

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองร่วมกับเลือดออกในเยื่อหุ้มปอด : กรณีศึกษา Nursing care for multiple trauma patients with acute subdural hemorrhage and hemothorax. : case study

(Received: February 5,2021 ; Accepted: March 10,2021)

ปัทมิตา เสนะคุณ, พย.บ.

Mrs. Pathitta senakun

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

บทคัดย่อ

การบาดเจ็บหลายระบบ เป็นการเกิดอุบัติเหตุที่มีผลกระทบต่อร่างกายหลายแห่งของผู้ป่วย หรือหลายระบบในเวลาเดียวกัน ซึ่งสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในเวลาอันรวดเร็ว เกิดจากการเสียเลือดอย่างรุนแรง อาจมีทางเดินหายใจอุดตัน หรือการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ สมองได้รับการบาดเจ็บรุนแรง

กรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทยอายุ 67 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช วันที่ 28 สิงหาคม 2563 เกิดอุบัติเหตุบนถนน ไม่ทราบเหตุการณ์ มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง เลือดออกในเยื่อหุ้มปอดด้านขวา และกระดูกไหปลาร้าข้างขวาหัก ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเอาก้อนเลือดในสมองออก (Craniotomy remove blood clot) ใส่สายระบายทรวงอก หลังผ่าตัดระดับความรู้สึกตัวลดลง ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ต่อเครื่องช่วยหายใจ ส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT Brain) พบมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองซ้ำ (Re - bleeding Acute Subdural Hemorrhage) แพทย์ผ่าตัดสมองรอบที่ 2 หลังผ่าตัดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น ได้ดูแลรักษาพยาบาลเฝ้าระวังการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ป้องกันภาวะเนื้อเยื่อปอดออกซิเจน เพิ่มประสิทธิภาพการหายใจ รวมทั้งการป้องกันการติดเชื้อที่ปอดสัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ ใส่ท่อช่วยหายใจนาน 5 วัน ถอดท่อหายใจออกได้เปลี่ยนให้ออกซิเจน High Flow Nasal Cannula (HFNC) 60 LPM ผู้ป่วยหายใจไม่เหนื่อยหอบ ผลภาพถ่ายรังสีทรวงอกปอดขยายตัวดีและไม่มีลมรั่ว หรือเลือดออก เอาสายระบายทรวงอกออกได้ ผีกกายภาพบำบัดหลังผ่าตัดสมอง และกายภาพทรวงอกป้องกันภาวะปอดแฟบ อาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ วางแผนร่วมกับญาติในการดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน ส่งตัวผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อให้ยาปฏิชีวนะครบตามแผนการรักษา จำหน่ายผู้ป่วยวันที่ 7 กันยายน 2563 รวมระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล 10 วัน

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการรักษาพยาบาลและต้องมีส่วนร่วมด้านการพยาบาลผู้ป่วยด้านศัลยกรรม ที่เข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรค การดำเนินของโรค ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ และจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันเวลาและสามารถกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม

คำสำคัญ : การพยาบาล, ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ, เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง, เลือดออกในเยื่อหุ้มปอด

Abstract

Multiple system injuries is an accident that affects many bodies of the patient or multiple systems at the same time. The cause of the patient's death in a short time resulted from massive blood loss, airway obstruction non-effective breathing, and severe brain injury.

A case study, Thai male patient, 67 year old, was admitted to King Narai Hospital on August 28, 2020. The patient had an accident on the road and had acute subdural hemorrhage and hemothorax and fracture clavicle. The patient was received the surgery (Craniotomy remove blood clot) and then the patient was intercostal chest drain. After the surgery, the level of consciousness decreased, therefore, the patient was received intubation and was checked the brain by computed tomography (CT Brain). It was found the re - bleeding acute subdural hemorrhage. The patient was surgery again. After the surgery, there were no additional complications. The patient was received the nursing care for monitoring the occurrence of increased intracranial pressure, preventing oxygen depletion, increasing breathing efficiency and prevention

