การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบร่วมกับมีภาวะช็อก : กรณีศึกษา

ณัฏฐินี เตชะวัชราภัยกุล*

บทคัดย่อ

การบาดเจ็บหลายระบบ เป็นการบาดเจ็บของอวัยวะตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป โดยอวัยวะที่พบได้บ่อยคืออวัยวะภายในช่องอกและช่องท้อง ส่งผลให้เกิดการตกเลือดภายในช่องปอดหรือท้องทำให้เกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือดปริมาณมาก หากไม่ได้รับการรักษาอาจส่งผลให้เสียชีวิตได้ในเวลาอันรวดเร็ว นับเป็นภาวะคุกคามอย่างยิ่งต่อชีวิต การเฝ้าระวังสังเกตอาการที่เหมาะสม รวดเร็ว ทันเวลา กับอาการที่เปลี่ยนแปลงภายใต้การวินิจฉัยที่ถูกต้อง ช่วยลดอัตราการเสียชีวิต อัตราการย้ายเข้ารักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤติโดยมิได้คาดการณ์ล่วงหน้า และลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน

จากการศึกษาผู้ป่วยชายไทย อายุ 46 ปี โรงพยาบาลด่านช้างนำส่งด้วยแน่นหน้าอก เหนื่อยมากขึ้น ความดันโลหิตต่ำ Hct 17% ภายหลังเกิดอุบัติเหตุขับจักรยานยนต์ชนสุนัข ล้ม ไม่สลบ จำเหตุการณ์ไม่ได้ แพทย์วินิจฉัย Moderate Left hemothorax with adjacent atelectasis with Fracture rib 3-10 Left with splenic injury ปัญหาวิกฤติในผู้ป่วยรายนี้ คือ อาจเกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือดจากการบาดเจ็บของปอดและม้าม ทั้งนี้ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด Explor Lap with splenectomy และใส่ท่อระบายทรวงอก ภายหลังการใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการประเมินภาวะสุขภาพ นำมาซึ่งวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลในทุกระยะของการดูแล ผู้ป่วยสามารถผ่านพ้นระยะวิกฤติด้วยความปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อน ซึ่งระหว่างเข้ารับการรักษาพบวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้งสิ้น 10 ข้อและทุกข้อได้รับการแก้ไขทั้งหมดก่อนจำหน่ายกลับบ้าน รวมระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 10 วัน

คำสำคัญ: การบาดเจ็บหลายระบบ, กระดูกซี่โครงหัก, เลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด, บาดเจ็บที่ม้าม

---

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานศัลยกรรมอุบัติเหตุชาย กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช

บทนำ

การบาดเจ็บหลายระบบส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุ และเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในเวลาอันรวดเร็ว จากการล้มเหลวในการทำงานและ/หรือมีการติดเชื้อของอวัยวะสำคัญของร่างกายในหลายๆ ระบบ เช่น ระบบการหายใจ ระบบการไหลเวียนโลหิต และระบบประสาท[1] เมื่อเกิดการบาดเจ็บบริเวณด้านหน้าของร่างกายถูกกระแทกจากอุบัติเหตุ ย่อมส่งผลให้อวัยวะบริเวณช่องอกและช่องท้องได้รับอันตรายหรือถูกทำลาย ส่งผลให้เกิดการตกเลือดภายในช่องปอดหรือท้องทำให้เกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือดปริมาณมากส่งผลต่อภาวะคุกคามชีวิต[2] ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในภาวะวิกฤตเป็นช่วงเวลาสำคัญที่สุด พบว่าประมาณร้อยละ 15.9 ของผู้ป่วยที่บาดเจ็บจะเสียชีวิตในช่วงนี้ เพราะการสูญเสียเลือดปริมาณมากในร่างกาย ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีจะส่งผลให้เนื้อเยื่อขาดเลือดได้รับออกซิเจนไปเลี้ยงเซลล์หรืออวัยวะไม่เพียงพถ้าภาวะช็อกยังคงดำเนินต่อไปโดยไม่ได้รับการแก้ไขได้ทันเวลาภายใน 1-2 ชั่วโมง หลังเกิดภาวะช็อก เซลล์และอวัยวะสำคัญหลายอวัยวะจะถูกทำลาย เกิดระบบการทำงานล้มเหลว และนำไปสู่การเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังได้รับการบาดเจ็บ[3]

จากความสำคัญดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลเฉพาะโรคโดยใช้กรอบแนวคิด FAST HUGS BID[4] ที่เชื่อว่ากรอบแนวคิดนี้จะเป็นตัวช่วยให้ทีมสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยมีแนวทางที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้นำกรอบแนวคิดนี้มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบและมีระบบหายใจล้มเหลวอย่างรุนแรง พบว่าช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นสามารถออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตได้ภายใน 11 วัน[5] ทั้งนี้การให้การพยาบาลที่ดีและถูกต้องนั้นผู้ให้การพยาบาลต้องทราบถึงพยาธิสภาพ การดำเนินของโรค อาการ การรักษา ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดการภาวะทุพลภาพ ดังนั้นการโดยการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ และใช้กระบวนการทางการพยาบาลเพื่อให้เกิดการพยาบาลอย่างเหมาะสม จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ กลับไปอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบร่วมกับมีภาวะช็อค

