

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด
และบาดเจ็บที่ตับ: กรณีศึกษา

Nursing care for Multiple Trauma Patients with Hemothorax
and Liver Injury: A Case Study

ชลาลัย นริสศิริกุล ป.พย.^{1*}

Chalalai Narissirikul, Dip in N.EQU BN.^{1*}

¹กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา อ.เมือง จ.กาญจนบุรี 71000

¹Department of Nursing, Phaholpolpayuhasena Hospital, Mueang Kanchanaburi District, Kanchanaburi 71000

*ผู้ให้การติดต่อ (corresponding author): chalanaja1234@hotmail.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดและบาดเจ็บที่ตับ

วิธีการศึกษา: ศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ซึ่งเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดและบาดเจ็บที่ตับ เก็บข้อมูลจากประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยจำนวน 1 ราย โดยใช้หลักกระบวนการพยาบาลเป็นขั้นตอนการดำเนินการมีการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ กำหนดข้อวินิจฉัยพยาบาล แผนงานและการปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผล และสรุปเขียนเป็นเอกสารวิชาการ ศึกษาระหว่างเดือนกรกฎาคม 2566 - ตุลาคม 2566

ผลการศึกษา: ชายไทย อายุ 27 ปี ได้รับการวินิจฉัย fracture left 6th-8th ribs, left hemothorax, left diaphragmatic rupture, liver injury, fracture T12 with spinal cord injury ได้รับการใส่ท่อระบาย ทรวงอกได้รับการผ่าตัด 2 ครั้ง คือ exploratory laparotomy with repair diaphragm และ open reduction with pedicle screws T10-L2 การวางแผนการพยาบาล แบ่งเป็น 3 ระยะคือ 1) ระยะก่อนผ่าตัด เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกจากการมีเลือดออกภายในช่องท้องและในเยื่อหุ้มปอดผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล และกลัวอันตรายต่อชีวิต 2) ระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เนื่องจากการ แลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดและได้รับการผ่าตัดซ่อมแซมกระบังลมมีโอกาส เลือดออกซ้ำเกิดภาวะช็อกซ้ำหลังผ่าตัด เนื่องจากขณะผ่าตัดผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดและน้ำเป็น ปริมาณมาก และผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการปวดแผลผ่าตัด และ 3) ระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงได้รับการดูแล ต่อเนื่องอย่างปลอดภัยจนจำหน่ายกลับบ้าน ได้แก่เฝ้าระวังภาวะติดเชื้อ การจัดการความปวด การสอนแนะนำ การฟื้นฟูสภาพร่างกายรวมระยะเวลาที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 35 วัน

ข้อเสนอแนะ: การดูแลรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการรักษาพยาบาลโดยต้อง มีสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บ ที่เข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรค การดำเนินของโรค ภาวะแทรกซ้อน

ที่สำคัญ และจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันเวลาและสามารถกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้อย่างถูกต้องและครอบคลุมเพื่อสร้างระบบความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: การพยาบาล, ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ, เลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด, การบาดเจ็บที่ตับ

Abstract

Objectives: To study of nursing care for multiple trauma patients with hemothorax and liver injury

Methods: This is a study of nursing care of patients in the trauma surgery in Phaholpolpayuhasena Hospital: one multiple trauma patient with hemothorax and liver injury. Data was collected from medical records, interviews, and observation. Data was collected between July-October 2023. Data was analyzed to define nursing diagnosis, nursing practice, evaluation and summary.

Results: Thai male, age 27 years, diagnosed with fracture posterior left 6th-8th ribs, left hemothorax, left diaphragmatic rupture, liver injury, fracture T12 with spinal cord injury. The patient received intercostals drainage of his left lung and underwent two surgeries: exploratory laparotomy with repair diaphragm and open reduction with pedicle screws T10-L2. Nursing planning was divided into three phases including 1) preoperative phase: risk of shock from having bleeding within the abdominal cavity and pleura; the patient, and relatives worried and afraid of harm to his lives. 2) the first 24 hours after surgery phase: there is a risk of tissue depletion of oxygendue to gas exchange.Dropped from a pleural bleed and had surgery to repair his diaphragm. There is a chance of repeated bleeding. Repeated shock after surgery .This is because during surgery the patient was in shock from the loss of a large amount of blood and water and the patient was uncomfortable from the pain of the surgical woundand 24 hours after surgery receive continued care safely until sold back home. Including watching out for infections, Pain management, teaching and guidance for physical rehabilitation. Total length of stay in hospital is 35 days.

Recommendations: For the treatment of multiple trauma patients, nurses play an important role in the care process that they should have competency in surgical nursing, understand the pathology, progression of disease, and its complications; and be able to assess multiple trauma patients in order to make a decision timely and define accurate and comprehensive nursing diagnosis that would improve a safety system for patients and thier quality of life.

Keywords: Nursing, Multiple trauma patients, Hemothorax, Liver injury

บทนำ

การบาดเจ็บหลายระบบ (multiple trauma) หมายถึงการบาดเจ็บที่รุนแรงที่เกิดขึ้นกับอวัยวะระบบเดียวหรือหลายระบบพร้อม ๆ กัน เป็นการบาดเจ็บจากแรงกระแทกภายนอกทำให้อวัยวะได้รับบาดเจ็บตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไปส่งผลคุกคามต่อชีวิต⁽¹⁾ การบาดเจ็บหลายระบบเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในเวลาอันรวดเร็วจากระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต และระบบประสาททางานล้มเหลวอย่างเฉียบพลันหรือเสียชีวิตจากการการติดเชื้อ หรือระบบการทำงานของร่างกายทั้งหมดล้มเหลว⁽²⁾

ผลกระทบจากการบาดเจ็บหลายระบบ เมื่อร่างกายได้รับการบาดเจ็บจะส่งผลกระทบต่อเนื้อเยื่อหรือเซลล์ของร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บนั้นด้วย ซึ่งขึ้นกับกลไกของการบาดเจ็บของอวัยวะนั้น ผลกระทบจากการบาดเจ็บหลายระบบ แบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือผลกระทบต่อร่างกายทั่วไป ผลกระทบต่ออวัยวะเฉพาะที่ ผลกระทบทางด้านจิตสังคม และผลกระทบด้านจิตวิญญาณผลกระทบต่ออวัยวะเฉพาะที่ได้แก่

1. การบาดเจ็บที่ทรวงอก ในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ ส่วนมากจะมีการบาดเจ็บที่ทรวงอกร่วมด้วย การบาดเจ็บที่ทรวงอกนั้นจะมีผลกระทบต่อระบบการไหลเวียนโลหิตและการหายใจ ภาวะผิดปกติที่พบได้บ่อยใน ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ทรวงอก ได้แก่ การบาดเจ็บของซี่โครงและปอด ส่วนใหญ่เกิดจากแรงกระแทกหรือวัตถุไม่มีคม (blunt trauma) มักทำให้กระดูกซี่โครงหักหนึ่งหรือหลายซี่ได้ ซึ่งอาจทำให้มีการฉีกขาดของเนื้อปอดและเส้นเลือด ทำให้มีเลือดหรือทั้งเลือดและลมออกในช่องเยื่อหุ้มปอด (hemothorax, pneumothorax or hemopneumothorax) หรือเกิดการฉีกขาดของหลอดลม หรือหลอดอาหารได้หรือถ้าเกิดร่วมกับกระดูกหน้าอกหัก ผนังทรวงอกส่วนนั้นจะเคลื่อนไหวยุบ เข้าและโป่งออกเมื่อหายใจออกและถ้าเกิดกับซี่โครงส่วนล่างอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ตับ ไต หรือม้ามร่วมด้วย⁽³⁾