of lung infections associated with ventilator. Totally of intubation is 5 days and then the breathing tube was removed and then change to receive the oxygen by High Flow Nasal Cannula (HFNC) 60 LPM. Chest radiography show enlarged well and there is no airflow or bleeding and then the chest drain was removed. The patient was trained physical therapy after brain surgery and physical chest to prevent lung flattening. The patient's symptoms improved accordingly. The patient train physical therapy after brain surgery and physical chest therapy for preventing lung flattening. The patient's symptoms improved accordingly. Nurse and relative of patient plan to continue care the patient at home. The patient was sent to nearby hospital for antibiotic treatment following the plan. The patient was discharged on September 7, 2020, total of 10 days of hospital admission.

Nurses play an important role in medical treatment and must have competency in surgical nursing and understand the pathology of the disease. Disease progression of complications should be a competent person in the assessment of multiple injuries. To be informed in decision-making to provide timely assistance to patients and to define accurate and comprehensive nursing diagnosis.

Key word : Nursing, multiple trauma patients, acute subdural hemorrhage, hemothorax

บทนำ

การบาดเจ็บหลายระบบเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในเวลาอันรวดเร็วจากระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต และระบบประสาททำงานล้มเหลวอย่างเฉียบพลันหรือจากการติดเชื้อ (นวลทิพย์ ธีระเดชากุล, นุชศรา พรหมชัย และ นงลักษณ์ พลแสน, 2561) สาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บเสียชีวิต คือการเสียเลือดอย่างรุนแรง มีทางเดินหายใจอุดตัน หรือการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ สมองได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรง เป้าหมายในการช่วยเหลือผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบคือการช่วยให้รอดชีวิต ซึ่งต้องทำโดยเร็วที่สุด (กาญจนา เขื่อนนันท, วรรณ โตสิงห์, และศิริอร สิ้นธุ, 2551) ด้วยการประเมินสภาพและให้การรักษาเบื้องต้นอย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ (วิจิตรา กุสมภ์ และคณะ, 2556)

ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชซึ่งจัดเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิระหว่างปี พ.ศ. 2560-2562 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบจำนวน 214 ราย 228 ราย และ 235 ราย ตามลำดับ ซึ่งจัดอยู่ 1 ใน 5 โรคที่พบได้บ่อยในหน่วยงานศัลยกรรม จำนวนวันที่เข้ารับการรักษาดูแลโดยเฉลี่ย 15 วัน ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลต่อรายเฉลี่ย 40,000 บาท และยังพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบแต่ละรายยังมีรอยโรคที่หลงเหลือต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูโดยเฉลี่ยประมาณ 5 เดือน (ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช หน่วยงานศัลยกรรม, 2562) จะเห็นได้ว่าบาดเจ็บหลายระบบทำให้เกิดผลกระทบ ผู้ป่วยทั้งด้านสุขภาพและค่าใช้จ่าย

ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ในการประเมินอาการผิดปกติตั้งแต่เริ่มแรก เพื่อนำมาแก้ไขปัญหาพร้อมกับ

บุคลากรในทีมพยาบาลได้อย่างทันทั่วทั้ง รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ รวมทั้งสามารถวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับอาการที่เปลี่ยนแปลง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิต (วิลล อิมอุไร, 2562)

การบาดเจ็บหลายระบบ Multiple injury หรือ critical trauma หมายถึง การบาดเจ็บที่รุนแรงที่เกิดขึ้นกับอวัยวะระบบเดียวหรือหลายระบบพร้อมๆ กัน การบาดเจ็บหลายระบบเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในเวลาอันรวดเร็ว จากระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบประสาททำงานล้มเหลวอย่างเฉียบพลันหรือเสียชีวิตจากการติดเชื้อ หรือระบบการทำงานของร่างกายทั้งหมดล้มเหลว การบาดเจ็บหลายระบบเกิดจากกลไกดังต่อไปนี้ (Newberry L, 2013)