วิธีดำเนินการศึกษา

1. ทบทวนเอกสารวิชาการ ตำรา งานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บหลายระบบที่มีภาวะกระดูกซี่โครงหักร่วมกับมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดและบาดเจ็บที่ม้าม ในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ 2565 ถึงมกราคม พ.ศ 2566

2. คัดเลือกกรณีศึกษาอย่างเฉพาะเจาะจง จากผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการรักษาที่หอศัลยกรรมอุบัติเหตุชาย จำนวน 1 ราย

3. รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน ซักประวัติ ตรวจร่างกาย ประเมินปัญหา ความต้องการทางการพยาบาล โดยใช้ กรอบแนวคิด FAST HUGS BID

4. กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาล ประเมินผล และสรุปอภิปรายผล

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ชายไทย อายุ 46 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธสถานภาพสมรสคู่ มีอาชีพรับจ้าง ใช้สิทธิการรักษาบัตรทอง

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล นำส่งจากโรงพยาบาลด่านช้างด้วยอาการแน่นหน้าอก ความดันโลหิตต่ำ ความเข้มข้นเลือดต่ำ 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน: 6 วันก่อนมาโรงพยาบาล ขับจักรยานยนต์ชนสุนัข ล้ม ไม่สลบ จำเหตุการณ์ไม่ได้ รักษาที่โรงพยาบาลด่านช้าง 3 วัน อาการทุเลาจำหน่ายกลับบ้าน ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 วัน เริ่มมีหายใจเหนื่อย แน่นหน้าอก CXR พบ hemopneumothorax แพทย์พิจารณาใส่ท่อระบายทรวงอกได้เลือดออกมาประมาณ 50-200 มิลลิลิตร/ 8 ชั่วโมง

1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล แน่นหน้าอก จุกใต้ลิ้นปี่ เหนื่อยมากขึ้น ความดันโลหิตต่ำ Hct. 17% สงสัยมีภาวะ Diaphragmatic injury จึงส่งตัวมารักษาต่อโรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยายมราช

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปฏิเสธโรคประจำตัว

แบบแผนการดำเนินชีวิต

1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ: รับรู้ว่าตนเองมีภาวะสุขภาพแข็งแรงดีมาตลอดไม่เคยเจ็บป่วย มีเพียงการสูบบุหรี่ 20 มวน/วัน ที่อาจทำให้เสียสุขภาพ

2. อาหารและการเผาผลาญอาหาร รับประทานอาหารและดื่มน้ำได้เองตามปกติผิวหนังไม่พบภาวะขาดสารอาหาร

3. การขับถ่าย: ขัยถ่ายได้ปกติ ไม่มีปัญหาเรื่องท้องผูก ปฏิเสธการใช้ยาระบาย

4. กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย: ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ปฏิเสธการออกกำลังกาย แต่เมื่อเจ็บป่วยครั้งนี้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เนื่องจากมีอาการหายใจเหนื่อย ได้รับ Oxygen mask with bag 10 ลิตร/นาที

5. การพักผ่อนนอนหลับ: ไม่มีปัญหาการนอนหลับ ปฏิเสธการใช้ยานอนหลับ

6. สติปัญญาและการรับรู้: สามารถระบุวัน เวลา สถานที่ บุคคลได้ตามปกติ

7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์: มีความพึงพอใจในความเป็นอยู่ และการดำรงชีวิตของตนเอง

8. บทบาทและสัมพันธภาพ: ความสัมพันธ์ในครอบครัวดี

9. เพศสัมพันธ์ และการเจริญพันธุ์: ปฏิเสธเกี่ยวกับปัญหาเพศสัมพันธ์ และไม่มีความผิดปกติของอวัยวะสืบพันธุ์

10. การเผชิญความเครียด/การปรับตัว: ส่วนใหญ่มีการเผชิญปัญหาด้วยตนเอง เข้าใจและยอมรับปัญหาที่เกิดได้

11. คุณค่าและความเชื่อ: ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ เชื่อว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้เกิดจากอุบัติเหตุ

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

ลักษณะทั่วไป : รูปร่างสมส่วน ผิวหนังเย็น เปลือกตาซีด ช่วยเหลือตัวเองได้เล็กน้อยบนเตียง

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิ 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 96/51 มิลลิเมตรปรอท

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี ทำตามคำสั่งได้

ทรวงอก : หายใจเหนื่อยเล็กน้อย ทรวงอกขยายตัวได้เท่ากัน ฟังปอดไม่พบเสียงแทรก ได้ยินเสียงลมเข้าปอดข้างซ้ายเบากว่าปอดขวา ใส่ท่อระบายทรวงอกด้านซ้ายต่อแบบ 2 ขวด

ท้อง : หน้าท้องนิ่ม กดเจ็บบริเวณด้านซ้าย ไม่พบท้องแข็งเกร็ง

กล้ามเนื้อและกระดูก: แขนและขาทั้งสองข้าง grade 5 รูปร่างลักษณะปกติ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

