

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง ร่วมกับเลือดออกในเยื่อหุ้มปอด:กรณีศึกษา

กานต์พิชชา พุทธปัญญา* พย.บ.

บทคัดย่อ

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองร่วมกับเลือดออกในเยื่อหุ้มปอด (Multiple trauma with acute subdural hemorrhage and hemothorax) เป็นภาวะวิกฤตฉุกเฉินในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีความซับซ้อนในการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างทันเวลาและถูกต้องหากล่าช้าจะทำให้เสียชีวิตหรือเกิดความพิการ

กรณีศึกษาเพศชาย อายุ 56 ปี ทีมกู้ชีพขั้นสูง (Advance life support ;ALS) ออกรับผู้ป่วยประสบเหตุอุบัติเหตุขั้วรถจักรยานยนต์ชนท้ายรถปิคอัพที่จอดอยู่ อาการแรกเริ่ม ซึมไม่รู้สีกตัว คลำชีพจรได้เบาเร็ว ผิวหนังเย็นชื้น ศีรษะด้านหลังบวมโนไม่มีบาดแผล มีบาดแผลเปิดที่มือซ้ายนิ้วที่ 3 ร่วมกับมีเลือดออกปริมาณมาก ผงังหน้าท้องมีการแข็งเกร็ง coma score :E1V1M2 pupil 3mm.RLT BE สัญญาณชีพแรกเริ่ม ความดันโลหิต 70/50 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 120 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที O₂-saturation 93 % DTX=112mg % ให้การช่วยชีวิตเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุบนถนนสุวรรณศรสายหลักภายนอกโรงพยาบาล ก่อนส่งตัวไปรักษาต่อโรงพยาบาลนครนายก แพทย์วินิจฉัยบาดเจ็บหลายระบบมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองร่วมกับเลือดออกในเยื่อหุ้มปอด (Multiple trauma with acute subdural hemorrhage and hemothorax) ผู้ป่วย On ET-Tube ส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT Brain) พบมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง (Acute Subdural Hemorrhage) และได้รับการผ่าตัดเอาก้อนเลือดในสมองออก (Craniotomy remove blood clot) และใส่สายระบายทรวงอก หลังผ่าตัดไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น ได้ดูแลให้การพยาบาลเฝ้าระวังการเกิดภาวะความดันในกระโหลกศีรษะสูง ป้องกันภาวะเนื้อเยื่อปอดออกซิเจน เพิ่มประสิทธิภาพการหายใจ รวมทั้งการป้องกันการติดเชื้อที่ปอด ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจนาน 5 วัน ถอดท่อหายใจออกได้เปลี่ยนให้ออกซิเจน High Flow Nasal Cannula (HFNC) 60 LPM ผู้ป่วยหายใจไม่เหนื่อยหอบเปลี่ยนเป็น Oxygen canular 5 LPM ผลภาพถ่ายรังสีทรวงอกปอดขยายตัวดี และไม่มีลมรั่วหรือเลือดออกนำสายระบายทรวงอกออกได้ ฝีกกายภาพบำบัดหลังผ่าตัดสมองและกายภาพทรวงอก ป้องกันภาวะปอดแฟบ อาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ ได้ประเมินสภาพปัญหาวางแผนดูแลต่อเนื่องและให้คำแนะนำ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ การรักษาที่โรงพยาบาลนครนายกเป็นไปตามแผน ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลนครนายกรวม 10 วัน ส่งตัวผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลปากพลีเพื่อให้ยาปฏิชีวนะครบตามแผนและฟื้นฟูสภาพ ได้วางแผนร่วมกับญาติในการดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้านเป็นระยะเวลา 4 วันจึงจำหน่ายการรักษาพยาบาล

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินผู้ป่วยแรกรับและดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤติ ระยะส่งต่อ ติดตามดูแล ต่อเนื่องและฟื้นฟูสภาพโดยผู้ป่วยรายกรณีนี้มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิต สามารถฟื้นฟูร่างกายกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในสังคมต่อไป

คำสำคัญ: ทีมกู้ชีพขั้นสูง (Advance life support ; ALS) ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม, ผู้บาดเจ็บหลายระบบ, เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองและเยื่อหุ้มปอด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลปากพลี จังหวัดนครนายกEmail: wannaward@gmail.com

Nursing care of multiple system injured patients with subarachnoid hemorrhage and hemothorax:case study

Kanpitcha Puttapanya* B.N

Abstract

Nursing care of multisystem trauma patients with subarachnoid hemorrhage combined with pleural hemorrhage (Multiple trauma with acute subdural hemorrhage and hemothorax) is an emergency crisis in accident patients that is complicated to diagnose and treat. The injured person must receive help in a timely and correct manner. If delayed, it will result in death or have a disability.

Case study of a 56-year-old male. The Advanced Life Support (ALS) team came out to receive a patient who had been in an accident while driving a motorcycle and crashed into the back of a parked pickup truck. The first symptom was drowsy and unconscious. The pulse can be felt quickly and gently, cool moist skin. The head was swollen, there were no injuries. There was an open wound on the 3rd finger of the left hand along with a large amount of bleeding. The abdominal wall was stiff. Coma score: E1V1M2, pupil 3mm. RLT BE. First vital signs were blood pressure 70/50mmHg, pulse 120 times per minute, respiratory rate 18 times per minute, O₂-saturation 93%, DTX=112 mg%. Providing basic life support at the scene of the accident on the main Suwan na son Road outside the hospital before being sent for treatment to Nakhon Nayok Hospital. Doctors diagnosed multiple injuries with subarachnoid hemorrhage and pleural effusion (Multiple injury with acute subdural hemorrhage and hemothorax). The patient was intubated with an ET-tube. A computerized tomography scan of the brain (CT Brain) was performed. Hemorrhage was found under the meninges (Acute Subdural Hemorrhage) and had surgery to remove the blood clot in the brain (Craniotomy remove blood clot) and insert a chest drain after surgery. Increased complications. Received medical care to monitor the occurrence of high intracranial pressure. Prevents tissue oxygen depletion. Increase breathing efficiency including prevention of lung infections. The patient was intubated for 5 days. The breathing tube was removed and changed to High Flow Nasal Cannula (HFNC) 60 LPM oxygen. The patient was not short of breath and changed to Oxygen canular 5 LPM. As a result of the chest radiograph, the lungs were well expanded and there was no air leakage or bleeding. The chest drain was able to be removed. Practice physical therapy after brain surgery and chest physical therapy to prevent lung collapse. The patient's

condition gradually improved. Assess the problem plan ongoing care and give advice so that patients can take care of themselves. Treatment at Nakhon Nayok Hospital went according to plan Total length of stay in Nakhon Nayok Hospital is 10 days The patient was sent back for further treatment at Pak Phli Hospital to complete the antibiotics as planned and recover. Planned with relatives to continue caring for the patient at home for 4 days therefore selling medical treatment

Nurses play an important role in evaluating the first admitted patient and caring for the critical patient the transfer period continuous monitoring and rehabilitation of the patient This case has an application of Orem's nursing theory Make the patient survive Able to rehabilitate the body and return to living in society.

Keywords : Advanced life support (ALS), Orem's theory of self-care, multi-system injuries, subarachnoid and pleural effusions.

*Expert professional nurse Pak Phli Hospital Nakhon Nayok Province Email :wannaward@gmail.com

บทนำ

การบาดเจ็บหลายระบบเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในเวลาอันรวดเร็วจากระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต และระบบประสาททำงานล้มเหลวอย่างเฉียบพลันหรือจากการติดเชื้อ (นวลทิพย์ อีระเดชากุล, นุชศรา พรหมชัย และ นงลักษณ์ พลแสน, 2561) สาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ได้รับบาดเจ็บเสียชีวิต คือการเสียเลือดอย่างรุนแรงมีทางเดินหายใจอุดตันหรือการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ สมองได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรง ผลกระทบจากการบาดเจ็บหลายระบบเมื่อร่างกายได้รับการบาดเจ็บจะส่งผลกระทบต่อเนื้อเยื่อหรือเซลล์ของร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บด้วย ซึ่งขึ้นกับกลไกของการบาดเจ็บของอวัยวะนั้น

ผลกระทบจากการบาดเจ็บหลายระบบแบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือผลกระทบต่อร่างกายทั่วไป ผลกระทบต่ออวัยวะเฉพาะที่ ผลกระทบทางด้านจิตสังคม และผลกระทบด้านจิตวิญญาณ

จากสถานการณ์การบาดเจ็บจากการจราจรทางถนนปี พ.ศ.2565 โดยองค์การอนามัยโรคพบว่าในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตบนท้องถนนประมาณ 1.3 ล้านคนจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนและมากกว่าครึ่งหนึ่งของการเสียชีวิตทั้งหมดอยู่ในกลุ่มผู้ใช้ถนนได้แก่คนเดินถนนนักปั่นจักรยานและผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ นอกจากนี้การบาดเจ็บจากการจราจรทางถนนเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของเด็กและเยาวชนอายุ 5-29 ปี (WHO,2565) สำหรับสถานการณ์ของจังหวัดนครนายกพบผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุการจราจรในปี 2563-2565 จำนวน 47.9 ต่อแสนประชากร 40.5 ต่อแสนประชากร และ 30.1 ต่อแสนประชากรตามลำดับ สถิติผู้ป่วยของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลปากพลีให้การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุบนถนนในปี 2563 จำนวน 295 รายบาดเจ็บรุนแรง 13 ราย ปี 2564 จำนวน 274 รายบาดเจ็บรุนแรง 7 รายและปี 2565 จำนวน 164 บาดเจ็บรุนแรง 5 ราย ตามลำดับ (รายงานสถิติการแพทย์ฉุกเฉิน)