2. การบาดเจ็บของช่องท้อง การบาดเจ็บบริเวณช่องท้องเกิดได้ทั้งจากการบาดเจ็บจากแรงกระแทกหรือวัตถุไม่มีคม (blunt trauma) มักเกิดจากอุบัติเหตุทางรถยนต์หรือตกจากที่สูง ซึ่งมีผลทำให้หน้าท้องถูกกระแทก และเกิดจากการบาดเจ็บที่ถูกการทิ่มแทง (penetrating trauma) สำหรับอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บในช่องท้องที่พบบ่อย ได้แก่ ม้าม ตับ ตับอ่อน และการบาดเจ็บของอวัยวะเหล่านี้จะทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่พบในผู้ป่วยที่รู้สึกตัวอาจบ่งบอดท้องและร้าวไป สะบักหรือไหล่ทั้งนี้ขึ้นกับตำแหน่งของอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ ในรายที่เสียเลือดมากอาจเกิดภาวะช็อกได้จากการมีเลือดออกในช่องท้อง⁽⁴⁾

3. การบาดเจ็บที่ศีรษะและไขสันหลัง การบาดเจ็บหลายระบบอาจมีผลต่อการบาดเจ็บของศีรษะและไขสันหลังร่วมด้วย สาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดได้จากหลายประการ เช่น ตกจากที่สูง หกล้มศีรษะกระแทกพื้นถูกทำร้ายร่างกายและที่พบบ่อยที่สุด คือ จากอุบัติเหตุยานพาหนะ สมอ่งที่ได้รับบาดเจ็บมักเป็นสาเหตุของการตายที่พบบ่อยที่สุด ปัญหาที่ทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตในผู้ป่วยได้แก่ ภาวะหายใจลำบาก

(respiratory distress) ภาวะช็อกจากการเสียเลือด (hypovolemic shock) และภาวะสมองได้รับบาดเจ็บรุนแรง (severe head injury)

4. การบาดเจ็บของกระดูกและข้อ การบาดเจ็บของกระดูกและข้อเป็นการบาดเจ็บที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ มักเกิดร่วมกับอันตรายต่อเนื้อเยื่อใกล้เคียง ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บปวดบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บ แบบทันทีทันใดกดเจ็บ บวม และสีผิวบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บมีการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้ขึ้นกับความรุนแรงของอุบัติเหตุที่ได้รับการบาดเจ็บของกระดูกและข้อที่ต้องคำนึง คือ การหักของกระดูกเชิงกรานและกระดูกต้นขา อาจมีอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ จากการเสียเลือดหรือจากการบาดเจ็บของอวัยวะภายใน และอาจทำให้อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บสูญเสียหน้าที่อย่างถาวร จากเส้นเลือดเส้นประสาทที่อยู่ส่วนปลายถูกกด⁽⁵⁾ เป้าหมายในการช่วยเหลือผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ คือการช่วยให้รอดชีวิต ซึ่งต้องทำโดยเร็วที่สุด ด้วยการประเมินสภาพและให้การรักษาเบื้องต้นอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการรักษาพยาบาลและต้องมีสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่เข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรคการดำเนินของโรคภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ และจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบเพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันเวลาและสามารถกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ลดความพิการและอัตราการเสียชีวิตโดยไม่สมควรได้ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และลดค่าใช้จ่ายในการรักษา

ผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บโดยตรงจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาบาดเจ็บหลายระบบเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดและบาดเจ็บที่ตับ

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดและบาดเจ็บที่ตับ เก็บข้อมูลจากประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยจำนวน 1 ราย โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นขั้นตอนการดำเนินการมีการประเมินสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโดยใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน วิเคราะห์ข้อมูลและปัญหาการพยาบาลตั้งแต่วินิจฉัยรับ ระบุดูแลต่อเนื่อง และระบุจำหน่าย นำข้อมูลมาวิเคราะห์ กำหนดข้อวินิจฉัยพยาบาล แผนงานและการปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผล และสรุปเขียนเป็นเอกสารวิชาการ ศึกษาระหว่างเดือนกรกฎาคม 2566 - ตุลาคม 2566แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน⁶ เฉพาะแบบแผนที่มีปัญหาและการตรวจร่างกายที่ผิดปกติ

ผลการศึกษา

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ผู้ป่วยชายไทย อายุ 27 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นักร้องศาสนาพุทธ สถานภาพ โสด

อาการสำคัญ หายใจเหนื่อยหอบ ปวดท้อง ท้องแข็งตึง 3 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลขับรถยนต์ชนต้นไม้ หายใจเหนื่อยหอบ ปวดท้อง ท้องแข็งตึง เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลชุมชนพบ left hemothorax ใส่ท่อ intercostal drainage (ICD) ขนาด 32 Fr ลึก 10 cm ได้ลมและมี content เป็นเลือด 50 มิลลิลิตรผล focus assessment sonography in trauma (FAST) พบ positive at hepatorenal recess, GCS: E2V5M6 pupils 2 mm react to light both eyes (RTL BE) แพทย์ให้ดื่มน้ำดอาหาร acetate Ringer's solution 1,000 mL IV load then IV drip 120 mL/hr ใส่สายสวนปัสสาวะและส่งต่อมาโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต/ในครอบครัว ปฏิเสธการเจ็บป่วยในอดีต/ในครอบครัว

โรคประจำตัว ปฏิเสธโรคประจำตัว

ประวัติการแพ้ยา ปฏิเสธการแพ้ยา

การประเมินร่างกายตามระบบ

1. ลักษณะทั่วไป: รูปร่างสมส่วน ผิวเหลือง รู้สึกตัวดี
2. สัญญาณชีพ: อุณหภูมิร่างกาย 38.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 116 ครั้ง/นาที การหายใจ 28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 132/68 มิลลิเมตรปรอท
3. ระบบประสาท: GCS: E3V5M6 pupils 3 mm react to light both eye (RTLBE)
4. ผิวหนัง: มีรอยถลอกที่แก้มด้านซ้าย รอยขีดข่วนบริเวณหน้าอกด้านบน แผลเย็บที่ขาซ้าย
5. ศีรษะและใบหน้า: ตาด้านซ้ายบวมซ้ำ แก้มด้านซ้ายบวม
6. ทรวงอกและทางเดินหายใจ: หายใจเหนื่อยหอบการหายใจ 28 ครั้ง/นาที on intercostals drainage (ICD) ข้างซ้ายชนิด 2 ขวด on oxygen mask with bag 10 LPM
7. ช่องท้องและทางเดินอาหาร: หน้าท้อง แข็งตึง ปวด กดเจ็บบริเวณท้องด้านซ้ายบน (left upper quadrant)
8. กล้ามเนื้อและกระดูก: แขนทั้ง 2 ข้าง motor power grade 5 ขา 2 ข้างขยับไม่ได้ขาขวา motor power grade 2 ขาซ้าย motor power grade ตรวจกล้ามเนื้อหูรูดรอบบริเวณทวารหนัก พบ loose sphincter tone

แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ที่ผิดปกติได้แก่

แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพผู้ป่วยมีการรับรู้และเข้าใจภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของตนเอง การเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต การทำงาน ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล

แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญผู้ป่วยดื่มเหล้าบางครั้ง ไม่สูบบุหรี่ รับประทานอาหารเป็นเวลา วันละ 3 มื้อ ที่โรงพยาบาลแพทย์ให้ดื่มน้ำและอาหาร ให้ acetate Ringer's solution 1000 mL IV drip 80 mL/hr หลังผ่าตัดอาการดีขึ้นผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารธรรมดาได้ตามปกติ

แบบแผนที่ 3 การขับถ่ายผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระปกติ วันละ 1 ครั้งและปัสสาวะได้ปกติ วันละ 4-5 ครั้ง เมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ หลังผ่าตัดบริเวณกระดูกสันหลัง 8 วันสามารถถอดสายสวนปัสสาวะได้และผู้ป่วยสามารถปัสสาวะได้เอง

แบบแผนที่ 4 กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกายทำกิจกรรมประจำวันต่าง ๆ ด้วยตนเองเมื่ออยู่โรงพยาบาลได้รับการผ่าตัด open reduction with pedicle screw T10-L2 การทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงในกิจกรรมส่วนใหญ่ต้องให้เจ้าหน้าที่หรือญาติผู้ดูแลช่วย

แบบแผนที่ 5 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในโรคที่เป็นกลัวไม่หาย กลัวการผ่าตัด กลัวเดินไม่ได้ ทำให้การพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ

แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ผู้ป่วยคิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้เกิดจากความประมาทหลังผ่าตัด open reduction with pedicle screw T10-L2 ผู้ป่วย รู้สึกกังวลกับการเดินไม่ได้ ต้องมีคนคอยดูแลกังวลภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาแต่ยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง

แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญความเครียดการเจ็บป่วยครั้งนี้สามารถปรับตัวได้และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลดี

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC and coagulation test

1 กรกฎาคม 2566: HCT 43.2%, white blood count 16,970 / μ L (neutrophil 83%, lymphocyte 12%, monocyte 5%, eosinophil 0%, basophil 0%), PLT 330,00/ μ L, PT 13.6 sec, PTT 23.6 sec INR 1.1 แปลผลค่า white blood count และ neutrophil สูงกว่าปกติ

5 กรกฎาคม 2566: HCT 32.2%, white blood count 5,960/ μ L (neutrophil 78%, lymphocyte 9%, monocyte 8 %, eosinophil 4%, basophil 1%), PLT 141,000/ μ L แปลผลค่า white blood count และ neutrophil ลดลงสู่ค่าปกติ

Biochemistry

1 กรกฎาคม 2566: BUN 9.6 mg/dL, creatinine 0.99 mg/dL, GFR 125.23 mL/min/ 1.73 m^2 , sodium 140 mmol/L, potassium 3.8 mmol/L, chloride 107 mmol/L, carbon dioxide 17 mmol/L แปลผลอยู่ในเกณฑ์ปกติ

การตรวจทางจุลวิทยา

19 กรกฎาคม 2566: ผลการตรวจGram stain ปลายสาย Redivac drain พบ moderate white blood cell, few epithelial cells.

22 กรกฎาคม 2566: ผลการเพาะเชื้อปัสสาวะ Redivac drain พบ few Acinetobacter baumannii complex, moderate Pseudomonas aeruginosa.

ผลการตรวจทางรังสีวิทยา (1 กรกฎาคม 2566)

ผลเอกซเรย์ปอด: fracture posterior left 6th-8th ribs, left hemothorax

ผลสแกนคอมพิวเตอร์ช่องท้อง: liver injury grade III, left diaphragmatic rupture with herniation of stomach, jejunum, small bowel mesentery in left hemothorax with total collapsed LLL, causing shifting of the mediastinum to the right, left intercostals drainage (ICD) passing through the herniation small bowel mesentery tip in mid hemothorax, not in pleural space, fracture T12

การวินิจฉัยโรค fracture posterior left 6th-8th ribs, left hemothorax, left diaphragmatic rupture, liver injury, fracture T12 with spinal cord injury

การผ่าตัด 1. exploratory laparotomy with repair diaphragm เมื่อ 1 กรกฎาคม 2566 2. open reduction with pedicle screws T10-L2 เมื่อ 3 กรกฎาคม 2566

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล

แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะก่อนผ่าตัด 2) ระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด และ 3) ระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ดังนี้

1. การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1.1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกจากการมีเลือดออกภายในช่องท้องและในเยื่อหุ้มปอด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ประวัติไข้บรรณยนต์ชนิดนี้ไม่มีรอยคลอกรบริเวณหน้าอกและท้องเจ็บท้องด้านขวาฝั่งปอดพบ decrease breath sound ปอดขวา on intercostals drainage (ICD) ได้ลมและเลือด

2. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการกระสับกระส่าย มีอาการปวดท้อง ท้องแข็งตึง

3. ผลสแกนคอมพิวเตอร์ช่องอกและช่องท้องพบ left diaphragmatic rupture with herniation of stomach, jejunum, small bowel mesentery in left hemithorax with total collapsed, liver injury (AAST grade III) ผลเอกซเรย์ปอดพบ left lung hemothorax

4. อุณหภูมิร่างกาย 38.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 116-128 ครั้ง/นาที การหายใจ 28-30 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 132/68-139/70 มิลลิเมตรปรอท HCT 40%

วัตถุประสงค์ เพื่อผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติคืออุณหภูมิร่างกาย 36.6-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/80 มิลลิเมตรปรอท $SpO_2 > 95\%$

2. ระดับความรู้สึกตัว รู้เวลา บุคคลและสถานที่ถูกต้อง

3. เล็บมือเล็บเท้าเปลือกตาและริมฝีปากไม่ซีด capillary refill time < 2 วินาที HCT > 30%

4. urine output > 30 มิลลิลิตรต่อ 1 ชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที เพื่อประเมินสภาวะช็อก

2. สังเกตและประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย อุณหภูมิร่างกาย สีผิว เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่ายของผู้ป่วยทุก 15-30 นาที เพื่อประเมินสภาวะช็อก

3. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาคือ acetate Ringer's solution 1,000 mL IV 120 mL/hr เพิ่มปริมาณการไหลเวียน สังเกตอาการหลังให้สารน้ำ ได้แก่ อาการหายใจหอบเหนื่อยหน้าตาบวม หายใจเป็นฟองสีชมพู

4. ให้ oxygen mask with bag 10 LPM และ monitor SpO_2 keep > 95%

5. ดูแลการทำงานของระบบการระบายของท่อระบายทรวงอกให้มีประสิทธิภาพให้เป็นระบบ สูญญากาศ ประเมินลม เลือดที่ออกจากท่อระบายพร้อมทั้งจดบันทึกลักษณะ สี ปริมาณ content ที่ออก

6. ตรวจวัดและบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อ 1 ชั่วโมง รายงานแพทย์ทราบ