แรกรับพบว่า Hct. 25.3% WBC 15,780 cell/uL PMN 83.0% lymphocyte 9.0% Platelet count 218,000 cell/uL Electrolyte :- Na 135.3 mmol/L K+ 4.5 mmol/L Cl 100 mmol/L CO2 25.5 mmol/L Sugar 77 mg/dl BUN 15.2 mg/dl Creatinine 0.78 mg/dL EGFR 106.33 ml/min LFT:- Total Protein 6.0 g/dl Globulin 2.3 g/dl Albumin 3.7 g/dl Total bilirubin 1.30 mg/dl Direct Bilirubin 0.95 mg/dl SGOT 35 U/L SGPT 44 U/L Alkaline phosphatase 98 U/L

วันที่ 2 ติดตามผลการตรวจ CBC และ Coagulogram พบว่า CBC : Hct. 21.3% WBC 15,780 cell/uL PMN 83.0% lymphocyte 9.0% Platelet count 178,000 cell/uL Coagulogram : INR 1.06 PT 12.3 PTT 27.8

วันที่ 3 ติดตามผลการตรวจ CBC และ Coagulogram พบว่า CBC : Hct. 29.3% WBC 15,780 cell/uL PMN 81.0% lymphocyte 9.0% Platelet count 238,000 cell/uL Coagulogram : INR 1.06 PT 12.3 PTT 27.8

ผลการตรวจพิเศษ

ผลการตรวจ Chest X-ray : Left hemothorax Fracture rib 3-10 Left

ผลการตรวจ CT Chest with Whole Abdomen : Moderate Left hemothorax with adjacent atelectasis with Fracture rib 3-10 Left with splenic injury

การวินิจฉัยโรค Moderate Left hemothorax with adjacent atelectasis with Fracture rib 3-10 Left with splenic injury

การรักษาของแพทย์ ชายไทย อายุ 46 ปี โรงพยาบาลด่านช้างนำส่งด้วยแน่นหน้าอก เหนื่อยมากขึ้น ความดันโลหิตต่ำ Hct 17% ภายหลังเกิดอุบัติเหตุขับจักรยานยนต์ชนสุนัข ล้ม ไม่สลบ จำเหตุการณ์ไม่ได้ ส่งตรวจ CT Chest with Whole Abdomen ผลพบว่า Moderate Lt. hemothorax with adjacent atelectasis with Fracture rib 3-10 left with splenic injury แพทย์พิจารณางดน้ำและอาหารทางปาก on NSS 1000 มิลลิลิตร อัตรา 120 มิลลิลิตร/ชั่วโมง on NE (4:100) vein 13 มิลลิลิตร/ชั่วโมง try wean ลดลง keep MAP ≥ 65, BP≥90/60 มิลลิเมตรปรอท Losec 40 mg. vein OD, Morphine 4 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 4 ชั่วโมง หรือเมื่อมีอาการปวด และ Plasil 10 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง หรือเมื่อมีอาการคลื่นไส้อาเจียน ให้ PRC 1 unit ทางหลอดเลือดดำใน 3 ชั่วโมง serial Hct. ทุก 6 ชั่วโมง

keep >30% , if drop >3% ให้รายงานแพทย์ทราบ ผู้ป่วยได้รับการใส่สายท่อระบายทรวงอกด้านซ้าย ต่อแบบ 2 ขวด Content = 0 มิลลิลิตร (เส้นที่ 1) และใส่ท่อระบายทรวงอกด้านซ้ายเพิ่ม 1 เส้น ต่อแบบ 2 ขวด (เส้นที่ 2) พร้อม CXR หลังใส่ ภายหลังพักรักษา 1 วันพบว่า Hct. ลดลงเหลือ 21.4% แพทย์พิจารณา G/M PRC 4 unit ได้แล้วให้เลย 2 unit พร้อมเตรียมผ่าตัด splenectomy ทันที ให้ยา Ceftriazone 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำ วันละ 1 ครั้ง, metronidazone 500 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ก่อนไปห้องผ่าตัด การผ่าตัดใช้เวลาทั้งสิ้น 1 ชม. 15 นาที total blood loss 600 มิลลิลิตร ในห้องผ่าตัดได้เลือดอีก 1 unit สัญญาณชีพคงที่ หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก หลับปลุกตื่น on oxygen cannula 3 ลิตร/นาที แผลผ่าตัดหน้าท้องปิดด้วยก๊อซมีเลือดซึมเล็กน้อย บ่นปวดตึงแผลเล็กน้อย ให้ 0.9% NSS 1000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตราเร็ว 120 มิลลิลิตร/ชั่วโมง Losec 40 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ วันละ 1 ครั้ง, Ceftriazone 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำ วันละ 1 ครั้ง, Morphine 4 mg ทางหลอดเลือดดำเมื่อมีอาการหรือทุก 4 ชั่วโมง หรือเมื่อมีอาการปวด และ Plasil 10 ทางหลอดเลือดดำ เมื่อมีอาการคลื่นไส้อาเจียน ติดตาม Hct. ทุก 6 ชั่วโมง keep >30% บันทึกและติดตามปัสสาวะทุก 4 ชั่วโมง keep >100 มิลลิลิตร/4 ชั่วโมง แพทย์พิจารณาถอดท่อระบายทรวงอกเส้นที่ 1 และท่อระบายทรวงอกเส้นที่ 2 มีสารคัดหลั่งออก 570 มิลลิลิตร/24 ชั่วโมง สีแดง

