

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะ บาดเจ็บทรวงอก และกระดูกหักหลาย
ตำแหน่ง : กรณีศึกษา

Nursing care of a patient with multiple injuries who have a head and a chest injury
with multiple fractures: A case study

(Received: August 19,2024 ; Revised: August 24,2024 ; Accepted: August 27,2024)

รัตนภรณ์ ศรีเสงี่ยม¹

Ratanaporn Srisangiam¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัญหา และการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะ บาดเจ็บทรวงอก และกระดูกหักหลายตำแหน่ง โดยศึกษาในผู้ป่วยชาย อายุ 27 ปี ประสบอุบัติเหตุขับรถจักรยานยนต์ชนท้ายรถบรรทุก 10 ล้อ จากการศึกษาพบว่า ปัญหาสำคัญในระหว่างการตรวจและบำบัดรักษาทางการพยาบาล บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ ผู้ป่วยเกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจจากระดับความรู้สึกตัวลดลง ระดับความรู้สึกตัวลดลงจากการบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง สูญเสียเลือดจากแผลฉีกขาดที่ศีรษะและคาง ได้รับการพยาบาลโดยการเปิดทางเดินหายใจและให้ออกซิเจนบำบัด ห้ามเลือดด้วยการกดจุดเลือดออกโดยตรง ระยะการตรวจและบำบัดรักษาทางการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลงจากมีเลือดออกในสมอง มีลมในช่องเยื่อหุ้มปอดข้างขวา กระดูกโบน้าและกระดูกไหปลาร้าหัก ซึ่งได้รับการพยาบาลโดยการป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจและให้ออกซิเจนบำบัด การปรึกษาแพทย์ศัลยกรรมประสาท การเตรียมความพร้อมและส่งผู้ป่วยผ่าตัดเพื่อนำก้อนเลือดในสมองออก การช่วยแพทย์ใส่ท่อระบายทรวงอกและดูแลให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ การป้องกันและเฝ้าระวังการอุดกั้นทางเดินหายใจจากกระดูกโบน้าหัก และการดูแลใส่ผ้าคล้องแขนเพื่อกระดูกไหปลาร้าให้เคลื่อนไหวน้อยที่สุด หลังจากได้รับการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวและอาการทางระบบประสาทดีขึ้น ไม่เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ไม่เกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจ และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากกระดูกไหปลาร้าหัก ได้รับการผ่าตัดตามแผนการรักษาและปลอดภัยจากการผ่าตัด

คำสำคัญ: บาดเจ็บหลายระบบ, บาดเจ็บที่ศีรษะ, บาดเจ็บทรวงอก, กระดูกหักหลายตำแหน่ง

Abstract

This study is a case study. The objective was to study the problem and nursing care of the patient with multiple injuries who have a head and a chest injury with multiple fractures. This patient is a 27-year-old male who had an accident while driving a motorcycle and crashing into the back of a 10-wheel truck. This study found that an important problem in the period of examination and treatment of the nursing for emergency medical services includes patients with airway obstruction due to decreased consciousness, Decreased level of consciousness due to head and brain injuries, and Loss of blood from lacerations wounds to the head and chin. Receive nursing care by opening the airway and oxygen therapy, and stop bleeding by pressure directly on the wound. The period of examination and treatment of nursing for accident and emergency patients includes decreased level of consciousness due to bleeding in the brain, right pneumothorax, and facial and left clavicle fracture. Nursing care includes preventing increased intracranial pressure, assisting the doctor with intubation and oxygen therapy, consultation with a neurosurgeon, and preparing and sending a patient for surgery to remove a blood clot in the brain. assist the doctor with inserting chest drains and ensuring they work efficiently, prevent and monitor airway obstruction from facial fractures, and take an arm sling at the left arm so that the Immobilization. After receiving examination and

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

treatment the nursing the patient's level of consciousness and neurological symptoms improved, with no increase in intracranial pressure, no airway obstruction and there were no complications from the clavicle fracture, the patient received surgery according to the treatment plan and the patient was safe from the surgery.

Keywords: Multiple injury, Head injury, Chest injury, Multiple fracture

บทนำ

การบาดเจ็บหลายระบบส่งผลให้เกิดอันตรายที่รุนแรง ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในเวลาอันรวดเร็ว ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุการจราจร¹เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในอันดับต้นๆ ของทุกประเทศทั่วโลก² สำหรับประเทศไทยอุบัติเหตุการจราจร เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองของอุบัติเหตุทั้งหมด โดยคิดเป็นอัตราการเสียชีวิตประมาณ 27.20 คนต่อประชากร 100,000 คน³ ซึ่งการเสียชีวิตส่วนใหญ่ร้อยละ 60 พบที่จุดเกิดเหตุ⁴ และร้อยละ 30 -35 เกิดที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ด้วยสาเหตุที่สามารถป้องกันได้ถึงร้อยละ 48⁵ โดยสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในผู้ป่วยอุบัติเหตุ คือ การได้รับบาดเจ็บอวัยวะสำคัญอย่างรุนแรง เช่น สมอง หัวใจ ปอด ไต และตับ หรือมีการบาดเจ็บร่วมกันหลายระบบหรือหลายอวัยวะเกิดการอุดตันของทางเดินหายใจ ทำให้การหายใจไม่มีประสิทธิภาพและภาวะขาดออกซิเจนตามมา ระบบประสาทและสมองทำงานผิดปกติ ทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูง จนเกิดภาวะสมองเคลื่อนไปกดสมองส่วนควบคุมการหายใจ นอกจากนี้ผู้ป่วยบาดเจ็บยังเสียชีวิตจากการสูญเสียเลือดจนเกิดภาวะช็อก ทำให้ระบบไหลเวียนเลือดล้มเหลว⁶ ซึ่งภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดส่วนใหญ่อเกิดจากอวัยวะภายในช่องท้องได้รับบาดเจ็บ โดยพบบ่อย คือ ตับและม้าม⁷ โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านความรุนแรงของการบาดเจ็บ ความแข็งแรงของ ร่างกาย และกลไกการบาดเจ็บ 2) ปัจจัยด้านเวลา เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ห้องฉุกเฉินถือเป็น golden period หรือ “the golden 1 hr” ในการค้นหา ภาวะคุกคามต่อชีวิต และให้

การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที และ 3) ปัจจัยด้านทีมการดูแล ความรู้และทักษะ ความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ และการประสานงานการทำงานเป็นทีม ตลอดจนการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ หากทีมการดูแลมีความสามารถกำจัดปัจจัยเหล่านี้ที่สามารถป้องกันได้ จะส่งผลให้ผู้ป่วยบาดเจ็บได้รับการวินิจฉัย และรักษาอย่างรวดเร็ว สามารถลดภาวะแทรกซ้อน อันจะนำไปสู่การเพิ่มคุณภาพการดูแลและอัตราการรอดชีวิตของผู้บาดเจ็บได้⁸