7. absolute bed rest และสังเกตอาการ อาการแสดง ซึ่งบ่งถึงภาวะตกเลือดในช่องท้อง เช่น อาการหน้าท้องแข็งตึง กดเจ็บ ปวดท้อง อาการกระสับกระส่าย

8. ติดตามเจาะ HCT ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินการสูญเสียเลือดในร่างกาย

9. เจาะเลือดส่งตรวจ CBC, BUN, creatinine, electrolyte, HIV และจางเลือดเพื่อให้ทดแทนและเตรียมเลือดสำหรับการผ่าตัด (PRC 4 units, FFP 4 units, PLT concentrate 10 units)

10. เตรียมความพร้อมผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจอธิบายแผนการดูแลรักษาและให้ญาติเซ็นใบยินยอมทำการรักษาผ่าตัดประสานห้องผ่าตัดเพื่อส่งผ่าตัดฉุกเฉิน

การประเมินผล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีไม่มีอาการตัวเย็น เหงื่อออก มีอาการกระสับกระส่ายเป็นพัก ๆ ยังมีอาการปวดท้องท้องแข็งตึง สัญญาณชีพผิดปกติ ความดันโลหิต 142/90-149/87 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 118-120 ครั้ง/นาที หายใจไม่สม่ำเสมอ 28-30 ครั้ง/นาที ปัสสาวะออก 80-100 มิลลิลิตรใน 1 ชั่วโมง HCT 40% แพทย์วางแผนแก้ไขโดยการผ่าตัดฉุกเฉิน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1.2 เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดและมีภาวะบาดเจ็บที่กะบังลม

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผลเอกซเรย์ปอดพบ left lung hemothorax, fracture posterior left 6th-8th ribs ผลสแกนคอมพิวเตอร์ช่องอกและช่องท้อง left diaphragmatic rupture with herniation of stomach, jejunum, small bowel mesentery in left hemithorax with total collapsed, liver injury (AAST grade III) ผลเอกซเรย์ปอดพบ left lung hemothorax

2. หายใจเหนื่อย กระสับกระส่าย อัตราการหายใจ 28-30 ครั้ง/นาที ชีพจร 116-128 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 132/68-139/70 มิลลิเมตรปรอท

3. on intercostal drainage (ICD) ออกด้านซ้าย มี content สีแดง

วัตถุประสงค์ เพื่อให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล

1. หายใจไม่เหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ไม่กระสับกระส่าย ไม่มี cyanosis

2. ฟังเสียงลมเข้าปอดชัดเจนทั้งสองข้าง ปอดขยายได้ดีเท่ากันทั้งสองข้าง

3. SpO₂>95%

กิจกรรมการพยาบาล

1. เพิ่มปริมาณออกซิเจนให้แก่ร่างกายโดย on O₂mask with bag 10 LPM

2. monitor EKG ติดตามการทำงานของหัวใจและ SpO₂>95%

3. ดูแลการทำงานของ intercostal drainage (ICD) ให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพโดย ดูแลให้อยู่ในระบบปิดตรวจสอบข้อต่อ intercostal drainage (ICD) ข้อต่อและจุดที่ต่อกับสายแน่นไม่รั่วประเมิน subcutaneous emphysema

4. สังเกตอาการ ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง เหนื่อยหอบ หายใจลำบาก เหงื่อออกมาก ปลายมือปลายเท้าเขียว

5. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอเพื่อลดการใช้ออกซิเจน โดยทำกิจกรรมพยาบาลในคราวเดียวกัน

การประเมินผล ผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่ายเป็นพัก ๆ ยังมีอาการปวดท้อง ท้องแข็งตึง สัญญาณชีพผิดปกติ ความดันโลหิต 142/90-149/87 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 118-120 ครั้ง/นาที หายใจไม่สม่ำเสมอ 28-30 ครั้ง/นาที

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1.3 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล และกลัวอันตรายต่อชีวิต

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยและญาติแสดงความวิตกกังวล ตกใจ ถาม “หลังผ่าตัดจะเป็นอันตรายหรือไม่”

2. ผู้ป่วยและมารดามีสีหน้าหม่นหมองวัตถุประสงค์ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล

วัตถุประสงค์ เพื่อลดความวิตกกังวล ยอมรับความเจ็บป่วย ให้ความร่วมมือในการรักษา

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล
2. ผู้ป่วยยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของตนเอง ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำและให้ความร่วมมือ

ในการรักษาพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามอาการและปรึกษากับแพทย์ก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจและให้ความร่วมมือ พร้อมลงนามยินยอมทำผ่าตัด

2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติได้เข้าใจถึงพยาธิสภาพของผู้ป่วย วิธีการผ่าตัด สภาพหลังผ่าตัด

3. ให้โอกาสญาติได้ซักถาม ปรึกษาหารือพยาบาลให้ความเป็นกันเองและแสดงความเห็นอกเห็นใจ

4. การเตรียมร่างกายผู้ป่วย งดน้ำและอาหาร ผู้ป่วยและญาติเข้าใจการรักษายาบาลลงนาม

ยินยอมรับการรักษา

5. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงกฎระเบียบของทางโรงพยาบาล เพื่อจะได้ปฏิบัติตัวได้

ถูกต้อง

การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติญาติสีหน้าคลายความวิตกกังวลผู้ป่วยให้ความร่วมมือเป็น

อย่างดีในการรักษาพยาบาล

2.การพยาบาลระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด

2.1 การพยาบาลหลังผ่าตัด exploratory laparotomy with repair diaphragm เมื่อ 1 กรกฎาคม 2566

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2.1.1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเลือดออกซ้ำภายในช่องท้องหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. หลังผ่าตัด exploratory laparotomy with repair diaphragm เสียเลือดจากการผ่าตัด 100 mL
2. ผู้ป่วยมีภาวะ liver injury grade III

วัตถุประสงค์ เพื่อผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเลือดออกซ้ำภายในช่องท้องหลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวดี เปลือกตาไม่ซีด HCT>30% ไม่มีอาการ อาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น

2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ คืออุณหภูมิร่างกาย 36.6-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/80 มิลลิเมตรปรอท SpO₂>95%

3. ปัสสาวะออกมากกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

การพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยจัดให้ผู้ปวยนอนให้ทางเดินหายใจเปิดโล่ง
2. ดูแล on oxygen mask with bag 10 LPM
3. on monitor NIBP เพื่อตรวจวัดสัญญาณชีพโดยเฉพาะความดันโลหิตและชีพจรที่เปลี่ยนแปลงตรวจวัดเป็นระยะ ๆ คือ 15 นาที 4 ครั้ง, ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนคงที่ หลังจากนั้นวัดทุก 4 ชั่วโมง
4. บันทึกติดตามลักษณะของแผลและท่อระบายสังเกตสีและจำนวนสารระบายที่ออกมาถ้ายังมีสีแดงสดแสดงว่ายังมีภาวะตกเลือดรายงานแพทย์เพื่อให้การช่วยเหลือทันที
5. ติดตาม HCT ทุก 4 ชั่วโมงหาก <30% รายงานแพทย์
6. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอตามแผนการรักษา
7. ตรวจวัดและบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมงถ้าปัสสาวะน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง รายงานแพทย์ทราบ