ภายหลังผ่าตัดจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้านผู้ป่วยตื่นดี ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ปวดตึงแผล ระดับความปวด 4-6 คะแนน ให้ยาตามแผนการรักษาอาการทุเลา ระดับความปวด 2-3 คะแนน จนกระทั่งไม่ นอนหลับพักผ่อนได้ ให้ 0.9% NSS 1000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตราเร็ว 100 มิลลิลิตร/ชั่วโมง แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการ ให้ถอดสายยางทางจมูก เริ่มจิบน้ำตอนเย็นและปรับเปลี่ยนประเภทอาหารตามสภาพอาการจนกระทั่งสามารถรับประทานอาหารธรรมดา ระหว่างนี้มีแผนการรักษาให้ยา Morphine 4 mg ทางหลอดเลือดดำทุก 4 ชั่วโมง หรือเมื่อมีอาการปวด และ Plasil 10 ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมงหรือเมื่อมีอาการคลื่นไส้อาเจียน ติดตาม Hct. ทุก 6 ชั่วโมง keep >30% keep urine out put ≥ 100 มิลลิลิตร ใน 4 ชั่วโมง ระหว่างนี้ผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยการกระตุ้นเคลื่อนไหวร่างกาย กระตุ้น Breathing exercise และดูด tri flow และแพทย์ติดตามอาการด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งอาการทุเลา แพทย์พิจารณาถอดสายระบายทางหน้าท้อง ถอดท่อระบายทรวงอก พิจารณาหยุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และถอดสายสวนปัสสาวะ พร้อมพิจารณาอาการและอนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดติดตามอาการ 2 สัปดาห์ ยาสำหรับรับประทานที่บ้านต่อเนื่อง ได้แก่ amoxycillin (500) รับประทานครั้งละ 2 เม็ดวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร และ Paracatamol 500มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 2 เม็ด เมื่อมีอาการปวดแผลหรือมีไข้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล

จากกระบวนการพยาบาล และข้อมูลต่างๆ สามารถสรุปการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล โดยแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพยาบาลเมื่อแรกรับ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มีโอกาสเกิดภาวะช็อกเนื่องจากมีเลือดออกในช่องท้องและช่องเยื่อหุ้มปอด

ข้อมูลสนับสนุน

1. เปลือกตาซีด

2. Hct 25.3% ท่อระบายทรวงอกมีสารคัดหลั่งออก 570 มิลลิลิตร/ 24 ชั่วโมง

3. ผล CT Chest with Whole Abdomen ผลพบว่า Moderate Left hemothorax with adjacent atelectasis with Fracture rib 3-10 Left with splenic injury

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะช็อก

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/80 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว> 95% Capillary refill time < 2 วินาที

2. ความรู้สึกตัว รู้เวลา บุคคลและสถานที่ถูกต้อง เล็บมือเล็บเท้า เปลือกตาและริมฝีปากไม่ซีด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที พร้อมสังเกตและประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย อุณหภูมิกาย สีผิว เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่ายของผู้ป่วยทุก 15 นาที เพื่อประเมินสภาวะสมดุลของการไหลเวียนเลือดในร่างกาย[6]

2. ดูแลให้ได้รับออกซิเจน Mask with bag 10 ลิตร/นาที เพื่อให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

3. ดูแลให้ได้รับ 0.9% NSS 1,000 มิลลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตราเร็ว120 มิลลิลิตร/ชั่วโมง เพื่อคงไว้ซึ่งสมดุลของสารน้ำในร่างกาย

4. ดูแลให้ได้รับเลือด PRC 1 unit ตามแผนการรักษา พร้อมติดตามอาการข้างเคียง เช่น หนาวสั่น แน่นหน้าอก ผื่นขึ้นตามร่างกาย เป็นต้น[7]

5. ดูแลให้ได้รับยา NE (4:100) vein 13 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ปรับลดลงตามอาการ keep MAP ≥ 65, BP≥90/60 มิลลิเมตรปรอท ตามแผนการรักษา พร้อมติดตามอาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากการใช้ยา

6. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอเพื่อลดการทำงานของหัวใจและลดการใช้ออกซิเจน

7. ตรวจวัดและบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง หากพบน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง รายงานแพทย์ทราบ เพื่อให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับสภาพการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย

8. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Hct เพื่อติดตามอาการผิดปกติและให้การพยาบาลได้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย

การประเมินผล

รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการเหงื่อออก ตัวเย็น ท่อระบายทรวงอกมีสารคัดหลั่งออก 430 มิลลิลิตร/ 24 ชั่วโมง ผล Hct 21.3% สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 115/72 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดร่วมกับประสิทธิภาพการหายใจลดลงจากมีภาวะกระดูกซี่โครงหัก

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผล CT Chest with Whole Abdomen ผลพบว่า Moderate Left hemothorax with

adjacent atelectasis with Fracture rib 3-10 Left with splenic injury

2. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22-24 ครั้ง/นาที ลักษณะเร็วตื้น ความดันโลหิต 107/70 มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์ เพื่อให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาทีอัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที

2. ความดันโลหิต 90/60-140/80 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว> 95% Capillary refill time < 2 วินาที

3. ฟังเสียงลมเข้าปอดชัดเจนทั้งสองข้าง ปอดขยายได้ดีเท่ากันทั้งสองข้าง

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดท่าให้ผู้ป่วยหายใจได้สะดวกโดยจัดให้อยู่ในท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อช่วยให้อวัยวะในช่องท้อง และกระบังลมหย่อนตัว[6]

2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ O_2 mask with bag 10 ลิตร/นาที เพื่อให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

3. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง พร้อมติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว

4. ประเมินภาวะเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เช่น ปลายมือปลายเท้าริมฝีปากเขียวคล้ำ

5. ดูแลการทำงานของระบบการใส่ท่อระบายทรวงอกให้มีประสิทธิภาพ พร้อมประเมินลม เลือดที่ออกจากท่อระบาย และจดบันทึก สังเกตการณ์ขยายตัวของปอด

6. ส่งเสริมการขยายตัวของปอดโดยการสอนและกระตุ้นผู้ป่วยในการฝึกบริหารปอด[8]

การประเมินผล

รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ICD content 430 มิลลิลิตร/วัน สีแดง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 115/72 มิลลิเมตรปรอท O_2Sat = 98 % Capillary refill <2 วินาที

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อระบายทรวงอกเพื่อการรักษา

ข้อมูลสนับสนุน

1. สารคัดหลั่งจากท่อระบายทรวงอกออก 570 มิลลิลิตร/ 24 ชั่วโมง

2. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22-24 ครั้ง/นาที ลักษณะเร็วตื้น ความดันโลหิต 107/70 มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อระบายทรวงอก

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/80 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว> 95%

2. ฟังเสียงลมเข้าปอดชัดเจนทั้งสองข้าง ปอดขยายได้ดีเท่ากันทั้งสองข้าง Capillary refill time < 2 วินาที

กิจกรรมการพยาบาล[9]

1. ดูแลการทำงานของท่อระบายทรวงอกให้อยู่ในระบบปิด สังเกตการกระเพื่อมขึ้นลงของระดับน้ำในหลอดแก้วตามการหายใจเข้าออกของผู้ป่วย ฟังปอด คลำผิวหนังรอบๆ บริเวณตำแหน่งท่อระบายเพื่อประเมินภาวะลมแทรกอยู่ใต้ผิวหนัง (Subcutaneous emphysema)

2. จัดวางให้ตำแหน่งของภาชนะที่รองรับสารคัดหลั่งให้อยู่ต่ำกว่าระดับทรวงอกเสมอ และจัดสายไม่ให้ห้อยย้อยมากเกินไปเพื่อให้การระบายได้ดี

3. สอนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยฝึกบริหารการหายใจ (breathing exercise) ทุก 2–3 ชั่วโมง เพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อทรวงอกที่มีการบาดเจ็บแข็งแรงและทำหน้าที่ได้เป็นปกติ

การประเมินผล

ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อระบายทรวงอก ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ไม่มีอาการแน่นหน้าอก คลำไม่พบภาวะลมแทรกอยู่ใต้ผิวหนัง ฟังปอดเสียงลมเข้าปอดซ้ายเบากว่าปอดขวา ICD content = 430 มิลลิลิตร/วัน สีแดง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ปวดเนื่องจากมีการบาดเจ็บบริเวณทรวงอก

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผล CT Chest with Whole Abdomen ผลพบว่า Moderate Left hemothorax with adjacent atelectasis with Fracture rib 3-10 Left

2. ระดับความปวด 6 คะแนน

3. มีหน้านิ่วคิ้วขมวดเวลาขยับตัว

วัตถุประสงค์ เพื่อบรรเทาอาการปวด

เกณฑ์การประเมินผล

1. อาการปวดน้อยกว่า 3 คะแนน

2. สีหน้าสดชื่น แจ่มใส ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความเจ็บปวดโดยการซักถาม การสังเกตอาการแสดง

2. จัดท่านอนให้อยู่ในท่าศีรษะสูง 30-45 องศาและท่าที่สุขสบาย

3. บอกให้ผู้ป่วยทราบถึงการพยาบาลก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง และใหการพยาบาลอย่างนุ่มนวลและรวดเร็วทุกครั้ง

4. ดูแลให้การระบายสารคัดหลั่งจากสายระบายทรวงอกให้มีการไหลได้สะดวก ไม่หักพับงอ ป้องกันการคั่งค้างของสารคัดหลั่งในทรวงอก ซึ่งจะทำให้เกิดความเจ็บปวดได้[9]

5. ดูแลสายยางที่ต่อกับท่อระบายทรวงอกไม่ให้ตึงเกินไปเพื่อให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวได้สะดวก

6. ดูแลให้ยาปวด Morphine 4 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น

การประเมินผล

มีอาการปวดลดลงประเมินความปวดได้ 4 คะแนน นอนหลับพักผ่อนได้ แต่ยังคงมีหลับๆ ตื่นๆ มีสีหน้านิ่วคิ้วขมวดเวลาขยับตัว