สถิติของผู้บาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการรักษาในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ปีพ.ศ. 2564, 2565, และ 2566 มีจำนวน 98, 116, และ 125 ราย ตามลำดับ อัตราการเสียชีวิตในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ร้อยละ 6.12 (6 ราย), 3.44 (4 ราย), 2.40 (3 ราย) โดยอัตราการเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บหลายระบบที่มีค่าโอกาสรอดชีวิต (probability of survival score: Ps score) มากกว่าหรือเท่ากับ 0.75 พบร้อยละ 7.96⁹จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่าเกิดจาก 3 ประเด็นหลัก คือ ด้านความรู้ และทักษะของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ มีความแตกต่างกัน ทำให้กระบวนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บในหน่วยงาน มีการประเมินและดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน และไม่ครอบคลุมประเด็นสำคัญตามแนวทางเวชปฏิบัติกรณีผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุ ส่งผลต่อการตัดสินใจทางคลินิก ซึ่งต้องใช้ความรวดเร็ว แม่นยำ และถูกต้อง รวมทั้งมีช่วงเวลาการประเมินภาวะคุกคามต่อชีวิตระยะแรกนานกว่าค่าเป้าหมาย (มากกว่า 10 นาที) จากผลกระทบของการบาดเจ็บหลายระบบที่รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต และ

สถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ผู้ศึกษาได้ตระหนักถึงความสำคัญ จึงได้เลือกผู้ป่วยกรณีศึกษาที่เกิดการบาดเจ็บหลายระบบมาศึกษาในครั้งนี้ เพื่อใช้เป็นองค์ความรู้ให้พยาบาลที่เกี่ยวข้องได้นำไปประยุกต์ใช้ตามความเหมาะสมกับบริบทการปฏิบัติงานต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัญหา และการพยาบาลบาดเจ็บหลายระบบที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะ บาดเจ็บทรวงอก และกระดูกหักหลายตำแหน่ง

วิธีการศึกษา

เลือกโรคที่จะศึกษา จากปัญหาการดูแลผู้ป่วยของหน่วยงาน ศึกษาทฤษฎีของโรคเกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน การวินิจฉัยโรค การรักษา และการพยาบาล เลือกผู้ป่วยจำนวน 1 ราย ศึกษาปัญหา และวางแผนการพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 27 ปี ประสบอุบัติเหตุ ขับรถจักรยานยนต์ชนท้ายรถบรรทุก 10 ล้อ ไม่รู้สึกตัว 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ได้รับการประสานขอชุด Advance Life Support (ALS) สนับสนุนรับผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ พบผู้ป่วยซีม ลืมตาเมื่อเจ็บ พูดไม่มีเสียง GCS = 8 คะแนน ($E_2V_1M_5$) pupil $\varnothing$ 3 mm Sluggish BE แขน ขา ทั้ง 2 ข้าง ขยับได้ กำลังกล้ามเนื้อเกรด 3 สัญญาณชีพ BT = 37°C, PR = 90 beat/min, RR = 24 beat/min (air hunger), BP = 97/64 mmHg, O_2sat = 92% มีแผลฉีกขาดบริเวณศีรษะด้านซ้าย และคาง เลือดออกมาก เข้าทั้ง 2 ข้าง มีแผลฉีกขาดและ บวมเขียวซ้ำ กระดูกไหปลาร้าข้างซ้ายผิดรูป ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง On O_2 mask with bag 10 lit/min pressure stop bleed ผลที่ศีรษะด้าน ซ้ายและคาง เปิดเส้นให้ Acetar 1,000

ml @ load ใส่ hard collar และนำส่งโรงพยาบาล แกร็บ ที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้รับการคัดกรอง (Triage) ความรุนแรงอยู่ระดับ 1 ผู้ป่วยรู้ตัวซีม ถามตอบมีเสียงอ้ออาในลำคอ GCS = 10 คะแนน ($E_2V_3M_5$) pupil $\varnothing$ 2.5 mm RTL BE BP=100/64 mmHg, PR = 92 beat/min, RR = 24 beat/min, O_2sat = 99%, DTX = 147 mg/dl เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตาม trauma guideline, retained Foley's cath urine สีเหลืองใส Retained NG tube content สีเหลือง ไม่มีเลือดปน แพทย์ทำ FAST ผล Negative, Dressing & Suture แผลที่ศีรษะและคาง ให้ Transamine 1 gm @ stat, dT 0.5 ml @, CXR[®] ไม่พบ Fracture ribs และ Hemo/Pneumothorax ส่งตรวจ CT brain พบมี Epidural Hemorrhage at left parietal area with depress fracture skull, CT Facial bone พบ multiple fracture facial bone with right mandible, CT chest พบ right Pneumothorax, Film left clavicle พบ Fracture left clavicle, Film Pelvis & left leg ไม่พบความผิดปกติ หลังกลับจาก CT และ x-ray ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลง GCS = 8 คะแนน ($E_1V_3M_4$) , BP = 111/59 mmHg, PR = 96 beat/min, RR= 24 beat/min, $O_2 sat$ = 100% แพทย์พิจารณาใส่ ET Tube with Ambu bag ต่อ O_2 10 lit/min ปรีกษา แพทย์ศัลยกรรมประสาทให้การรักษาด้วย 20% Mannitol 200 ml @ bulus, Dilantin 1 gm + NSS 100 ml @ drip in 1 hr, Set OR for left wide decompression craniectomy with remove clot ปรีกษาแพทย์ศัลยกรรมทั่วไป มาทำ right ICD ได้เป็น free air ปรีกษาแพทย์ศัลยกรรมกระดูก ให้ on M splint ที่ left clavicle เตรียมความพร้อมและส่งผู้ป่วยทำผ่าตัด หลังผ่าตัด แพทย์วินิจฉัยเป็น Epidural & Subdural Hemorrhage at left parietal area with depress fracture skull ส่งดูแลต่อที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม on Ventilator, on right

ICD มี free air ออก แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม Flap โป่งนูน on RVD ไว้ 1 เส้น content เป็นเลือดคั่ง สาย หลังผ่าตัด 8 ชั่วโมง รู้สึกตัวดีขึ้น GCS = 9T (E₃V₁M₆) แขนขา 2 ข้าง ยกยืยได้ กำลังกล้ามเนื้อเกรด 5 เริ่ม try wean Ventilator ปรีक्षाแพทย์ ศัลยกรรมตกแต่งเรื่อง Fracture facial bone ให้ส่ง CT Facial bone วินิจฉัยเป็น Lefort fracture I, II และ III (Panfacial with fracture left Zygoma, fracture Parasymphysis and right Head condylar process of mandible) วางแผนทำ ผ่าตัดเมื่อผู้ป่วยอาการคงที่ หลังผ่าตัด 1 วัน off ET. Tube On O₂ mask with bag 10 lit/min off right ICD หลังผ่าตัดวันที่ 4 ผู้ป่วยหายใจเหนื่อย RR

