

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดในช่องอก ช่องท้อง : กรณีศึกษา
Nursing care of patient with shock from hemothorax and hemoperitoneum
: a case study.

(Received: February 22,2024 ; Revised: February 27,2024 ; Accepted: February 28,2024)

วิชญา วรธนวินท์¹
Vichaya Varathanavin

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดใน ช่องอก ช่องท้อง โดยศึกษาในผู้ป่วยชายไทยอายุ 21 ปี เข้ารับการรักษาวันที่ 16 ตุลาคม 2566 รับส่งต่อจากโรงพยาบาลวังม่วง ด้วยอาการไม่สลบ ปวดท้อง มีแผลที่หน้าอกขวา 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล แกรับหายใจเร็ว กระสับกระส่าย ชีต ปลายมือปลายเท้าเย็น เจ็บท้องด้านขวา มี guarding

ผลการศึกษา: ศัลยแพทย์วินิจฉัย Blunt abdominal injury with right lung pneumo-hemothorax ทำ CT whole abdomen พบ Liver injury gr.3 with large hemoperitoneum set OR ทำผ่าตัด Explore lap suture liver with perihepatic packing ใส่ท่อระบายทรวงอกที่ปอดด้านขวาชนิด 2 ขวด หลังผ่าตัดให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดทดแทน สังเกตอาการอย่างใกล้ชิด ใส่เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตร หลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง ทำ Explore lap with off swab packing ไม่มีเลือดในช่องท้องออก ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ delay hemorrhage และภาวะติดเชื้อเป็นหนองในช่องท้อง เจาะเลือดผลการการทำงานของตับเป็นปกติ เอ็กซเรย์ปอดดีขึ้น ถอดท่อระบายทรวงอกและท่อช่วยหายใจได้ อาการทั่วไปดีขึ้นช่วยเหลือตนเองได้ จำหน่ายกลับบ้านวันที่ 28 ตุลาคม 2566 รวมอยู่โรงพยาบาล 12 วัน

คำสำคัญ: การพยาบาล, การบาดเจ็บที่ตับ, ภาวะเลือดออกในเยื่อหุ้มปอด

Abstract

This study was case study aimed to study Nursing care of patient with shock from hemothorax and hemoperitoneum. Thai male patient, age 21 years old was transferred from Wang Muang Hospital and was then admitted for treatment on 16 October 2023 with abdominal pain. There was an abrasion on the chest 2 hour before coming to the hospital. First admission, the patient is breathing rapidly. Restless, pale, cold hands and feet, abdominal pain on the right side with guarding.

Results: The surgeon diagnosed Blunt abdominal injury with right lung pneumo-hemothorax and performed CT whole abdomen and found Liver injury gr.3 with large hemoperitoneum set OR. The patient received Explore lap suture liver surgery with perihepatic packing and was inserted with a chest drain on the right lung. After surgery, receiving blood and blood components. The nurse closely observed the patient's condition, put on a volume-controlled ventilator 48 hours after surgery, explored lap with off swab packing. The patient was no blood in the abdominal cavity. The patient's symptoms improved and was no complications, including delayed hemorrhage and suppurative infection in the abdominal cavity. From the blood results, the liver function result was normal. From the x-ray results, the lungs improved. The chest drain and endotracheal tube was removed. The patient's general condition improved and was able to help himself was then discharged on 28 October 2023, Totaling of hospital admission for 13 days.

Keywords: nursing, liver injury, pleural hemorrhage

¹ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

บทนำ

การบาดเจ็บหลายระบบเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในเวลาอันรวดเร็วจากระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต และระบบประสาททำงานล้มเหลวอย่างเฉียบพลันหรือจากการติดเชื้อสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บเสียชีวิต คือ การเสียเลือดอย่างรุนแรง มีทางเดินหายใจอุดตัน หรือการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ สมองได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรง ซึ่งตับเป็น solid organ ที่ใหญ่ที่สุดในช่องท้องและมีโอกาสได้รับบาดเจ็บสูงเมื่อมีการบาดเจ็บต่อช่องท้อง เป็นภาวะที่พบได้บ่อยเป็นอันดับที่สองรองจากการบาดเจ็บที่ม้าม หากมีการบาดเจ็บในช่องท้องและตรวจไม่พบจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ เพราะนอกจากอวัยวะจะบาดเจ็บหลอดเลือดก็ยังได้รับความเสียหายด้วยซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเสียเลือดมากและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตสูงสุด เป้าหมายในการช่วยเหลือผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ คือ การช่วยให้รอดชีวิต ซึ่งต้องทำโดยเร็วที่สุด ด้วยการประเมินสภาพและให้การรักษาเบื้องต้นอย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ¹

ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชซึ่งจัดเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบจำนวน 980 ราย 883 ราย และ 890 ราย ตามลำดับ ซึ่งจัดอยู่ 1 ใน 5 โรคที่พบได้บ่อยในหน่วยงานศัลยกรรม จำนวนวันที่เข้ารับการรักษาดำเนินโดยเฉลี่ย 15 วัน ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลต่อรายเฉลี่ย 40,000 บาท และยังพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบแต่ละรายยังมีรอยโรคที่หลงเหลือต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูโดยเฉลี่ยประมาณ 5 เดือน จะเห็นได้ว่าการบาดเจ็บหลายระบบทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านสุขภาพและค่าใช้จ่าย ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ในการประเมินอาการผิดปกติตั้งแต่เริ่มแรก เพื่อนำมาแก้ไขปัญหาร่วมกับบุคลากรในทีมพยาบาลได้อย่างทันท่วงที รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ รวมทั้งสามารถวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับอาการที่

เปลี่ยนแปลง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิต

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 21 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นักร้องศาสนาพุทธ สถานภาพ โสด กำลังศึกษาชั้น ปวส. รับไว้รักษาในโรงพยาบาลวันที่ 16 ตุลาคม 2566 เวลา 13.21 น.

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

รับส่งต่อจากโรงพยาบาลวังม่วง ด้วยอาการไม่สลบ ปวดท้อง มีแผลที่หน้าอกขวา 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

2 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ให้ประวัติว่า ขับรถกระบะตกข้างทาง อาการไม่สลบ เจ็บท้องและมีแผลที่หน้าอกขวา

การประเมินแบบแผนสุขภาพ

ก่อนการเจ็บป่วยผู้ป่วยสุขภาพแข็งแรง สมบูรณ์ ไม่มีโรคประจำตัว ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุร้ายแรง เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ผู้ป่วยเป็นสมาชิกในครอบครัว มีพี่น้อง 2 คน ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลทั่วไป รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ รับประทานอาหารธรรมดาไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ และไม่เคยแพ้ยา การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะปกติ พักผ่อนวันละ 6 ชั่วโมงทุกคนในครอบครัวรักใคร่กลมเกลียวกัน เมื่อมีปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ จะปรึกษากันเพื่อหาแนวทางแก้ไข

ผลการศึกษา

แรกรับที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยรู้สึกตัว กระสับกระส่าย ผิวกายซีด ปลายมือปลายเท้าเย็น มีอาการเจ็บท้องด้านขวา ตรวจช่องท้องพบบริเวณหน้าท้องแข็งตึง (guarding) สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 120 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/63 มิลลิเมตรปรอท O₂ saturation 94% On O₂ mask with bag 10 LPM รายงานศัลยแพทย์

R/O Abdominal injury ส่งทำ CT whole abdomen Emergency ก่อนเข้าหอผู้ป่วย ศัลยกรรมชาย1 มาถึงหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย1 ทำทางกระสับกระส่าย ความดันโลหิตลดลง 77/35 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 130 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที O₂saturation 94 % ฟังปอดพบ decreased breath sound ใต้ right ICD ได้ลมและเลือด 100 ml. ตามผล CT brain with C-spine ผล No ICH, No fracture c-spine ผล CT whole abdomen พบ Liver injury gr.3 with large hemoperitoneum Set OR emergency เตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด DTX 148 mg% เจาะlab CBC, BUN, Cr, E'lyte, PT, PTT, INR, Anti HIV เตรียม PRC 4 units FFP 4 units อธิบายผู้ป่วยและมารดา แจ้งความจำเป็นที่ต้องผ่าตัด มีความวิตกกังวล แพทย์ให้คำอธิบายการช่วยเหลือในภาวะวิกฤต มารดาตัดสินใจลงนามในใบยินยอมผ่าตัด ส่งห้องผ่าตัดเวลา 16.30 น. ก่อนส่งห้องผ่าตัด GCS E4V5M6 ชีพจร 128 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/54 มิลลิเมตรปรอท O₂saturation 95% Post op ให้อาหารไปดูแลที่ห้องผู้ป่วยหนัก แต่เตียงเต็ม จึงต้องกลับมาดูแลที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย1