ระยะที่ 2 การพยาบาลก่อนผ่าตัด splenectomy

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการบาดเจ็บเนื่องจากพร่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการ/ความรุนแรงของโรค และการปฏิบัติตนก่อน–หลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยและญาติถามว่า “อาการหนักมากไหม”
2. สีหน้ากังวล คิ้วขมวด นอนนิ่งๆ หลับตา

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยและคลายความวิตกกังวลลง ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

เกณฑ์การประเมินผล

1. มีสีหน้าคลายความกังวล
2. ไม่มีอาการคิ้วขมวด

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยด้วยท่าทางที่เป็นมิตร ยิ้มแย้มแจ่มใสไม่แสดงอาการเบื่อหน่ายต่อผู้ป่วย ปลอบโยนและสัมผัสเพื่อให้รู้สึกอบอุ่น และลดความวิตกกังวล
2. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ได้แก่ สาเหตุ อาการและอาการแสดงของโรค แผนการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับเพื่อลดความวิตกกังวล[10]
3. ก่อนให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยทุกครั้งอธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบถึงเหตุผล และความจำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือและลดความวิตกกังวล
4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุย และระบายความในใจ พร้อมรับฟังและให้เวลาในการซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยต่างๆ และตอบข้อซักถามของผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ
5. เตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัด เพื่อลดความวิตกกังวล ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด[10]

การประเมินผล

มีการสอบถามอาการนานๆ ครั้ง เฉพาะเมื่อมีการเจ็บปวด ผู้ป่วยนอนนิ่งๆ พูดคุยกับญาติน้อยลง มีความพร้อมก่อนไปผ่าตัด

ระยะที่ 3 การพยาบาลหลังผ่าตัด splenectomy

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 อาจเกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดจากการผ่าตัดเพื่อการรักษา

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด splenectomy ใช้เวลาทั้งสิ้น 1 ชม. 15 นาที total blood loss 600 มิลลิลิตร Hemoperitoneal 300 มิลลิลิตร หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง

2. ในห้องผ่าตัดได้เลือดอีก 1 unit ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 100-150/90-60 มิลลิเมตรปรอท O_2 sat 100%

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะช็อก

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/80 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว> 95% Capillary refill time < 2 วินาที

2. รู้สึกตัวดี รู้เวลา บุคคลและสถานที่ถูกต้อง เล็บมือเล็บเท้า เปลือกตาและริมฝีปากไม่ซีด

3. Urine output > 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล[11]

1. ตรวจและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรก ต่อมาเป็นทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงต่อไปจนคงที่ ซึ่งหากไม่พบความผิดปกติให้สังเกตต่อเนื่องทุก 4 ชั่วโมง พร้อมสังเกตและประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย อุณหภูมิกาย สีผิว เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย
2. ดูแลให้ได้รับออกซิเจน Mask with bag 10 ลิตร/นาที
3. ดูแลให้ได้รับ 0.9% NSS 1,000 มิลลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตราเร็ว120 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ตามแผนการรักษา
4. ดูแลและติดตามสารคัดหลั่งจากการใส่สายยางทางจมูก จากสายระบายหน้าท้อง
5. ประเมินลักษณะบาดแผล
6. ตรวจวัดและบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง หากพบน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง
7. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Hct

การประเมินผล

รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการเหงื่อออก ตัวเย็น สารคัดหลั่งจากท่อระบายทรวงอกออก 330 มิลลิลิตร/ 16 ชั่วโมง ผล Hct 35% แผลไม่มีเลือดซึม สารคัดหลังจากสายระบายหน้าท้อง 60 มิลลิลิตร สารคัดหลั่งจากการใส่สายยางทางจมูก 5 มิลลิลิตร สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 163/100 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 มีโอกาสเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจจากได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป

ข้อมูลสนับสนุน

1. หลับปลุกตื่น
2. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 163/100 มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจจากการได้รับยาระงับความรู้สึก

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาทีอัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที

ความดันโลหิต 90/60-140/80 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว> 95% Capillary refill time < 2 วินาที

2. รู้สึกตัวดี รู้เวลา บุคคลและสถานที่ถูกต้อง เล็บมือเล็บเท้า เปลือกตาและริมฝีปากไม่ซีด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรก ต่อมาเป็นทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงต่อไปจนคงที่ ซึ่งหากไม่พบความผิดปกติให้สังเกตต่อเนื่องทุก 4 ชั่วโมง

2. ดูแลจัดท่านอนราบหันหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง พร้อมสังเกตและประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย

3. ดูแลและแนะนำการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ (deep breathing exercise and Effective cough)

4. ประเมินและติดตามอาการและอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจน

5. ดูแลงดน้ำและอาหาร

6. ดูแลให้ได้รับออกซิเจน Mask with bag 10 ลิตร/นาที

7. ดูแลให้ได้รับ 0.9% NSS 1,000 มิลลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตราเร็ว120 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ตามแผนการรักษา

8. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างการ (Early postoperative ambulation)