= 26 beat/min repeat CXR พบ ยังมี right Pneumothorax แพทย์จึงใส่ right ICD ใหม่ RVD ไม่มี content ออกเพิ่ม off RVD หลังผ่าตัดวันที่ 8 ย้ายไปอยู่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หลังย้ายไปแพทย์ ศัลยกรรมตกแต่งได้ทำผ่าตัด ORIF, Intermaxillary fixation (IMF) with miniplate and screw ขณะ ผ่าตัดและหลังผ่าตัดผู้ป่วยยังคง off right ICD ไม่ได้ เนื่องจากผล CXR และ CT chest ที่ส่งตรวจเป็น ระยะๆ ยังพบ persistent air leak แพทย์จึงส่ง รักษาตัวต่อโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี รวมระยะเวลา รักษาตัวอยู่โรงพยาบาล 21 วัน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. การตรวจและบำบัดรักษาทางการพยาบาลบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	
1.1 การคัดกรอง	
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะคุกคามต่อชีวิตเนื่องจากได้รับบาดเจ็บรุนแรงจากการเกิดอุบัติเหตุบนถนน ข้อมูลสนับสนุน จากข้อมูลการแจ้งเหตุผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุขับรถจักรยานยนต์ชนท้ายรถบรรทุก 10 ล้อ และไม่รู้สึกตัว วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อประเมินสภาพผู้ป่วยและค้นหาภาวะคุกคามต่อชีวิตที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว	1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว ณ จุดเกิดเหตุ ด้วยหลัก AVPU ได้แก่ A (Alert) ความรู้สึกตัวดี พูดคุย ทำตามคำสั่งได้, V (Verbal responds) การตอบสนองต่อเสียงเรียก เช่น เรียกแล้วตื่นลืมตา หรือหันตามเสียงเรียกได้ เป็นต้น, P (Painful responds) การตอบสนองต่อความเจ็บปวด เช่น ชักแขนขาหนีเมื่อเจ็บ ปิดตำแหน่งที่เจ็บ เกร็ง เหยียดหรือถอนแขน ขาเมื่อกระตุ้นให้เจ็บ เป็นต้น และ U (Unresponsive) ไม่รู้สึกตัวหรือไม่มีการตอบสนอง 2. ประเมินปฐมภูมิ (primary survey) เพื่อค้นหาภาวะคุกคามต่อชีวิตผู้ป่วยและให้การรักษาร่วมกัน ตามขั้นตอน XABCDE ได้แก่ X- eXsanguinate hemorrhage เป็นการประเมินการเสียเลือดจากเส้นเลือดแดง ใหญ่ที่บริเวณรอยต่อระยางค์ เช่น รักแร้ ขาหนีบ เป็นต้น A- Airway เป็นการประเมินทางเดินหายใจ และการป้องกันการบาดเจ็บของกระดูกคอ B - breathing ประเมินรูปแบบการหายใจ ทั้งอัตรา จังหวะ ลักษณะการหายใจ C- Circulation ประเมินระบบไหลเวียนเลือดและการห้ามเลือด D- Disability ประเมินทางระบบประสาท โดยใช้ Glasgow coma scale, E- exposure ประเมินหาจุดบาดเจ็บ ลักษณะผิอรูปร่างหรือจุดเลือดออกที่อยูใต้ร่มผ้า ประเมินผลการพยาบาล จากการค้นหาภาวะคุกคามต่อชีวิต พบผู้ป่วยซึม ลืมตาเมื่อเจ็บ GCS = 8 คะแนน (E₂V₁M₅) พูดไม่มีเสียง หายใจแบบหิวอากาศ (Air hunger) ฟังเสียงลมผ่านปอดทั้งสองข้างลดลง มีแผลฉีกขาดบริเวณศีรษะ ด้านซ้ายลึกถึง skull และแผลฉีกขาดที่คางมีเลือดออกมาก
1.2 การปฏิบัติการพยาบาล	
	1. ประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว อาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง กระสับกระส่าย สับสน หายใจแรงและเร็วหรือหายใจลำบาก หัวใจเต้นเร็วผิดปกติหรือ ผิดจังหวะ ความดัน

