4 ทำให้มีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด

3) ผู้ป่วยมีบาดแผลขนาดใหญ่มากกว่า 10x2 cm deep to bone ที่ศีรษะ มีเลือดไหลออกจากบาดแผลเป็นจำนวนมาก

4) ผู้ป่วยหายใจปีกจมูกบาน ใช้กล้ามเนื้อทรวงอกหายใจ หรือ หายใจ air hunger

5) สัญญาณชีพ: BP 121/90 mmHg, HR 92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที, O₂ saturation 91 %

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพื่อไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายได้อย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. อัตราการหายใจอยู่ในช่วงปกติ 12 - 20 ครั้งต่อนาที

2. รูปแบบการหายใจสม่ำเสมอและลึกเพียงพอ

3. ผู้ป่วยไม่มีอาการหายใจลำบาก (Dyspnea) หรืออาการหายใจสั้น (Shortness of Breath)

4. ไม่มีการใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจเพิ่มเติม (Accessory Muscle Use)

5. ค่า SpO₂ อยู่ในช่วงปกติ 94 - 98%

6. ไม่มีอาการ Cyanosis ผิวหนัง เล็บ หรือริมฝีปากมีสีเขียวคล้ำ

กิจกรรมการพยาบาล

1. การประเมินและติดตามสถานะการหายใจ (Respiratory Assessment) โดยตรวจสอบอัตราการหายใจ (Respiratory Rate) และรูปแบบการหายใจ เพราะเป็นวิธีการที่บ่งชี้ถึงสภาวะทางระบบหายใจและการทำงานของปอด หากเกิดการหายใจเร็วหรือช้าเกินไป อาจบ่งชี้ถึงปัญหาทางการหายใจ ซึ่งเป็นสัญญาณของการล้มเหลวของระบบการหายใจ
2. เตรียมอุปกรณ์ใส่ท่อช่วยหายใจและช่วยเหลือแพทย์ในการใส่ท่อช่วยหายใจ ใส่ Endotracheal Tube No 7 ลึก 21 cm. บีบ Ambu bag เพื่อเปิดทางเดินหายใจให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ และการบีบ Ambu bag หลังการใส่ท่อช่วยหายใจจะช่วยเติมออกซิเจนเข้าสู่ปอดจนกว่าผู้ป่วยจะหายใจได้เองหรือจนกว่าจะมีการใช้เครื่องช่วยหายใจ
3. ฟังเสียงปอดเพื่อตรวจหาความผิดปกติ เช่น เสียงหายใจผิดปกติ การมีเสมหะอุดตัน หรือเสียงปอดไม่ชัดเจน เพราะการฟังเสียงปอดเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินระบบการหายใจ โดยตรวจสอบเสียงหายใจผิดปกติ เช่น เสียงหายใจที่ลดลง เสียงกรอบแกรบ หรือเสียงเสมหะอุดตัน หากมีเสมหะหรือน้ำในปอด เช่น ในกรณีภาวะปอดช้ำ (Pulmonary Contusion) หรือ Hemothorax จะทำให้เกิดการสะสมของของเหลวในถุงลม ส่งผลให้เสียงปอดไม่ชัดเจน การฟังเสียงปอดเป็นการตรวจจับภาวะเหล่านี้อย่างรวดเร็วเพื่อให้แพทย์ทำการรักษาทันที
4. เตรียมอุปกรณ์และช่วยแพทย์ทำการเจาะใส่ท่อระบายทรวงอก (ICD) เพื่อระบายน้ำและเลือดออกจากช่องเยื่อหุ้มปอด เพราะการใส่ท่อระบายทรวงอก (Chest Tube Insertion หรือ Intercostal Drainage, ICD) เป็นการรักษาในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือด น้ำ หรืออากาศสะสมในช่องเยื่อหุ้มปอด (เช่น Hemothorax หรือ Pneumothorax) ซึ่งส่งผลให้ปอดขยายตัวได้ไม่เต็มที่และเกิดอาการหายใจลำบาก การใส่ท่อระบายจะช่วยระบายน้ำหรือเลือดออกจากช่องเยื่อหุ้มปอด ทำให้ปอดกลับมาขยายตัวได้ดีขึ้นและลดภาวะแทรกซ้อนจากการสะสมของของเหลว
5. ประเมินระดับออกซิเจนในเลือด (SpO₂) อย่างสม่ำเสมอด้วยการใช้เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว (Pulse Oximeter) เพื่อติดตามระดับออกซิเจนในเลือดอย่างสม่ำเสมอ และให้แน่ใจว่าระบบหายใจของผู้ป่วยทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยควรรักษาระดับ SpO₂ ให้อยู่ที่ 95 - 100%
6. การจัดท่านอน (Positioning) โดยจัดท่า Semi-Fowler's หรือ High-Fowler's เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการขยายปอด
7. การลดภาระงานของระบบหายใจ (Reducing Respiratory Workload) ให้การพักผ่อนเพียงพอและลดกิจกรรมที่ไม่จำเป็นเพื่อป้องกันการเหนื่อยล้า