ผลกระทบจากการบาดเจ็บหลายระบบ เมื่อร่างกายได้รับการบาดเจ็บจะส่งผลกระทบต่อเนื้อเยื่อหรือเซลล์ของร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บนั้นด้วย ซึ่งขึ้นกับกลไกของการบาดเจ็บของอวัยวะนั้น ผลกระทบจากการบาดเจ็บหลายระบบ แบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ ผลกระทบต่อร่างกายทั่วไป ผลกระทบต่ออวัยวะเฉพาะที่ ผลกระทบทางด้านจิตสังคม และผลกระทบด้านจิตวิญญาณ ผลกระทบต่อร่างกายทั่วไป ภาวะช็อกเกิดจากสาเหตุใดก็ตามที่ขัดขวางการไหลเวียนของเลือดทำให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงเซลล์หรืออวัยวะได้ ทำให้อวัยวะดังกล่าว ได้รับออกซิเจนไปเลี้ยงไม่เพียงพอจะมีผลทำให้เซลล์หรืออวัยวะนั้นหยุดการทำงานที่ภาวะช็อกที่เกิดจากการสูญเสียปริมาณ เลือด (hypovolemic shock) ในร่างกายเป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ ซึ่งเกิดจากการมีแผลเปิดจากการได้รับบาดเจ็บหรือการ

สูญเสียภายในร่างกายโดยไม่มีแผลเปิด ได้แก่การสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด หรืออวัยวะภายในถูกกระแทกแรงจากการบาดเจ็บที่ไม่มีบาดแผลภายนอก (สมพล ฤกษ์สมถวิล, 2556; American College of Surgeons: Committee on trauma, 2013)

เมื่อร่างกายได้รับบาดเจ็บจะเกิดการอักเสบจากเนื้อเยื่อถูกทำลาย และถ้าไม่ได้รับการจัดการที่ถูกต้องและครอบคลุม การอักเสบเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและรุนแรงมากขึ้นจนเกิดเป็นกลุ่มอาการอักเสบตามระบบต่างๆ ทั่วร่างกาย (systemic inflammatory response syndrome [SIRS]) โดยร่างกายพยายามปรับสมดุลให้มีการทำลายเซลล์ให้น้อยที่สุดเพื่อให้ร่างกายสามารถผ่านพ้นวิกฤตได้ และมีการซ่อมแซมทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น แต่ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ทันทั่วถึง และมีการติดเชื้อในร่างกายร่วมด้วย จะทำให้เกิดความล้มเหลวในการทำงานของแต่ละอวัยวะ และเกิดการทํางานล้มเหลวหลายระบบในที่สุด สำหรับอวัยวะที่ได้รับผลกระทบเป็นอวัยวะแรก คือ ปอดโดยมีอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจนอย่างรุนแรง (acute respiratory distress syndrome [ARDS]) (Krantz B E, 1999)

ความปวด (pain) เป็นอาการสำคัญที่พบในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ เกิดจากการได้รับบาดเจ็บและมีบาดแผลเกิดขึ้นจากเนื้อเยื่อถูกทำลาย พบได้บ่อยมากในทุกส่วนของร่างกาย และเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานอยู่กับ ความปวดพร้อมกับพยาธิสภาพของโรคที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ มีผลกระทบต่องีเพลกซ์ต่างๆ ของร่างกายอาจทำให้เกิดการขยายหลอดเลือดส่วนปลาย (peripheral vasodilation) เกิดอาการหน้ามืด เป็นลม หรือช็อกจนกระทั่งเกิดภาวะการไหลเวียนล้มเหลว (cardiac collapse) และเสียชีวิตได้ ร่างกายจะตอบสนองโดยมีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ เช่น ความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้น หายใจเร็วขึ้น หรือเหนื่อยหอบ อัตราการเต้นของหัวใจเหนือออก ตัวเย็น พฤติกรรมการเคลื่อนไหว สีหน้า ท่าทางหรือการส่งเสียง เป็นต้น ความปวดมีผลกระทบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (วิจิตรา กุสมภ์ และคณะ, 2556)