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	โลหิตสูง (ระยะแรก) เหงื่อออก ผิวชื้นริมฝีปาก และปลายมือปลายเท้าเขียว หายใจหายใจ 2. เปิดทางเดินหายใจให้โล่ง ด้วยวิธี jaw thrust maneuver 3. ใส่ Oropharyngeal air way เพื่อป้องกันล้นตักไปอุดทางเดินหายใจ 4. จัดท่านอนตะแคงข้างซ้ายเอียง 15 – 30 องศา เพื่อป้องกันล้นตักไปอุดทางเดินหายใจ และเสมหะ น้ำลายไหลออกจากปากได้ง่าย
3. ผู้ป่วยหายใจแบบหิวอากาศ (Air hunger) RR = 24 beat/min, PR = 90 beat/min, BP = 97/64 mmHg, O₂ sat = 92% 4. พังเสียงลมผ่านปอดทั้งสองข้างลดลง วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน	5. ดูแลให้ O₂ mask with bag 10 lit/min และประเมินระดับ O₂ sat และรักษาระดับ O₂ sat ≥ 95% ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้ตัวตื่น ถามตอบมีเสียงอ้ออาในลำคอ GCS = 10 คะแนน (E₂V₃M₅) BP = 110/68 mmHg, PR = 92 beat/min, RR = 20 beat/min ลักษณะการหายใจปกติ ไม่มีหายใจแบบ หิวอากาศ หรือหายใจลำบาก O₂ sat = 99%
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะและสมองเนื่องจากศีรษะถูกแรงกระแทกจากการเกิดอุบัติเหตุ ข้อมูลสนับสนุน จากข้อมูลการแจ้งเหตุผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุขับรถจักรยานยนต์ชนท้ายรถบรรทุก 10 ล้อ และไม่รู้สึกรู้ตัว จากการประเมินสภาพผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ พบผู้ป่วยซึม ไม่ทำตามคำสั่ง ลืมตาเมื่อเจ็บ GCS = 8 คะแนน (E₂V₂M₄) pupil Ø 3 mm Sluggish BE แขน ขาทั้ง 2 ข้าง ขยับได้แต่ต้านแรงไม่ได้ กำลังกล้ามเนื้อเกรต 3 มีแผลฉีกขาดบริเวณศีรษะด้านซ้าย วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง	1. ประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว อาการทางระบบประสาท (ขนาดของรูม่านตาและปฏิกิริยาการตอบสนองต่อแสง การเคลื่อนไหวของแขนขา) ทุก 15 นาที 2. เฝ้าระวังการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) จากอาการและอาการแสดง ได้แก่ ปวดศีรษะ อาเจียน ความดันโลหิตสูงขึ้น ชีพจรช้าลง ระดับความรู้สึกตัวลดลง แขน ขาอ่อนแรงเพิ่มขึ้นจากเดิมตั้งแต่ 1 ระดับหรือกำลังแขนขาทั้ง 2 ข้างแตกต่างกัน และรูม่านตาทั้ง 2 ข้าง มีขนาดแตกต่างกันเกิน 1 มิลลิเมตร และมีปฏิกิริยาตอบสนองลดลง หากมีอาการดังกล่าวรายงานแพทย์ เพื่อให้การรักษา ณ จุดเกิดเหตุ 3. ดูแลให้ O₂ mask with bag 10 lit/min เพื่อให้เนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ 4. ดูแลใส่อุปกรณ์พยุงคอชนิดแข็ง (Hard collar) เพื่อจัดศีรษะและคอให้อยู่ในแนวเดียวกัน ไม่ก้ม แขนง หรือบิด เนื่องจากจะทำให้ขัดขวางการไหลกลับของเลือดสู่หัวใจ ทำให้เลือดคั่งในสมองและภาวะ IICP ได้ ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้ตัว ถามตอบมีเสียงอ้ออาในลำคอ GCS = 10 คะแนน (E₂V₃M₅) pupil Ø 3 mm Sluggish BE แขน ขาทั้ง 2 ข้าง ยกขยับได้ ต้านแรงไม่ได้ กำลังกล้ามเนื้อเกรต 3 BP = 110/68 mmHg, PR = 92 beat/min, RR = 20 beat/min ไม่มีอาการปวดศีรษะและอาเจียน
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยมีแผลฉีกขาดบริเวณศีรษะด้านซ้าย ลึกถึง skull และแผลฉีกขาดที่คาง มีเลือดออกมาก 2. ผู้ป่วยซึม ลืมตาเมื่อเจ็บ GCS = 8 คะแนน (E₂V₂M₄) 3. สัญญาณชีพ PR = 90 beat/min, RR = 24 beat/min BP = 97/64 mmHg, O₂ sat = 92%	1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที รวมทั้งประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะ ช็อกจากการสูญเสียเลือด (Hypovolemic shock) ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง อาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น PR > 100 beat/min, PR > 30 beat/min, BP < 90/60 mmHg, O₂ sat < 92% 2. ดูแลหยุดเลือดที่ออกจากบาดแผลด้วยการใช้วิธีกดโดยตรงที่บาดแผล (direct manual pressure) และปิดแผลแบบแน่น 3. เปิดเส้นเลือดดำที่มีขนาดใหญ่ ให้ Acetar 1,000 ml ① load เพื่อทดแทนการเสียเลือด ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้ตัว ซึม ถามตอบมีเสียงอ้ออาในลำคอ GCS = 10 คะแนน (E₂V₃M₅), BP = 110/68 mmHg, PR = 92 beat/min,
วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด และเพิ่มการ	RR = 20 beat/min หลังจากปิดแผล แผลบริเวณศีรษะด้านซ้ายและแผล ที่คาง ยังมีเลือดออกชุ่มก๊อส

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกาย เพียงพอ	
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บกระดูกส่วนไหปลาร้าเนื่องจากได้รับแรงกระแทกจากภายนอก ข้อมูลสนับสนุน กระดูกไหปลาร้าข้างซ้ายผิดรูป วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันกระดูกไหปลาร้าข้างซ้ายผิดรูปหรือเคลื่อนจากแนวกระดูกปกติมากขึ้นและภาวะแทรกซ้อนจากกระดูกไหปลาร้าหัก	1. ดูแลใส่ผ้าคล้องแขนข้างซ้าย เพื่อช่วยประคองให้กระดูกไหปลาร้ามีการเคลื่อนไหวน้อยลง 2. สังเกตอาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ว่าเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ pneumothorax, brachial plexus injury, subclavian vessel injury ประเมินผลการพยาบาล กระดูกไหปลาร้าข้างซ้ายไม่เคลื่อนจากแนวกระดูกปกติมากขึ้น ไม่มีอาการชาแขนและมือข้างซ้าย หรือกล้ามเนื้อแขนซ้ายอ่อนแรง ไม่มีอาการบวม หรืออาการของเลือดคั่งใต้ผิวหนัง
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดอาการทรุดลงและบาดเจ็บเพิ่มในระหว่างการเคลื่อนย้าย ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะซึ่งมักพบบ่อยจะมีการบาดเจ็บของกระดูกสันหลังส่วนคอร่วมด้วย 2. ขณะเกิดอุบัติเหตุจะมีแรงกระแทกจากภายนอกกระทำต่อส่วนต่างๆของร่างกาย จึงมีโอกาสทำให้อวัยวะภายในร่างกายได้รับบาดเจ็บ โดยเฉพาะอวัยวะภายในทรวงอกและช่องท้อง วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดอาการทรุดลงและบาดเจ็บเพิ่มในระหว่างการเคลื่อนย้าย	1. ดูแลใส่เสื้อคอตามคอชนิดแข็ง (hard collar) ทันทัน และถูกวิธี เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของเส้นประสาทไขสันหลังส่วนคอ เคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วย long spinal board โดยใช้ความระมัดระวังในการเคลื่อนย้าย 2. ระหว่างการนำส่งผู้ป่วย ติดตามเฝ้าระวังสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว อาการทางระบบประสาท กรณีพบความผิดปกติรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้การรักษา 3. ประเมินและเฝ้าระวังการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง จากการบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง 4. ประเมินและสังเกตการสูญเสียเลือดจากบาดแผลที่ศีรษะด้านซ้ายและคาง 5. ดูแลใส่ผ้าคล้องแขนข้างซ้าย เพื่อช่วยประคองให้กระดูกไหปลาร้ามีการเคลื่อนไหวน้อยลง 6. ดูแลให้ O₂ mask with bag 10 lit/min เพื่อให้เนื้อเยื่อส่วนต่างๆ ของร่างกายและสมองได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ 7. ดูแลให้ Acetar 1,000 ml ⑤ load ตามแผนการรักษา 8. ระหว่างนำส่งประเมินผู้ป่วยเพิ่ม โดยการซักประวัติด้วยการใช้หลัก AMPLE (Allergy, Medication, Past illness, Last meal, Event & Environment) และตรวจร่างกายโดยละเอียด head-to-toe evaluation เพื่อค้นหาการบาดเจ็บอวัยวะอื่นๆ และให้การดูแลเบื้องต้น ประเมินผลการพยาบาล ระหว่างการนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล ผู้ป่วยรู้ตัว ถามตอบมีเสียงอ้ออาในลำคอ GCS = 10 คะแนน (E₂V₃M₅) BP = 110/68 mmHg, PR = 92 beat/min, RR = 20 beat/min, O₂ sat = 98 - 99% ไม่มีอาการหายใจลำบาก บาดแผลที่ศีรษะด้านซ้ายและแผลที่คางมีเลือดซึม
	ชุ่มก๊อส ผลการตรวจร่างกายโดยละเอียด พบมีการบาดเจ็บของกระดูกใบหน้าเพิ่ม โดยผู้ป่วยมีใบหน้าบวม กดเจ็บ ฟันไม่สับกัน
2. การตรวจและบำบัดรักษาทางการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	
2.1 การคัดกรองผู้ป่วยและปฐมพยาบาลเบื้องต้น	
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะคุกคามต่อชีวิตเนื่องจากได้รับการบาดเจ็บอวัยวะสำคัญหลายอวัยวะ ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง ศีรษะด้านซ้ายมีแผลฉีกขาด ขนาด 7 x 1 cm ลึกถึง skull เลือดออกมาก GCS = 10 คะแนน (E₂V₃M₅) pupil ③ 3 mm Sluggish	1. ตรวจประเมินขั้นต้นซ้ำตามหลักการของ ATLS (Primary survey) A-B-C-D - E approach 2. รายงานข้อมูลผลการประเมินขั้นต้นผู้ป่วยแก่แพทย์ และบันทึกในเวชระเบียน 3. ดูแลช่วยเหลือภาวะคุกคามชีวิตตามแผนการรักษา ได้แก่ มีเลือดออกบริเวณแผลที่ศีรษะและคางมาก ดังนั้น ทำความสะอาดแผล และเย็บแผล ให้ Transamine 1 gm ⑤ stat เปิดเส้นเลือดดำเพิ่มอีก 1 เส้น ให้ Acetar 1,000 ml ⑤ drip rate 120 ml/hr