กลไกการได้รับบาดเจ็บหลายระบบที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองร่วมกับเลือดออกในเยื่อหุ้มปอด

(Multiple trauma with acute subdural hemorrhage and hemothorax)

การบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury:TBI) จัดเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขสาเหตุหนึ่งที่น่าไปสู่ภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตที่สำคัญของผู้ป่วย การที่สมองหยุดชะงักการทำงานอาจเกิดจากการกระแทกที่ศีรษะโดยตรง หรือศีรษะกระแทกกับวัตถุอย่างกะทันหันและรุนแรง ความรุนแรง ขึ้นอยู่กับแรงที่มากกระทำและตำแหน่งของสมองที่ได้รับความเสียหาย (Agarwal, Thakkar and Than, 2020)

ประเภทและตำแหน่งของการบาดเจ็บที่สมอง (Ellenbogen, Abdulrau, Sekhar, 2012)

ภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง (Subdural hematoma) หมายถึงก้อนเลือดที่สะสมอยู่ระหว่างเยื่อหุ้มสมองชั้น dura กับเนื้อสมองซึ่งพบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะการรักษาภาวะนี้ทำโดยผ่าตัดเอาก้อนเลือดที่กดทับเนื้อสมองออกมีรายงานพบอัตราการตายจากการผ่าตัดได้ถึงร้อยละ 40-60 ผู้ป่วยที่มีอาการทางสมองรุนแรงจากภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองเช่น Glasgow Coma Score ประมาณ 3 มักมีโอกาเสียชีวิตได้มากถึงร้อยละ 90 การมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองในผู้ป่วยที่มีอายุ >50 ปีก็พบมีโอกาเสียชีวิตมากกว่าในผู้ป่วยที่มีอายุ 10-30 ปี

สาเหตุของภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดคือการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะซึ่งมักสัมพันธ์กับอุบัติเหตุทางรถยนต์การตกจากที่สูงและการถูกทำร้ายร่างกายปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของภาวะนี้ได้แก่สมองขาดเลือดตีตราและมีประวัติได้รับบาดเจ็บหลายครั้งผู้สูงอายุเพศชายประวัติมีการใช้ยาละลายลิ่มเลือดทำให้ระดับอัตราระยะเวลาการแข็งตัวของเลือดบางส่วน (partial thromboplastin time :PTT ratio) >2 หรืออัตราระยะเวลาการแข็งตัวของเลือดปกติ (international normalized ration : INR) >4 โรคเลือดออกผิดปกติชนิด hemophilia เป็นต้น

พยาธิสภาพของภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง (Subdural hematoma) โดยมากมักเกิดจากการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะจนเกิดการฉีกขาดของหลอดเลือดดำ (bridging vein) ซึ่งรับเลือดจากผิวของเนื้อสมองแล้วทอดไปยังแองเจอหลอดเลือดดำ dural sinuses ที่อยู่ใต้เยื่อหุ้มสมอง dura เมื่อ bridging vein ฉีกขาดก็จะทำให้มีเลือดออกสะสมอยู่ใต้เยื่อหุ้มสมองชั้น dura อันทำให้พบก้อนเลือดใต้เยื่อหุ้มสมองได้บ่อยในบริเวณสมองส่วน frontotemporal region อย่างไรก็ตามมีโอกาสที่จะเกิดก้อนเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองจากการฉีกขาดของหลอดเลือดแดงได้ร้อยละ 20-30 โดยบริเวณที่เลือดแดงไหลออกมาสะสมเป็นก้อนเลือดมักเป็นบริเวณใต้เยื่อหุ้มสมองแฉกกลีบสมองส่วน temporoparietal

ชนิดของภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง แบ่งได้ 3 ชนิด โดยแบ่งตามเวลาของการเกิดอาการและอาการแสดง

1. ระยะเวลาเฉียบพลัน (acute subdural hematoma) ผู้ป่วยมักมีอาการหลังเกิดอุบัติเหตุ 24 ชั่วโมงโดยมากผู้ป่วยจะมาพบแพทย์ด้วยอาการหมดสติหรือมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวอย่างชั่วคราวที่เรียกว่า lucid interval ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 50-70 ส่วนอาการอื่นๆที่อาจพบได้อีกก็อาจเป็นอาการปากเบี้ยวแขนขาอ่อนแรงรูม่านตาผิดปกติ หรืออาการของเนื้อสมองบวมเหล่านี้เป็นต้น
2. ระยะเวลารองเฉียบพลัน (subacute subdural hematoma) อาการเกิดขึ้นในช่วง 24 ชั่วโมงแรกจนถึง 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยมักมีอาการปวดศีรษะมีระดับความรู้สึกตัวลดลงหรืออาการแขนขาอ่อนแรง
3. ระยะเวลาเรื้อรัง (chronic subdural hematoma) มักมีอาการภายใน 2 สัปดาห์หรือนานกว่านั้นพบว่าร้อยละ 45 ของผู้ป่วยมักมาด้วยอาการแขนขาอ่อนแรงและพบได้ถึงร้อยละ 50 ของผู้ป่วยอาจมาด้วยมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวหรือสับสนผู้ป่วยบางรายอาจมาด้วยอาการหลงลืมหรือจำไม่ได้ว่าเกิดอุบัติเหตุอะไรขึ้นก็ได้

อาการและอาการแสดง อาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ว่ามีเลือดออกภายในกะโหลกศีรษะเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงมีอยู่ร่วมกัน 3 ประการคือ

1. ระดับความรู้สึกตัวลดลง การสังเกตอาการผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัวจะเป็นอันดับแรกที่พบว่ามีการเปลี่ยนแปลง
2. เปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ เมื่อความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้นจะพบว่าสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงคือ ความดันโลหิตสูงขึ้นโดยเฉพาะ systolic pressure ชีพจรช้าลงการหายใจไม่สม่ำเสมอ อาการที่พบ 3 อย่างนี้ เรียกว่า คูชชิง รีเฟล็กซ์ (cushing's reflex)

3.อาการที่เกิดจากการเพิ่มความดันภายในกะโหลกศีรษะที่สำคัญมี 3 อย่างคือปวดศีรษะ (headache) อาเจียน (vomiting) ตามัวหน้าที่การทำงานของระบบประสาทเสื่อมลง

การวินิจฉัยโรค ส่วนใหญ่แพทย์สามารถวินิจฉัยภาวะนี้ได้จากการส่งตรวจคอมพิวเตอร์สมองซึ่งภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองแต่ละชนิดจะแสดงลักษณะภาพที่ต่างกันในการส่งตรวจคอมพิวเตอร์สมอง แต่ถ้าชั้นของเลือดออกหนาน้อยกว่า 3 มิลลิเมตรก็ควรส่งตรวจสมองด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าแทน (MRI) จึงจะสามารถให้การวินิจฉัยภาวะนี้ได้สำหรับกรณีแพทย์สงสัยว่าจะมีสาเหตุอื่นๆ ที่ก่อให้เกิดภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองได้เช่น หลอดเลือดโป่งพองในสมอง หรือ arteriovenous malformation (AVM) แพทย์ก็ควรส่งตรวจด้วยการฉีดสีดู หลอดเลือดในสมอง (angiography) เพื่อหาสาเหตุให้แน่ชัดต่อไป

การรักษา แนวทางการรักษาผู้ป่วยแบ่งเป็น 2 ลักษณะดังนี้

1.ลักษณะของผู้ป่วยที่ไม่ต้องได้รับการผ่าตัด คือมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์มีก้อนเลือดเล็กๆภายในกะโหลกศีรษะ หรือมีสมองซ้ำเพียงตำแหน่งเดียวหรือมีก้อนเลือด (acute subdural hematoma) บางกว่า 10 มิลลิเมตรออกที่ซีกเดียวอย่างเฉียบพลัน ก้อนเลือดภายในกะโหลกศีรษะหรือสมองที่บวมช้ำนั้นไม่ได้ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในสมองหรือมีการกดเบียดบริเวณช่องน้ำไขสันหลังที่อยู่แกนสมอง

2.ลักษณะของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดคือมีกะโหลกศีรษะแตกยุบแบบเปิด หรือกะโหลกศีรษะแตกยุบแบบปิดมีการบาดเจ็บที่เนื้อสมองมีก้อนเลือดภายในกะโหลกศีรษะหรือบริเวณที่สมองบวมช้ำมากกว่า 40 มิลลิเมตรหรือผู้ป่วยรู้สึกตัวทำตามสั่งได้และหายใจได้เองแต่มีอาการดังนี้ ความรู้สึกตัวเลลง มีอาการทางระบบประสาท มีอาการปวดศีรษะเพิ่มขึ้นอย่างมาก คลื่นไส้หรืออาเจียน ในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ไม่ทำตามสั่ง ใส่ท่อช่วยหายใจ ที่มีปฏิกิริยาตอบสนองทางระบบประสาทเลลง หรือมีการเคลื่อนไหวแขนขาข้างใดข้างหนึ่งน้อยลง ก้อนเลือดออกที่อภิปูรอลอย่างเฉียบพลันที่แอ่งสมองด้านหลัง (acute epidural hematoma posterior fossa) มักต้องการการผ่าตัดฉุกเฉินเพื่อเอาก้อนเลือดออกโดยเฉพาะผู้ที่มีอาการปวดศีรษะมาก อาเจียนหรือเดินเซ

