

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดภายในช่องท้อง

: กรณีศึกษา

บุญชู กันบัวลา*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดภายในช่องท้อง โดยศึกษาในผู้ป่วยชาย อายุ 44 ปี ประสบอุบัติเหตุทางการจราจร มลพิษในพื้นที่นำส่งโรงพยาบาล แกร็บผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเต้นเร็ว จำเหตุการณ์ไม่ได้ พุดคุยสับสน GCS 14 คะแนน ศีรษะด้านขวาบวมโน ปวดศีรษะ ขาซ้ายท่อนล่างผิดรูป เจ็บหน้าอกขณะหายใจ ผลเอกซเรย์ทรวงอกมีกระดูกซี่โครงหักทั้ง 2 ข้างของทรวงอก ไม่มีลมหรือเลือดในช่องเยื่อหุ้มปอด ตรวจหน้าท้องกดเจ็บ ทำอัลตราซาวด์ตรวจหาของเหลวในช่องท้องเฉพาะจุดได้ผลบวก แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องและมีภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด บาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย กระดูกซี่โครงและกระดูกขาท่อนล่างหัก

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีข้อวินิจฉัยการพยาบาลทั้งหมด 8 ข้อ จำแนกเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด การหายใจไม่มีประสิทธิภาพจากกระดูกซี่โครงหัก มีภาวะสมองได้รับบาดเจ็บเนื่องจากศีรษะได้รับแรงกระแทกจากอุบัติเหตุ วิตกกังวลต่อความเจ็บป่วยเนื่องจากต้องเผชิญกับภาวะคุกคามชีวิต ปัญหาที่มีความเสี่ยงจะเกิดขึ้นจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำเกินเนื่องจากได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำและเลือดในอัตราการไหลที่เร็วและปริมาณมาก เสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บเนื้อเยื่อ เส้นเลือด เส้นประสาทบริเวณขาซ้ายท่อนล่าง เนื่องจากกระดูกหัก เสี่ยงต่อเกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดซ้ำและการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทสมองที่เลวลงจากพยาธิสภาพในสมองขณะส่งต่อ โดยมี การพยาบาลสำคัญ ได้แก่ การประเมินระดับความรู้สึกตัวและอาการทางระบบประสาทเพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากสมองได้รับบาดเจ็บ การดูแลเพื่อป้องกันภาวะสมองบวม การดูแลให้ทรวงอกเคลื่อนไหวน้อยที่สุด การจัดท่านอนศีรษะสูงและแนะนำเทคนิคการหายใจที่ทำให้ปอดขยายตัวดีขึ้น การป้องกันกระดูกซี่โครงที่หักที่หุ้มเนื้อปอดและเส้นเลือด การประเมินความรุนแรงของการมีเลือดออกในช่องท้องโดยการประเมินสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงทางหน้าท้อง การลดการเคลื่อนไหวอวัยวะส่วนที่กระดูกหัก การประเมินระบบประสาทและการไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายตามหลัก 7 Ps การลดความวิตกกังวล และการเตรียมความพร้อมการส่งต่อ ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระหว่างนำส่งสถานพยาบาลที่มีศักยภาพการดูแลรักษาสูงกว่า ซึ่งหลังให้การพยาบาลปัญหาทุกข้อได้รับการแก้ไขหมดไป ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตรอดชีวิต และส่งรักษาต่ออย่างปลอดภัย ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดภายในช่องท้องในการศึกษานี้ จึงควรนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดภายในช่องท้อง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านนา จังหวัดนครนายก

E-mail: boonchu4735@gmail.com

Nursing care of the multiple trauma patient with hypovolemic shock due to intra-abdominal bleeding: Case Study

Boonchu Kunbuala*

Abstract

This case study aims to study the nursing care of multiple trauma patients with hypovolemic shock due to intra-abdominal bleeding. The patient was a 44-year-old man with presented at the emergency department (ED) after a traffic accident with a Foundation car. During the first entry physical assessment, the patient had low blood pressure, tachycardia, can't remember events, confused the Glasgow Coma Scale 14 points, the right side of the head swollen, headache, and the lower left leg deformed. A chest x-ray showed a fractured rib on both sides and no Pneumothorax, The Focused Assessment with Sonography in Trauma (FAST) was a positive result. The doctor's diagnosis was blunt abdominal injury with hypovolemic shock, mild head injury, multiple fracture rib, and fracture of the lower left leg.

The result of the study found that the patient had a total of 8 nursing diagnoses and classified 4 nursing diagnoses of problems currently facing including Hypovolemic shock, Ineffective breathing from multiple fractured ribs, Brain injury due to the head receiving external force from the impact of an accident, and anxiety about illness due to life-threatening, there are risk problems will include risk of volume overload due to rapid intravenous fluid and blood and a large quantity, risk of injury tissue, blood vessels, and nerves at the lower left leg due to bone fracture, risk of recurrent hypovolemic shock and worsening neurologic symptoms due to brain pathology during referring to higher potential hospital. Important nursing care includes assessing the level of consciousness and neurological signs to monitor for complications from brain injury, prevention of brain edema, keeping the movement of the decreased chest wall, Fowler's position and suggestion of breathing techniques for increased lung expansion, prevention of the fracture ribs penetrating the lung blood vessel, evaluation of level severity of intra-abdominal bleeding is assessed by vital signs, abdominal signs, decrease movement of the left leg. Assessment neurovascular to the lower left leg according to the 7 Ps, a decrease of anxiety, preparing to refer assessment to continuous for change of clinical signs during referring to higher potential hospital. After providing nursing care all problems were completely resolved resulting in the out of critical condition, survival, and referred to safety. Therefore, the nursing of this study used in the next development of nursing quality.