ประเมินอาการผู้ป่วยหลังการผ่าตัด Explore lap with suture liver with liver packing ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัด 2 ชั่วโมง เสียเลือดระหว่างผ่าตัด 2,000 ml. ได้รับสารน้ำ

ทั้งหมด 2,600 ml ระดับความรู้สึกตัว GCS E4VTM6 On ET-Tube No 8 mark 22 with Ventilator ตรวจสอบตำแหน่ง ET.tube จาก film chest ปลายท่ออยู่เหนือ Carina ประมาณ 2 นิ้ว อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ชีพจร 128 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 96/60 มิลลิเมตรปรอทริมฝีปากแห้งซีด เปลือกตา เล็บ ค่อนข้างซีด ปลายมือปลายเท้าเย็น มีแผลผ่าตัดหน้าท้องไม่ได้เย็บยาวประมาณ 10 เซนติเมตร ต่อ on Jackson drain 1 เส้น On NG tube มี Content เป็นน้ำและเลือดสดๆ ปนออกเล็กน้อย On ICD ที่ปอดด้านขวาชนิด 2 ขวดมี content เป็นเลือดสด ประมาณ 100 มิลลิลิตร ปัสสาวะทาง Foley's catheter สีเหลืองเข้มออก 200 มิลลิลิตร ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ White blood count 15,200 cells/mm³, Neutrophil 41.8%, Lymphocyte 4.1%, Hematocrit 41.8%, Platelet count 314,200 cells/mm³, PT 14.9 sec, PTT 29.6 sec INR 1.3, Na 139 mmol /L, K 3.3 mmol /L, Cl 106 mmol /L, CO₂ 20.7 mmol /L, BUN 9 mg/dl, Creatinine 1.23 mg/dl ขณะดูแลผู้ป่วยพบปัญหาทางการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด ดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ปัญหาที่ 1 เกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดช่องท้อง และช่องอก	กิจกรรมการพยาบาล ประเมินสภาพของผู้ป่วย สังเกตอาการช็อก ผิวหนังเย็น เหงื่อออกตัวเย็น เวียนศีรษะ และลักษณะจำนวนเลือดที่ออกจาก ICD ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที ในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการช็อกจนความดันโลหิตตกถึงขีดที่ ดูแลให้ได้รับสารน้ำและเลือดทางหลอดเลือดดำถูกต้องตามแผนการรักษา คือ Acetar 1,000 ml. IV drip 120 ml./hr. คู่กับ Norepinephrine (4:250) IV drip 10 µd/min เพื่อเพิ่มการบีบตัวหัวใจ เลือดไหลเวียนสู่อวัยวะดีขึ้น สังเกตอาการผิดปกติขณะให้ยา ดูแลจ้องเลือด PRC 4 unit FFP 4 unit ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ O₂ mask with bag 10 LPM เจาะเลือดหาค่า Hct และติดตามเจาะต่อเนื่องทุก 4-6 ชั่วโมง ลงบันทึกและรายงานผลเมื่อมีอาการผิดปกติให้แพทย์ทราบ สังเกตจำนวนสารน้ำ ปัสสาวะที่ออกทุก 8 ชั่วโมง การประเมินผล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ยังมีอาการเหงื่อออก ตัวเย็น อัตราการหายใจเร็ว 28 ครั้ง/นาที ชีพจรเบาเร็ว 128 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 98/62 มิลลิเมตรปรอท ICD มีเลือดออกเพิ่ม 50 ml.
ปัญหาที่ 2 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดท้อง และแผลทาง ICD	กิจกรรมการพยาบาล ประเมินพฤติกรรมความเจ็บปวดของผู้ป่วยพบว่าอยู่ในระดับปวดมาก Pain score 10 คะแนน ผู้ป่วยกระสับกระส่าย ใช้มือกุมท้อง 2 ข้าง หน้าเขียวคล้ำ ได้จัดทำอนิสรุขสูงเพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัวลง ช่วยลดอาการปวดท้อง ดูแล เน้นย้ำ ให้งดอาหารและน้ำ โดยอธิบายความสำคัญและความจำเป็นของการงดอาหารและน้ำ เพื่อลดการกระตุ้นไม่ให้เกิดการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ ดูแลให้มีการไหลของสารเหลวออกจากกระเพาะอาหารภายหลังใส่ NG tube ต่อ intermittent suction เพื่อลดอาการปวดท้อง ไม่กระตุ้นโดยการกดหน้าท้องบ่อยครั้ง เพราะจะส่งเสริมให้ปวดท้องมากขึ้น ตรวจสอบสัญญาณชีพทุก 15 นาที เพื่อประเมินอาการของผู้ป่วย ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา ได้แก่ ยาบรรเทาปวด Pethidine 25 mg IV ประเมินอาการข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน ไม่พบภาวะดังกล่าว การประเมินผล ทุเลาอาการปวด pain score 6 คะแนน หลับพักได้เป็นพักๆ
ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลกลัวการผ่าตัด	กิจกรรมการพยาบาล ดูแลสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ สอบถามพูดคุยกับญาติ เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกและซักถามข้อสงสัย รวมทั้งตอบปัญหาของญาติด้วยท่าทีที่เห็นใจ แสดงความเป็นกันเอง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการรักษาและเหตุผลที่ต้องเตรียมการผ่าตัดด่วน ว่าเป็นการผ่าตัดหยุดเลือดในช่องท้อง รวมทั้งภายหลังผ่าตัดจำเป็นต้องได้รับการประเมินอาการอย่างใกล้ชิด และจะได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างเต็มที่ อธิบายเกี่ยวกับการเตรียมร่างกายก่อนการผ่าตัด เช่น การงดอาหารและน้ำ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ อธิบายให้ญาติเข้าใจถึงเรื่องการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (General anesthesia) ขณะผ่าตัด ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกตัวและไม่เจ็บปวด รวมทั้งระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด จองเลือด PRC 4 units FFP 4 units ก่อนส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติทราบถึงหลักการและวิธีการผ่าตัดตามแผนการรักษาของแพทย์ ให้ความร่วมมือในการผ่าตัดเป็นอย่างดี
ปัญหาที่ 4 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนจากการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ	กิจกรรมการพยาบาล หลังการผ่าตัด On ET. Tube with Ventilator setting CMV mode FiO2 0.4 ผิวกายเย็น keep warm ร่างกายให้ วัดความดันโลหิต 120/74 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรเบาเร็ว 142 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที O₂ saturation 99 % On ICD ชนิด 2 ขวด ที่ปอดข้างขวา มีเลือดและลมออกพอดควร คล้ำไม่พบ subcutaneous emphysema สังเกตอาการที่แสดงถึงภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง กระสับกระส่าย ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยในการหายใจ ประเมินประสิทธิภาพการทำงานของปอด กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆ และไอขับเสมหะออก โดยใช้มือประคองแผ่นหน้าท้องไว้ Monitor O₂ Saturation >95% เพื่อติดตามระดับออกซิเจนในร่างกาย ประเมินสัญญาณชีพและสังเกตการหายใจทุก 1 ชั่วโมงเพื่อประเมินภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยดูดเสมหะอย่างนุ่มนวล เมื่อพบว่ามีเสียงเสมหะในท่อช่วยหายใจ ก่อนดูดเสมหะให้ O₂ 100% นาน 1 นาที ดูดเสมหะแต่ละครั้งไม่เกิน 10-15 วินาที และขณะดูดเสมหะสังเกตอาการของผู้ป่วยว่ามีอาการขาด O₂ ได้แก่ กระสับกระส่าย ริมฝีปากเขียวคล้ำ จัดทำอนิสรุขสูง เปลี่ยนท่านอน พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง จัดทำเพื่อให้เสมหะระบายออกดี ป้องกันการค้างค้ำของเสมหะ และภาวะปอดแฟบ ดูแล ICD ให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ในระบบปิดเพื่อระบายเลือดในปอดให้ปอดทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ บันทึก ติดตามลักษณะของแผลตำแหน่งท่อระบาย สังเกตสี และจำนวนสารระบายที่ออกมา ถ้ายังมีสีแดงสด แสดงว่ายังมี