ชนิดของการผ่าตัด

1.Burr hole เป็นการผ่าตัดโดย เจาะกะโหลกศีรษะด้วยสว่านชนิดพิเศษเพื่อระบายเลือดหรือของเสียจากใต้ชั้น dura หรือเพื่อที่จะทำ ventriculostomy, craniotomy หรือ craniectomy ต่อไป

2.Craniotomy เป็นการผ่าตัดโดยใช้สว่านพิเศษเอา bone flap ออกเพื่อเปิด dura เอาก้อนเลือดออกเสร็จแล้วเย็บ bone flap และ skin flap ไว้เหมือนเดิม

3.Craniectomy เป็นการผ่าตัดโดยใช้สว่านพิเศษเอา bone flap ออกเพื่อเปิด dura เอาก้อนเลือดออกเมื่อเสร็จแล้วเย็บ skin flap ไว้โดยตัดกะโหลกศีรษะบางส่วนออกไม่เย็บปิด

การพยาบาล ผู้ป่วยภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง เป็นผู้ป่วยที่ต้องการการตรวจรักษาทันที เนื่องจากถือว่าอยู่ในภาวะวิกฤตของชีวิต ทั้งนี้ที่ผู้ป่วยมาถึงแผนกฉุกเฉินเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพจะร่วมกันในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยและจะต้องประเมินสภาพของผู้ป่วยอย่างรวดเร็วโดยครอบคลุม โดยใช้กระบวนการพยาบาลและการพยาบาลผู้ป่วย

แบบองค์รวม ใช้ผลการตรวจคอมพิวเตอร์สมองในการกำหนดและให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีเป้าหมายเพื่อดำรงภาวะสุขภาพดีแก้ไขความผิดปกติและส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่แตกต่างกัน เพื่อให้สามารถดำรงภาวะสุขภาพดีมีศักยภาพในการดูแลตนเอง สามารถดำเนินบทบาทของตนเองในครอบครัวได้อย่างสมบูรณ์ดังนี้

พยาธิสรีรวิทยาภาวะที่มีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด (Hemothorax)

ปกติในโพรงระหว่างเยื่อหุ้มปอดทั้งสองชั้นมีความดันเป็นลบระหว่าง 10-20 มิลลิเมตรปรอท ทำให้ปอดขยายตัวได้สะดวกในระหว่างการหายใจ เมื่อมีรูทะลุจากภายนอกเข้าไปในโพรงเยื่อหุ้มปอดแล้วยังมีโลหิตในระหว่างโพรงเยื่อหุ้มปอด หรือมีทั้งโลหิตและลม (pneumohemothorax) ทำให้ความดันลบในโพรงเยื่อหุ้มปอดลดลงเรื่อยๆ จะมากขึ้นเรื่อยๆ ขึ้นอยู่กับปริมาณโลหิตในโพรงเยื่อหุ้มปอด ถ้ามีโลหิตในโพรงเยื่อหุ้มปอดมากปอดจะแฟบ ผู้ป่วยจะมีอาการขาดออกซิเจน อาการเสียโลหิตอาจช็อคหมดสติได้ อาการแสดงผู้ป่วยจะมีอาการแน่นหน้าอกหายใจลำบากกระสับกระส่ายซีดเหงื่อออกตัวเย็น ความดันโลหิตลดลง ซ็อกเนื่องจากปริมาณโลหิตลดลง

ภาวะที่มีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด (Hemothorax) แบ่งได้เป็น 3 ระดับดังนี้

- 1.ภาวะที่มีเลือดออกน้อย (Minimal hemothorax) คือภาวะที่มีเลือดอยู่ในช่องเยื่อหุ้มปอดไม่เกิน 350 มิลลิลิตร เป็นการเสียเลือด grade I จึงมักไม่มีอาการและอาการแสดง
- 2.ภาวะที่มีเลือดออกปานกลาง (Moderate hemothorax) คือ ภาวะที่มีเลือดอยู่ในช่องเยื่อหุ้มปอดตั้งแต่ 360-1,500 มิลลิลิตร ผู้ป่วยจะมีอาการของการเสียเลือดตามจำนวนที่เสียไปและเลือดเข้าไปอยู่ในช่องเยื่อหุ้มปอดจะกดปอดทำให้ผู้ป่วยหายใจลำบากมากหรือน้อยแล้วแต่จำนวนเลือดนั้น
- 3.ภาวะที่มีเลือดออกมาก (Massive hemothorax) คือ ภาวะที่มีเลือดอยู่ในช่องเยื่อหุ้มปอดมากกว่า 1,500 มิลลิลิตร หรือมากกว่าร้อยละ 40 ของปริมาตรเลือดในระบบไหลเวียน ผู้ป่วยจะมีอาการช็อคและเลือดนั้นเข้าไปอยู่ในช่องเยื่อหุ้มปอดก็จะกดปอดทำให้หายใจลำบาก (ชุมพร พงษ์นุกุล, 2544)

แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

กรอบแนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีการดูแลตัวเองของโอเร็ม (Orem) การรักษาไว้ซึ่งชีวิตและสุขภาพนั้นบุคคลต้องกระทำการดูแลตนเอง แต่เมื่อบุคคลไม่สามารถดูแลตนเองได้ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นพยาบาลสามารถให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมโดยการกระทำแทน หรือกระทำให้กับผู้ป่วย การสอนการชี้แนะการสนับสนุนให้กำลังใจ และการปรับสิ่งแวดล้อม การกระทำเหล่านี้พยาบาลกระทำร่วมกับผู้ป่วย และครอบครัว โดยมุ่งช่วยเหลือให้การดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ หรือให้สุขภาพกลับดีขึ้นและอยู่ได้อย่างปกติสุข

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (1985) เป็นแนวทางให้พยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ซึ่งทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem ประกอบด้วยทฤษฎีย่อย 3 ทฤษฎีที่มีความสัมพันธ์กันคือ

- 1) ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Self-care Theory)
- 2) ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The theory of self-care deficit)
- 3) ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The theory of nursing system)

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective Study Design) จากผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุจากรบาดเจ็บหลายระบบที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองและปอด จากเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลปากพลีรับไว้ในการดูแลเมื่อวันที่ 6 กรกฎาคม 2566 เวลา 12.50 น (ระบบ HOS-XP) และข้อมูลบันทึกปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดนครนายก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการนำทฤษฎีของโอเร็มมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้บาดเจ็บรุนแรงหลายระบบที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองและปอด
2. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะส่งต่อที่มีการบาดเจ็บหลายระบบ:เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองร่วมกับเลือดออกในเยื่อหุ้มปอด

กรณีศึกษา

อาการสำคัญ

ผู้ป่วยชายไทย เหตุขับจักรยานยนต์ชนท้ายกระบะที่จอดอยู่ข้างทาง มีอาการซีมไม่รู้สีกตัว 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล

อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 56 ปี มาด้วยอาการสำคัญ 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล ทีมกู้ชีพขั้นสูง (Advance life support ;ALS) ออกรับผู้ป่วย เหตุขับจักรยานยนต์ชนท้ายกระบะที่จอดอยู่ข้างทาง มีอาการซีมไม่รู้สีกตัว ไม่สวมหมวกกันน็อก

ประวัติโรคประจำตัว : ปฏิเสธโรคประจำตัว

ประวัติการดื่มสุรา สูบบุหรี่ สารเสพติด : ผู้บาดเจ็บปฏิเสธไม่ได้ดื่มสุราทุกวัน ส่วนใหญ่ดื่มสุราช่วงเทศกาล โดยดื่มครั้งละไม่เกินครึ่งขวด สูบบุหรี่วันละ 10 มวนเป็นเวลานานมากกว่า 10 ปี ปฏิเสธไม่เคยใช้สารเสพติดอื่นๆ

อาการแรกเริ่ม ซีมไม่รู้สีกตัว คลำชีพจรได้เบาเร็ว ผิวหนังเย็นชื้น ศีรษะด้านหลังบวมโนขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 4 เซนติเมตร ไม่มีบาดแผล มีบาดแผลเปิดที่มือซ้ายนิ้วที่ 3 ร่วมกับผิอรูมีเลือดออกปริมาณมาก ขาซ้ายผิอรูไม่มีบาดแผลเปิด ผ่น้ำหน้าท้องมีการแข็งเกร็ง coma score : E1V1M2 pupil 3 mm.RLT BE สัญญาณชีพแรกเริ่ม ความดันโลหิต 70/50 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 120 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที O₂-saturation 93 % และ DTX=112 mg %

การวินิจฉัยแรกเริ่ม Multiple trauma with traumatic brain injury:(TBI)