การประเมินผล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีชีพจร 100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/60-120/90 มิลลิเมตรปรอทไม่มี active bleeding จากบาดแผลผ่าตัด HCT 40, 41 และ 39% ตามลำดับปัสสาวะออกมากกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2.1.2 ปวดแผลเย็บแผลเนื่องจากเนื้อเยื่อบาดเจ็บจากการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีแผลผ่าตัดแนว midline 13 เซนติเมตร
 2. ผู้ป่วยบอกนอนไม่หลับ ปวดแผล คะแนนความปวด (pain score) เท่ากับ 8-9
 3. ชีพจร 100 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 158/94 มิลลิเมตรปรอท
- วัตถุประสงค์** เพื่อลดอาการปวดแผลผ่าตัดและผู้ป่วยสุขสบาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยนอนพักได้ ไม่มีอาการกระสับกระส่าย หน้าวุ้นตัวเขียว pain score ≤ 3
2. ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที หายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/60-130/90

มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินพฤติกรรมแสดงอาการเจ็บปวดของผู้ป่วย และ pain score ตรวจบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง
2. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและระบายความรู้สึกต่าง ๆ รวมทั้งให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการปฏิบัติตามความเหมาะสม เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ

3. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล แสดงท่าทีที่เป็นกันเอง ดูแลด้านจิตใจ โดยการพูดคุย ปลอบโยนให้กำลังใจ

4. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและสุขสบายขึ้น พักผ่อนได้

5. แนะนำวิธีการพลิกตะแคงตัวหรือเปลี่ยนอิริยาบถโดยใช้มือข้างที่ไม่บาดเจ็บประคองบริเวณ แผลผ่าตัด เพื่อช่วยลดการเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้องดูแลไม่ให้อุปกรณ์ต่าง ๆ ดึงรั้งให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล

6. สอนการไออย่างถูกวิธี โดยใช้มือประคองแผลผ่าตัดและหายใจเข้าลึก ๆ ซ้ำ ๆ ผ่านทาง จมูก และหายใจออกช้า ๆ ผ่านทางปาก จำนวน 5 ครั้ง ในขณะที่หายใจเข้าครั้งสุดท้ายให้ผู้ป่วยอ้าปาก และไอ ออกมาจากส่วนลึกของลำคอ 1-2 ครั้ง เป็นการช่วยขับเสมหะออกมาและลดการสำเอนของบาดแผลใช้มือ ประคองแผลทุกครั้ง

7. ดูแลให้ยาแก้ปวด morphine 3 mg IV prn ทุก 4 ชั่วโมง พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก ประเมินพฤติกรรมแสดงถึงความเจ็บปวด pain score หลังให้ยาและการ พยาบาล

การประเมินผล ผู้ป่วยนอนพักได้ ไม่มีอาการกระสับกระส่าย หน้ามืดวิงเวียน pain score เท่ากับ 3-4 ชีพจร 90-98 ครั้ง/นาที หายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/60-130/90 มิลลิเมตรปรอท

2.2 การพยาบาลหลังผ่าตัด open reduction with pedicle screws T10-L2 เมื่อ 3 กรกฎาคม 2566

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2.2.1 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะช็อกช้าหลังผ่าตัด เนื่องจากขณะผ่าตัด เกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดและน้ำมาก

ข้อมูลสนับสนุน

1. ในระหว่างการงทำผ่าตัด เสียเลือดในห้องผ่าตัด 2,000 มิลลิลิตร ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำในห้องผ่าตัด PRC 3 units, FFP 4 units, PLT concentrate 10 units, Gelofusine® 500 mL, acetate Ringer's solution 1,400 mL สัญญาณชีพในห้องผ่าตัดชีพจร 100-120 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตต่ำเป็นช่วง ๆ ความดันโลหิต 80/40-80/60 มิลลิเมตรปรอท

2. HCT29%

วัตถุประสงค์ เพื่อปลอดภัยจากภาวะช็อกช้าจากการเสียเลือดหลังการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวดี เปลือกตาไม่ซีด Hct>30%

2. ไม่มีอาการแสดงของภาวะช็อก อาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น

3. ปัสสาวะออกมากกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

4. สัญญาณชีพ ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที หายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. on oxygen mask with bag 10 LPM เพิ่มปริมาณออกซิเจนให้ร่างกาย
2. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอตามแผนการรักษาคือ acetate Ringer's solution 1,000 mL IV drip 120 mL/hr และให้เลือด PRC 1 unitตามแผนการรักษา พร้อมสังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือด
3. on monitor NIBP เพื่อตรวจวัดสัญญาณชีพโดยเฉพาะความดันโลหิตและชีพจรที่เปลี่ยนแปลง ไปจากปกติหลังการผ่าตัด ได้ตรวจวัดเป็นระยะ ๆ คือ 15 นาที 4 ครั้ง, ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนคงที่ หลังจากนั้นวัดทุก 4 ชั่วโมง
4. สังเกตอาการกระสับกระส่าย ระดับความรู้สึกตัวลดลง ผิวหนังเย็นชื้น เหงื่อออกมาก capillary refill time>2 วินาที ซึ่งเป็นอาการของ hypovolemic shock
5. ประเมินการซึมของเลือดบนผ้าก๊อศที่ปิดแผลผ่าตัด ประเมินการไหลของเลือดจาก drain, ระวังไม่ให้สาย drain หลุดพับงอ บันทึกระดับเลือดที่ขวด drain หากมี active bleeding มีเลือดออกเกิน 100 มิลลิลิตร/ชั่วโมง รายงานแพทย์
6. เจาะเลือดหาค่าความเข้มข้นเลือดทันทีภายหลังผ่าตัดและต่อไปทุก 4 ชั่วโมง ถ้า HCT<30% รายงานแพทย์
7. สังเกตและบันทึกจำนวนปัสสาวะที่ออกมาทุกชั่วโมงน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง รายงานแพทย์
8. ตรวจสอบและบันทึกปริมาณสารน้ำเข้าสู่ร่างกาย และสารน้ำออกจากร่างกาย ทุก 4 ชั่วโมง การประเมินผล ระดับความรู้สึกตัว on oxygen mask with bag 10 LPM แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึมเพิ่ม Hct หลังผ่าตัด 29% ได้รับเลือด PRC 1 unit HCT หลังเลือดหมด 31% ปัสสาวะออก 450-600 มิลลิลิตรใน 8 ชั่วโมง สัญญาณชีพ ชีพจร 100-110 ครั้ง/นาที การหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 142/70-150/87 มิลลิเมตรปรอท

3.การพยาบาลในระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3.1 เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดและได้รับการผ่าตัดซ่อมแซมกระบังลม

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีอาการหายใจไม่อิ่ม เหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 28-30 ครั้ง/นาที
2. หลังผ่าตัด repair diaphragm

3. ผลเอกซเรย์ปอดพบ fracture posterior left 6th-8th ribs, left hemothorax, on intercostal drainage (ICD) left lung

วัตถุประสงค์ เพื่อให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล

1. หายใจไม่เหนื่อยหอบ ไม่กระสับกระส่าย ไม่มีภาวะ cyanosis
2. ฟังเสียงลมเข้าปอดชัดเจนทั้งสองข้าง ปอดขยายได้ดีเท่ากันทั้งสองข้าง
3. อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที SpO₂>95%