การประเมินผล

รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง หายใจได้เอง ไอขับเสมหะได้ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 74-94 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 120-163/70-100 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 อาจเกิดการติดเชื้อเนื่องจากมีบาดแผลเปิดสู่ภายนอกแผล

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง

2. ใส่ท่อระบายทรวงอก

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/80 มิลลิเมตรปรอท

2. สารคัดหลั่งบริเวณบาดแผลไม่มีสารคัดหลั่งซึม รอบแผลไม่มีลักษณะบวม แดง ร้อน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง

2. สังเกตอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อบริเวณบาดแผล ได้แก่ ลักษณะบวม แดง ร้อน สารคัดหลั่งซึมชุ่มแผล[11]

3. ดูแลทำแผลด้วยยึดหลักปราศจากเชื้อ วันละ 1 ครั้งหรือเมื่อแผลมีสารคัดหลั่งซึม

4. ประเมิน และติดตามสารคัดหลั่ง ที่ระบายออกจากท่อระบายทรวงอก และท่อระบายทางหน้าท้อง

5. แนะนำไม่ให้ผู้ป่วยสัมผัส แคะ แกะ เกา บริเวณบาดแผล

6. ดูแลให้ยาฆ่าเชื้อตามแผนการรักษาตามแผนการรักษา

การประเมินผล

แผลแห้งดี ไม่มีสารคัดหลั่งซึม สารคัดหลั่งจากท่อระบายทรวงอกออก 100 มิลลิลิตร สารคัดหลั่งจากท่อระบายทางหน้าท้อง 50 มิลลิลิตร สัญญาณชีพ อุณหภูมิอยู่ระหว่าง 36.5-38.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 70-98 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 110-160/70-100 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะลมรั่วเข้าในปอดภายหลังจากถอดท่อระบายทรวงอก

ข้อมูลสนับสนุน

1. หายใจดีไม่เหนื่อยหอบ

2. ผลเอ็กซเรย์พบปอดขยายตัวได้ดี

3. แพทย์พิจารณาถอดท่อระบายทรวงอก

วัตถุประสงค์ ป้องกันการเกิดภาวะลมรั่วเข้าในปอดภายหลังจากถอดท่อระบายทรวงอก

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาทีอัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/80 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว> 95%

2. ผู้ป่วยไม่มีอาการแน่นหน้าอก ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรก ต่อมาเป็นทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงต่อไปจนคงที่ ซึ่งหากไม่พบความผิดปกติให้สังเกตต่อเนื่องทุก 4 ชั่วโมง

2. ประเมินและติดตามอาการผิดปกติ ได้แก่ ตัวเย็น เหงื่อออก กระสับกระส่าย แน่นหน้าอก

3. ใช้วาสลินก๊อซ ปิดแผลให้สนิทเพื่อป้องกันลมรั่วเข้าปอด และเปิดทำแผลได้เมื่อครบ 48-72 ชั่วโมง โดยทำแผลวันละ 1 ครั้งโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ

4. ประเมินภาวะเลือดออกจากบาดแผล และลมใต้ผิวหนังทุกชั่วโมงจนปกติ

5. ดูแลและแนะนำการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ (deep breathing exercise) พร้อมกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูด tri flow อย่างถูกวิธี

การประเมินผล

รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการแน่นหน้า หายใจไม่เหนื่อย แผลไม่มีเลือดซึม คลำไม่พบลมรั่วใต้ผิวหนัง สัญญาณชีพ อุณหภูมิอยู่ระหว่าง 36.5-38.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 70-98 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/

นาที ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 110-160/70-100 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 98-100%

ระยะที่ 4 ระยะเตรียมจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 10 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังจากกลับไปพักฟื้นที่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยและญาติซักถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังจากกลับไปพักฟื้นที่บ้าน

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติบอกการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ 5 ข้อ จาก 7 ข้อ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยของญาติ
2. แนะนำญาติให้มีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย
3. ส่งเสริมผู้ป่วยและญาติให้มีกำลังใจ
4. ประสานทีมแพทย์ / นักกายภาพบาบัด / ผู้ที่เกี่ยวข้องสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติตน
5. แนะนำผู้ป่วย/ ญาติเกี่ยวกับการทำความสะอาดแผล การรับประทานยาตามแผนการรักษาการตรวจตามนัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หากพบอาการผิดปกติให้มาพบแพทย์ก่อนวันนัด
6. แนะนำผู้ป่วยและญาติในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย พร้อมทั้งประสานงานสถานพยาบาลใกล้บ้านและแหล่งชุมชนเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังจากกลับไปพักฟื้นที่บ้านได้ 5 ข้อ