การวินิจฉัยสุดท้าย Multiple trauma with acute subdural hemorrhage and hemothorax

การรักษาที่ได้รับ

แพทย์สั่งการรักษาให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ LRS 1000 ml iv free flow ที่แขน 2 ข้าง ๆ ละ 1000 ml then 120 cc/hrs ตรวจ ATK ผล Negative เจาะเลือด CBC, BUN Cr, Electrolyte, Coagulation G/M และ RT-PCR และให้ On ETT No.7.5 ลีค 22 เซนติเมตร พยาบาลเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ในการใส่ท่อหลอดลม ได้แก่ท่อช่วยหายใจ No.7.5 (Endotracheal intubation) Stylet สำหรับตัดท่อช่วยหายใจ สารหล่อลื่น Direct laryngoscope และตรวจสอบไฟส่องสว่างมีความสว่างเพียงพอ อุปกรณ์ดูดเสมหะ ได้แก่ สายดูดเสมหะ และ เครื่องดูดเสมหะ หน้ากากออกซิเจนขนาดที่เหมาะสมกับใบหน้าของผู้ป่วย และ resuscitation bag ซึ่งต่อ สายไว้กับ หัวจ่ายออกซิเจน สามารถให้ความเข้มข้นออกซิเจนได้ถึงร้อยละ 100 ระบายออกซิเจนเปล่านั้นขนาด 10 ลิตร เพื่อใช้เป่า cuff ให้พอง อุปกรณ์ติดตามสัญญาณชีพ และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด เทปสำหรับติดท่อช่วยหายใจ รัดขึ้นพร้อมยาและอุปกรณ์สำหรับหัตถการกู้ชีวิต เตรียมผู้ป่วย โดยจัดให้ผู้ป่วยนอนหงาย เปิดทางเดินหายใจให้อยู่ในท่า sniff position ติดอุปกรณ์ติดตามสัญญาณชีพให้พร้อมครอบหน้ากากออกซิเจน บีบ resuscitation bag ให้เห็น ทรวงอกยกตัวอย่างเหมาะสม 2-3 ครั้ง ให้ออกซิเจนจนค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดอ่านได้ร้อยละ 100 ดูแล suction clear airway หลังช่วยแพทย์ใส่ท่อหลอดลมคอ จัดระบบทางเดินหายใจให้โล่ง Hole Ambu bag ต่อออกซิเจน 10 ลิตร/นาที ตรวจสัญญาณชีพเป็นระยะ ทั้งเมื่อใส่ท่อช่วยหายใจเสร็จ และภายหลังต่อเข้ากับ เครื่องช่วยหายใจ ตรวจ EKG=Synus teackycardia ให้ยา Ceftriazone 2 gms iv stat ให้ยา Omeprezone 40 mg iv stat Retained foley cath no16 urine เป็น gross bleed 200 ml ส่ง CXR portable no fracture C-Spine no fracture Lt leg no fracture on wood splint at Lt leg นิ้วที่ 3 มีอหิวาต์บาดแผลฉีกขาดขนาด 1*10*1 cms ดูแล suture with nylon 10 stich ประสานส่งต่อโรงพยาบาลนครนายก และส่ง CT Brain with whole abdomen ก่อนนำส่งห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลนครนายก

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ White blood count 11,310 cell/mm³ (ค่าปกติ 5,000–10,000 cell/mm³) Neutrophil 87 % (ค่าปกติ 50–62%) Lymphocyte 4.2 % (ค่าปกติ 25–40 %) Monocyte 8.7 %, (ค่าปกติ 3-7 %) Hematocrit 27.2% (ค่าปกติ 42-52 %) Platelet count 166,000 cell/mm³ (ค่าปกติ 140,000-400,000 cell/mm³) Electrolyte ผล Na 148 mmol/L (ค่าปกติ 136-145 mmol/L) K 3.2 mmol /L(ค่าปกติ 3.5-5.1 mmol/L) Cl 112 mmol /L(ค่าปกติ 98-107 mmol/L) CO₂ 15 mmol /L(ค่าปกติ 23-29 mmol/L) BUN 15 mg/dl(ค่าปกติ 10-20 mg/dL) Creatinine 0.60 mg/dl(ค่าปกติ 0.6-1.2 mg/dL) PT 15.4 (ค่าปกติ 10.2-13) PTT 28.3(ค่าปกติ 21.9) INR 1.33

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 4-5 th Rt lung pneumothorax

สรุปการดูแลรักษาพยาบาล

รับใหม่จากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลนครนายกมาที่หอผู้ป่วยหนักแรกรับผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว GCS=E2VTM3 pupil 3 mm RTR BE ใส่สายระบายทรวงอกด้านซ้ายชนิด 2 ขวดปริมาณเลือดในขวดระบาย ทรวงอกได้เลือด 160 ml เย็บแผลที่นิ้วมือข้างขวาจากห้องฉุกเฉิน แผลซึมเล็กน้อย สัญญาณชีพ อัตราการหายใจ 20 ครั้งตามเครื่อง ชีพจร 90-100ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/60-140/80 มิลลิเมตรปรอทปรอท O₂-saturation 99-100 % On ET-Tube no 7.5 ลึก 22 cms, ใส่สายสวนปัสสาวะมีปัสสาวะสีเข้มปริมาณ 200 ml ใส่สายยางให้อาหารทางจมูก ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด LRS 1000 ml iv 80 cc/hrs ให้ยา Lewphed 8 mg+5%DW 100 ml rate 40 cc/hrs ให้ยาปฏิชีวนะ Tazocin 4.5 gm iv ทุก 6 hr CT brain ผล Acute subdural haemorrhage left frontoparietal region thickness 2 cms. midline shift to the right 0.5 mm แพทย์พิจารณารักษาด้วยการผ่าตัด Craniotomy & clot removal (E) แก้ไขภาวะช็อคจากมีเลือดออก Hematocrit 27.2 % ก่อนผ่าตัด โดยให้เลือดชนิด PRC 2 units Hematocrit ขึ้นมาเป็น 32 % ระหว่างให้เลือด ไม่พบความผิดปกติ ส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดได้ตามแผนการรักษา ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

หลังผ่าตัด 3 วัน ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะ ความดันในกะโหลกศีรษะสูง GCS 9 คะแนน (E4VTM4) pupil 3 mm RTL BE แขน ขา ข้างขวาอ่อนแรงเล็กน้อย motor power grade 4 แขนขาข้างซ้าย motor power grade 5 สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ การหายใจไม่ต้านเครื่อง ชีพจร 70-86 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/60-130/80 มิลลิเมตรปรอท O₂-saturation 99-100 % หยุดการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและ ยา Lewphed ได้ใน 5 วัน คงให้ยาปฏิชีวนะ Tazocin 4.5 gm iv ทุก 6 hr สายระบายเลือดที่ศีรษะ มีเลือดออก 200 ml ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัดและศีรษะ ค่าคะแนน Pain score 7 คะแนนได้รับยา Tramal 50 mg. IV อาการปวดทุเลาลง Pain score 3 คะแนน เริ่มให้อาหารทางสายยาง รับประทานได้ทุกมื้อ ดูแลสายระบายทรวงอก ผู้ป่วยสามารถถอดสายระบายได้ ภายใน 5 วัน หลังถอดสายผู้ป่วยไม่มีเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที O₂-saturation 100 % ส่ง film chest ทรวงอกขยายตัวดี ไม่มีลม และ เลือดออกเพิ่ม ปัสสาวะสีเข้มปริมาณ 400 ml และสามารถถอดสายสวนปัสสาวะออกได้ใน 5 วัน หลังถอดสายสวนปัสสาวะ ผู้ป่วยปัสสาวะได้เอง

หลังผ่าตัด 7 วัน รู้สีกตัวดี GCS E4VTM6 pupil 3 mm RTL BE สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที หายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 134/78 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ O₂-saturation 99-100 % หย่าเครื่องช่วยหายใจ ถอดท่อหายใจออกได้เปลี่ยนให้ออกซิเจน High Flow Nasal Cannula (HFNC) 60 LPM หลัง On HFNC ผู้ป่วยหายใจ ไม่เหนื่อยหอบ O₂-saturation 99-100 % และสามารถหายใจได้เองแบบไม่ใช้ออกซิเจน แผลผ่าตัดที่ศีรษะแห้งดี ไม่พบการติดเชื้อ จึงนำสายระบายเลือดออก ปรึกษานักกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพแขน ขา ที่อ่อน แรง และฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

หลังผ่าตัด 10 วัน อาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลนครนายก มีการประสาน ส่ง ข้อมูลกลับโรงพยาบาลปากพลี เพื่อการรักษาต่อเนื่อง วันที่ 16 กรกฎาคม 2566 ส่งผู้ป่วยกลับโรงพยาบาลปากพลี เพื่อดูแลรักษาให้ยาปฏิชีวนะรักษาการติดเชื้อต่อตามแผนการรักษาของแพทย์ จนครบ 7 วัน และทำกิจกรรมการ พยาบาลต่อเนื่อง ป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และประสานฟื้นฟูสภาพต่อเนื่อง จากการตรวจอาการที่ โรงพยาบาลปากพลี พบว่า ผู้ป่วยไม่มีไข้ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 138/65 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 76 ครั้งต่อนาที ระดับออกซิเจนที่ปลายนิ้ว 97 % ส่งปรึกษาแผนกกายภาพ เพื่อฟื้นฟูสภาพ ให้ On Nss lock เพื่อให้ยาฉีด Tazocin 4.5 gm. iv ทุก 6 hr อีก 4 วัน ครอบคลุมตามแผนการรักษา และให้ยารับประทาน คือ 1) Dilantin (100mg) รับประทานครั้งละ 3 เม็ด วันละ 1 ครั้งก่อนนอน 2) Omeprazole (40 mg.) รับประทานครั้ง ละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหาร เข้า เย็น 3) Paracetamol (500 mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ทุก 4-6 ชั่วโมง เวลาปวดหรือมีไข้ 4) FBC รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้งหลังอาหาร เข้า เย็น 5) Loarzepam(0.5mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน

วันที่ 17-20 กรกฎาคม 2566 ผู้ป่วยไม่มีไข้ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 136/92 มิลลิเมตรปรอท ประเมินระดับความรู้สึกตัวเท่ากับ 15 (E4V5M6) แขน ขาขวาอ่อนแรงระดับ 3 แขนขาซ้าย ระดับ 4 ได้รับยาปฏิชีวนะ Tazocin 4.5 gm. iv ทุก 6 hr และยารับประทานตามแผนการรักษา ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จากการรักษาพยาบาล ได้วางแผนจำหน่ายโดยทีมสหวิชาชีพ ประสานกายภาพบำบัดในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย เพื่อ ส่งผู้ป่วยกลับไปฟื้นฟูสภาพร่างกายที่บ้าน ผู้ป่วยมีกำลังแขนขาข้างขวาดีขึ้นเป็นระดับ 4 แขนขาซ้าย ระดับ 5 สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง โดยมีภรรยาคอยดูแล ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมใน การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ภายใต้การให้คำแนะนำของทีมบุคลากรทางสาธารณสุขและส่งต่อข้อมูลให้กับโรงพยาบาล สร้างเสริมสุขภาพระดับตำบลนาหินลาด เพื่อประสานเครือข่ายติดตามเยี่ยมที่บ้าน

วันที่ 21 กรกฎาคม 2566 จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลปากพลี รวมระยะเวลารักษาตัวใน โรงพยาบาลนครนายก 10 วัน และส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ยาปฏิชีวนะรักษาการติดเชื้อที่โรงพยาบาลปากพลี 4 วัน รวม 14 วัน สภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่าย รู้สึกตัวดี แผลตัดใหม่ที่ ศีรษะและแผลใส่ท่อระบายทรวงอกแห้งดี แผลที่นิ้วมือ ขวาล้างตัดไหม แห้งและดีดี และนัดติดตามอาการอีก 2 อาทิตย์หลังจำหน่าย โดยนัดวันที่ 4 สิงหาคม 2566 ที่ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลปากพลี พร้อมทั้งให้ยารับประทานต่อที่บ้านได้แก่ 1) Dilantin (100mg) รับประทาน ครั้งละ 3 เม็ด วันละ 1 ครั้งก่อนนอน 2) Omeprazole (40 mg.) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้งก่อน อาหารเช้า เย็น 3) Paracetamol (500 mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ทุก 4-6 ชั่วโมง เวลาปวดหรือมีไข้ 4) FBC รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้งหลังอาหาร เข้า เย็น 5) Loarzepam(0.5mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วัน ละ 1 ครั้ง ก่อนนอน

วันที่ 26 กรกฎาคม 2566 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์ พบว่าผู้ป่วยยังมีกำลังแขนขา ข้างขวาอ่อนแรง เท่ากับที่ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กำลังแขนขา ข้างซ้ายปกติ สามารถเดินเข้าห้องน้ำ ปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวันได้เอง ทานอาหารได้ไม่มีสำลัก ปั่นปวดและมีนรีษะบางครั้งช่วงหลังตื่นนอนตอนเช้า ไม่มีอาการชักเกร็ง ขับถ่ายได้ปกติ รับประทานยาได้ตามแผนการรักษา

วันที่ 27 กรกฎาคม 2566 ทีมบุคลากรทางสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลนาหินลาดเยี่ยมประเมินผู้ป่วย พร้อมทั้งให้กำลังใจในการฟื้นฟูสภาพ สอบถามปัญหาเพิ่มเติมขณะที่พักรักษาตัวที่บ้าน พบว่ายังไม่มีปัญหาเพิ่ม ผู้ป่วยและญาติสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ปกติ

วันที่ 4 สิงหาคม 2566 ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด พยาบาลติดตามประเมินปัญหาของผู้ป่วยพบว่า กำลังแขนขาข้างขวาเป็นระดับ 4 แขนขาซ้าย ระดับ 5 ผู้ป่วยเดินมาตรวจได้เองโดยไม่มีอาการเวียนศีรษะ ไม่ต้องนั่งรถเข็นรับประทานอาหารเองได้ ขับถ่ายเองได้ พยาบาลได้ให้คำแนะนำญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเรื่องการทำความสะอาด การฝึกเดิน การป้องกันอุบัติเหตุ และการป้องกันการมีเลือดออกในสมองซ้ำ ได้แก่ 1) สวมหมวกกันน็อคและคาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้งที่มีการขับขี่ยานพาหนะ เพื่อป้องกันความเสี่ยงในการได้รับแรงกระแทก 2) ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หยุคสูบบุหรี่ และไม่ใช้สารเสพติดทุกชนิด 3) ทานอาหารที่มีประโยชน์ 4) รับประทานยาตามแผนการรักษา ห้ามหยุดยาเอง 5) มาตรวจตามนัดทุกครั้ง หรือถ้ามีปัญหาหรือความผิดปกติ ให้ประสานทีมบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหินลาด 6) ถ้าผู้ป่วยมีอาการชักเกร็งให้โทรศัพท์แจ้งศูนย์ประสานงานช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน 1669 ทันทีตลอด 24 ชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาลระยะที่ 1 คือ การพยาบาลระยะวิกฤต

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อที่ 1 การกำซาบของเนื้อเยื่อสมองลดลงเนื่องจากการขาดขวางการไหลเวียนเลือดในสมองจากการบาดเจ็บที่ศีรษะและมีก้อนเลือดในโพรงกะโหลกศีรษะ

ข้อมูลสนับสนุน

1.ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุขั้มอเตอร์ไซด์ชนท้ายรถปิคอัพที่จอดอยู่

2.coma score: E1V1M2

3.CT brain ผล subdural haemorrhage left frontoparietal region thickness 2 cms midline shift to the right 0.5 mm

4.สัญญาณชีพแรกรับ ความดันโลหิต 70/50 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 120 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที O₂-saturation 93 %

วัตถุประสงค์

- 1.ป้องกันไม่ให้ความดันภายในโพรงกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น
- 2.เพื่อให้ผู้ป่วยหายใจอย่างมีประสิทธิภาพสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ

เกณฑ์การประเมินผล

- 1.ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีไม่มีกระสับกระส่าย ไม่สับสน

2. การหายใจ 18-24 ครั้งต่อนาทีสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ
3. O₂-saturation \geq 95 %
4. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60-90 ครั้งต่อนาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลทางเดินหายใจของผู้ป่วยให้โล่ง โดยจัดท่านอนตะแคงหน้า เพื่อให้เสมหะไหลออกมาสะดวก ไม่เกิดการอุดตันทางเดินหายใจ
2. วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจน Stable และประเมิน O₂-saturation keep \geq 95 %
3. สังเกตระดับความรู้สึกตัว อาการเห็งือออก กระสับกระส่าย
4. พุดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย แนะนำไม่ให้หายใจต้านเครื่อง ดูแลให้เครื่องช่วยหายใจทำงานอย่างมีประสิทธิภาพไม่ให้เกิดอาการเหนื่อยจากตำแหน่งเดิม ดูแลสายเครื่องช่วยหายใจไม่ให้หัก หรือสายพับ
5. ดูแลเสมหะอย่างถูกวิธีและใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ

การจัดเตรียมอุปกรณ์ในการดูดเสมหะ 1) เครื่องดูดเสมหะ ชนิดของเครื่องดูดเสมหะ แบบชนิดติดฝาผนัง ใช้แรงดันสำหรับผู้ใหญ่ 100-120 mmHg แบบชนิดรถเคลื่อนที่ที่ใช้ไฟฟ้าใช้แรงดัน 10-15 cm Hg 2). สายดูดเสมหะที่สะอาดปราศจากเชื้อ การเลือกสายดูดเสมหะ ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางภายนอกของสายสำหรับดูดเสมหะที่เหมาะสม คือ ไม่เกิน ½ ของเส้นผ่าศูนย์กลางภายในของท่อเจาะคอ ผู้ใหญ่ใช้เบอร์ 14-16 เพื่อป้องกันภาวะปอดแฟบ (Lung collapse) เนื่องจากสายดูดเสมหะขนาดใหญ่จะทำให้ช่องว่างของท่อหายใจลดลงจนไม่เพียงพอสำหรับอากาศภายนอกที่จะไหลเข้ามาแทนที่อากาศที่ดูดออก 3). ท่อต่อลักษณะรูปตัว Y 4). ถุงมือสะอาดปราศจากเชื้อ 5) น้ำสะอาดปราศจากเชื้อ (Sterile water) ใส่ในขวดขนาด 500-1000 ml. สำหรับล้างสายดูดเสมหะ

วิธีการดูดเสมหะในท่อหลอดลม 1). ใส่สายดูดเสมหะลงจนถึงระดับ carina จากนั้นให้ดึงสายขึ้นมา 1 cm จึงค่อยทำการดูดเสมหะ 2) ไม่ควรดูดเสมหะเกิน 3 ครั้ง/รอบ 3) ระยะเวลาที่ใช้ในการดูดเสมหะแต่ละครั้งไม่ควรนานเกิน 10 วินาที เพื่อป้องกันกล่องเสียงหดเกร็ง (laryngospasm) ภาวะขาดออกซิเจน และการกระตุ้น Vagus nerve ทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ 4) หยุดพักนาน 20 - 30 วินาที ระหว่างการดูดเสมหะแต่ละครั้ง เพื่อป้องกันภาวะพร่องออกซิเจน 5) กรณีดูดเสมหะครบ 3 ครั้งแล้ว แต่ผู้ป่วยยังมีเสมหะมาก ให้เว้นระยะการดูดเสมหะอย่างน้อย 2 -3 นาที 6) กรณีผู้ป่วยมีเสมหะเหนียว ควรใช้เครื่องพ่นละอองฝอย (Heat Nebulizer) แทนการใช้ NSS เนื่องจากมีการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized control trial) เกี่ยวกับผลการใช้ NSS ในการดูดเสมหะ ดังนี้คือ ไม่ช่วยให้เสมหะอ่อนตัวลง และไม่ช่วยดูดเสมหะได้มากขึ้นเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอ ซึ่งจะส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ระดับ Oxygen Saturation ลดลง และสาร surfactant ในปอดลดลง ส่งผลให้ความสามารถในการหดตัว-ขยายตัวของปอดลดลง มีโอกาสติดเชื้อมีแบคทีเรียในระบบหายใจเพิ่มขึ้น 7) ประเมินลักษณะ และสีของเสมหะ เพื่อเฝ้าระวังความผิดปกติและลงบันทึกทางการพยาบาล 8) ควรดูดเสมหะทุกครั้งก่อน