ประเมินผลการพยาบาล

ภายหลังการให้การพยาบาลและการดูแลรักษาเบื้องต้นที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลบ้านโพธิ์ ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และใส่ท่อระบายทรวงอก ประเมินอาการซ้ำ พบว่า ความดันโลหิต 102/66 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 104 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ระดับความรู้สึกตัวเพิ่มขึ้นเล็กน้อย GCS 4 คะแนน E2 V1 M1 Pupil 2 mm SLRTBE, SpO₂ 97% Content ในขวด ICD จำนวน 150 ml

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 2: ผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการเสียเลือด เนื่องจากมีกระดุกเชิงกรานหักและมีบาดแผลเปิดขนาดใหญ่ที่ศีรษะและมีเลือดไหลออกจากแผลเป็นจำนวนมาก

ข้อมูลสนับสนุน

- 1) ผู้ป่วยมีอาการเหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย
- 2) ปัสสาวะออกน้อย ปริมาณ 20 มิลลิลิตร/ชั่วโมง
- 3) บาดแผลบริเวณศีรษะมีเลือดไหลซึมตลอดเวลา เสียเลือดมากกว่า 300 มิลลิลิตร
- 4) สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 102/66 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 104 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที



วัตถุประสงค์

เพื่อแก้ไขภาวะช็อกและเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้เพียงพอ และมีประสิทธิภาพ