กิจกรรมการพยาบาล

1. เพิ่มปริมาณออกซิเจนให้ร่างกายโดย on oxygen mask with bag 10 LPM
2. monitor EKG เพื่อติดตามการทำงานของหัวใจ
3. ดูแลการทำงานของ intercostal drainage (ICD) ให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพโดยดูแลให้อยู่ในระบบปิด, ตรวจสอบข้อต่อ intercostal drainage (ICD) ตรวจสอบระดับน้ำในขวดที่ 2 (under water seal) ให้แห้งแก้วอยู่ใต้น้ำ 2-3 cm, ข้อต่อและจุดที่ต่อกับสายแน่นไม่รั่ว, รูดบิบสายทุก 8 ชั่วโมง, ประเมิน subcutaneous emphysema

4. สังเกตอาการ และอาการแสดง ของภาวะขาดออกซิเจนอย่างใกล้ชิด ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง อาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก เหงื่อออกมาก ปลายมือปลายเท้าเขียว เล็บและริมฝีปากซีด

5. ติดตาม SpO₂ ให้ >95% เพื่อประเมินระดับออกซิเจนในร่างกาย

6. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจนอย่างใกล้ชิด ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง อาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก เหงื่อออกมาก ปลายมือปลายเท้าเขียว เล็บและริมฝีปากซีด

7. ประเมินอาการปวดและดูแลให้ยาแก้ปวด morphine 3 mg IV prn ทุก 4 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอกเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาอาการปวด หายใจได้ดีขึ้น

8. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอเพื่อลดการใช้ออกซิเจน โดยทำกิจกรรมพยาบาลในคราวเดียวกัน และให้ญาติเยี่ยมตามความเหมาะสม

การประเมินผล ผู้ป่วย on oxygen mask with bag 10 LPM มีอาการทุเลาเหนื่อยหอบ ไม่กระสับกระส่าย ไม่มีภาวะ cyanosis อัตราการหายใจ 24-26 ครั้ง/นาที SpO₂ 98%

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3.2 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน (deep venous thrombosis) และอุดตันของก้อนไขมันในหลอดเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ดมยาสลบแบบทั่วร่างกาย ใช้เวลาการผ่าตัด 2 ชั่วโมง
2. หลังผ่าตัดผู้ป่วยยังไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

วัตถุประสงค์ เพื่อผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่เกิดอาการปวด บวม แดง ร้อนที่ขาทั้งสองข้าง
2. คลำพบชีพจร บริเวณ femoral artery, popliteal artery, dorsalis pedis artery ได้

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินผู้ป่วย หากพบความผิดปกติ เช่น ค่าออกซิเจนในเลือดลดลง EKG เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ คลำชีพจรบริเวณ femoral artery popliteal artery, dorsalis pedis artery ไม่พบ ให้รีบรายงานแพทย์

2. พยาบาลคอยดูแลให้ผู้ป่วยขยับขา หรือดูแลยกขาสูงหากมีอาการบวมของขา

3. สังเกตอาการปวด บวม แดง ร้อนของแขนและขาของผู้ป่วย หากพบความผิดปกติให้ ให้รีบรายงานแพทย์

การประเมินผล ไม่พบอาการปวด บวม แดง ร้อนของแขนและขาของผู้ป่วย คลำชีพจรบริเวณ femoral artery popliteal artery, dorsalis pedis artery ได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3.3 มีการติดเชื้อที่บาดแผลผ่าตัดเนื่องจากเนื้อเยื่อถูกทำลายจากการผ่าตัดและมีโอกาสเกิดการติดเชื้อเพิ่ม

ข้อมูลสนับสนุน

1. ได้รับการผ่าตัด exploratory laparotomy with repair diaphragm เมื่อ 1 กรกฎาคม 2566 และ open reduction with pedicle screws T10-L2 เมื่อ 3 กรกฎาคม 2566

2. แผลผ่าตัดบริเวณแนว midline มีเลือดซึมเล็กน้อย

3. อุณหภูมิร่างกาย 38.3-39 องศาเซลเซียสชีพจร 98-110 ครั้ง/นาที (หลังผ่าตัด 3-4 วันแรก)

4. ผลเพาะเชื้อปลายสาย Redivac drain (22 กรกฎาคม 66) พบ few Acinetobacter baumannii complex, moderate Pseudomonas aeruginosa

วัตถุประสงค์ เพื่อผู้ป่วยปลอดภัยไม่ติดเชื้อแผลผ่าตัดและไม่เกิดติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดเพิ่มขึ้นแผลผ่าตัดไม่บวมแดงร้อนไม่มี discharge ซึม ไม่มีไข้ (อุณหภูมิร่างกาย 36.5-37.4 องศาเซลเซียส) CBC: WBC 5,000 -10,000/ μ L

เกณฑ์การประเมินผล

1. ลักษณะบาดแผล ขอบแผลไม่บวมแดง ไม่มี discharge เป็นหนอง ไม่มีกลิ่นเหม็น
2. อุณหภูมิร่างกายปกติ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินดูลักษณะบาดแผล สังเกตลักษณะของ discharge ทุกครั้งที่ทำแผล รอยบวมแดง
2. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้งและทำแผลโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ
3. วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงประเมินภาวะติดเชื้อที่แผล

4. สอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลบาดแผล ระวังไม่ให้แผลเปื่อยน้ำ ไม่ใช้มือหรือวัตถุสิ่งของ ถูกต้องบริเวณบาดแผล

5. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ รักษาความสะอาดของร่างกายทั่วไป เพื่อลดการติดเชื้อ

6. แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ประเภทโปรตีน และมีวิตามินซีสูง เพื่อส่งเสริม การหายของแผล

7. ให้อาบน้ำตามแผนการรักษา คือ meropenem 1 gm IV q 8 hr และ ciprofloxacin (500mg) 1x2 PO pc เป็นระยะเวลา 14 วัน และสังเกตอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ ผื่น คลื่นไส้ อาเจียน

การประเมินผล ผู้ป่วยดูแลบาดแผลได้อย่างถูกต้อง แผลผ่าตัดหน้าท้อง รอบแผลไม่มีอีกเสบ บวมแดง หลังผ่าตัด 10 วัน ตัดไหมแผลผ่าตัดบริเวณหลังดี อุณหภูมิร่างกาย 36.9-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 98-110 ครั้ง/นาที

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3.4 เสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากการคาสายสวน ปัสสาวะ

ข้อมูลสนับสนุน คาสายสวนปัสสาวะตั้งแต่แรกรับ เป็นเวลา 10 วัน

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ อุณหภูมิร่างกาย 36.5-37.4 องศาเซลเซียส CBC: WBC 5,000-10,000/ μ L

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ เข้า-เย็น
2. สังเกตลักษณะปริมาณและสีของปัสสาวะบันทึกปริมาณน้ำที่ผู้ป่วยได้รับและปัสสาวะที่ ออกทุก 8 ชั่วโมง

3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำเพียงพอกับความต้องการอย่างน้อยวันละ 2000 มิลลิลิตร/วัน
4. บันทึกสัญญาณชีพ ประเมินอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง
5. ดูแลสายสวนปัสสาวะให้อยู่ในระบบปิด งดรองรับต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะและเช็ดทำความสะอาดท่อปัสสาวะด้วยแอลกอฮอล์ 70% ทุกครั้งก่อนและหลังเทปัสสาวะออกจากถุง