Keywords: The multiple trauma patient, Hypovolemic shock due to intra-abdominal bleeding

* Professional Nurse, Banna Hospital Nakornnayok E-mail: boonchu4735@gmail.com

บทนำ

การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก ส่วนใหญ่เป็นการบาดเจ็บหลายระบบ (Multiple injury) ซึ่งมักเกิดการบาดเจ็บที่รุนแรงกับอวัยวะหลายอวัยวะพร้อมกัน และเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในเวลาอันรวดเร็ว โดยสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในผู้ป่วยอุบัติเหตุเกิดจากภาวะช็อก เนื่องจากสูญเสียเลือดจำนวนมากจากการบาดเจ็บของอวัยวะต่างๆ เช่น อวัยวะภายในช่องท้อง ปอด สมอง หัวใจ มีการอุดตันของทางเดินหายใจ และระบบการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ สมองได้รับการบาดเจ็บอย่างรุนแรง (ศจี พานวัน, ปิยธิดา บวรสุธาสิน, 2565, น. 34) ดังนั้นผู้ป่วยบาดเจ็บกลุ่มนี้จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาโดยเร็วที่สุด ช่วงเวลาที่สำคัญช่วงหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ คือ การดูแลที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งถือเป็นช่วงเวลาทอง (Golden period) ของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินร้อยละ 10-15 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บอยู่ในภาวะวิกฤตที่ต้องการการรักษาอย่างถูกต้อง เร่งด่วน ซึ่งผู้ป่วยประมาณร้อยละ 15.9 เสียชีวิตในช่วงเวลานี้ และประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสรอดชีวิตสูงขึ้นถ้าได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง (สุพัตรา อยู่สุขและคณะ, 2560, น.41)

โรงพยาบาลบ้านนาเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 90 เตียง ไม่มีแพทย์เฉพาะทางสาขาศัลยศาสตร์ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีแพทย์หมุนเวียนอยู่เวร ประจำห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง และมีพยาบาลวิชาชีพประจำห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางเวชปฏิบัติฉุกเฉิน จำนวน 3 คน ศักยภาพในการดูแลรักษาผู้บาดเจ็บ สามารถการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่จุดเกิดเหตุ จนถึงโรงพยาบาล โดยยึดตามหลักการ ATLS และให้การดูแลรักษาเบื้องต้น ได้แก่ การกู้ชีพ การผ่าตัดเล็ก การทำหัตถการที่ไม่ซับซ้อน เพื่อประคองชีพผู้บาดเจ็บก่อนส่งต่อสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าในเครือข่าย ได้แก่ โรงพยาบาลนครนายก และโรงพยาบาลสระบุรี จากสถิติปี พ.ศ. 2563 ถึงปี พ.ศ. 2565 พบมีผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ เท่ากับ 10, 16 และ 14 ราย ตามลำดับ โดยในปี พ.ศ. 2564 และ 2565 มีผู้ป่วยเสียชีวิตที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินปีละ 2 ราย ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่มีโอกาสรอดชีวิต (Ps) 2 ราย ในขณะที่เดียวกันยังพบว่า มีผู้ป่วยบางรายไปเสียชีวิตที่โรงพยาบาลแม่ข่ายที่รับผู้ป่วยไปดูแลต่อภายในระยะเวลา 24 ชั่วโมงหลังการส่งต่อ (ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านนา, 2566) ซึ่งจากทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่เสียชีวิตที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบปัญหา การประเมินไม่ครอบคลุมอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ การติดตาม ประเมินซ้ำไม่ต่อเนื่อง การส่งตรวจวินิจฉัยมากเกินไปจนความจำเป็น พยาบาลที่หมุนเวียนมาปฏิบัติงานที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินขาดความรู้ และทักษะในการประเมินผู้ป่วยวิกฤต โดยเฉพาะสัญญาณเตือนของการเกิดภาวะช็อก ทำให้เกิดความล่าช้าในการดูแลรักษาผู้ป่วยจึงมีอาการทรุดลง และเสียชีวิตในที่สุด จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นปัญหาการประเมินและค้นหาภาวะคุกคามชีวิต การเฝ้าระวัง ติดตามอาการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้การดูแลอย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล ผู้ขอประเมินในฐานะหัวหน้าห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จึงสนใจศึกษาผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกรณีศึกษา โดยการคัดเลือกศึกษาในผู้ป่วย 1 ราย ซึ่งการศึกษาเน้นกระบวนการพยาบาล ปัญหา อุปสรรคในการกระบวนการดูแลผู้ป่วย เพื่อนำสู่การปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดภายในช่องท้อง

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชาย อายุ 44 ปี เข้ารับการรักษา วันที่ 12 กันยายน พ.ศ. 2566 เวลา 11.22 น. โดยมูลนิธิร่วมกตัญญูนำส่ง การวินิจฉัยโรค Blunt abdominal injury with shock , Mild head injury, Multiple rib fractures, fracture lower left leg จำหน่ายส่งต่อวันที่ 12 กันยายน พ.ศ. 2566 เวลา 12.35 น. รวมระยะเวลาเข้ารับการรักษารวม 1 ชั่วโมง 13 นาที ระยะเวลาส่งต่อ 30 นาที

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ขับรถจักรยานยนต์ชนกับรถเก๋ง จำเหตุการณ์ไม่ได้ 20 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 20 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล ขับรถจักรยานยนต์ชนกับรถเก๋ง ไม่ทราบสลับหรือไม่ จำเหตุการณ์ไม่ได้ ผู้ป่วยดื่มสุราก่อนเกิดอุบัติเหตุ ไม่สวมหมวกกันน็อก มูลนิธิร่วมกตัญญูนำส่งโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ไม่มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อร้ายแรง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือโรคทางพันธุกรรม และประวัติการผ่าตัดใดๆ

สรุปอาการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย

เวลา 11.22 – 11.37 น. ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประเมินสภาพร่างกาย แรกรับผู้ป่วยรู้ตัว จำเหตุการณ์ไม่ได้ ปวดศีรษะด้านซ้ายและขาซ้าย pain score 5 คะแนน เจ็บหน้าอกขณะหายใจเข้า แน่นหน้าอกบริเวณชายโครงซ้าย กระสับกระส่าย ถามหาญาติตลอดเวลา GCS 14 คะแนน (E4V4M6), Pupil \emptyset 2 mm RTL BE, BP= 87/55 mmHg, PR= 113 beat/min, RR= 20 beat/min, BT= 36.8 °C , O₂ sat = 91%, DTX= 206 mg% ศีรษะข้างขวาวมโนขนาด 5 x 5 cm บริเวณเหนือหูขวามีแผลฉีกขาดขนาด 0.5 x 3 x 0.5 cm หน้าอกและชายโครงซ้ายมีแผลถลอกขนาด 10 x 10 cm ฟังเสียงปอดไม่พบเสียงแทรกผิดปกติ ท้องน้อยด้านขวา เขียวข้ำมีแผลถลอก ขนาด 5 x 5 cm มี generalized tenderness ไม่มี guarding ขาข้างซ้ายมีแผลถลอก ขนาด 1 x 3 cm และท่อนล่างผิดปกติ ใส่ long leg splint ไว้ แพทย์วินิจฉัยโรคเป็น Blunt abdomen injury with shock , Mild head injury ให้การดูแลรักษาด้วยการเปิดเส้นเลือดดำ 2 เส้น และให้ RLS 1,000 ml ⑤ load (แขนซ้าย) RLS 500 ml ⑤ load (แขนขวา) พร้อมส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, PT,PTT, INR, BUN, Creatinine, GFR, Electrolyte, Ethanol, จอง PRC gr O 2 unit (Uncross match), dT 0.5 ml ④ และ O₂ Mask with bag 10 lit/min retained Foley's catheter เพื่อบันทึกปริมาณปัสสาวะ

เวลา 11.38 – 11.49 น. แพทย์ทำ FAST พบ positive บริเวณ Hepato - Renal และ Spleen Chest x-ray (portable) พบ fracture rib 7th , 8th ข้างซ้าย และ 8th, 9th ข้างขวา ไม่มี Pneumo-hemothorax หลังผู้ป่วยได้รับ RLS ⑤ load ประมาณ 1,000 ml สัญญาณชีพมีแนวโน้มดีขึ้น BP= 105/71 - 125/85 mmHg, PR= 97-100 beat/min, RR= 24 /min, O₂sat = 100 % ลด rate RLS ⑤ เหลือ 120 ml/hr

เวลา 11.52 – 12.26 น. Suture แผลบริเวณเหนือหูข้างขวา ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบ CBC ค่า Hemoglobin ต่ำ = 10.8 g/dl, Hct ต่ำ = 31.4 % ส่วนผล PT, PTT, INR, BUN, Creatinine, GFR, Electrolyte, Ethanol อยู่ในเกณฑ์ปกติ แพทย์ให้ PRC gr. O 2 unit ⑤ drip ไม่เกิดปฏิกิริยาจากการให้เลือด BP = 106/74 - 117/79 mmHg, PR = 100 - 106 beat/min, RR= 24 beat/min, O₂sat = 97-100 % แพทย์พิจารณาส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลนครนายก

เวลา 12.26 – 12.34 น. ติดต่อโรงพยาบาลนครนายก ตอรับการส่งต่อ ได้เตรียมความพร้อมผู้ป่วย บุคลากรนำส่ง ยา สารน้ำ อุปกรณ์ เครื่องมือที่จำเป็น O₂ tank พนักงานขับรถ และรถ Ambulance

เวลา 12.35 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS 15 คะแนน (E4V5M6) pupils Ø 2 mm RTL BE, BP = 103/63 mmHg, PR= 118 beat /min, RR= 20 beat /min, O₂ sat 96 % urine ออก 40 ml/hr Capillary refill time 1.5 วินาที ไม่ปวดศีรษะ ยังปวดขาซ้าย pain score 3 คะแนน เคลื่อนย้ายผู้ป่วยเพื่อส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาลนครนายก

เวลา 12.50 - 13.20 น. ระหว่างนำส่ง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS 15 คะแนน (E4V5M6) pupils Ø 2 mm RTL BE, BP = 120/72 - 122/79 mmHg, PR = 118 -120 beat /min, RR= 20 beat /min, O₂ sat 98 %
การวางแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการเสียเลือดภายในช่องท้อง

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยสับสน กระสับกระส่าย บริเวณท้องน้อยด้านขวาเขียวซ้ำ มีแผลถลอกขนาด 5 x 5 cm กดเจ็บทั่วท้อง (Generalized tenderness) BP= 87/55 mmHg, PR =113 beat/min, RR= 20 beat/min, O₂ sat= 91% ทำ FAST=positive บริเวณ Hepato-renal และ Spleen เยื่อぶตาซีดเล็กน้อย ผล CBC พบ Hemoglobin (Hb) ต่ำ= 10.8 g/dl Hematocrit (Hct) ต่ำ = 31.4%

วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด

เกณฑ์การประเมินผล: SBP= 90-120 mmHg ,PR=60-100 beat/min, RR=12-20 beat/min, MAP ≥ 65 mmHg, O₂ sat ≥ 94%, GCS เท่าเดิม/ไม่ลดลง, Capillary refill time ≤ 2 วินาที urine output ≥ 0.5 ml/kg/hr

กิจกรรมการพยาบาล:

1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที ถ้าพบ BP < 90/60 mmHg, Pulse pressure < 20 mmHg, Pulse เบาเร็ว คลำได้ไม่ชัดเจน, MAP < 65 mmHg รายงานแพทย์ทันที
2. ประเมินระดับความรู้สึกตัวทุก 15 นาที หากพบระดับความรู้สึกตัวลดลง รายงานแพทย์ทันที
3. เปิดหลอดเลือดดำด้วยเข็มเบอร์ 18 บริเวณแขนทั้งสองข้าง จำนวน 2 เส้น และดูแลให้ RLS 1,000 ml ⑤ load (แขนซ้าย) RLS 500 ml ⑤ load (แขนขวา) ตามแผนการรักษา เพื่อรักษาระบบไหลเวียนเลือดให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย
4. เจาะเลือดส่งตรวจ CBC, BUN, Creatinine, Electrolyte, PT, PTT, INR, จอง PRC gr O 2 unit (uncross match)
5. ดูแลให้ PRC gr O 2 unit ⑤ drip ตามแผนการรักษา สังเกตปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์จากการให้เลือด

6. Retained foley's catheter บันทึกจำนวน urine ทุก 1 ชั่วโมง ถ้า urine ออก < 0.5 ml/kg/hr หรือ < 30 ml/hr รายงานแพทย์ทันที

7. ดูแลให้ O₂ Mask with bag 10 lit/min ประเมินและติดตามค่า O₂ sat อย่างต่อเนื่อง โดย keep O₂ sat ≥ 94%

8. ประเมิน Adequate organ perfusion จากค่า MAP ≥ 65 mmHg, urine > 0.5 ml/ kg/ hr, Capillary refill time < 2 วินาที

9. เจาะ Hematocrit และติดตามผล หากพบ Hematocrit < 30 % รายงานแพทย์ทันที

ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS= 15 คะแนน (E4V5M6) BP= 103/63 mmHg, PR= 118 beat /min, RR= 20 beat /min, MAP=76 mmHg, O₂ sat= 96 % Capillary refill time= 1.5 วินาที urine ออก 40 ml/hr

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากมีกระดูกซี่โครงหัก

ข้อมูลสนับสนุน: ผล Chest x-ray (Portable) พบ fracture rib 7th , 8th ข้างซ้าย และ 8th, 9th ข้างขวา ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกทั้ง 2 ข้าง ขณะหายใจแรงๆ แน่นหน้าอกบริเวณชายโครงซ้าย

วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อส่งเสริมการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น และเพื่อให้เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล: ไม่มีอาการและอาการแสดงของการหายใจลำบาก ได้แก่ ใช้กล้ามเนื้อไหล่ คอ หรือ กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยในการหายใจ หายใจจุกบวม หายใจทางปาก พบเสียงการหายใจผิดปกติ RR=12-20 beat/min จังหวะสม่ำเสมอ PR=60-100 beat/min จังหวะสม่ำเสมอ ความแรงไม่เบาลงจากเดิม O₂ sat ≥ 94%

กิจกรรมการพยาบาล:

1. ประเมินและสังเกตลักษณะการหายใจ อัตราการหายใจ เพื่อเฝ้าระวังภาวะการหายใจลำบาก
2. จัดท่านอนหงายศีรษะสูง เพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดีขึ้นและป้องกันกระดูกซี่โครงที่หักที่มุดและ เส้นเลือด
3. ดูแลให้นอนพักโดยสมบูรณ์ (Absolut bed rest) เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของร่างกาย และลดการ เคลื่อนไหวของทรวงอก
4. ฟังเสียงการหายใจเข้าและหายใจออก สังเกตการขยายของปอดทั้งสองข้าง เพื่อประเมินการมีลม หรือเลือดในช่องเยื่อหุ้มปอด ทางเดินหายใจโล่งหรือไม่
5. เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อร่างกายขาดออกซิเจน ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว ลดลง กระสับกระส่าย การหายใจไม่สม่ำเสมอ หายใจเข้าลึกกว่าหายใจออก หายใจหอบ ริมฝีปาก เล็บมือ เล็บเท้า เขียวคล้ำ ความดันโลหิตต่ำ
6. แนะนำให้ผู้ป่วยหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมหรือกล้ามเนื้อหน้าท้อง เพื่อเพิ่มการขยายตัวของ ทรวงอก การแลกเปลี่ยนก๊าซภายในปอด และลดแรงที่ใช้ในการการหายใจ
7. ดูแลให้ O₂ Mask with bag 10 lit/min เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนในเลือด
8. ติดตามค่า O₂ sat อย่างต่อเนื่อง โดย keep O₂ sat ≥ 94%

9. เตรียมอุปกรณ์ใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยกรณีมีภาวะการหายใจล้มเหลวอย่างทันที
ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยเจ็บหน้าอกขณะหายใจลดลง หายใจสม่ำเสมอ ไม่เหนื่อย ฟังเสียงการหายใจไม่พบเสียงแทรกผิดปกติ O₂ sat 96 %

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีการกำซาบเนื้อเยื่อสมองลดลงเนื่องจากสมองได้รับบาดเจ็บ

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยขับมอเตอร์ไซด์ชนกับรถเก๋ง ไม่ทราบศีรษะกระแทกกับสิ่งใด แรกได้รับผู้ป่วยพูดคุย สับสน GCS 14 คะแนน (E4V4M6) จำเหตุการณ์ไม่ได้ ปวดศีรษะด้านซ้าย ศีรษะด้านขวาบวมขนาด 5 x 5 cm แพทย์วินิจฉัยเป็น Mild head injury

วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อให้ผู้ป่วยมีการกำซาบเนื้อเยื่อสมองเพียงพอหรือดีขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล: SBP= 90-120 mmHg ,PR=60-100 beat/min, RR=12-20 beat/min, MAP \geq 65 mmHg, O₂ sat \geq 94%, GCS เท่าเดิม/ไม่ลดลงตั้งแต่ 2 คะแนนขึ้นไป pupil ทั้ง 2 ข้างเท่ากัน มีปฏิกิริยาต่อแสง แขนขาทั้ง 2 ข้าง เคลื่อนไหวได้ กำลังกล้ามเนื้อเกรด 5 ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะอย่างรุนแรง
กิจกรรมการพยาบาล:

1. ประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว (GCS) ขนาดและการมีปฏิกิริยาต่อแสงของรูม่านตา (pupils) ทั้ง 2 ข้าง การเคลื่อนไหวของแขนขา (limb movements) ทั้ง 2 ข้าง ทุก 15 - 30 นาที

2. จัดทำให้ออนศีรษะสูง 30 องศา ศีรษะและคออยู่ในแนวเดียวกัน ไม่บิดหมุนซ้ายขวา เพื่อส่งเสริมให้เลือดดำจากสมองไหลกลับดีขึ้น และป้องกันการกดทับหลอดเลือดดำส่วนคอ

3. สังเกตอาการและอาการแสดงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บสมอง ได้แก่ GCS ลดลงจากเดิม 2 คะแนน รูม่านตาทั้ง 2 ข้างไม่เท่ากัน แขนขาข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรง ปวดศีรษะอย่างรุนแรง คลื่นไส้ อาเจียน ชักเกร็ง

4. เจาะและติดตามค่าน้ำตาลในเลือด และควบคุมให้อยู่ในช่วง 80-180 mg% เพื่อป้องกันการเผาผลาญกลูโคสแบบไม่ใช้ออกซิเจนซึ่งทำให้เกิดกรดในเลือดนำไปสู่การเกิดภาวะสมองบวม

5. ดูแลให้ O₂ Mask with bag 10 lit/min เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนในเลือดไปเลี้ยงสมอง

ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่สับสน GCS 15 คะแนน (E4V5M6) pupils \emptyset 2 mm RTL BE แขน ขาทั้ง 2 ข้าง ไม่เกร็ง ไม่อ่อนแรง กำลังกล้ามเนื้อเกรด 5 (ยกเว้นขาซ้ายท่อนล่างกระดูกหัก) ไม่ปวดศีรษะ BP = 103/63 mmHg, PR= 118 beat /min, RR= 20 beat /min

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำเกินเนื่องจากได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำและเลือดในอัตราการไหลที่เร็วและปริมาณมาก

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการเสียเลือด ได้รับการเปิดหลอดเลือดดำด้วยเข็มเบอร์ 18 บริเวณแขนทั้งสองข้าง จำนวน 2 เส้น และให้ RLS 1,000 ml \textcircled{V} load (แขนซ้าย) RLS 500 ml \textcircled{V} load (แขนขวา) ได้รับ PRC 2 unit \textcircled{V} drip 200 ml/hr

วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อป้องกันการเกิดภาวะน้ำเกิน

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยไม่มีอาการหายใจเหนื่อย ไม่พบเสียงการหายใจ Wheezing หรือ Crepitation RR =12-20 beat/min จังหวะสม่ำเสมอ O₂ sat \geq 94% ไม่มีเสมหะเป็นฟองสีชมพู นอนราบได้ ผล Chest x-ray ไม่พบ Pulmonary congestion

กิจกรรมการพยาบาล:

1. ประเมินอัตราการหายใจ และสังเกตลักษณะการหายใจ ทุก 15-30 นาที
2. ประเมินภาวะน้ำเกินในร่างกาย ได้แก่ ฟังเสียงหายใจผิดปกติ เช่น wheezing และ crepitation หายใจเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ไอมีเสมหะเป็นฟองสีชมพู
3. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและเลือดตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด
4. เมื่อประเมินได้ว่าผู้ป่วยได้รับสารน้ำเพียงพอต่อความต้องการ รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาลดอัตราการไหลของสารน้ำทางหลอดเลือดดำ
5. ประเมินและติดตามค่า O_2 sat อย่างต่อเนื่อง
6. บันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกายทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย

ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยนอนราบได้ หายใจไม่เหนื่อย RR= 20 beat/min, O_2 sat =96% ไม่มีอาการไอ ฟังเสียงหายใจไม่พบเสียง wheezing และ crepitation

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บเนื้อเยื่อ เส้นเลือด เส้นประสาทบริเวณขาซ้ายท่อนล่าง เนื่องจากกระดูกหัก

ข้อมูลสนับสนุน: ขาซ้ายท่อนล่างผิดรูป และมีอาการปวด pain score 5 คะแนน

วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ เส้นเลือด เส้นประสาทบริเวณขาซ้ายท่อนล่าง

เกณฑ์การประเมินผล: ขาข้างซ้ายไม่ซีด ไม่บวม ผิวหนังอุ่น คลำชีพจรหลังเท้าได้ แรงดี

กิจกรรมการพยาบาล:

1. ดูแลให้ขาซ้ายเคลื่อนไหวน้อยที่สุดโดยใส่ long leg splint ไว้
2. ประเมินการทำงานของระบบประสาทและการไหลเวียนเลือด (Neurovascular) ที่ไปเลี้ยงขาซ้ายส่วนล่าง ตามหลัก 7 Ps ได้แก่ อาการปวด (Pain) ซีด (Pallor) บริเวณฐานเล็บ และ Capillary refill time โดยการกดที่เล็บ (ค่าปกติไม่เกิน 2 วินาที) ผิวหนังเย็น (Polar) โดยการสัมผัสอุณหภูมิของผิวหนังขาซ้ายส่วนล่าง อาการอ่อนแรง (Paralysis) โดยการให้เคลื่อนไหวและขยับนิ้วเท้าซ้าย อาการชา (Paresthesia) โดยการสัมผัสและการสอบถามผู้ป่วย ชีพจรส่วนปลาย (Pulselessness) โดยคลำชีพจรบริเวณหลังเท้า (Dorsalis pedis) และอาการบวม ตึง (Puffiness)
3. ยกขาข้างซ้ายสูงเพื่อส่งเสริมการไหลกลับของเลือดดำ ไม่ให้เลือดดำคั่งส่วนปลาย ทำให้ลดบวมและความปวด
4. ตรวจสอบอุปกรณ์ long leg splint ที่ใส่อยู่ไม่ให้คับ หรือบีบรัดแน่นเกินไป เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงส่วนปลายและการไหลกลับของเลือดดำได้สะดวก

ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยปวดขาซ้ายลดลง pain score 3 คะแนน ผิวหนังบริเวณขาซ้ายท่อนล่างไม่ซีด ไม่เย็น ขยับนิ้วเท้าได้ ไม่ชา คลำชีพจรหลังเท้าได้ แรงดี Capillary refill time 1.5 วินาที

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อของบาดแผลเปิดเนื่องจากการปนเปื้อนเชื้อจากสิ่งแวดล้อมขณะเกิดอุบัติเหตุ

ข้อมูลสนับสนุน: บริเวณเหนือหูข้างขวามีแผลฉีกขาดขนาด 0.5 x 3 x 0.5 cm หน้าอกและชายโครงซ้ายมีแผลถลอกขนาด 10 x 10 cm ท้องน้อยด้านขวา เขียวช้ำ มีแผลถลอก ขนาด 5 x 5 cm ขาข้างซ้ายมีแผลถลอกขนาด 1 x 3 cm

วัตถุประสงค์การพยาบาล: ป้องกันการติดเชื้อที่บาดแผลเปิด

เกณฑ์การประเมินผล: แผลไม่มี discharge เป็นหนอง บริเวณแผลไม่บวม แดง ร้อน ไม่มีไข้

กิจกรรมการพยาบาล:

1. ดูแลทำความสะอาดแผลถลอก และเย็บแผลฉีกขาดบริเวณเหนือหูข้างขวา ด้วยหลัก Aseptic technique เพื่อป้องกันการติดเชื้อและส่งเสริมกระบวนการหายของแผล

2. ฉีด dT 0.5 ml (M) ตามแผนการรักษา

3. แนะนำผู้ป่วยเรื่องการดูแลบาดแผล และสังเกตอาการที่บ่งชี้ว่าแผลติดเชื้อ

ประเมินผลการพยาบาล: แผลมี discharge ซึมสีเหลือง รอบแผลไม่บวม แดง ร้อน BT= 36.0 °C

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง

ข้อมูลสนับสนุน: DTX = 206 mg%

วัตถุประสงค์การพยาบาล: ป้องกันอันตรายจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ กระหายน้ำ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน หายใจเหนื่อย สับสน ซึม หมดสติ ระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในช่วง 80-180 mg%

กิจกรรมการพยาบาล:

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

2. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำที่ไม่มีส่วนผสมของกลูโคส ได้แก่ RLS (V) drip 120 ml/hr ตามแผนการรักษา

3. ตรวจสอบและประเมินค่าระดับน้ำตาลในเลือดตามแผนการรักษา

ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการกระหายน้ำ คลื่นไส้ และอาเจียน ยังไม่ได้รับการประเมินระดับน้ำตาลในเลือดซ้ำ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยวิตกกังวลต่อความเจ็บป่วยเนื่องจากต้องเผชิญกับภาวะคุกคามชีวิต

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล ไม่สบายใจ

วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยมีสีหน้าผ่อนคลาย และบอกว่าสบายใจขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล:

1. ประเมินความวิตกกังวลของญาติจากสีหน้า ท่าทาง และความร่วมมือในการดูแลรักษา

2. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ

3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและระบายความรู้สึก และตอบข้อซักถามอย่างตรงประเด็นและชัดเจน

4. ประสานกับแพทย์เพื่ออธิบายเกี่ยวกับโรค และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจ และมั่นใจในการรักษา

5. พุดคุยให้กำลังใจ และแจ้งความก้าวหน้าในการดูแลรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยเป็นระยะๆ

6. แนะนำการเทคนิคการผ่อนคลายความวิตกกังวล เช่น การฝึกหายใจ การทำสมาธิ การกำหนดลมหายใจ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

ประเมินผลการพยาบาล: หลังจากแพทย์ให้ข้อมูลการเจ็บป่วยและแผนการรักษา รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ผู้ป่วยมีสีหน้าคลายวิตกกังวล และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 เสี่ยงต่อเกิดภาวะช็อกจากสูญเสียเลือดซ้ำและการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทสมองที่เลวลงจากพยาธิสภาพในสมองขณะส่งต่อ

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขภาวะวิกฤต คือ ภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดในช่องท้อง แต่สาเหตุการสูญเสียเลือดในช่องท้องยังไม่ได้รับการแก้ไข ซึ่งแพทย์ต้องส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลนครนายก รวมทั้งผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะยังอยู่ในระยะสังเกตอาการของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ

วัตถุประสงค์การพยาบาล: เผื่อระวังภาวะช็อกจากสูญเสียเลือดซ้ำและอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทสมองที่เลวลงขณะส่งต่อ

เกณฑ์การประเมินผล: SBP= 90-120 mmHg ,PR=60-100 beat/min, RR=12-20 beat/min, MAP \geq 65 mmHg, O₂ sat \geq 94%, Capillary refill time \leq 2 วินาที urine output \geq 0.5 mL/kg/hr GCS เท่าเดิมหรือไม่ลดลงตั้งแต่ 2 คะแนนขึ้นไป pupil ทั้ง 2 ข้างเท่ากัน มีปฏิกิริยาต่อแสง แขนขาทั้ง 2 ข้าง เคลื่อนไหวได้ กำลังกล้ามเนื้อเกรด 5