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
BE แขน ขาทั้ง 2 ข้าง ยกขยับได้แต่ต้านแรงไม่ได้ กำลังกล้ามเนื้อเกรด 3 มีแผลฉีกขาดที่คางขนาด 4 x 1 x 0.3 cm มีเลือดออกมาก ใบหน้าบวม กดเจ็บ ฟันไม่สบกัน ตรวจร่างกายพบ ลมผ่านปอดข้างขวาลดลง (Decreased breath sound right lung) สัญญาณชีพ PR = 96 beat/min, RR = 24 beat/min, BP = 98/52 mmHg, O₂ sat = 100% วัตถุประสงค์ของการพยาบาล เพื่อค้นหาภาวะคุกคามชีวิตและให้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว	4. ส่งตรวจและช่วยแพทย์ตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น ได้แก่ เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ CXR[®], FAST ultrasound, retained Foley's cath, NG tube ตาม trauma guideline 5. ตรวจประเมินในระยะต่อเนื่อง (Secondary survey) เพื่อหาพยาธิสภาพอย่างละเอียด หลังจากผู้ป่วยพ้นจากภาวะคุกคามต่อชีวิต และมีสัญญาณชีพคงที่ ประกอบด้วย การซักประวัติ ตรวจร่างกายอย่างละเอียด ส่งตรวจพิเศษต่าง ๆ เช่น CT brain, CT facial bone, CT chest, CT c - spine รวมถึง Film left clavicle และ Film pelvis & left leg 6. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว และประเมินอาการทางระบบประสาท ทุก 15 นาที เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงในทางที่ทรุดลง และตัดสินใจช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างถูกต้อง และทันที่ทั้งนี้ พร้อมรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้การรักษ ประเมินผลการพยาบาล CXR[®] ปกติ , FAST Ultrasound negative ผล CT brain พบ Epidural Hemorrhage at left parietal area with depress fracture skull, CT Facial bone พบ multiple fracture facial bone with right mandible, CT chest พบ right Pneumothorax, CT c – spine ไม่พบผิดปกติ Film left clavicle พบ Fracture left clavicle, Film Pelvis & left leg ไม่พบความผิดปกติ urine flow ทาง Foley's catheter สีเหลืองใส ไม่มีเลือดปน content จาก NG tube สีเหลือง ไม่มีเลือดปน หลังกลับจาก CT และ x-ray ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลง GCS = 7 คะแนน (E₁V₂M₄), BP= 111/59 mmHg, PR = 96 beat/min, RR = 24 beat/min, O₂ sat = 100%
2. การช่วยแพทย์รักษา	
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีการกำซาบของเนื้อเยื่อสมองลดลงเนื่องจากมีเลือดออกในสมอง ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยเรียกไม่รู้ตัว GCS = 7 คะแนน (E₁V₂M₄) pupil RE Ø 3 mm LE Ø 2 mm sluggish BE แขนขา 2 ข้าง ขยับได้ในแนวราบ กำลังกล้ามเนื้อ เกรด 2 ผล CT brain พบ มี Epidural Hemorrhage at left parietal area with depress fracture skull วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อเพิ่มการกำซาบของเนื้อเยื่อสมอง และป้องกันการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง	1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว และประเมินอาการทางระบบประสาท ทุก 15 นาที เพื่อเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง 2. ช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ และปั๊ม self-Inflating bag with O₂ 10 lit/min เพื่อป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจ และเนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ 3. จัดทำให้นอนศีรษะสูง 30 องศา ศีรษะและคออยู่ในแนวเดียวกัน ไม่บิดหมุนซ้ายขวา ระวังคอพับ หรือแหงนมากเกินไป และการงอของสะโพกเกิน 90 องศา เพื่อส่งเสริมให้เลือดดำจากสมองไหลกลับหัวใจได้ดีขึ้น 4. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ได้แก่ รูม่านตาทั้ง 2 ข้างไม่เท่ากันต่างกันเกิน 1 mm ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง ชีพจรช้า ไม่สม่ำเสมอ ความดันโลหิตสูง pulse pressure กว้างมากกว่า 60 mmHg หายใจช้า หรือหยุดหายใจ 5. ดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ ก่อนดูดเสมหะให้ O₂ 100% อย่างน้อย 1 นาที โดยปั๊ม self-Inflating bag หรือให้ทางเครื่องช่วยหายใจ ใช้สายดูดเสมหะ ขนาดเบอร์ 14F แรงดันในการดูดเสมหะระหว่าง 100 – 120 mmHg โดยการดูดเสมหะแต่ละครั้งนานไม่เกิน 15 วินาที ห่างกันประมาณ 2 – 3 นาที จึงดูดเสมหะครั้งต่อไป 6. ปรีกษาแพทย์ศัลยกรรมประสาทตามแผนการรักษา 7. ดูแลให้ 20% Mannitol 100 ml ⑤ drip stat then q 6 hr เพื่อดึงน้ำจากเนื้อเยื่อสมองเข้าสู่ระบบไหลเวียนเลือดและเพิ่มปริมาตรเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง เฝ้าระวังผลข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน กระหายน้ำ ปวดศีรษะ หนาวสั่น มีไข้ หัวใจเต้นเร็ว เจ็บหน้าอก ความดันโลหิตสูง หรือความดันโลหิตต่ำ ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	8. ดูแลให้ Dilantin 1 gm + NSS 100 ml ∇ drip in 1 hr เพื่อป้องกันการเกิดอาการชัก 9. เจาะเลือดและติดตามผล DTX เพื่อเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดสูง โดยรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ระหว่าง 80 - 180 mg% เพื่อป้องกันการเผาผลาญกลูโคสแบบไม่ใช้ออกซิเจน ซึ่งทำให้เกิดกรดในเลือด และนำไปสู่การเกิดภาวะสมองบวม 10. ให้ Acetar 1,000 ml ∇ drip 2 เส้น ๆ ละ 80 ml/hr เพื่อรักษาสมดุลของสารน้ำในร่างกาย 11. ประเมินความปวด และดูแลให้ MO 2 mg ∇ prn 12. บันทึกปริมาณสารน้ำเข้า - ออกจากร่างกาย ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย
	ประเมินผลการพยาบาล รู้สึกตัวดีขึ้น GCS = 8T คะแนน (E₃V₇M₅) Pupil $\emptyset$ 3 mm RTL sluggish BE แขน ขา 2 ข้าง ยกขยับได้แต่ต้านแรงไม่ได้ กำลังกล้ามเนื้อ เกรด 3 BP = 122/82 mmHg, PR = 112 beat/min, RR = 16 beat/min (self-Inflating bag) ผล DTX = 147 mg% แพทย์ศัลยกรรมประสาทพิจารณาทำผ่าตัดเพื่อนำก้อนเลือดในสมองออก
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซและการขยายตัวของปอดลดลงเนื่องจากมีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด ข้อมูลสนับสนุน ผล CT chest พว right Pneumothorax ขณะหายใจการขยับตัวของทรวงอกด้านขวาตกลง ฟังปอดได้ยินเสียงหายใจข้างขวาเบากว่าข้างซ้าย วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้การขยายตัวของปอดเพิ่มขึ้น และเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอ	1. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพ O₂ sat ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการแสดงของเกิดของภาวะพร่องออกซิเจน 2. จัดทำอนทงายศีรษะสูง 30 องศา เพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดีขึ้น และหลีกเลี่ยงการจัดทำอนตะแคงขวา เพื่อป้องกันกระดูกซี่โครงที่หักทับปอดและเส้นเลือด 3. ปกป้องแพทย์ศัลยกรรมทั่วไป เตรียมผู้ป่วย และอุปกรณ์ และช่วยแพทย์ใส่ท่อระบายทรวงอก (ICD) 4. ดูแลให้มีการระบายเลือดออกจากช่องเยื่อหุ้มปอดอย่างมีประสิทธิภาพโดยตรวจดูการต่อระบบระบายทรวงอกให้ถูกต้อง ไม่มีรอยรั่ว สายท่อระบายไม่หัก พบงอสังเกตการกระเพื่อมขึ้นลงของระดับน้ำในหลอดแก้วและลมปุดในหลอดแก้ว ดูแลให้ขวดรองรับสารเหลวอยู่ต่ำกว่าระดับทรวงอกของผู้ป่วยประมาณ 2 - 3 ฟุตเสมอ บีบรูตสายเบาๆ เพื่อป้องกันการอุดตันในสาย ประเมินปริมาณลม ลักษณะสิ่งที่ระบายออกมา 5. ฟังเสียงการหายใจเข้าและออก ประเมินว่ามี decrease breath sound หรือเคาะทรวงอกด้านขวาได้เสียงโปร่งมากกว่าปกติ (Hyperresonance) หรือเสียง Crepitation 6. สังเกตการขยายของปอดทั้งสองข้าง เพื่อประเมินการมีลมเพิ่มขึ้น หรือมีเลือดในช่องเยื่อหุ้มปอดหรือไม่ 7. ติดตามผล CXR เพื่อประเมินปริมาณลมในช่องเยื่อหุ้มปอดและผลการดูแลรักษา ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีขึ้น GCS = 8T คะแนน (E₃V₇M₅) หายใจไม่เหนื่อย ฟังเสียงหายใจ ทรวงอกด้านขวา ไม่พบ decrease breath sound ทรวงอก 2 ข้างขยายตัวเท่ากัน BP = 122/82 mmHg, PR = 112 beat/min, RR = 16 beat/min (self-Inflating bag) O₂ sat = 100%