ผลกระทบต่ออวัยวะเฉพาะที่ ได้แก่ การบาดเจ็บที่ทรวงอก ในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ ส่วนมากจะมีการบาดเจ็บที่ทรวงอกร่วมด้วย การบาดเจ็บที่ทรวงอกนั้นจะมีผลกระทบต่อระบบการไหลเวียนโลหิตและการหายใจ การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นมี 2 ชนิดคือการบาดเจ็บที่ไม่มีแผลทะลุ (blunt หรือ non-penetrating chest injuries) เช่น การที่ทรวงอกถูกกระแทกอย่างแรงกับ

พวงมาลัยการตกจากที่สูงเป็นต้น และการบาดเจ็บที่มีแผลทะลุ (penetrating chest injuries) เช่น การถูกยิงหรือถูกแทงด้วยวัตถุมีคม ซึ่งทำให้เกิดการชอกช้ำ หรือมีบาดแผลต่ออวัยวะทั้งในทรวงอกและส่วนอื่นของร่างกายได้ ภาวะผิดปกติที่พบได้บ่อยใน ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ทรวงอก ได้แก่ การบาดเจ็บของซี่โครงและปอด ส่วนใหญ่เกิดจากแรงกระแทกหรือวัตถุไม่มีคม (blunt trauma) มักทำให้กระดูกซี่โครงหักหนึ่งหรือหลายซี่ได้ ซึ่งอาจทำให้มีการฉีกขาดของเนื้อปอดและเส้นเลือด ทำให้มีเลือดหรือทั้งเลือดและลมออกในช่อง เยื่อหุ้มปอด (hemothorax, pneumothorax or hemothorax) หรือเกิดการฉีกขาดของหลอดลม หรือหลอดอาหารได้หรือถ้าเกิดร่วมกับกระดูกหน้าอกหัก ผนังทรวงอกส่วนนั้นจะเคลื่อนไหวยุบ เข้าและโป่งออกเมื่อหายใจออกและถ้าเกิดกับซี่โครงส่วนล่างอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ตับ ไตหรือม้ามร่วมด้วย (F. Charles Brunicaudi. (2010)

การบาดเจ็บของช่องท้อง การบาดเจ็บบริเวณช่องท้องเกิดได้ทั้งจากการบาดเจ็บจากแรงกระแทกหรือวัตถุไม่มีคม (blunt trauma) มักเกิดจากอุบัติเหตุทางรถยนต์หรือตกจากที่สูง ซึ่งมีผลทำให้หน้าท้องถูกกระแทก และเกิดจากการบาดเจ็บที่ถูกการแทงทะลุ (penetrating trauma) มักเกิดจากการที่มีแผลทะลุเข้าช่อง ท้อง เช่น ถูกยิงถูกแทง สำหรับอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บในช่องท้องที่พบบ่อย ได้แก่ ม้าม ตับ ตับอ่อน และการบาดเจ็บของอวัยวะเหล่านี้ อาจจะทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่พบในผู้ป่วยที่รู้สึกตัว อาจบ่นปวดท้องและร้าวไป สะบักหรือไหล่ทั้งนี้ขึ้นกับตำแหน่งของอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ ในรายที่เสียเลือดมาก อาจเกิดภาวะช็อกได้จากการมีเลือดออกในช่องท้อง (Nasim Ahmed, Jerome JV., 2011)

การบาดเจ็บที่ศีรษะและไขสันหลัง การบาดเจ็บหลายระบบอาจมีผลต่อการบาดเจ็บของศีรษะและไขสันหลังร่วมด้วย สาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดได้จากหลายประการ เช่น ตกจากที่สูง หกล้มศีรษะกระแทกพื้น ถูกทำร้ายร่างกายและที่พบบ่อยที่สุด คือ จากอุบัติเหตุยานพาหนะ สมอ่งที่ได้รับบาดเจ็บมักเป็นสาเหตุของการตายที่พบบ่อยที่สุด ปัญหาที่ทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตในผู้ป่วยได้แก่ ภาวะหายใจลำบาก (respiratory distress) ภาวะช็อกจากการเสียเลือด (hypovolumic shock) และภาวะสมองได้รับบาดเจ็บรุนแรง (severe head injury) ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตที่มักเกิดขึ้นร่วมกันเมื่อมีการบาดเจ็บหลายระบบ (สวิง บัจฉัยสิทธิ์. นครชัย เผื่อนปฐมและกุลพัฒน์ วิจารณ์, 2556)