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ภาวะตกเลือด รายงานแพทย์เพื่อให้การช่วยเหลือทันที และติดตาม Hct ทุก 4 ชั่วโมง 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยใส่ท่อระบายทรวงอกและมีแผลผ่าตัดหน้าท้อง ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าขยับร่างกาย ผู้ป่วยหายใจตื้นๆ แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยประคองแผลและช่วยพลิกตะแคงตัว พยาธิสภาพที่ปอดดีขึ้น เลือดที่ปอดออกน้อยลงและแพทย์ให้เริ่ม wean Ventilator SIMV mode RR 12 ครั้ง/นาที Pressure support 10 ครั้ง/นาที ทำการฝึกหายใจตาม protocol weaning ประเมินประสิทธิภาพของปอดวัด RSBI ≤ 105 อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที O₂saturation 98% ชีพจร 118 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 107/54 มิลลิเมตรปรอท ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ขณะทำการฝึกหายใจ ผู้ป่วยฝึกหายใจได้ดี ไม่เหนื่อยหอบ ไม่มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน ตลอดจนเฝ้าระวังท่อช่วยหายใจและท่อระบายทรวงอกเลื่อนหลุด การประเมินผล หลังผ่าตัด 4 วัน ติดตามผลเอกซเรย์ปอด พบ Decreased right pneumothorax Increased right pleural fluid R/O RLL infiltration แพทย์ให้ OFF ICD right chest และ ถอดท่อช่วยหายใจตามลำดับ หลังถอดท่อช่วยหายใจ On oxygen mask 10 ลิตร/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที O₂saturation 98% ไม่มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน ผู้ป่วยสามารถไอ ขับเสมหะได้ดี
ปัญหาที่ 5 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะ Hypovolemic shock และ Hypoperfusion จากการเสียเลือด และเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ไม่เพียงพอ	กิจกรรมการพยาบาล ระหว่างทำผ่าตัดเสียเลือด 2,000 มิลลิลิตร พบ Hemoperitoneum 2,000 มิลลิลิตร On right subclavian vein, NG tube ต่อกับ Gomco Suction ได้ Content แดงคล้ำๆ ค้างสาย หน้าท้องมีแผลผ่าตัดแบบ midline on Jackson drain มีเลือดสีแดงคล้ำออก 200 มิลลิลิตร On Acetar IV 120 มิลลิลิตร/ชั่วโมง วัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง หลังจากนั้นทุก 1 ชั่วโมงจนสัญญาณชีพอยู่ในระดับปกติ สังเกตอาการของภาวะช็อก ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง กระสับกระส่าย ชีพจรเบาเร็ว ผิวหนังเย็นชื้น เหงื่อออกมาก ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง บันทึกติดตามสี ปริมาณของเหลวที่ออกจาก ICD Jackson drain ถ้ายังมีสีแดงสด แสดงว่ายังมีภาวะตกเลือด รายงานแพทย์เพื่อให้การช่วยเหลือทันที ติดตาม Hct ทุก 4 ชั่วโมง เจาะ Hct < 25% รายงานแพทย์ให้เลือดตามแผนการรักษา ได้แก่ PRC 2 units IV , FFP 4 units IV free flow ให้ CPM 1 amp IV ก่อนให้เลือด เฝ้าระวังไม่พบอาการแพ้เลือดและส่วนประกอบของเลือด ติดตามภาวะ Hypoglycemia เจาะ DTX 88 -143 mg% และทุก 6 ชั่วโมง ใน 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ติดตามผล Lab BUN 20 (5-20 mg/dl) Creatinin 1.18 (0.7-1.5 mg/dl) เพื่อประเมินการทำหน้าที่ของไต หลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง แพทย์ Set OR for off swab Vital sign stable เจาะ PT 14.9 (10.6-13.0 sec) , PTT 29.6 (22.1-28.9 sec) ให้ FFP 4 units IV free flow และ เตรียมความพร้อมส่งห้องผ่าตัดทำ Explore lap with off swab packing กลับจากห้องผ่าตัด รู้สึกตัวดี แผลผ่าตัดหน้าท้องมี Jackson drain เลือดออกจาง ๆ เล็กน้อย Hct stat หลังผ่าตัด 31% การประเมินผล ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก และได้รับการ Bed rest เป็นระยะเวลา 5 วัน Hct 33-35% jackson drain ไม่มี content ออกเพิ่ม off foley 's cath และ off jackson drain แผลผ่าตัดหน้าท้องแห้งดีไม่มี discharge ซึม ท้องไม่อืดตึง ปัสสาวะได้เอง 800-1000 มิลลิลิตร ใน 8 ชั่วโมง
ปัญหาที่ 6 มีภาวะแคลเซียมในกระแสเลือดต่ำ เนื่องจากได้รับเลือด และส่วนประกอบของเลือดทดแทนปริมาณมาก	กิจกรรมการพยาบาล เฝ้าระวังการเต้นของหัวใจผิดจังหวะแบบเร็ว ได้แก่ atrial fibrillation และสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดจากภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ ได้แก่ trousseau's sign โดยสังเกตอาการมือจับ เมื่อรัดแขนวัดความดันโลหิตเป็นเวลานานประมาณ 3 นาที ดูแลให้ได้รับการรักษาด้วย 10% calcium gluconate 20 ml. หยดทางหลอดเลือดดำ ภายใน 30 นาที ตามแผนการรักษา ขณะให้ยาถ้ามีภาวะหัวใจเต้นช้า (bradycardia) หยุดยาและรายงานแพทย์ทันที ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการระดับแคลเซียมในเลือด หลังให้ยาตามแผนการรักษา