Feed อาหาร ก่อนเคลื่อนย้าย และก่อนทำแผลที่คอ ข้อบ่งชี้ ที่แสดงว่าดูดเสมหะได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ ปริมาณเสมหะลดลง ไม่มีอาการหายใจลำบาก ไม่มีเสียงเสมหะภายในหลอดลม อัตราการหายใจ 14-20 ครั้งต่อนาที และชีพจร 60-80 ครั้งต่อนาที

6.ใส่ Oropharyngeal air way เพื่อป้องกันการกีดต่อหายใจ

7.ฟังเสียงปอดว่ามีเสียงผิดปกติหรือไม่อย่างน้อย 2-4 ชั่วโมง เพื่อประเมิน เสมหะ และติดตามการถ่ายภาพทรวงอกตามแผนการรักษา

8.ประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

9.ทำความสะอาดปากฟันบ่อยๆ เพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ

10.ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามการรักษาของแพทย์

11.กระตุ้น / แนะนำให้ผู้ป่วยและหายใจเข้าออกลึกๆและติดตาม O₂-saturation อย่างต่อเนื่อง และดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา keep $\geq 95\%$

การประเมินผล

ผู้ป่วยหายใจไม่ต้านเครื่อง ไม่มีปลายมือปลายเท้าเขียว O₂-saturation 99-100% สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 120/85-145/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 72-104 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 36-38 องศาเซลเซียส GCS=E2VTM3 pupil 3mm RTR BE แขน ขา ไม่มีอาการชักเกร็ง ช้างขาอ่อนแรงเล็กน้อย motor power grade 4 และสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้หลังผ่าตัดนำก้อนเลือดออกจากเยื่อหุ้มสมองได้ 7 วัน ผู้ป่วยสามารถฝึก หายใจด้วยออกซิเจน T-piece ได้ตามแผนการรักษา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อที่ 2 เนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากสูญเสียเลือดจากมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองและปอด

ข้อมูลสนับสนุน

1.CT brain ผล subdural haemorrhage left frontoparietal region thickness 2 cms. midline shift to the right 0.5 mm

2.Hematocrit = 27.2 %

3. PT 15.4 (10.2-13) PTT 28.3 (21.9) INR 1.33

4.เอกซเรย์ช่องอก (Film chest) ผล Fracture rib 4-5th Rt lung pneumohemothorax

วัตถุประสงค์

1.ไม่มีอาการของภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน O₂-saturation $\geq 95\%$

2.Hematocrit เพิ่มขึ้นหลังได้ PRC (ค่า Hematocrit ที่ต่ำ.27.2 %)

3.ปลอดภัยจากภาวะพร่องออกซิเจน ผู้ป่วยไม่พบอาการบ่งชี้ เช่น ผิวน้ำซีดหรือเป็นสีเขียว มึนงง ไอ หายใจถี่ หัวใจเต้นเร็ว

กิจกรรมการพยาบาล

1. วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 30 นาที และ 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง
2. ดูแลให้ดื่มน้ำอาหารทางปากตามแผนการรักษาเพื่อเตรียมความพร้อมให้การช่วยเหลือทันทีถ้าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง
3. สังเกตและบันทึกเลือดที่ซึมจากบาดแผลและ radivac drain ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินการสูญเสียเลือด
4. ดูแลให้ได้รับเลือด ชนิด PRC 2 units โดยให้ unit ละ 3 ชั่วโมง และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด LRS 1000 ml iv 80 cc/hrs ตามแผนการรักษา
5. บันทึกสารน้ำเข้าออกเพื่อประเมินการสูญเสียสารน้ำของร่างกาย
6. สังเกตอาการข้างเคียงหลังได้รับเลือด เช่น อาการไข้ หนาวสั่น ผื่นคันตามร่างกาย

ประเมินผล

ไม่มีอาการของภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน ได้รับ PRC ทดแทนก่อนผ่าตัดรวม 2 unit Hematocrit เพิ่มขึ้นหลังได้ PRC 32 % แผลนี้มือข้างขวาไม่มี bleed ซึม สัญญาณชีพปกติ หลังได้รับเลือดทดแทน ชีพจร 72-90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 -20 ครั้งต่อนาที O₂-saturation at =100 % ไม่มีอาการข้างเคียงหลังได้รับเลือดทดแทน บันทึกสารน้ำเข้าออกจากร่างกายในรอบ 24 ชั่วโมง Intake 3100 ml Output 2500 ml

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่

ข้อที่ 3 การขับเสมหะไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากเสมหะเหนียวข้น ร่วมกับมีแผลที่ระบายเลือดที่ทรวงอกทำให้การไอไม่มีประสิทธิภาพ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ และท่อระบายเลือดที่ ทรวงอก การตรวจเอกซเรย์ช่องอก (Film chest) ผล Fracture Rib 4-5 th Rt lung pneumohemothorax
2. ไม่มีเสียงเสมหะ
3. ฟังปอดได้ยินเสียงเสมหะในปอด
4. อัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อนาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการอุดตันของเสมหะ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีเสมหะอุดตัน การหายใจไม่ต้านเครื่องช่วยหายใจ
2. การหายใจ 18-24 ครั้งต่อนาทีสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ
3. O₂-saturation \geq 95%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ หายใจเหนื่อย หายใจหอบ ปีกจมูกบานใช้กล้ามเนื้อส่วนอื่นช่วยหายใจ และริมฝีปาก ปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ
2. วัดและติดตามค่าสัญญาณชีพของผู้ป่วย และติดตามค่า O₂-saturation
3. ประเมินการทำงานของระบบหายใจ โดยฟัง เสียงปอดผู้ป่วยแหวะละ 1 ครั้งหรือเมื่อพบว่าผู้ป่วยหายใจเปลี่ยนแปลงโดยฟังเสียงปอดทั้ง 2 ข้างเพื่อประเมินความผิดปกติ
4. ดูดเสมหะเมื่อฟังปอดพบเสียงเสมหะ โดยดูดเสมหะในปากเป็นอันดับแรก เพื่อป้องกันเสมหะจากปากหรือจมูก ลาลักเข้าไปที่ปอด จากนั้นจึงทำการดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ
5. กรณีที่มีเสมหะปริมาณมาก และไม่มีข้อห้าม พิจารณาเคาะปอดและช่วยพลิกตะแคงตัวเพื่อช่วยระบายเสมหะ
6. ปรึกษาทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูเรื่องการทำสรีรบำบัดทรวงอก เพื่อช่วยระบายเสมหะ

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีเสมหะอุดตัน การหายใจไม่ต้านเครื่องช่วยหายใจ อัตราการหายใจ 18-24 ครั้งต่อนาทีสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ O₂-saturation 99-100 %

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อที่ 4. ไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บปวดบาดแผลผ่าตัดและแผลใส่ท่อระบายเลือดที่ทรวงอก

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบ่นปวดแผลผ่าตัด และปวดศีรษะ pain score 7 คะแนน
2. สีหน้าซีว คิวขมวด นอนไม่หลับ
3. มีแผลผ่าตัด Lt. Craniotomy และท่อระบายเลือดจากศีรษะ และมีท่อระบายเลือดจากเยื่อหุ้มปอดที่ทรวงอก

วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยบรรเทาจากความเจ็บปวด ค่า pain score ลดลงจาก 7 คะแนน

เกณฑ์การประเมินผล

1. อาการปวดลดลง pain score ลดลงจาก 7 คะแนนหลังได้รับยาแก้ปวด
2. ผู้ป่วยไม่ขอยาแก้ปวดเพิ่ม สีหน้า สดชื่นขึ้น นอนหลับพักผ่อนได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการปวดแผลผ่าตัดที่ศีรษะ และแผลใส่ท่อระบายทรวงอก อาการปวดศีรษะจากสีหน้าท่าทางและจากผู้ป่วยบอก
2. ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา Tramal 50 mg. IV prn เวลาปวด ห่างกันทุก 6 ชั่วโมง
3. อธิบายสาเหตุที่ทำให้ปวดแผลและจัดให้ผู้ปวยนอนศีรษะสูง 30 องศา ไม่ให้นอนทับศีรษะด้านซ้าย
4. จัดสายท่อระบาย Radivac drain และ ICD ให้อยู่ในตำแหน่งไม่ดึงรั้งผู้ป่วย

5. พุดคุยให้กำลังใจ

การประเมินผล

ผู้ป่วยได้รับยา Tramal 50 mg. IV วันแรกและวันที่ 2 ของการผ่าตัด วันละ 1 ครั้ง อาการปวดลดลง pain score 7 คะแนน เหลือ 3 คะแนนจากนั้นผู้ป่วยไม่ขอยาแก้ปวดเพิ่ม สีหน้า สดชื่นขึ้น นอนหลับพักผ่อนได้

ระยะที่ 2 คือ การพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อที่ 5 มีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย เนื่องจากการผ่าตัดสมองและใส่ท่อระบายเลือดที่ทรวงอก