การประเมินผล ถอดสายสวนปัสสาวะหลังผ่าตัดบริเวณกระดูกสันหลัง 8 วัน ไม่มีการติดเชื้อ ระบบทางเดินปัสสาวะ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3.5 ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อระบายทรวงอก

ข้อมูลสนับสนุน on intercostal drainage (ICD) left lung

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อระบายทรวงอก

เกณฑ์การประเมินผล ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อระบายทรวงอก

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลการทำงานของท่อระบายทรวงอกให้อยู่ในระบบปิด สังเกตการกระเพื่อมขึ้นลงของระดับน้ำในหลอดแก้วตามการหายใจเข้าออกของผู้ป่วย จัดวางให้ตำแหน่งของภาชนะที่รองรับเลือดหรือลมอยู่ต่ำกว่าระดับทรวงอกเสมอ และจัดสายไม่ให้ห้อยย้อยมากเกินไปเพื่อให้การระบายได้ดี

2. แนะนำการใช้คีมหนีบ (clamp) แก่ผู้ป่วย ในกรณีขดตักแตก เพื่อป้องกันอากาศไหลเข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอด ในกรณีที่ท่อระบายทรวงอกหลุดให้รีบใช้ Vaseline gauze ปิดทับและปิดด้วยผ้าก๊อช และรายงานแพทย์ทราบ

3. สอนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยฝึกบริหารการหายใจ (breathing exercise) ทุก 2-3 ชั่วโมง

การประเมินผล ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อระบายทรวงอก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3.6 เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเนื่องจากข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว

ข้อมูลสนับสนุน มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหวให้ absolute bed rest และจำกัดการเคลื่อนไหว ลูกนั่งช่วยเหลือตัวเองได้น้อย แขนทั้ง 2 ข้าง motor power grade 5 motor power ขาข้างขวา grade 2 ขาข้างซ้าย grade 1

วัตถุประสงค์ เพื่อคงไว้ซึ่งความแข็งแรงของผิวหนัง ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับ

เกณฑ์การประเมิน ไม่มีแผลกดทับขณะที่ถูกจำกัดกิจกรรมบนเตียง

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดท่านอนให้นอนหงายศีรษะสูง 30 องศา พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมงไขหัวเตียงศีรษะสูงไม่เกิน 60 องศา

2. ดูแลนอนที่นอนลม จัดผ้าปูที่นอนและผ้ารองตัวผู้ป่วยให้เรียบตึง และแห้งสะอาดพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง

3. เคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วย การยกตัว ผู้ป่วย หรือใช้แผ่นเคลื่อนย้ายผู้ป่วยในการเคลื่อนย้ายและใช้ผ้ายกตัว

4. ทำความสะอาดผิวหนังด้วยความนุ่มนวลทาโลชั่นหรือน้ำมันมะกอกหลังอาบน้ำเพื่อป้องกันผิวแห้งภายหลังการขยับถ่าย ทำความสะอาด ขั้วผิวหนังให้แห้ง และทาเคลือบผิวหนังบริเวณกัน สะโพก และขาหนีบด้วยวาสลีนโลชั่น

5. ประเมินสภาพผิวหนัง ทุกครั้งขณะเช็ดตัวหรือพลิกตะแคงตัวและลงบันทึกทุกวันในแบบเฝ้าระวังและลงบันทึกทุกวันในแบบเฝ้าระวังและบันทึกทางการพยาบาลเมื่อพบแผลกดทับ

6. ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับสภาพของผิวหนัง ในการรับ-ส่งเวรฝึกทักษะแก่ญาติให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

การประเมินผล ผู้ป่วยมีร่างกายสะอาด ไม่มีแผลกดทับขณะที่ถูกจำกัดกิจกรรมบนเตียง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3.7 เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้ง่ายเนื่องจากขา 2 ข้างอ่อนแรง

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดอุบัติเหตุ

ข้อมูลสนับสนุน ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย แขนทั้ง 2 ข้าง motor power grade 5 motor power ขาข้างขวา grade 2 ขาข้างซ้าย grade 1

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดึงไม้กันเตียงขึ้นทั้ง 2 ข้างทุกครั้งตรวจสอบความแข็งแรงของไม้กันเตียง ถ้ามีการเลื่อนหลุดต้องรีบแก้ไข
2. มีญาติอยู่ข้างเตียงตลอดเวลา จัดเครื่องใช้ต่าง ๆ ไว้ด้านที่ผู้ป่วยสามารถหยิบเองได้สะดวก
3. ส่งปรึกษาแผนกกายภาพบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยฝึกการดูแลตนเองและการใช้อุปกรณ์ เช่น รถนั่ง walker
4. กระตุ้นให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและสอนญาติให้มีทักษะในการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างปลอดภัย

การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีบาดแผลเกิดขึ้นที่ใดของร่างกาย ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุตกเตียง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3.8 ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้การปฏิบัติตนเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่าย

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยและญาติซักถามอาการอาการจากพยาบาลทุกครั้งเมื่อเข้าเยี่ยม

เกณฑ์การประเมิน ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตนได้

กิจกรรมพยาบาล ปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายโดยใช้หลัก DMETHOD

1. ประเมินความต้องการประเมินความรู้ ความเข้าใจผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านอธิบายถึงสาเหตุของโรคที่ของผู้ป่วย ซึ่งจะได้นำไปปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง
2. แนะนำในการรับประทานยาให้ถูกต้องตามแผนการรักษา
3. แนะนำ เรื่องการพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง เพื่อให้ร่างกายฟื้นฟูได้ดี
4. แนะนำการออกกำลังกายกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง งดยกของหนัก หรือเล่นกีฬาที่ต้องใช้แรงกระแทก 3 เดือน

5. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจการมาตรวจตามนัดและอาการผิดปกติที่ควรสังเกตและรีบมาพบแพทย์ก่อนนัด

6. แนะนำการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุเพื่อลดอุบัติเหตุทางท้องถนนที่ปลอดภัย
7. แนะนำการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่เพื่อซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ

การประเมินผล ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้อง

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 27 ปี 3 ชั่วโมง ประสบอุบัติเหตุขับรถยนต์ชนต้นไม้ 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ปวดท้อง ท้องแข็งตึง จากการตรวจวินิจฉัยด้วยการเอกซเรย์ปอดและสแกนคอมพิวเตอร์ช่องท้อง-ช่องอกพบ fracture posterior left 6th-8th ribs, left hemothorax, liver injury grade III, left diaphragmatic rupture และ fracture T12 ได้รับการรักษาโดยการใส่ left intercostals drainage (ICD) จากโรงพยาบาลชุมชน ได้รับการผ่าตัด 2 ครั้ง คือ exploratory laparotomy with repair diaphragm เมื่อ 1 กรกฎาคม 2566 และ open reduction with pedicle screws T10-L2 เมื่อ 3 กรกฎาคม 2566 ในระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังภาวะช็อกจากการเสียเลือด เฝ้าระวังภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน และได้รับการดูแลเพื่อลดความวิตกกังวลเนื่องจากการกลัวอันตรายต่อชีวิตจากการบาดเจ็บ