เกณฑ์การประเมินผล

- 1) บาดแผลมีการสูญเสียเลือดลดลง
- 2) ความดันโลหิต มากกว่า 90/60 mmHg
- 3) อัตราการเต้นของหัวใจ น้อยกว่า 100 ครั้ง/นาที หรือ มากกว่า 60 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16 - 24 ครั้ง/นาที
- 4) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการค่าความเข้มข้นของเลือด (Hct) มากกว่าหรือเท่ากับ 30 %
- 5) ปริมาณปัสสาวะใน 1 ชั่วโมงมากกว่า 30 มิลลิลิตร
- 6) ระดับความรู้สึกตัวเพิ่มขึ้น (GCS) อาการเหงื่อออกลดลง ร่างกายอบอุ่นขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินทางระบบประสาท ประเมิน CGS ทุก 10 นาที เพื่อสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เพื่อการแก้ไขปัญหาได้ทันเวลาที่
- 2) Suture stop bleeding closed wound at skull , pelvic wrap, on spinal board ปิดบาดแผลด้วยผ้าก๊อชสะอาดปราศจากเชื้อในปริมาณที่หนาเพื่อกดห้ามเลือดด้วยวิธี Pressure Pressing และพันแผลด้วยผ้ายึดพร้อมกับยึดด้ามกระดูก pelvic ให้อยู่นิ่ง โดยใส่ long spinal board
- 3) ดูแลให้ได้รับออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ ผ่าน Ambu bag เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนในเลือดให้สูงขึ้น
- 4) สังเกตอาการเหงื่อออก ตัวเย็น ความรู้สึกตัว เพื่อให้สามารถวางแผนให้การพยาบาลอย่างทันเวลาที่
- 5) ดูแลให้ได้รับสารน้ำ 0.9 % NSS 1000 ml. โดย Load 300 ml แล้วต่อด้วย 100 ml/ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง เพื่อช่วยรักษาความสมดุลของของเหลวและปริมาณเลือดในร่างกาย โดยการเริ่มด้วยการ Load 300 ml รวดเร็วจะช่วยเพิ่มปริมาณเลือดในระบบหมุนเวียนได้ทันที โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด (Hypovolemic Shock) และการให้สารน้ำต่อเนื่องที่ 100 ml/ชั่วโมง จะช่วยรักษาสมดุลของของเหลวในร่างกายอย่างคงที่และปลอดภัย
- 6) ประเมินความสมดุลของสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย โดยการเทปัสสาวะ จากที่ใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสาย (Retained foley's catheter) ทิ้ง บันทึกจำนวนน้ำที่เข้าออกร่างกาย โดยเฉพาะปัสสาวะต้องไม่น้อยกว่า 0.5 ml/kg/ชั่วโมง และบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะ hypovolemic shock ช่วยให้สามารถตรวจสอบการตอบสนองต่อการรักษาได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ
- 7) ประเมินระดับความรู้สึกตัว และสัญญาณชีพ เป็นระยะ เพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง เพราะการประเมินระดับความรู้สึกตัวและสัญญาณชีพเป็นสิ่งสำคัญในการติดตามการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการรักษา เช่น การให้ออกซิเจนหรือการให้สารน้ำ หากมีการเปลี่ยนแปลงในสัญญาณชีพ เช่น ความดันโลหิตลดลงหรือการเต้นของหัวใจผิดปกติ จะสามารถตอบสนองได้อย่างรวดเร็ว ลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยยังไม่รู้สึกตัว GCS = 4 (E2 V1 M1), Pupil 2 mm Sluggish both eyes, BP 120/74 mmHg, HR 86 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16 ครั้ง/นาที, O₂ saturation 98% อาการผู้ป่วยคงที่ เคลื่อนย้ายผู้ป่วยเพื่อส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลพุทธโสธร เวลา 23.40 น.

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 3: เสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันอุดตันหลอดเลือดในปอด จากการมีกระดูกเชิงกรานหัก

ข้อมูลสนับสนุน

- 1) มีบาดแผลกระดูกเชิงกรานหัก
- 2) ความดันโลหิต 120/74 mmHg, อัตราการเต้นของหัวใจ 86 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16 ครั้ง/นาที O₂ saturation 98%

วัตถุประสงค์

เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดภาวะก๊อมน้ำมันอุดตันหลอดเลือดในปอด

เกณฑ์การประเมินผล

- 1) ไม่มีอาการซีมลง มีนงง สับสน
- 2) อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 20 - 24 ครั้ง/นาที
- 3) O₂ saturation มากกว่า 90 %
- 4) ไม่มีจุดเลือดออกใต้ผิวหนังในตำแหน่งบริเวณลำตัวท่อนบน โดยเฉพาะ รักแร้ คอ ทรวงอกด้านหน้า

และตาขาว

กิจกรรมการพยาบาล

1) ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินทางระบบประสาท ประเมิน GCS ทุก 30 - 60 นาที เพื่อตรวจหาการเปลี่ยนแปลงที่บ่งชี้ถึงภาวะไขมันอุดตันหลอดเลือดในปอด เช่น หายใจลำบาก หายใจเร็ว (Tachypnea) หรือระดับความรู้สึกตัวลดลง เป็นต้น

2) สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทส่วนกลาง ภาวะขาดออกซิเจน ความผิดปกติของผิวหนัง การมีจุดเลือดออกใต้ผิวหนังในตำแหน่งบริเวณลำตัวท่อนบน โดยเฉพาะ รักแร้ คอ ทรวงอกด้านหน้า และตาขาว เพราะอาจบ่งบอกถึงภาวะขาดออกซิเจนหรือภาวะที่มีผลกระทบต่อการทำงานของสมอง การมีจุดเลือดออกใต้ผิวหนังในตำแหน่งดังกล่าวอาจบ่งบอกถึงความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือดหรือภาวะที่ทำให้เกิดการแตกของหลอดเลือด เช่น โรคที่ทำให้เกิดการอักเสบหรือภาวะที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บในระดับต่ำ

3) ติดตามผล Chest X-ray เพื่อตรวจดูการมีปื้นสีขาวคล้ายหิมะ (Snowstorm Appearance)

4) ดูแลให้ได้รับออกซิเจนในปริมาณที่เพียงพอ และประเมิน O₂ saturation ซึ่งต้องมากกว่า 95 % เพื่อให้แน่ใจว่าการจัดหาสารอาหารและออกซิเจนเพียงพอให้แก่เนื้อเยื่อและอวัยวะในร่างกาย การที่ O₂ saturation ต่ำกว่า 95% อาจบ่งบอกถึงภาวะขาดออกซิเจนที่อาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของร่างกาย

5) ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา หากมีอาการผิดปกติให้รีบรายงานแพทย์ เพื่อรักษาสมดุลของน้ำในร่างกายและช่วยในการฟื้นตัวจากโรคหรือการบาดเจ็บ การไม่ปฏิบัติตามแผนอาจนำไปสู่ภาวะขาดน้ำหรือภาวะที่ทำให้ปัญหาสุขภาพเลวลง หากมีอาการผิดปกติ เช่น อาการบวมหรือปัสสาวะน้อย ควรรีบแจ้งแพทย์เพื่อทำการตรวจสอบและปรับเปลี่ยนการรักษา

ประเมินผลการพยาบาล

ขณะช่วยเหลือในห้องฉุกเฉิน สามารถควบคุมอัตราการให้เลือด สารน้ำ 0.9 % NSS ให้เป็นไปตามแผนการรักษาของแพทย์ได้ ผู้ป่วยอาการคงที่ไม่มีอาการซีมลง ไม่สับสน อัตราการเต้นของหัวใจ อยู่ระหว่าง 74 - 104 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ อยู่ระหว่าง 16 - 22 ครั้ง/นาที O₂ saturation อยู่ระหว่าง 95 - 100 % ความดันซิสโตลิก (SBP) อยู่ระหว่าง 90 - 130 mmHg ความดันไดแอสโตลิก (DBP) อยู่ระหว่าง 60 - 90 มิลลิเมตรปรอท และไม่มีจุดเลือดออกใต้ผิวหนังในตำแหน่งบริเวณลำตัวท่อนบน โดยเฉพาะ รักแร้ คอ ทรวงอกด้านหน้า และตาขาว

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 4: ผู้ป่วยมีอาการปวดขา 2 ข้าง เนื่องจากเนื้อเยื่อและเส้นประสาทได้รับบาดเจ็บ

ข้อมูลสนับสนุน

- 1) ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว GCS 3 คะแนน on ET-Tube มีอาการกระสับกระส่าย ไม่สุขสบาย
- 2) อัตราการเต้นของหัวใจไม่สม่ำเสมออยู่ระหว่าง 74 - 104 ครั้ง/นาที
- 3) อัตราการหายใจ อยู่ระหว่าง 16 - 22 ครั้ง/นาที

วัตถุประสงค์

เพื่อลดความเจ็บปวดและให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล

- 1) ผู้ป่วยพักผ่อนและหลับได้



- 2) ผู้ป่วยไม่กระสับกระส่าย อาการสงบ
- 3) คิวฆมวด อัตราการหายใจและการเต้นหัวใจสม่ำเสมอในอัตราไม่เกิน 100 ครั้งต่อนาที