ข้อมูลสนับสนุน

1. ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ นอนบนเตียงตลอด Barthel index of activity of daily living เท่ากับ 50 จาก 100 เท่ากับ สามารถปฏิบัติเองได้เล็กน้อย
2. Motor power แขน ขา ขวาระดับ 3- 4

วัตถุประสงค์

1. เพื่อคงไว้ซึ่งการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง ADL เพิ่มขึ้นต่อเนื่อง จากค่า ADL 50

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันและกำลังของกล้ามเนื้อแขนขาเพื่อเป็น แนวทางในการวางแผนการพยาบาล
2. สอน แนะนำผู้ป่วยและญาติช่วยให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกาย Active Passive exercise แขนขาอย่างสม่ำเสมอ
3. จัดให้พักผ่อนอย่างเต็มที่ก่อน และหลังการออกกำลังกาย
4. จัดสิ่งของและเครื่องใช้ในการทำกิจวัตรประจำวันที่เป็นให้มองเห็นและหยิบจับได้
5. ให้กำลังใจเชิงบวกแก่ผู้ป่วยและญาติ
6. ใช้เหล็กกั้นเตียงหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง เพื่อป้องกันการตกเตียง

ประเมินผล

-Barthel index of activity of daily living: ADL วันที่ 2 ของการรักษาเท่ากับ 50 วันจำหน่ายเท่ากับ 90

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อที่ 6 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการนอนนานเนื่องจากการเคลื่อนไหว ร่างกายบกพร่อง ได้แก่ ปอดอักเสบ ข้อติดและแผลกดทับ

ข้อมูลสนับสนุน

1. นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลาช่วยเหลือตัวเองได้น้อย บอกว่าเจ็บแผล

2.ไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ตามปกติ Motor power แขน ขาขาระดับ 4 Braden for predicting pressure sore = 15 คือเริ่มมีความเสี่ยง

วัตถุประสงค์

1.ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากการเคลื่อนไหวบกพร่อง

เกณฑ์การประเมินผล

- 1.ผิวหนังไม่มีแผลจากการกดทับ
- 2.สามารถออกกำลังกาย หมุนข้อทุกข้อได้

กิจกรรมการพยาบาล การป้องกันแผลกดทับ

- 1.ตรวจดูผิวหนังผู้ป่วย โดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูกทุกวัน ดูว่ามีรอยแดง สีผิดปกติ มีฟองบริเวณ หลัง ก้น และ ส้นเท้าหรือไม่
- 2.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ มีโปรตีนและวิตามินซี ในจำนวนพอเหมาะเพื่อซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายไป
- 3.ช่วยนวดเบา ๆ บริเวณปุ่มกระดูกต่าง ๆ ทุกครั้งที่พลิกตัว ช่วยเปลี่ยนท่า เพื่อรักษาความสะอาด ของผิวหนังอย่าให้ชื้นแฉะหรือแห้งเกินไป และเปลี่ยนอิริยาบถอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง
- 4.ดูแลความสะอาดของที่นอนให้เรียบตึงใช้ที่นอนที่ไม่แข็งหรือนุ่มเกินไป เปลี่ยนท่าทุก 2 ชั่วโมง

การป้องกันภาวะข้อติด

- 1.สอนผู้ป่วยออกกำลังกายด้วยตนเอง โดยใช้แขนข้างที่อ่อนแรงเป็นประจำทุกวัน ให้ใช้มือข้างดี ประสานเข้ากับมือข้างที่อ่อนแรงแล้วยกแขนขึ้นให้สุดช่วงการเคลื่อนไหวเท่าที่จะทำได้
- 2.ทำ Passive Exercise บริเวณข้อต่อต่าง ๆ อย่างน้อยแวนละ 1 ครั้ง และแนะนำผู้ป่วยฝึกทำ Active Exercise แขน ขาข้างที่ดี ควรเริ่มทำให้เร็วที่สุดเท่าที่ทำได้

ประเมินผล

ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่พบแผลกดทับ ไม่มีข้อยึดติดสามารถฝึกออกกำลังกายได้ตามคำแนะนำของกายภาพบำบัด

ระยะที่ 3 คือ การพยาบาลระยะก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อที่ 7.ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังจากกลับไปพักฟื้นที่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

1.ผู้ป่วยและญาติซักถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

วัตถุประสงค์

1.ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังจากกลับไปพักฟื้นที่บ้าน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติบอกวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้
2. ผู้ป่วยและญาติบอกอาการผิดปกติที่ต้องมาตรวจก่อนนัดได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้ ความเข้าใจผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับ การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
2. อธิบายถึงสาเหตุของโรคที่เป็นเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ มีความรู้เกี่ยวกับอาการและ สาเหตุของการเกิดโรคเพื่อจะได้นำไปปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง
3. แนะนำการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ เพื่อซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอได้แก่ ข้าวเนื้อสัตว์ไขมัน ผัก และผลไม้ แนะนำเรื่องการพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมงเพื่อให้ร่างกายฟื้นฟูได้ดียิ่งขึ้น แนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสมตามสภาพของผู้ป่วย เช่น การเดินรอบๆ บ้าน การสูดหายใจเข้าออกลึกๆ เป็นต้นเพื่อฟื้นฟูปอด แนะนำการรับประทานยาตามแผนการรักษาจนครบ
4. ให้ใบคำแนะนำวิธีสังเกตอาการทางระบบประสาท หากมีอาการผิดปกติเช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว มองเห็นภาพซ้อน มีอาเจียนพุ่งชักเกร็งกระตุก หรือหายใจหอบเหนื่อยได้ทันท่วงที
5. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและมาตรวจตามนัด

ประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติรับฟังสามารถบอกการปฏิบัติเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ เคลื่อนไหวร่างกายได้ดีไม่มีอาการปวดเวียนศีรษะหรือเหนื่อยหอบและทราบว่าถ้ามีอาการผิดปกติรีบมาพบแพทย์และโทรแจ้ง 1669 เพื่อให้การช่วยเหลือ

วิจารณ์ กรณีศึกษาผู้บาดเจ็บหลายระบบที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองร่วมกับเลือดออกในเยื่อหุ้มปอด

(Multiple trauma with acute subdural hemorrhage and hemothorax.) ผู้ป่วยได้ รับ การ ผ่า ตัด Craniotomy remove blood clot ถือว่าเป็นผู้ป่วยวิกฤต และมีโอกาส เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และมีอาการ เปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ร่วมกับผู้ป่วยมีการบาดเจ็บช่องอกจึงทำให้เกิดความยุ่งยากมากขึ้นในการดูแล รักษาพยาบาล หลังผ่าตัด ดูแลป้องกันการเกิด ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง โดยดูแลให้มีเลือดไปเลี้ยงสมองให้เพียงพอ ไม่ให้มีการเพิ่มขึ้นของความดันในกะโหลกศีรษะ สังเกตการเปลี่ยนแปลงของ neurological signs สังเกตภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ส่งเสริมการหายใจให้มีประสิทธิภาพ และมีภาวะช่องอกได้รับการบาดเจ็บก็เป็นสิ่งสำคัญที่จะส่งผลต่อการฟื้นตัวของเนื้อเยื่อสมองที่ได้รับบาดเจ็บ พยาบาลต้องตรวจสอบการทำงาน เครื่องช่วยหายใจโดยการดูแลตำแหน่งของท่อหายใจให้อยู่ตำแหน่งที่เหมาะสมตลอดเวลา ฟังปอดทั้งสองข้างได้ยินเสียงเท่ากัน ตรวจสอบรั้วที่ cuff ค่า tidal volume จากลมหายใจออกที่น้อยกว่าที่ตั้งไว้ หรือท่อที่เลื่อนลึกจนเป็นการ ventilate ปอดข้างเดียวจะมีค่า PIP (peak inspiratory pressure) ที่สูงขึ้น ฟังเสียงลมผ่านปอดได้ยินชัดเพียงด้านเดียว หรือมีค่า oxygen saturation ที่ต่ำลง การดูแลไม่ให้เกิดการอุดตัน หรือหักพับของท่อโดยการจัดตำแหน่งท่อให้เหมาะสม ไม่ให้เกิดการโค้งงอหรือหักพับ ป้องกันกีดท่อโดยการใส่ oropharyngeal airway การใช้

humidifier (ตั้งอุณหภูมิประมาณ 33-37°C) ช่วยป้องกันเสมหะเหนียวข้นจนอุดตันท่อหลอดลม ควรดูแลเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ ผู้ป่วยที่มีปัญหาการอุดตันของท่อหายใจจะเกิด high pressure alarm กรณีที่ตั้งเครื่องช่วยหายใจแบบกำหนดปริมาตรคงที่ การดูแลไม่ให้ความดันลมของ cuff มากหรือน้อยเกินไป โดยการวัด cuff pressure ควรปรับปริมาตรลมใน cuff ทุกครั้ง วันละ 3 ครั้งหรือทุก 8 ชั่วโมง ใส่ลมน้อยที่สุดที่สามารถป้องกันการรั่ว เมื่อทำการบีบลมเข้าปอดที่ความดันไม่เกิน 30 เซนติเมตรน้ำ การใส่ลมมากเกินไปทำให้เนื้อเยื่อหลอดลมขาดเลือด กรณีที่ใส่น้อยเกินไปทำให้มีลมรั่วขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ ทำให้ผู้ป่วย ได้รับการช่วยจากเครื่องน้อยกว่าที่ตั้งไว้ และอาจทำให้มีการสำลักของสิ่งแปลกปลอมสู่หลอดลมได้ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยต้องใช้แรงในการหายใจมากหลังผ่าตัด โดยใช้หลักการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด และเตรียมผู้ป่วยเพื่ออย่าเครื่องช่วยหายใจเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ พยาบาลปรึกษาแพทย์เพื่อวางแผนในการเริ่มให้ผู้ป่วย หย่าเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งมีขั้นตอน ดังนี้