24 ชั่วโมงแรก หลังผ่าตัดครั้งแรกผู้ป่วยได้รับการดูแลและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดการบรรเทาอาการปวดแผล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด อาการปวดทุเลาลงสามารถพักผ่อนได้ ในการผ่าตัดครั้งที่ 2 ผู้ป่วยมีภาวะช็อกเนื่องจากเสียเลือดมากจากการผ่าตัดผู้ป่วยได้รับสารน้ำ เลือด และสารประกอบของเลือดทดแทนเพื่อแก้ไขภาวะช็อกและป้องกันภาวะช็อกซ้ำจากการเสียเลือดหลังผ่าตัด ได้รับการดูแลรักษาเพื่อลดอาการปวดแผลผ่าตัด ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะช็อกซ้ำ สามารถพักผ่อนได้

หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและฟื้นฟูสภาพ โดยได้รับการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ป้องกันภาวะพร่องออกซิเจน การลดการติดเชื้อของแผลผ่าตัดและการป้องกันการติดเชื้อซ้ำการป้องกันการเกิดภาวะติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการคาท่อระบายทรวงอก การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนบนเตียงนานและการจำกัดการเคลื่อนไหว การดูแลเพื่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายการทำกายภาพบำบัดเพื่อป้องกันภาวะปอดแฟบ การออกกำลังกายกล้ามเนื้อแขนและขา การฝึกการเดินโดยใช้ walker และได้รับการสอนให้คำแนะนำและฝึกทักษะเพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่าย

ผลลัพธ์จากการดูแลรักษาพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว เหมาะสม ถูกต้องตามมาตรฐาน จนพ้นภาวะวิกฤตและได้รับการดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ ผลการรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง และสามารถจำหน่ายเพื่อกลับไปฟื้นฟูสภาพต่อที่บ้าน รวมระยะเวลาที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 35 วัน

อภิปราย

การบาดเจ็บหลายระบบเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในเวลาอันรวดเร็วจากระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิตและระบบประสาททางานล้มเหลวอย่างเฉียบพลันหรือจากการติดเชื้อสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ได้รับผู้บาดเจ็บเสียชีวิต คือการเสียเลือดอย่างรุนแรง มีทางเดินหายใจอุดตัน หรือการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ สมองได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรง เป้าหมายในการช่วยเหลือผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบคือ การ

ช่วยให้รอดชีวิต ซึ่งต้องทำโดยเร็วที่สุด⁽⁷⁾ ด้วยการประเมินสภาพและให้การรักษาเบื้องต้นอย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ⁽⁸⁾ พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตั้งแต่แรกเริ่ม พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ที่ถูกต้องและครอบคลุมในการประเมินสภาพผู้ป่วยเพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่สำคัญเพื่อแก้ไขภาวะคุกคามชีวิต⁽⁹⁾ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ลดความพิการและอัตราการเสียชีวิตโดยไม่สมควรได้สอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรตน์ภูเพ็ง⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาผลของการใช้แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินพบว่าพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่กำหนด มีความเข้าใจในการประเมินผู้ป่วยที่บาดเจ็บหลายระบบส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้น ผู้ป่วยกรณีศึกษาได้รับการบาดเจ็บในหลายระบบ มีการบาดเจ็บในช่องท้อง ช่องอกและกระดูกสันหลัง มีอาการแสดงของภาวะวิกฤตที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

การได้รับการดูแลรักษาและการพยาบาลที่เหมาะสมโดยใช้ความรู้ ความสามารถและทักษะการพยาบาลที่รวดเร็ว ถูกต้องตามมาตรฐานในการประเมินสภาพผู้ป่วยที่มีภาวะบาดเจ็บในหลายระบบ วินิจฉัยและวางแผนให้การพยาบาล การประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือแก้ไขภาวะวิกฤตและการดูแลต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยกรณีศึกษาปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง มีอาการดีขึ้นตามลำดับ และสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อไปฟื้นฟูสภาพต่อที่บ้านได้ดังนั้นจึงควรมีการประเมินบทบาทระบบกระบวนการพยาบาล การประเมินสมรรถนะพยาบาล และพัฒนาทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอเพื่อใช้ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพและเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ เนื่องจากการบาดเจ็บหลายระบบเป็นภาวะวิกฤตที่อาจส่งผลให้ผู้เสียชีวิตได้หากได้รับการดูแลรักษาอย่างไม่ถูกต้องเหมาะสม ลำช้าไม่ทันท่วงทีพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการรักษาพยาบาล จึงต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันเวลาและสามารถกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม

2. ควรส่งเสริมให้พยาบาลมีสมรรถนะในการประเมินภาวะสุขภาพ และสามารถวางแผนการพยาบาลได้อย่างครอบคลุมองค์รวม และพัฒนามาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3. การพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่ายต้องมีส่วนร่วมพัฒนา ควรมีผู้ประสานความร่วมมือ มีพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาแนะนำ นิเทศติดตามการปฏิบัติงานของทีมควบคู่กับการพัฒนาสมรรถนะของทีมทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่าย รวมทั้งพัฒนาระบบสารสนเทศและส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ

4. ควรมีการรณรงค์ เพื่อเป็นการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้การป้องกันอุบัติเหตุกับประชาชนอย่างทั่วถึงและมีการติดตามการใช้กฎหมายจราจรอย่างต่อเนื่องและเข้มงวด เพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุ

เอกสารอ้างอิง

1. Frink M, Lechler P, Debus F, Ruchholtz S. Multiple Trauma and Emergency Room Management. Dtsch Arzteblnt. 2017;114(29-30):497-503.
2. นวลทิพย์ อีระเดชากุล, นุชศรา พรหมชัย, นงลักษณ์พลแสน. ประสิทธิภาพการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บหลายระบบด้วย Multiple Injury Nursing Management Guideline แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษสุนทร บุรีรัมย์. 2561;33(2):165-77.
3. Brunicaudi F, Brandt M, Andersen D, Billiar T, Dunn D, Hunter J, et al. Schwartz's Principles of Surgery. Ninth Edition. New York: McGraw-Hill; 2010.
4. Nasim Ahmed, Jerome JV. Management of liver trauma in adults: Emergency Trauma Shock. 2011;4(1):114-119.
5. วิรุฬ เหล่าภัทรเกษม. ตำราออร์โธปิดิกส์ 1. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริกัณฑ์ออฟเซ็ท; 2559.
6. พรศิริ พันธสี. หระบวนการพยาบาล&แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 30. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดพิมพ์อักษร; 2566.
7. กาญจนา เซ็นนันท์, อรพรรณ โตสิงห์, ศิริอร สันธ.การช่วยชีวิตของผู้บาดเจ็บในระยะเร่งด่วนฉุกเฉิน: การวิเคราะห์วรรณกรรม. วารสารสภาการพยาบาล. 2551;23(3):26-39.
8. วิจิตรา กุสมภ, ธนันดา ตระการวณิชย์, ภัสพร ขำวิชา, ไพบุลย์ โชตินพรัตน์ภัทร, สุนันทา ครองยุทธ, รัตน จารุวรรณ และคณะ. การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตแบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพาณิชย์; 2560.
9. วิมล อิมอุไร. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ. วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล. 2562;4(1):54-67.
10. สุวรรณ์ ภูเพ็ง. ผลของการใช้แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. กระบี่เวชสาร. 2565;5(1):27-39.