สรุปและอภิปรายผล

ชายไทยโรงพยาบาลด่านช้างนำส่งด้วยแน่นหน้าอก เหนื่อยมาก ความดันโลหิตต่ำ Hct 17% ภายหลังเกิดอุบัติเหตุขับจักรยานยนต์ชนสุนัข ล้ม ไม่สลบ จำเหตุการณ์ไม่ได้ ใส่สายระบายทรวงอกแบบ 2 ขวด วินิจฉัย Moderate Left hemothorax with adjacent atelectasis with fracture rib 3-10 left with splenic injury รับไว้รักษา ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุชายชั้น 7 ระหว่างพักรักษาตัวพบ Hct 21.4% ได้รับการผ่าตัด splenectomy ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการปวดแผล สัญญาณชีพปกติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ การรักษาที่ได้รับคือ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ รักษาด้วยยา การกระตุ้นเคลื่อนไหวร่างกาย และกระตุ้นดูด tri flow จนอาการทุเลาได้รับการถอดอุปกรณ์การแพทย์ทั้งหมด ระหว่างเข้ารับการรักษาพบวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้งสิ้น 10 ข้อและทุกข้อได้รับการแก้ไขจนหมดแพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านเพื่อฟื้นฟูร่างกาย รวมระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งสิ้นจำนวน 10 วัน

ความยุ่งยากในการดำเนินการ

กรณีศึกษารายนี้มีประวัติการเจ็บป่วยจากการประสบอุบัติเหตุจนเกิดภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด ร่วมกับการบาดเจ็บของม้ามซึ่งเกิดขึ้นโดยไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้า ย่อมส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ โดยด้านร่างกายพบว่ากระดูกซี่โครงหักและมีภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด ร่วมกับการ

บาดเจ็บของม้ามมีผลต่อระบบหายใจและการไหลเวียนโลหิต รักษาด้วยการใส่ท่อระบายทรวงอกและการผ่าตัด splenectomy ดังนั้นในการวางแผนการพยาบาล พยาบาลจำเป็นต้องมีองค์ความรู้เฉพาะทางในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องอกและช่อท้อง รวมถึงการดูแลเกี่ยวกับการใส่ท่อระบายทรวงอก การพยาบาลหลังผ่าตัดช่องท้อง สำหรับด้านจิตใจจากการเจ็บป่วยย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความวิตกกังวล พยาบาลต้องเสริมพลังกับผู้ป่วยและญาติ ในการรับฟังปัญหา สะท้อนความรู้สึก ให้กำลังใจ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติคลายความกังวลเข้าใจแผนการรักษา ให้ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งสามารถช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

ภาวะกระดูกซี่โครงหักร่วมกับมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด และการบาดเจ็บที่ม้ามเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็ว เนื่องจากมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินหายใจ ระบบการทำงานของหัวใจ การไหลเวียนโลหิต ทำให้มีช่วงเวลาในการตัดสินใจให้การดูแลรักษาสั้น ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขทันทีผู้บาดเจ็บอาจเสียชีวิตได้

ข้อเสนอแนะ

การจัดทำผลงานกรณีศึกษาเรื่อง “การพยาบาลบาดเจ็บหลายระบบร่วมกับมีภาวะช็อก” พบว่ายังมีข้อจำกัดสำหรับพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย โดยสามารถสรุปข้อค้นพบเพื่อ เสนอแนะเป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ดังนี้

1. พยาบาลต้องมีความรู้ในการประเมิน วินิจฉัยและให้การพยาบาลได้อย่างทันท่วงที พร้อมทั้งวางแผนและให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมกับสภาพอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา รวมถึงการให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลซึ่งมีส่วนสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องเมื่อกลับบ้านตลอดจนการมาตรวจตามนัด

2. จัดทำแนวทางการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด splenectomy เนื่องจากผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อรุนแรงในกระแสเลือด โดยเฉพาะการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ

เอกสารอ้างอิง

1. Newberry L. Emergency Nursing principle and practice. Philadelphia: Mosby; 2003.
2. American College of Surgeons. Advanced Trauma Life Support® Student Course Manual. Chicago: American College of Surgeons.2018. Available from: https://www.emergencymedicinekenya.org/wp-content/uploads/2021/09/ATLS-10th-Edition.pdf
3. Chad MC, Carla CB, Mendy KS, Jonathan DM, Elizabeth C and Michael M. Utility of the Shock Index in Predicting Mortality in Traumatically Injured Patients. The Journal of TRAUMA Injury, Infection, and Critical Care. 2009;67:1426-30.

4. Vincent JL. Give your patient a fast hug (at least) onceaday. Crit Care Med. 2005; 33(6): 1225-9
5. George KJ. A systematic approach to care: Adult respiratory distress syndrome. J Trauma Nurs. 2008;15(1):19-22.
6. รภัทรภร แก้วล้อม. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้อง ร่วมกับมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร. 2563;29(2):39-52.
7. เพลินตา คำหลาย. การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน : กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2563;17(2):162-173.
8. วิมล อิ่มอุไร. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ. วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล. 2562;4(1):54-67.
9. นิตยา กออิสรานุภาพ, วรรวิษา สำราญเนตร และภัทรา โพธิ์รัง. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกภาวะลมในช่องเยื่อหุ้มปอด : กรณีศึกษา. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2566;20(2).38-48.
10. สหัส บิลอะหลี. ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ต่อผลลัพธ์การจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอก [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่]. สงขลา: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยสงลานครินทร์; 2560.
11. จีรนุช สมโชคไวท์, ศรัญญา จุฬารี และจันทร์ทิรา เจียรณัย. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางช่องท้อง. วารสารและการศึกษาพยาบาล. 2563;26(1).231-250.