การบาดเจ็บของกระดูกและข้อ การบาดเจ็บของกระดูกและข้อเป็นการบาดเจ็บที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ มักเกิดร่วมกับอันตรายต่อเนื่องเยื่อไคลเคียง ผู้ป่วยจะมีการเจ็บปวดบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บ แบบทันทีทันใดกดเจ็บ บวม และสีผิวบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บมีการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้ขึ้นกับความรุนแรงของอุบัติเหตุที่ได้รับ อาจมีเสียงที่เกิดจากปลายกระดูกเสียดสีกัน (crepitus) ขณะเคลื่อนไหวของอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ หรืออาจมีการแตกหักของกระดูกเกิดขึ้น ซึ่งไม่เพียงแต่กระดูกเท่านั้นที่ได้รับอันตรายเนื้อเยื่อโดยรอบของกระดูกเส้นเลือด หลอดน้ำเหลือง เส้นประสาท เส้นเอ็น ก็ได้รับอันตรายด้วย การบาดเจ็บของกระดูกและข้อที่ต้องคำนึงถึง คือ การหักของกระดูกเชิงกรานและ กระดูกต้นขา อาจมีอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ จากการเสียเลือดหรือจากการบาดเจ็บของอวัยวะภายใน และอาจทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บสูญเสียหน้าที่อย่างถาวร จากเส้นเลือดเส้นประสาทที่อยู่ส่วนปลายถูกกด (วิรุฬห์ เหล่าภัทรเกษม, 2559)

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองร่วมกับเลือดออกในเยื่อหุ้มปอด

ผลการศึกษา

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 67 ปี สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ ไม่มีประวัติโรคประจำตัว เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช วันที่ 28 สิงหาคม 2563 ด้วยอาการสำคัญ ชีพ หายใจเหนื่อย มีแผลฉีกขาดที่ขมับซ้าย ข้อมือขวา 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล จากอุบัติเหตุบนถนน ไม่ทราบเหตุการณ์ มูลนิธินำส่งโรงพยาบาล

การวินิจฉัยของแพทย์ Moderate head injury with Rt lung pneumothorax. with Fx rib 4-5th with Fx Rt clavicle

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ White blood count 11,310 cell/mm³, Neutrophil 87%, Lymphocyte 4.2%, Monocyte 8.7%, Hematocrit 27.2%, Platelet count 166,000 cell/mm³ Electrolyte ผล Na 148 mmol/L, K 3.2 mmol/L, Cl 112 mmol/L, CO₂ 15 mmol/L BUN 15 mg/dl, Creatinine 0.60 mg/dl.

การตรวจอัลตราซาวด์ (FAST) ผล negative

การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT brain) ผล Acute subdural haemorrhage left frontoparietal region thickness 2 cms. midline shift to the right 0.5 mm

การตรวจเอกซเรย์ช่องอก (Film chest) ผล Fx rib 4-5th Rt lung pneumothorax. Fx Rt clavicle