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนเนื่องจากกระดูกโอบหน้าหัก ข้อมูลสนับสนุน	1. ประเมินอาการบวมบริเวณใบหน้า 2. ประเมินลักษณะการหายใจอย่างใกล้ชิด เช่น กระสับกระส่าย หายใจลำบาก หายใจเสียงดัง เพื่อประเมินภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น 3. จัดทำอนตะแคงหน้า ศีรษะสูง 30 องศา เพื่อบรรเทาอาการบวมที่ใบหน้า ป้องกันลิ้น น้ำลาย เสมหะ อุดกั้นทางเดินหายใจ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. กระดูกใบหน้าหัก ทำให้เนื้อเยื่อบวม มีเลือดออก และกระดูกที่หักไปอุดกั้นทางเดินหายใจ	4. ดูแลช่วยแพทย์ใส่ ET Tube เพื่อป้องกันการการอุดกั้นทางเดินหายใจ
2. ใบหน้าบวม กดเจ็บ ฟันไม่สบกัน 3. CT Facial bone พบ multiple fracture facial bone with right mandible วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการ อุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน	5. ดูแลเสมหะจากท่อหลอดลมและในช่องปากเมื่อมีข้อบ่งชี้ 6. ติดตาม ประเมินระดับ O ₂ Sat และสัญญาณชีพ ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีอาการหายใจลำบาก กระสับกระส่าย หายใจเสียงดัง ใส่ ET Tube และปั๊ม self-Inflating bag with O ₂ 10 lit/min O ₂ sat = 100%
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บเนื้อเยื่อ เส้นเลือด เส้นประสาท เนื่องจากกระดูกหัก ข้อมูลสนับสนุน ผล x-ray พบมี left clavicle fracture วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการได้รับบาดเจ็บเนื้อเยื่อ เส้นเลือด เส้นประสาท บริเวณกระดูกไหปลาร้าข้างซ้าย	1. ดูแลใส่ M sling โดยปรับสายให้พอดี แขนตั้งฉากกับข้อศอก หรือข้อมียอยู่ระดับหัวใจ ระวังไม่ให้ข้อมือต่ำกว่าข้อศอก เพื่อให้บริเวณสะบักและไหล่ข้างขวาเคลื่อนไหวน้อยที่สุด การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงส่วนปลายและการไหลกลับของเลือดดำได้สะดวก 2. ประเมินการทำงานของระบบประสาทและการไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงแขน มือ และนิ้วมือซ้าย ตามหลัก 7 Ps ได้แก่ อาการปวด (Pain) ชีด (Pallor) บริเวณฐานเล็บ และ Capillary refill time โดยการกดที่เล็บ (ค่าปกติไม่เกิน 2 วินาที) ผิวหนังเย็น (Polar) โดยการสัมผัสอุณหภูมิของผิวหนัง อาการอ่อนแรง (Paralysis) โดยการให้เคลื่อนไหวและขยับนิ้วมือข้างซ้าย อาการชา (Paresthesia) โดยการสัมผัสบริเวณผิวหนังและการสอบถามผู้ป่วย ชีพจรส่วนปลาย (Pulselessness) โดยคลำชีพจรบริเวณข้อมอด้านใน (Radial artery) ข้อพับแขนด้านใน (Brachial artery) สังเกตอาการบวม ตึง (Puffiness) ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่ปวดไหล่ข้างซ้าย ผิวหนังบริเวณแขนซ้าย ไม่ซีด ไม่เย็น ขยับนิ้วมือ ไม่ชา คลำชีพจรบริเวณ Brachial artery, Radial artery ได้ แรงดี Capillary refill time 1.5 วินาที
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อบาดแผลเปิดเนื่องจากมีการปนเปื้อนเชื้อจากสิ่งแวดล้อมขณะเกิดอุบัติเหตุ ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีแผลฉีกขาดบริเวณศีรษะด้านซ้ายขนาด 7 x 1 cm ลึกถึง skull และแผลฉีกขาดที่คางขนาด 4 x 1 x 0.3 cm มีเลือดออกมาก และแผลถลอกบริเวณขาทั้ง 2 ข้าง วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการ ติดเชื้อบาดแผลฉีกขาดบริเวณศีรษะด้านซ้าย แผลฉีกขาดที่คาง และแผลถลอกบริเวณขาทั้ง 2 ข้าง	1. ทำความสะอาดบาดแผล เย็บแผลฉีกขาดบริเวณศีรษะด้านซ้าย แผลฉีกขาดที่คาง และแผลถลอกบริเวณขาทั้ง 2 ข้าง โดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ (Sterile technique) เพื่อป้องกันการติดเชื้อและส่งเสริมกระบวนการหายของแผล 2. ฉีด dT 0.5 ml (M) ตามแผนการรักษา 3. ฉีด Cefazolin 1 gm (V) เฝ้าระวังผลข้างเคียง ได้แก่ การแพ้ยา ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย 4. ส่งต่อข้อมูลลักษณะบาดแผลแก่ทีมพยาบาลในหอผู้ป่วย เพื่อเฝ้าระวังการติดเชื้อของบาดแผล ประเมินผลการพยาบาล จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในช่วง 3 วันแรก พบว่า แผลเย็บศีรษะด้านซ้ายและแผลฉีกขาดที่คาง และแผลฉีกขาดบริเวณขาทั้ง 2 ข้าง มีสารคัดหลั่งซึมสีเหลืองเล็กน้อย รอบแผลไม่บวม แดง ร้อน แผลถลอกแห้ง ไม่มีไข้ BT= 36.8 - 37.2°C
1.3 การส่งต่อและระหว่างส่งต่อ	
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อความไม่พร้อมในการผ่าตัดเนื่องจากได้รับการส่งทำผ่าตัดแบบฉุกเฉิน ข้อมูลสนับสนุน หลังทราบผล CT brain และผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกด้อยลง อาการทางระบบประสาททรุดลงแพทย์ศัลยกรรมประสาทพิจารณาให้ส่งผู้ป่วยทำผ่าตัด left wide	1. แจ้งแผนการรักษาของแพทย์ด้วยวิธีการทำผ่าตัดแก่ผู้ป่วยและญาติทราบ รวมทั้งประสานแพทย์ให้ข้อมูลความเสี่ยงของการผ่าตัด การพยากรณ์ของโรค เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา และเซ็นใบยินยอมรับการผ่าตัด 2. เตรียมความพร้อมด้านร่างกาย ได้แก่ ทำความสะอาดร่างกายทั่วไป โกนผม และทำความสะอาดผิวหนังบริเวณศีรษะ งดอาหารและน้ำ 3. เตรียมความพร้อมด้านจิตใจ ได้แก่ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบถึงวิธีการและขั้นตอนการผ่าตัด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
decompression craniectomy with remove colt แบบฉุกเฉิน วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยในการผ่าตัดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ	สภาพผู้ป่วยหลังการผ่าตัด เช่น การมีแผลผ่าตัดที่ศีรษะ การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ การคาสายสวนปัสสาวะ การใส่ท่อระบายจากแผลผ่าตัด การใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ รวมถึงการพักฟื้นตัวหลังผ่าตัดระยะแรกในหอผู้ป่วยหนัก 4. เตรียมความพร้อมผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตาม trauma guideline ผลการตรวจทางรังสีวิทยา และการตรวจพิเศษต่างๆ 4. เตรียมยาที่ต้องนำไปห้องผ่าตัดพร้อมผู้ป่วยตามคำสั่งแพทย์ ประเมินผลการพยาบาล หลังแจ้งแผนการรักษาผู้ป่วยและญาติแสดงการรับรู้และเข้าใจ ให้ความยินยอมรับการผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดตามแผนการรักษา และส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดตามเวลาที่กำหนด
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดอาการทรุดลงและการเลื่อน หลุด อุดตันของท่อและสายระบายต่างๆ ระหว่างการเคลื่อนย้ายไปห้องผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะและสมองและมีเลือดออกในสมองมีโอกาสเลือดออกในสมองเพิ่มมากขึ้น 2. ผู้ป่วยมีลมในช่องเยื่อหุ้มปอดได้รับการใส่ท่อระบายทรวงอกไว้ 3. ผู้ป่วยได้รับการใส่ ET Tube และปั๊ม self-Inflating bag with O ₂ 10 lit/min	1. ประเมินความพร้อมผู้ป่วยก่อนการเคลื่อนย้ายตามหลัก ABCD 2. ตรวจสอบการยึดตรึง (strap) ของท่อและสายระบายต่างๆ ให้มั่นคง 3. เตรียมบุคลากรในการนำส่ง คือ พยาบาลที่มีความรู้ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 1 คน 4. ตรวจสอบและเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์และเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็นในการเคลื่อนย้าย ได้แก่ อุปกรณ์ในการช่วยหายใจ Oxygen tank เครื่องติดตามสัญญาณชีพ เครื่องวัด O ₂ sat 5. ดูแลระหว่างการนำส่งผู้ป่วย ได้แก่ ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินระดับความรู้สึกตัว ขนาด และการมีปฏิกิริยาต่อแสงของรูม่านตา ทั้ง 2 ข้าง การเคลื่อนไหวของแขน ขา ทั้ง 2 ข้าง ทุก 15 นาที ประเมิน O ₂ sat อย่างต่อเนื่อง ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน จัดท่านอนหงาย ศีรษะสูง 30 องศา ปั๊ม self-Inflating bag with O ₂ 10 lit/min ดูแลให้ Acetar 1,000 ml ⑤ drip 2 เส้น ๆ ละ 80 ml/hr ตามแผนการรักษา ดูแลป้องกันท่อช่วยหายใจ ท่อระบายทรวงอกเลื่อนหลุด หรือหัก พับงอ
วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันผู้ป่วยเกิดอาการทรุดลงและการเลื่อนหลุด อุดตันของท่อและสายระบายต่างๆ	ประเมินผลการพยาบาล ระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงที่ทรุดลง GCS = 8T คะแนน (E ₃ V ₄ M ₅) Pupil ③ 3 mm RTL sluggish BE แขน ขา 2 ข้าง ยกขยับได้แต่ต้านแรงไม่ได้ กำลังกล้ามเนื้อเกรต 3 BP = 127/82 mmHg, PR = 92 beat/min, RR= 16 beat/min (self-Inflating bag) ท่อช่วยหายใจ ท่อระบายทรวงอกอยู่ตำแหน่งเดิม ไม่หัก พับงอ