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) ประเมินความปวด โดยใช้ Pain scale ทุก 1 ชั่วโมง เนื่องจากเป็นสัญญาณชีพที่ 5 เพราะช่วยให้สามารถติดตามและจัดการกับอาการปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทำให้สามารถปรับแผนการรักษาได้ตามความจำเป็น
- 2) ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินทางระบบประสาท ประเมิน GCS เพื่อช่วยในการติดตามและตรวจสอบสัญญาณชีพของผู้ป่วยอย่างละเอียด โดยเฉพาะในกรณีที่มีการบาดเจ็บหรือความผิดปกติทางระบบประสาท ซึ่งจะช่วยในการวางแผนการรักษาและการตัดสินใจทางการแพทย์
- 3) ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล เพราะผู้ป่วยมีบาดแผลขนาดใหญ่และมีกระดูกเชิงกรานหักอาจก่อให้เกิดความเจ็บปวดได้
- 4) ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวด Pethidine 50 mg ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อช่วยบรรเทาอาการปวดและช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น
- 5) ติดตาม Sedative score หลังได้รับยาแก้ปวด เพื่อช่วยในการตรวจสอบผลกระทบบของยาและให้แน่ใจว่าไม่มีผลข้างเคียงที่เป็นอันตราย เช่น การง่วงซึมมากเกินไป
- 6) ติดตามผลข้างเคียงของยาแก้ปวด เพราะการติดตามผลข้างเคียงช่วยในการตรวจจับปัญหาที่อาจเกิดขึ้นและทำให้สามารถจัดการหรือปรับเปลี่ยนการรักษาได้ตามความจำเป็น
- 7) ช่วยเหลือประคองบาดแผลให้ผู้ป่วยเมื่อต้องมีการขยับร่างกายหรือพลิกตะแคงตัว เพื่อช่วยในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ (pressure sores) และช่วยให้บาดแผลไม่เสียหายเพิ่มเติม การประคองและดูแลอย่างระมัดระวังช่วยให้การเคลื่อนไหวของผู้ป่วยปลอดภัยและลดความเจ็บปวดหรือความไม่สะดวกในการเคลื่อนไหว

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยมีอาการสงบลง หลับได้ ไม่กระสับกระส่าย ความดันโลหิต 126/84 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 82 ครั้ง/นาที ไม่พบอาการข้างเคียงของยาแก้ปวด

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 5: ญาติมีความวิตกกังวลกับอาการบาดเจ็บจากเกิดอุบัติเหตุ

ข้อมูลสนับสนุน

- 1) ญาติมีสีหน้าวิตกกังวล จากการสอบถามพบว่ากลัวจะรักษาแล้วไม่หาย ไม่เป็นปกติเหมือนเดิม หรือพิการ

วัตถุประสงค์

เพื่อคลายความวิตกกังวลแก่ญาติ

เกณฑ์การประเมินผล

- 1) ญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้นและคลายความกังวลใจ
- 2) ญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) แสดงความสนใจ เข้าใจ และเห็นใจในความรู้สึกวิตกกังวลของญาติ
- 2) ให้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษา และตอบข้อสงสัยกับญาติด้วยความเต็มใจ
- 3) ลดความกลัวและความวิตกกังวลของญาติโดยให้การพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ให้ความเชื่อมั่น นุ่มนวล และสม่ำเสมอ
- 4) อธิบายให้ญาติทราบถึงการช่วยเหลือรักษาพยาบาลตั้งแต่รับที่จุดเกิดเหตุ การช่วยเหลือในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ การให้เลือด การให้สารน้ำ เพื่อแก้ไขภาวะช็อกจากการเสียเลือด การเย็บแผลเพื่อห้ามเลือด การตามหาผู้ป่วย การตามสะโพกและการใส่กระดานรองหลังยาวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากการที่มีกระดูกหัก และส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลพุทธโสธร เพื่อการรักษาและการผ่าตัดแก้ไขต่อไป



5) ประคับประคองสภาพจิตใจและอารมณ์ของญาติให้พร้อมรับสถานการณ์ต่างๆ โดยการรับฟัง และให้คำแนะนำกับญาติในทุกๆ เรื่องเพื่อให้คลายความกังวล