สรุปการดูแลรักษาพยาบาล
รับใหม่จากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน แรกได้รับรู้สึกตัวทำตามคำสั่งได้ GCS E₃V₄M₅ pupil Ø 2 mm RTL BE วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 174/78 มิลลิเมตรปรอท ศีรษะด้านซ้ายบวมโนมีแผลฉีกขาดขนาด 0.5 x 5 x 0.7 เซนติเมตร เย็บแผลจากห้องฉุกเฉิน แผลซึมเล็กน้อย On ICD ข้างขวา No.28 depth 15 ต่อแบบ 2 ขวด ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9%NSS 1000 ml iv drip 100 ml/hr. แพทย์พิจารณาการรักษาด้วยการผ่าตัด Craniotomy & clot removal (E) ผู้ป่วยมีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง จัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศา ให้ออกซิเจนทาง Mask with bag 10 LPM แก้ไขภาวะช็อคก่อนผ่าตัด โดยให้เลือดชนิด PRC 2 units ระหว่างให้เลือดไม่พบความผิดปกติ เฝ้าระวังภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน Monitor O₂ saturation 97-99% ศัลยแพทย์ตรวจดู film chest พบกระดูกไหปลาร้าข้างขวาหัก ใส่ Arm sling พุงผูกแน่นไว้ ส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดสูญเสียเลือด 450 ml ระดับความรู้สึกตัวลดลงจาก 13 คะแนนเป็น 8 คะแนน (E₂M₄V₂) pupil Ø 2 mm RTL BE ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ต่อเครื่องช่วยหายใจ Bird's respirator FiO₂ 0.4

หลังผ่าตัดสมอง 6 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีอาการซึมลง จาก 8 คะแนนเป็น 6 คะแนน (E₁M₄V₁) pupil Ø 2 mm sluggish BE สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 170/94 มิลลิเมตรปรอท รายงานแพทย์ศัลยกรรมระบบประสาทส่ง CT Brain พบภาวะแทรกซ้อนมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองซ้ำ ขนาด 2.7 เซนติเมตร (Re-bleeding Acute Subdural Hemorrhage) แพทย์จึงทำผ่าตัด Craniotomy with remove clot รอบที่ 2 หลังการผ่าตัดยังมีภาวะช็อค และเกล็ดเลือดต่ำเฉียบพลันจากการบาดเจ็บ ได้รับ PRC รวม 4 units และ Platelet concentrate 10 units เพิ่มจาก 98,000 cell/mm³ เป็น 160,000/mm³ ผล Hematocrit เพิ่มจาก 26% เป็น 33% หลังใส่สายระบายทรวงอก มีเลือดออกเพิ่มรวม 160 ml ผู้ป่วยแน่นหน้าอกน้อยลง ไม่มีภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ประเมิน O₂ saturation 98-100% อัตราการหายใจ 22-24 ครั้ง/นาที

หลังผ่าตัด 2 วัน ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง GCS 11 คะแนน ($E_4M_6V_1$) pupil $\varnothing$ 2 mm RTL BE แขน ขา ข้างขวาอ่อนแรง motor power grade 3 สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อัตราการหายใจ 18-22 ครั้ง/นาที ชีพจร 70-86 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/60-130/80 มิลลิเมตรปรอท O_2 saturation 99-100% สายระบายเลือดที่ศีรษะมีเลือดออก 200 ml ดูแลป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ ให้การพยาบาลลดไข้ ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ได้แก่ Tazocin 4.5 gm iv ทุก 6 hr เริ่มให้อาหารทางสายยาง รับประทานมื้อดูแลสายระบายทรวงอก ผู้ป่วยสามารถถอดสายระบายได้ภายใน 4 วัน หลังถอดสายผู้ป่วยไม่มีเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที O_2 saturation 100% ส่ง film chest ทรวงอกขยายตัวดี ไม่มีลม เลือดออกเพิ่ม

หลังผ่าตัด 5 วัน รู้สึกตัวดี GCS $E_4V_6M_6$ pupil $\varnothing$ 2 mm RTL BE สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 134/78 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ O_2 saturation 99-100% หย่าเครื่องช่วยหายใจ ถอดท่อหายใจออกได้เปลี่ยนให้ออกซิเจน High Flow Nasal Cannula (HFNC) 60 LPM หลัง On HFNC ผู้ป่วยหายใจไม่เหนื่อยหอบ O_2 saturation 99-100% แผลผ่าตัดที่ศีรษะแห้งดี ไม่พบการติดเชื้อ จึงนำสายระบายเลือดออกปรึกษานักกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพแขน ขา ที่อ่อนแรง และฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