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการประเมิน คัดกรองภาวะคุกคามชีวิต และได้รับการช่วยเหลือภาวะคุกคามชีวิต ได้แก่ ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ สูญเสียเลือดปริมาณมากจากบาดแผลที่ศีรษะและคาง อย่างรวดเร็ว ณ ที่เกิดเหตุ อีกทั้งขณะนำส่งโรงพยาบาลยังได้รับการประเมินเพิ่มเติม เพื่อค้นหาอวัยวะที่บาดเจ็บเพิ่มเติม จนพบว่าผู้ป่วยมีกระดูกโอบหน้าได้รับบาดเจ็บ ทำให้มีการเฝ้าระวังการเกิดภาวะ อุดกั้นทางเดินหายใจ ส่วนในห้อง

ฉุกเฉินผู้ป่วยได้รับการประเมิน คัดกรองภาวะคุกคามชีวิตซ้ำ และส่งตรวจวินิจฉัยตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ภายในเวลาที่กำหนดไว้ แต่ในการส่งตรวจ เพื่อวินิจฉัยในนอกหน่วยงาน มีการตรวจวินิจฉัยหลายชนิด เนื่องจากมีอวัยวะและหลายระบบที่แพทย์สงสัยว่าอาจเกิดการบาดเจ็บ จึงต้องใช้ระยะเวลา นานในขั้นตอนส่งตรวจวินิจฉัย ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมินติดตามอาการอย่างต่อเนื่องในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัย หลังการตรวจวินิจฉัยเสร็จ จึงพบว่า