กิจกรรมการพยาบาล:

1. ประเมินความพร้อมผู้ป่วยก่อนการเคลื่อนย้ายตามหลัก ABCD ดังนี้
 - A: Airway ทางเดินหายใจโล่งดี ไม่มีเสมหะ เสียงครืดคราดในลำคอ หรือสิ่งอุดกั้นทางเดินหายใจ
 - B: Breathing ประเมินการหายใจ ทั้งอัตรา ลักษณะของการหายใจ ความสม่ำเสมอ เสียงลมหายใจ และค่า O₂ sat
 - C: Circulation ประเมินระบบการไหลเวียนโลหิต ดูอัตราการเต้นของหัวใจ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ และความดันโลหิตว่ามีความผิดปกติ และมีความคงที่หรือไม่
 - D: Disability ประเมินระดับความรู้สึกตัว โดยใช้ Glasgow Coma Score
 - D: Drainage & Splint ตรวจสอบการยึดตรึง (strap) ของท่อและสายระบายต่างๆ ให้มั่นคง ดูแลให้มีการตาม (splint หรือ immobilization) อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เตรียมบุคลากรในการนำส่ง คือ พยาบาล จำนวน 2 คน
3. ตรวจสอบและเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์และเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็นในรถพยาบาล ได้แก่ อุปกรณ์ในการช่วยหายใจ Oxygen tank เครื่องวัดสัญญาณชีพ เครื่องวัด O₂ sat เครื่องดูดเสมหะ
4. ตรวจสอบและเตรียมความพร้อมของยาและเวชภัณฑ์ในกระเป๋าฉุกเฉิน (Emergency bag)
5. ดูแลระหว่างการนำส่งผู้ป่วย ได้แก่ ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินระดับความรู้สึกตัว ขนาด และการมีปฏิกิริยาต่อแสงของรูม่านตา ทั้ง 2 ข้าง การเคลื่อนไหวของแขนขาทั้ง 2 ข้าง ทุก 15 นาที ประเมิน

O₂ sat อย่างต่อเนื่อง ประเมินและบันทึกปริมาณปัสสาวะ เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก และภาวะพร่องออกซิเจน จัดทำนอนหงาย ศีรษะสูง 30 องศา ให้ O₂ Mask with bag 10 lit/min

6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแผนการรักษาก่อนการส่งต่อ ได้แก่ RLS 1,000 ml $\text{\textcircled{V}}$ drip rate 120 ml/hr

7. ประเมินอาการแสดงทางหน้าท้องที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีเลือดออกในช่องท้องเพิ่มขึ้น ได้แก่ ท้องอืด มี guarding

ประเมินผลการพยาบาล: ระหว่างการนำส่ง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS 15 คะแนน (E4V4M6) BP =120/72-122/79 mmHg, PR= 118-120 beat/min, RR= 20 beat/min, O₂ sat= 98%

การติดตามผู้ป่วยภายหลังจำหน่าย

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคว่ามี Liver and Spleen laceration เลือดหยุดแล้ว ไม่ได้ทำผ่าตัด มี Fracture left tibia and fibula ได้รับการทำผ่าตัด Open Reduction and Internal Fixation (ORIF) left tibia and fibula นอนพักรักษาตัวอยู่โรงพยาบาลนครนายก 24 วัน จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน และส่งกลับมาติดตามอาการเป็น OPD case เมื่อวันที่ 16 ตุลาคม พ.ศ. 2566 ที่โรงพยาบาลบ้านนา พบแผล ORIF ติดเชื้อ ระยะแรกนัดมาทำแผลทุกวัน และเมื่อแผลดีขึ้นจึงนัดมาทุกสัปดาห์อย่างต่อเนื่อง พร้อมให้คำแนะนำในการดูแลแผล จนปัจจุบันแผลไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อ ขนาดแผลแคบลงและดีขึ้น ลักษณะแดงดี ได้ส่งต่อไปทำแผลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแหลมไม้ย้อย

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยรายนี้ประสบอุบัติเหตุทางการจราจร ได้รับการประเมินสภาพการบาดเจ็บและดูแลเบื้องต้น ณ สถานที่เกิดเหตุก่อนนำส่งโรงพยาบาลจากมูลนิธิในพื้นที่ โดยใส่ Philadelphia, long spinal board, long leg splint ขาข้างซ้ายไว้ ทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้หรือบาดเจ็บเพิ่มจากการเคลื่อนย้าย และเมื่อมาถึงห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คือ ประเมินสภาวะผู้ป่วย อาการเพื่อคัดกรองผู้ป่วยอย่างรวดเร็วตามหลัก Primary survey จัดลำดับความรุนแรงของการบาดเจ็บโดยเฉพาะภาวะคุกคามชีวิต (สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551, น. 140) ทำให้พบว่าผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด ส่งผลให้การดูแลรักษาแก้ไขภาวะช็อกอย่างทันเวลาภายใน 1-2 ชั่วโมง หลังเกิดภาวะช็อก (สุพัตรา อยู่สุขและคณะ, 2560, น. 41) ได้แก่ การให้สารน้ำทดแทนอย่างเพียงพอ การให้ O₂ การเตรียมเลือดและให้เลือด การเฝ้าระวังภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ส่งผลให้ระบบไหลเวียนเลือดกลับสู่สภาวะปกติอย่างรวดเร็ว ภายหลังแก้ไขภาวะช็อกแล้ว ได้ทำการประเมินเพิ่มเติมตามหลัก Secondary survey เพื่อวิเคราะห์ปัญหาอื่นอย่างเป็นระบบ⁴ (สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551, น. 141) โดยตรวจร่างกายเพิ่มเติม ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เอกซเรย์ทรวงอก ทำอัลตราซาวด์หน้าท้องเฉพาะจุด โดยพบว่าผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ระดับเล็กน้อย กระดูกซี่โครงหักทั้ง 2 ข้างของทรวงอก และมีเลือดออกในช่องท้อง กระดูกขาซ้ายท่อนล่างหัก ซึ่งได้ให้การพยาบาลตามแนวทางการปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ กระดูกซี่โครงหัก มีเลือดออกในช่องท้อง กระดูกส่วนปลายหัก เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและป้องกันการเกิดอาการที่รุนแรงขึ้น ได้แก่ การประเมินระดับความรู้สึกตัวและอาการทางระบบประสาทเพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากสมอง

ได้รับบาดเจ็บ การดูแลเพื่อป้องกันภาวะสมองบวม การดูแลให้ทรงอกเคลื่อนไหวน้อยที่สุด การจัดท่านอน และแนะนำเทคนิคการหายใจที่ทำให้ปอดขยายตัวดีขึ้น การป้องกันการหักของกระดูกซี่โครงที่มึนเข้าไปในเนื้อปอด จนทำให้มีการฉีกขาดของเส้นเลือดหรือเนื้อปอด (สหัส บิลละหลิ้ม, 2560, น. 18). การประเมินความรุนแรงของการมีเลือดออกในช่องท้องโดยการประเมินสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงทางหน้าท้อง (อุไรพร ศิริเทพ, 2562, น. 49) การลดการเคลื่อนไหวอวัยวะส่วนที่กระดูกหัก โดยทำให้อวัยวะส่วนนั้นอยู่นิ่ง และการประเมินระบบประสาท และการไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายที่มีกระดูกหัก (Neurovascular status) ตามหลัก 7 Ps⁷ (กุลพัชร จุลสำลี, 2562, น. 14) นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้รับการประเมินด้านจิตใจ โดยเฉพาะความวิตกกังวล และดูแลประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รวมทั้งการเตรียมความพร้อมในการดูแล ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงในระหว่างนำส่งสถานพยาบาลที่มีศักยภาพการดูแลรักษาสูงกว่า โดยหลังจากได้รับการรักษาพยาบาลดังกล่าว ส่งผลให้ปัญหาสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วยได้รับการแก้ไขเบื้องต้น โดยพ้นภาวะวิกฤต รอดชีวิต และส่งรักษาต่ออย่างปลอดภัย

ข้อเสนอแนะ

ด้านบริหาร

1. ทบทวน วิเคราะห์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อหา GAP ในการดูแล และวางแผนพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น
2. จัดให้มีการนิเทศ ติดตามการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด
3. กำหนดสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดเป็นสมรรถนะเฉพาะของพยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และพยาบาลกลุ่มที่หมุนเวียนมาช่วยปฏิบัติงานที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
4. ประสานภาคีเครือข่ายในชุมชนรณรงค์มาไม่ขับอย่างต่อเนื่อง และสร้างกระแสความตื่นตัวในชุมชนเกี่ยวกับปัญหาอุบัติเหตุจากรถจักรยาน

ด้านบริการ

การประเมินอาการผู้ป่วยเพิ่มเติมตามหลัก Secondary survey ต้องเน้นการประเมินอาการและตรวจร่างกายโดยละเอียดทุกระบบ โดยเฉพาะผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่เกิดการได้รับแรงกระแทก เพื่อการค้นหาอวัยวะที่ได้รับการบาดเจ็บเพิ่มเติมอย่างครบถ้วน

ด้านวิชาการ

1. ให้ความรู้แก่พยาบาลในหน่วยงานเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดภายในช่องท้อง เพื่อให้สามารถนำความรู้ที่ได้ ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ และผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่นที่เกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือด
2. ให้ความรู้และฝึกทักษะพยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในเรื่อง การประเมินภาวะช็อก ระดับความรุนแรงของภาวะช็อก การประเมิน adequate intravascular volume การประเมิน adequate tissue perfusion เพื่อให้สามารถประเมินภาวะดังกล่าวได้อย่างถูกต้อง และแม่นยำ

เอกสารอ้างอิง

- ศจี พานวัน, ปิยธิดา บวรสุธาสิน. (2565). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลช่องทางด่วนผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 36(1), 32-49.
- สุพัตรา อยู่สุข, พรจันทร์ สุวรรณมนตรี, พิจรียา เจริญรัตน์ น้ำผึ้ง นิลสนธิ. (2560). พัฒนารูปแบบการดูแลภาวะช็อกจากการเสียเลือดในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โรงพยาบาลสวรรคร์ประชารักษ์. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 13(2), 39-49.
- ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านนา. (2566). *ทะเบียนบันทึกการให้บริการผู้ป่วยประจำปี 2563 -2565*.
- สำนักงานพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 3 นนทบุรี: สำนักงานพยาบาล กรมการแพทย์.
- สหัส บิลอะหลี. (2560). *ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ต่อผลลัพธ์การจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอก* (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อุไรพร ศิริเทพ. (2562). *คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ได้รับบาดเจ็บที่ตบท้ายหลังผ่าตัดในระยะวิกฤต*. งานการพยาบาล ศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กุลพัชร จุลสำลี. (2562). *หลักการพื้นฐานในกระดูกหักและข้อเคลื่อนหลุด*. ในพงศธร ฉันทพิลากรและคณะ (บรรณาธิการ), *ตำราการบาดเจ็บทางออร์โธปิดิกส์* (หน้า 14-27). กรุงเทพฯ: บริษัท ตรีสต์อีส.