- 1) ดูเส้นทางเดินหายใจให้โล่ง โดยการดูดเสมหะก่อนหย่าเครื่อง และบีบ self-inflating bag 2-3 ครั้ง จึงเริ่มหย่าเครื่องช่วยหายใจ
- 2) สอนและกระตุ้นให้ผู้ป่วย หายใจเข้าลึกๆ ช้าๆ และผ่อนลมหายใจออกช้าๆ
- 3) ให้ผู้ป่วยทดลองหายใจเอง โดยได้รับออกซิเจนและหายใจเองผ่านท่อรูปตัวที (T-piece) ตั้งปริมาณออกซิเจน 10 ลิตรต่อนาที สลับกับเครื่องช่วยหายใจ 2 ชั่วโมง ติดตามอัตราการหายใจของผู้ป่วย หากไม่เกิน 30 ครั้งต่อนาที และไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน ให้ผู้ป่วยทดลองหายใจเองผ่าน T-piece จนกระทั่งผู้ป่วยหายใจเองผ่าน T-piece โดยไม่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ จึงพิจารณาถอดท่อช่วยหายใจ เมื่อผ่านการประเมินความสามารถหย่าเครื่องหายใจได้ ต้องดูแลสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน ฝ้าติดตามความสามารถในการหายใจเอง จนครบ 2 ชั่วโมง โดยประเมินอาการและอาการแสดงของ ภาวะพร่องออกซิเจน ประเมินที่ 5 นาที 15 นาที 30 นาที และประเมินทุก 1 ชั่วโมง ถ้ามีอาการเปลี่ยนแปลง ให้หยุดการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ดังนี้ คือระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ซึมลง กระสับกระส่าย เหงื่อแตก ตัวเย็น ไข้กล้ามเนื้อในการช่วยหายใจมากขึ้น ปลายมือปลายเท้าเขียวริมฝีปากเขียว อัตราการหายใจมากกว่า 35 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 50 ครั้งต่อนาที หรือ มากกว่า 120 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน (SpO₂) น้อยกว่า 90 เปอร์เซ็นต์ หรือค่าความดันออกซิเจน ในเลือดแดง (PaO₂) น้อยกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท โดยการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบทดแทนบางส่วน เมื่อผ่านพ้นระยะวิกฤต ผู้ป่วยได้รับการบำบัดด้านการจัดการ ความเจ็บปวด การฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ พยาบาลมีการวางแผนการฟื้นฟูไว้ตั้งแต่ภายหลังการผ่าตัดได้บรรเทาอาการปวดรุนแรงในระยะ 24 ชั่วโมง แรกร่วมกับการประเมิน pain score เป็นระยะ มีการควบคุมระดับความเจ็บปวดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยจึงทำให้ผู้ป่วยรายนี้ฟื้นตัวได้เร็ว นอกจากนี้การฟื้นฟูสภาพปอดเริ่มการฟื้นฟูตามสภาพผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ และจนสามารถฟื้นฟูได้เต็มที่การพยาบาลในระหว่างใส่สายระบายทรวงอก จัดให้ขวดอยู่ห่างจากผู้ป่วย 2-3 ฟุต ดูแลไม่ให้สายพันหิ้งก้อ สังเกตการกะเพื่อมขึ้นลงของน้ำในแทงก์แก้ว ปลายหลอดแก้วต้องอยู่ใต้น้ำ 2 เซนติเมตร ฝึกให้ผู้ป่วย breathing exercise ดูแลแผลและระมัดระวังการเลื่อนหลุดของสายหรือการแตกของขวด ทำให้ถอดสายระบายทรวงอกได้ภายใน 5 วัน การวางแผนการดูแลต่อเนืองที่บ้านในผู้ป่วยหลังผ่าตัด Craniotomy & clot removal

(E) และมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด จึงได้ให้คำแนะนำการ ดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยสังเกตอาการผิดปกติ เช่นปวดศรีษะมากขึ้น ชักเกร็ง คลื่นไส้อาเจียนพุ่ง หรือผู้ป่วยซึมลงจนหมดสติ เมื่อมีอาการเหล่านี้ให้รีบนำผู้ป่วยกลับมาโรงพยาบาลทันทีอธิบายการป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุซ้ำประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหินลาด ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

สรุป

การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองร่วมกับเลือดออกในเยื่อหุ้มปอดพยาบาลต้องมีสมรรถนะการสื่อสารประสานความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ ณ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินอย่าง รวดเร็ว ส่งผลให้อัตราการตายหรือ พิการของผู้ป่วยลดลง

การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่บาดเจ็บหลายระบบในบทบาทของโรงพยาบาลชุมชน พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญ เป็นผู้ประเมิน ประสานงาน ร่วมทีมดูแลรักษาพยาบาล รวมถึงการพยาบาลส่งต่อผู้ป่วย และบทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการพัฒนาศักยภาพทีมกู้ชีพ กู้ภัย ในชุมชนให้สามารถประเมินอาการและแจ้งเหตุเพื่อขอความช่วยเหลือสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (1669) สามารถออกปฏิบัติการได้อย่างรวดเร็ว พร้อมอุปกรณ์ช่วยชีวิต ทำให้ผู้ป่วยลดการเสียชีวิต ลดภาวะแทรกซ้อน

ในโรงพยาบาลชุมชน พยาบาลประจำห้องฉุกเฉินควรมีการเตรียมความพร้อมของ บุคลากร เครื่องมือ อุปกรณ์ สำหรับรองรับอุบัติเหตุตลอด 24 ชั่วโมง ด้วยเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก F3 การมีระบบประสานงานความร่วมมือระบบส่งต่อที่รวดเร็วกับทีมแม่ข่ายโรงพยาบาลนครนายก ช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสปลอดภัยลดภาวะแทรกซ้อนได้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบตั้งแต่จุดเกิดเหตุ ระหว่างส่งต่อและการดูแลในโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย สามารถลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ควรมีการพัฒนากระบวนการดูแล ดังนี้

1. พัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน และทีมกู้ชีพ กู้ภัยในชุมชนในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ

2. พัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบเข้าสู่ระบบ Trama fast traceร่วมกับแม่ข่ายโรงพยาบาลนครนายก

3. มีการสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศให้คำปรึกษาทางไกล สำหรับพยาบาลในการดูแลเบื้องต้น และขณะส่งต่อ

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้น เป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของกรรมการ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์สมาน ฟอนพัก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากพลี นายแพทย์ศิวัต จันทรร อายูร แพทย์โรงพยาบาลนครนายก นายแพทย์ปฐมพงศ์ จิตรน้อม แพทย์ที่ปรึกษาชี้แนะและให้คำแนะนำ แก่ไขและปรับปรุง ขอขอบคุณ นางพรเพ็ญ กิตติสุนทรโรภาส หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลปากพลี และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษารายกรณีผู้ป่วยรายนี้

เอกสารอ้างอิง

นวลทิพย์, ธีระเดชากุล, นุชศรา พรหมชัย, และ นงลักษณ์ พลแสน. (2561).

Nuanthip, Teeradechakul, Nutsara Promchai, and Nonglak Phonsaen. (2018)

ประสิทธิผลการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บหลายระบบด้วย Multiple Injury Nursing Management Guideline. ว.การแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 33, 165-177.

Effectiveness in developing care for multi-system injured patients with the Multiple Injury Nursing Management Guideline. Medical Journal, Sisaket Hospital, Surin, Buriram, 33, 165-177.

นครชัย เพื่อนปฐม.(2562) แนวทาง เวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ (Clinical Practice Guidelines for Traumatic Brain Injury) กรุงเทพฯ : บริษัท พรอสเพอรัสพลัส จำกัด.

Nakhonchai Pueanpathom (2019) Guidelines Clinical Practice Guidelines for Traumatic Brain Injury (Clinical Practice Guidelines for Traumatic Brain Injury). Bangkok: Company Prosperus Plus Co., Ltd.

หงษ์กิตติยานนท์, ฐิตวันต์. (เข้าถึงเมื่อ วันที่ 6 กรกฎาคม 2566). ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม. ค้นหาจาก <https://www.google.com/search>

Hongkittiyanon, Thitawan. (Accessed on 6 July 2023). Orem's nursing theory. Search from <https://www.google.com/search>

เวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลปากพลี (2561-2566)

Medical records and statistics of Pak Phli Hospital (2018-2023)

สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. (เข้าถึงเมื่อ วันที่ 6 กรกฎาคม 2566). รายงานสถิติการแพทย์ฉุกเฉิน. เข้าถึงจาก <https://ws.niems.go.th/>

Office of Emergency Medical Services System. (Accessed on 6 July 2023). Emergency medical statistics report. Access from <https://ws.niems.go.th/>

ศศิธร วัต ศรี. (2023). การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะที่ต้องดูแลเป็นพิเศษที่บ้าน: กรณีศึกษา. วารสาร อนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ชุมชน, 8(1), 185-197.

Sasithorn Wat Sri. (2023) Nursing patients with brain injuries and undergoing craniotomy who require special care at home: a case study. *Journal. Environmental Health and Community Health*, 8(1), 185-197