ประเมินผลการพยาบาล

ญาติคลายความวิตกกังวล หลังจากได้รับทราบอาการของผู้ป่วย แผนการรักษาปัจจุบัน และการส่งต่อไปรับการรักษาที่แพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาลพุทธโสธร

สรุป

ผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานหักร่วมกับมีภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดได้รับการดูแลให้การพยาบาล แก้ไขภาวะพร่องออกซิเจน ตั้งแต่แรกเริ่ม ณ จุดเกิดเหตุ และดูแลต่อเนื่องจนถึงห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลบ้านโพธิ์ ภาวะพร่องออกซิเจนดีขึ้นด้วยการในท่อช่วยหายใจ และการใส่ท่อระบายทรวงอก ผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการเสียเลือด ได้รับการแก้ไขโดยการให้น้ำทางหลอดเลือดดำ การให้ออกซิเจน ในขณะที่ให้การช่วยเหลือ ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา มีปัญหาทางการพยาบาล 5 ข้อ ได้แก่ 1) มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการหายใจไม่มีประสิทธิภาพจากการมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด 2) มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด เนื่องจากมีกระดูกเชิงกรานหักและมีบาดแผลเปิดขนาดใหญ่ที่ศีรษะและมีเลือดไหลออกจากแผลเป็นจำนวนมาก 3) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันอุดตันหลอดเลือดในปอด จากการมีกระดูกเชิงกรานหัก 4) ปวดขา 2 ข้างเนื่องจากเนื้อเยื่อและเส้นประสาทได้รับบาดเจ็บ และ 5) ญาติมีความวิตกกังวลกับอาการบาดเจ็บจากเกิดอุบัติเหตุ หลังจากให้การพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวแล้ว ผู้ป่วยมีอาการคงที่และสามารถส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลพุทธโสธร เพื่อการรักษาต่อเนื่องได้อย่างปลอดภัย

รายการอ้างอิง

ดวงกมล สุวรรณ, วิภา แซ่เซี้ย และประณีต ส่งวัฒนา. (2561). ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีต่อผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ. *วารสารสหการพยาบาล*, 33(4), 33-45.

พงศธร ฉันท์พลากร,ชนิกา อังสนันท์สุข,นรเทพ กุลโชติ,ปพน สง่าสูงส่ง,เทพรัตน์ กาญจนเทพศักดิ์. (2562). *ตำราการบาดเจ็บทางออร์โธปิดิกส์ Textbook of orthopedic trauma*. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมพล ฤกษ์สมถวิล. (2560). การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้อง. *วารสารสถาบันบำราศนราดูร*, 11(3), 1-8.

ไสว นรสาร. (2563). *การพยาบาลผู้บาดเจ็บ*. โอเดีย อินสแตนท์.

American Holistic Nurses Association, American Nurses Association. (2007). *Holistic nursing: scope and standards of practice*. Silver Spring.

Fawley, J. A., Tiganelli, C. J., Werner, N. L., Kasotakis, G., Mandell, S. P., Glass, N. E., et al. (2023).

American Association for the Surgery of Trauma/American College of Surgeons Committee on Trauma clinical protocol for management of acute respiratory distress syndrome and severe hypoxemia. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 95(4), 592-602.

Guerado, E., Bertrand, M. L., Valdes, L., Cruz, E., & Cano, J. R. (2015). Suppl 1: M3: resuscitation of polytrauma patients: the management of massive skeletal bleeding. *The open orthopaedics journal*, 9, 283.

Moore E. E., Feliciano D. V., & Mattox K.L.(Eds.). (2017). *Trauma*, 8e. McGraw-Hill Education.

Retrieved November 2, 2024 from <https://accesssurgery.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2057§ionid=156210710>



- North American Nursing Diagnosis Association. (1999). *NANDA Nursing Diagnoses: Definitions and classification 1999–2000*. Philadelphia.
- Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM. (2001). *Nursing: Concepts of practice (6th ed.)*. Mosby.
- Wertheimer, A., Olausson, A., Perera, S., Liew, S., & Mitra, B. (2018). Fractures of the femur and blood transfusions. *Injury*, 49(4), 846-851.