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะแคลเซียมต่ำ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Ca = 4.3 mg/dL แพทย์ให้ยา 10% calcium gluconate 20 ml. หยดทางหลอดเลือดดำ ภายใน 30 นาที อีก 1 dose ขณะให้ยาไม่มีอาการหัวใจเต้นผิดจังหวะ
ปัญหาที่ 7 ผู้ป่วยไม่สุขสบาย เนื่องจากปวดแผลผ่าตัดและใส่ท่อระบายทรวงอก	กิจกรรมการพยาบาล จากมีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ ผู้ป่วยพักผ่อนไม่ได้ สิ้นหวังอดใจ เหนื่อยออก ประเมินระดับความเจ็บปวด (Pain score) ทุก 4 ชั่วโมง ตรวจวัดความดันโลหิต ชีพจร และการหายใจ เพื่อเป็นข้อมูลในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถควบคุมความเจ็บปวดภายหลังการผ่าตัดได้ดี ประเมิน Pain score ได้ 5-7 คะแนน ให้ยาแก้ปวด Morphine 4 mg. IV prn for pain ทุก 6 ชั่วโมง หลังได้รับยาการหายใจปกติและความดันโลหิต 118/70 มิลลิเมตรปรอท จัดให้อยู่ในท่าที่สุขสบาย ไม่มีการดึงรั้งของสายหรือท่อระบายต่างๆ รวมทั้งให้มีการหย่อนกล้ามเนื้อบริเวณแผลผ่าตัด และช่วยในการเคลื่อนไหวหรือเปลี่ยนท่าเมื่อมีอาการเมื่อยล้า การประเมินผล อาการปวดแผลพักฟื้นได้มากขึ้น หลังผ่าตัด 3 วัน Pain score ลดลงเท่ากับ 3-5 คะแนน
ปัญหาที่ 8 ผู้ป่วยไม่สุขสบายมีไข้สูง และเสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากมีแผลผ่าตัดหน้าท้องและแผลใส่ ICD	กิจกรรมการพยาบาล มีไข้ อุณหภูมิ 38-38.4 องศาเซลเซียส แผลผ่าตัดหน้าท้องและแผล ICD แห้งดี ประเมินการติดเชื้อ สังเกต อาการปวด บวม แดง ร้อนหรือมี Discharge ซึม บริเวณแผลผ่าตัดและแผล ICD ปอดขวา วัดและบันทึกอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง อุณหภูมิมากกว่า 38 องศาเซลเซียส ดูแลให้การพยาบาลเพื่อลดไข้ เช็ดตัวลดไข้และให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษา ดูแลให้ผู้ป่วยรับยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm. IV OD ตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงหลังให้ยา เช่น ผื่นคัน ไม่พบภาวะดังกล่าว 2-3 วันแรก หลังผ่าตัดมีไข้ต่ำ ๆ อุณหภูมิ 37.5-37.9 องศาเซลเซียส 7 วัน หลังให้ยา Ceftriaxone ส่งตรวจ CBC พบ WBC 13,310 Cells/mm³ และ LFT, Coagulogram, U/A ผลปกติ CXR พบ Increase right hydro-pneumothorax และ Lung contusion แพทย์ off ceftriaxone เปลี่ยนเป็น Augmentin (1gm) 1 tab oral bid การประเมินผล แผลไม่มีอาการบวม แดง ปวด ร้อน หรือมี discharge ซึมบริเวณแผลผ่าตัด ติดตามผล CBC วันที่ 24 ตุลาคม 2566 White blood count 7,890 cells/mm³, Neutrophil 68%