ผู้ป่วยเกิดอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทในทางที่ทรุดลง ทั้งนี้เนื่องจากการมีเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก (Epidural Hemorrhage) ซึ่งเกิดจากการฉีกขาดของเส้นเลือดหลายเส้น ได้แก่ เส้นเลือดแดง และเส้นเลือดดำ middle meningeal เส้นเลือดดำ superior sagittal sinus และ diploic ทำให้มีก้อนเลือดขนาดใหญ่ขึ้นเรื่อยๆ ในเวลาอันรวดเร็ว อีกทั้งด้วยแรงดันในหลอดเลือดแดงและก้อนเลือดที่เกิดขึ้นจะสามารถเขาสันเลือดออกจากกะโหลกศีรษะ ส่งผลให้มีการฉีกขาดของเส้นเลือดที่ไปเลี้ยง

กะโหลกศีรษะจึงเพิ่มจุดเลือดออกมากขึ้น ยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการเลวลงอย่างรวดเร็วมากยิ่งขึ้น¹⁰ ซึ่งในเวลาต่อมาผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือจากแพทย์พยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญจากการมีเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก คือ ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง และได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดนำเอาก้อนเลือดออกอย่างทันท่วงที ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวและอาการทางระบบประสาทดีขึ้นตามลำดับ

เอกสารอ้างอิง

1. สุพัตรา อยู่สุข และคณะ. พัฒนารูปแบบการดูแลภาวะช็อกจากการเสียเลือดในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. วารสารการแพทย์ 2560; 42(6): 90 - 101.
2. NSW ITIM. Major trauma in NSW 2015. A report from the NSW trauma registry. [Internet]. 2016 [cited 2024 April 20]. Available from: https://aci.health.nsw.gov.au/_data/assets/pdf_file/0005/838598/ACI-ITIM-Annual-Report-2020-21.pdf
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2564. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 สืบค้นเมื่อ 30 เมษายน 2567]. เข้าถึงจาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1244420220310035829.pdf>
4. National Association of Emergency Medical Technicians. Prehospital trauma life support. 8th ed. Jones & Bartlett learning 2014.
5. Hasler RM., Nuesch E., Juni P., Bouamra O., Exadaktylos AK., and Lecky F. Systolic blood pressure below 110 mmHg is associated with increased mortality in blunt major trauma patients: multicenter cohort study. Resuscitation 2011; 82: 1202 - 27.
6. ศจี พานวัน, ปิยธิดา บวรสุธาสิน. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลช่องทางดำน้ำผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2565; 36(1): 32 - 49
7. Harjanti ETP., Nindra B., Nindra A. Internal Bleeding Management in Patient with Blunt Abdominal Trauma at Rural Hospital: A Case Report of 40-Year-Old Male with Spleen Rupture. Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences 2023; 11(C): 92 - 95.
8. เสาวรส จันทมาศ, กัญญา ปุกคำ, สุมาลี พลจรัส, และประณีต ส่งวัฒนา. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2565; 42(3): 25 - 39.
9. ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. รายงานผู้ป่วยรายโรคปี พ.ศ 2564, 2565, 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 30 เมษายน 2567]. เข้าถึงจาก: http://somdetdata.moph.go.th/data_sys/report/
10. กรองจิตต์ เล็กสมบุรณ์สุข. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอกและบาดเจ็บกระดูกใบหนาร่วมด้วย : กรณีศึกษา [อินเทอร์เน็ต]. 2564 สืบค้นเมื่อ 13 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงจาก: <https://yrh.moph.go.th/wp-content/uploads/2021/12/km-09122021.pdf>