หลังผ่าตัด 7 วัน อาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับวางแผนร่วมกับญาติในการดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน ส่งตัวผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อให้ยาปฏิชีวนะครบตามแผนการรักษา จำหน่ายผู้ป่วยวันที่ 7 กันยายน 2563 รวมระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล 10 วัน สภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่าย รู้สึกตัวดี แผลตัดใหม่ที่ศีรษะและแผลใส่ท่อระบายทรวงอกแห้งดี ผลการติดตามหลังออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน ผู้ป่วยกลับมาตรวจที่ OPD ยังมีอาการปวดศีรษะบางครั้ง ไม่มีอ่อนแรงและคลื่นไส้อาเจียน เดินได้ปกติผล CT Brain ไม่มีเลือดออกเพิ่ม แพทย์นัดพบเพื่อตรวจหลังการรักษาอีก 3 เดือน

สรุปและอภิปรายผล

กรณีผู้ป่วยรายนี้ได้รับการผ่าตัด Craniotomy remove blood clot ถือว่าเป็นผู้ป่วยวิกฤตและมีโอกาสเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และมีอาการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ร่วมกับผู้ป่วยมีอาการบาดเจ็บออกจึงทำให้เกิดความยุ่งยากมากขึ้นในการดูแลรักษาพยาบาล นอกจากหลังผ่าตัดดูแลป้องกันการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง โดยดูแลให้มีเลือดไป

เลี้ยงสมองให้เพียงพอ ไม่ให้มีการเพิ่มขึ้นของความดันในกะโหลกศีรษะ สังเกตการเปลี่ยนแปลงของ neurological signs สังเกตภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงแล้ว การส่งเสริมการหายใจให้มีประสิทธิภาพในขณะที่ช่องอกได้รับการบาดเจ็บก็เป็นสิ่งสำคัญที่จะส่งผลต่อการฟื้นตัวของเนื้อเยื่อสมองที่ได้รับบาดเจ็บ พยาบาลต้องตรวจสอบการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ ตั้ง mode เครื่องช่วยหายใจให้เหมาะสมไม่ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้แรงในการหายใจมากหลังผ่าตัด เมื่อผ่านการประเมินความสามารถหย่าเครื่องหายใจได้ ต้องดูแลสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน

ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของผู้ป่วยรายนี้เกิดจากมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองซ้ำ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการผ่าตัดครั้งที่ 2 แต่ด้วยความใส่ใจดูแลของพยาบาลอย่างใกล้ชิด ทำให้ประเมินผู้ป่วยได้รวดเร็ว ทันที และวินิจฉัยรักษาเข้าห้องผ่าตัดอย่างปลอดภัย ไม่เกิดภาวะเลือดออกซ้ำอีก เมื่อพบทวนกระบวนการรักษาพยาบาล มีการประสานงานกันต่อเนื่องนับตั้งแต่ผู้ป่วยส่งตัวมาจากห้องฉุกเฉิน มีการเตรียมความพร้อมก่อนรับผู้ป่วย พยาบาลสามารถประเมินผู้ป่วยและรับได้อย่างรวดเร็วทุกระบบ รายงานแพทย์และได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ส่งผลให้ผู้ป่วยรายนี้ปลอดภัย

เมื่อผ่านพ้นระยะวิกฤต ผู้ป่วยได้รับการบำบัดด้านความเจ็บปวด การฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ แต่ด้วยพยาบาลมีการวางแผนการฟื้นฟูไว้ตั้งแต่ภายหลังการผ่าตัดได้บรรเทาอาการปวดรุนแรงในระยะ 24 ชั่วโมงแรก ร่วมกับการประเมิน pain score เป็นระยะ มีการควบคุมระดับความเจ็บปวดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยร่วมกับวิสัญญีแพทย์ จึงทำให้ผู้ป่วยรายนี้ฟื้นตัวได้เร็ว นอกจากนี้การฟื้นฟูสภาพปอดเริ่มการฟื้นฟูตามสภาพผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ และจนสามารถฟื้นฟูได้เต็มที่เมื่อผ่านวิกฤตให้การพยาบาลในระหว่างใส่สายระบายทรวงอกตามมาตรฐานทำให้ถอดสายระบายทรวงอกได้ภายใน 4 วัน

การวางแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในผู้ป่วยรายนี้นับว่ามีความสำคัญเช่นเดียวกัน เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุและยังคงมีภาวะกลไกการแข็งตัวของเลือดผิดปกติจากการบาดเจ็บรุนแรง ผู้ป่วยยังมีโอกาสเกิดเลือดคั่งในสมองได้ภายในเวลา 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด จึงได้ให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะมากขึ้น คลื่นไส้อาเจียนพุ่ง หรือผู้ป่วยซึมลงจนหมดสติ เมื่อมีอาการเหล่านี้ให้รีบนำผู้ป่วยกลับมาโรงพยาบาลทันที อธิบายการป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุซ้ำ ประสานงานกับเวชกรรมสังคมติดตามเยี่ยมบ้าน และส่งต่อชุมชนเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

บทสรุป

การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ทีมต้องมีสมรรถนะ การสื่อสาร ประสานความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ ณ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ห้องผ่าตัดและหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้อัตราการตายของผู้ป่วยลดลง นอกจากนี้การพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยบาดเจ็บหลาย

ระบบเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่ายต้องมีส่วนร่วมพัฒนา ควรมีผู้ประสานความร่วมมือ มีพี่เลี้ยงให้คำปรึกษา แนะนำทิศทางการปฏิบัติงานของทีมควบคู่กับการพัฒนาสมรรถนะของทีมทั้งในโรงพยาบาลและ เครือข่าย รวมทั้งพัฒนาระบบสารสนเทศและส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- กาญจนา เซ็นนันท์, อรพรรณ โตสิงห์, และศิริอร สีนธ.(2551). การช่วยชีวิตของผู้บาดเจ็บในระยะเร่งด่วนฉุกเฉิน: การวิเคราะห์วรรณกรรม.วารสารสภาการพยาบาล. 23 (3): 26-39
- นวลทิพย์ อีระเดชากุล, นุชศรา พรหมชัย และ นางลักขณ์ พลแสน.(2561). ประสิทธิภาพการพัฒนาการดูแล ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บหลายระบบด้วย Multiple Injury Nursing Management Guideline. ว. การแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 33: 165-77
- วิจิตรา กุสุมภ์ และคณะ.(2556). การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต แบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพาณิชย์.
- วิมล อิมอุไร.(2562). การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบวารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล. 4(1): 54-68
- วิรุฬ เหล่าภักทรเกษม.(2559). ตำราออร์โธปิดิกส์ 1. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภรณ์ออฟเซ็ท.
- ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช หน่วยงานศัลยกรรม.(2562). รายงานประจำปี 2562. ลพบุรี :โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช.
- สมพล ฤกษ์สมถวิล.(2556). Pediatric Trauma. ใน : เลิศพงศ์ สมจิตร, สุภาพร โอภาสานนท์, บรรณาธิการ. Update in Trauma Practice. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.
- สรวง ปัจจัยสีห์. นครชัย เฝื่อนปทุม และกุลพัฒน์ วีรสาร.(2556). แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ. กรุงเทพฯ ฯ : บริษัทธนาเพรส จำกัด.
- American College of Surgeons: Committee on trauma. (2013). Advanced trauma life support program for doctors. 9thed. Chicago: American College of Surgeons.
- F. Charles Brunicaudi.(2010). Schwartz's Principles of Surgery, Ninth Edition. New York: McGraw-Hill.
- Krantz, B. E.(1999). The international ATLS program. Trauma Quarterly. 3 (14): 323-328.
- Nasim Ahmed, Jerome JV. (2011). Management of liver trauma in adults: J Emergency Trauma Shock. Jan-Mar. 4(1): 114-119.
- Newberry, L.(2013). Emergency nursing principle and practice. Philadelphia: Mosby.