วางแผนจำหน่ายกลับบ้าน หลังให้การดูแลระยะเวลา 10 วัน ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น มีญาติอยู่ใกล้ชิดมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย หลัง Bed rest 7 วัน ผู้ป่วยเริ่มทำกิจวัตรประจำวันบนเตียงได้เอง ถอดสายสวนปัสสาวะและสายระบาย Jackson drain ที่แผลออก แผลผ่าตัดหน้าท้องแห้งดีไม่มี Discharge ซึม ท้องไม่อืดตึง ผายลมและขับถ่ายได้ ผู้ป่วยไม่มีไข้ ตัดไหมแผลหน้าท้องแห้งดี ลูกเดินช่วยเหลือตัวเองได้ เริ่มฟื้นฟูสภาพร่างกายและวางแผนจำหน่าย แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน ให้มาตรวจตามนัดอีก 2 สัปดาห์ และ CXR ก่อนพบแพทย์ ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเรื่องการปฏิบัติตัวเรื่องการรับประทานอาหารเพื่อเสริมสร้าง

ร่างกาย การดูแลแผลและความสะอาดของร่างกาย งดทำงานหนัก 3 เดือน เน้นย้ำเรื่องการระมัดระวัง ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางท้องถนน รับประทานอาหารได้ตามปกติ ไม่พบภาวะแทรกซ้อน จำหน่ายกลับบ้านได้ วันที่ 28 ตุลาคม 2566 เวลา 12.00 น. รวมเวลารักษาในโรงพยาบาล 12 วัน

อภิปรายผล

1. การบาดเจ็บที่ตับเป็นการบาดเจ็บที่รุนแรง ถ้ามีภาวะช็อกจากการเสียเลือดร่วมด้วย ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาโดยการช่วยฟื้นคืนจากภาวะช็อก (resuscitation) ต้องได้รับการแก้ไขด้วยการให้สารน้ำ และเลือดอย่างเพียงพอ ก่อนที่

อวัยวะต่างๆ ล้มเหลว ที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในเวลารวดเร็วได้ พยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดมากที่สุด จึงต้องมีทักษะการประเมินอาการผิดปกติ Early warning sign จากภาวะช็อกได้ถูกต้อง รวดเร็ว ไม่ผิดพลาด²

2. เนื่องจากผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรง เสียเลือดมาก จำเป็นต้องได้เลือดและสารน้ำทดแทนอย่างเพียงพอ กรณีผู้ป่วยมีเลือด group O เป็นช่วงขาดแคลนเลือด จึงต้องประสานงานกับสภากาชาดไทย และขอความร่วมมือกับญาติให้มาบริจาคเลือด ผู้ป่วยได้รับเลือดครบตามแผนการรักษา นอกจากนี้ได้ประสานงานกับวิสัญญีในการทำ Central line เพื่อให้สามารถให้สารน้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ³

3. การดูแลผู้ป่วยในระหว่างใส่ท่อช่วยหายใจ และต่อเครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมแรงดัน ถือว่าเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง จำเป็นต้องวางแผนการดูแลอย่างดี เนื่องจากอาจพบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ได้แก่ ภาวะเนื้อเยื่อหลอดลมขาดเลือดไปเลี้ยงจนเกิดเนื้อตายขึ้น จนมีการทะลุถึงหลอดลมหรือทะลุเข้าหลอดเลือด ซึ่งได้แก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยดูแลให้ท่อช่วยหายใจ อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ตรวจวัด pressure cuff ทุก 8 ชั่วโมง ดูแลเสมหะอย่างถูกวิธี นอกจากนั้นผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางปอด เช่น pneumothorax, subcutaneous emphysema, micro atelectasis, pulmonary edema จากการปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจไม่ถูกต้อง จึงได้ปรับตั้งเครื่องโดยไม่ใช้ความดันและปริมาตรสูงเกินไป ประเมินความดันของเครื่องและปริมาตรของอากาศทุก 1 ชั่วโมง ดูแลให้ผู้ป่วยมีการหายใจลึกและแรงกว่าปกติเป็นระยะ ๆ โดยบีบ self inflating bag หลังดูดเสมหะและปรับเครื่องช่วยหายใจตามสภาพของผู้ป่วย รวมทั้งดูแลการทำงานของท่อระบายที่ปอดให้มีประสิทธิภาพ ไม่เลื่อนหลุด⁴

4. ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ตับที่ได้รับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัด liver packing จำเป็นต้องได้รับการ

ผ่าตัดซ้ำเพื่อเอา packing รอบๆ ตับออก ค้นหาการบาดเจ็บของอวัยวะใกล้เคียง แก้ไขความผิดปกติหาก แก้ไขได้ รวมทั้งเย็บปิดแผลที่ผนังหน้าท้อง ช่วงเวลาที่เหมาะสมในการเอา liver packing ออก ขึ้นอยู่กับสภาพผู้ป่วยในการจัดการให้สัญญาณชีพคงที่ coagulopathy, acidosis และ hypothermia ซึ่ง ส่วนใหญ่สามารถจัดการได้ภายใน 24-48 ชั่วโมง ความเสี่ยงสำคัญในการเอา liver packing ออกซ้ำ คือ การติดเชื้อในช่องท้องหรือการติดเชื้อบริเวณตับ ผู้ป่วยกรณีศึกษาสามารถเอา liver packing ออกได้ภายใน 48 ชั่วโมง จึงไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว^{5,6}

ข้อเสนอแนะ

1. การใช้ guideline trauma ทำให้ดูแลผู้ป่วยได้รวดเร็วและครอบคลุม จึงต้องส่งเสริมให้มีการใช้แนวทางทางในการดูแลผู้ป่วย Trauma โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ในผู้ป่วยอุบัติเหตุทุกราย โดยเฉพาะผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบ (Multiple Trauma) และขยายการใช้ไปสู่อุบัติเหตุในชุมชนในจังหวัดลพบุรี

2. กรณีรับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน ต้องพัฒนาการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรง ให้เป็นไปตามมาตรฐานเดียวกัน โดยเริ่มตั้งแต่การรายงานแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรม การดูแลรักษา ก่อน refer การประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อเตรียมพร้อมรับผู้ป่วย ได้แก่ ธนาครเลือด ห้องฉุกเฉิน ห้องผ่าตัด ห้องผู้ป่วยหนัก ตลอดจนแพทย์ที่เกี่ยวข้องในระบบต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดโดยเร็ว (Fast track) และได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม

3. การวางแผนการรักษาพยาบาลก่อนและหลังการผ่าตัด ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ เนื่องจากผู้ป่วยเสียเลือดมาก มีภาวะช็อกจากการบาดเจ็บที่ตับ และระบบอื่นๆของร่างกายอาจเสียหายที่ หลังระยะช็อก จึงจำเป็นต้องติดตามและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

เอกสารอ้างอิง

- 1.จันทิมา พรชนศวรพงศ์, เพ็ญศรี ลอ, กวินทร์นาฏ บุญชู. (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนครนายก. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 26(2), 89-102.
- 2.นวลทิพย์ อีระเดชากุล, นุชศรา พรหมชัย และ นงลักษณ์ พลแสน. (2561). ประสิทธิภาพการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บหลายระบบด้วย Multiple Injury Nursing Management Guideline. ว. การแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 33, 165-77
- 3.ดวงกมล สุวรรณ, วิภา แซ่เจี๋ย และประณิต ส่องวัฒนา. (2561). ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีต่อผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ. วารสารสภาการพยาบาล , 33(4), 33-45.
- 4.เสาวรส จันทมาศ และคณะ. (2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 42(3), 25-39.
- 5.Aimaurai V. (2019). Nursing care for multiple trauma patients.HHSK. ; 4(1): 0051-64. Thai.
- 6.Thikhian N, Wittayachamnankul B, Tangsuwanaruk T, et al.(2021). Factors affecting the outcomes of severe traumatic brain injury patients undergoing emergency surgery. J Med Health Sci., 28(3), 1-16.