



รายงานผู้ป่วย

Case Reports

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับ มีลมและเลือดออกในเยื่อหุ้มปอดและกระดูกหัก

หลายตำแหน่ง : กรณีศึกษา

Nursing Care for multiple trauma patient with Head Injury with Pneumothorax and Multiple fractures : case report

ขวัญจิต พุกชะวัน พย.ม.

โรงพยาบาลสามง่าม

บทคัดย่อ

การบาดเจ็บหลายระบบ เป็นการเกิดอุบัติเหตุที่มีผลกระทบต่อร่างกายหลายแห่งของผู้ป่วยหรือหลายระบบในเวลาเดียวกัน ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในเวลาที่รวดเร็วจากสมองได้รับการบาดเจ็บรุนแรง ซ็อกจากการเสียเลือดอย่างรุนแรง อาจมีทางเดินหายใจอุดตันหรือการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยชายไทย อายุ 18 ปี เข้ารับการรักษา ด้วยอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ ล้มเอง แกร็บ รู้สึกตัวดี E4V5M6 pupil 2 mm RTL BE BP 112/75 mmHg PR 100 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส มีอาการแน่นหน้าอกมีแผลฟกช้ำที่ตาซ้าย ปวดต้นคอ มือซ้าย และ ต้นขาซ้ายผิดรูป ผลเอกซเรย์พบมีลมและเลือดออกในเยื่อหุ้มปอดด้านขวา กระดูกต้นขาซ้ายและกระดูกฝ่ามือซ้ายหัก สงสัยกะโหลกศีรษะร้าว ขณะอยู่ที่ห้องฉุกเฉินอาเจียนเป็นเลือดเก่าๆ 100 cc BP 90/70 mmHg PR 120 ครั้ง/นาที RR 24 ครั้ง/นาที O2 sat 90 % RA ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่สำคัญในเรื่อง การเฝ้าระวังภาวะซ็อกจากการเสียเลือด การดูแลใส่สายระบายทรวงอก การตามกระดูกต้นขาซ้ายและกระดูกฝ่ามือ ลดอาการปวด ดูแลด้านจิตใจลดความวิตกกังวล และการดูแลขณะส่งต่อ

ผลลัพธ์ : ผู้ป่วยได้รับการดูแลแก้ไขภาวะคุกคามต่อชีวิตและส่งต่อไปที่โรงพยาบาลพิจิตรอย่างปลอดภัย

คำสำคัญ : การพยาบาล การบาดเจ็บหลายระบบ มีลมและเลือดออกในเยื่อหุ้มปอด

Abstract

Multiple trauma is an accident that affects many bodies of the patient or multiple systems simultaneously. The cause of the patient's death is a severe head injury, Hypovolemic shock, airway obstruction, and non-effective breathing.

case study: A 18-years-old Thai male patient was admitted after a motorcycle accident with E4V5M6 pupil 2 mm RTL BE BP 112/75 mmHg PR 100 bpm RR 20 bpm body temperature 37.0 C, chest discomfort, left periorbita swelling, neck pain, left hand and leg were deformed, pneumothorax right lung, fracture left hand and femur, and R/O skull fracture by x-rays. He vomited coffee ground about 100 ml., BP 90/70 mmHg, PR 120 bpm, RR 24 bpm, O2 sat

90% RA. This patient received appropriate critical care according to international standards, including psychological care during admission and transfer.

Results: This patient received a life-threatening condition and safe life.

Keywords : Nursing care, Multiple trauma, Pneumohemothorax

บทนำ

การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย ส่งผลต่อชีวิตทรัพย์สินและการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม จากสถิติการบาดเจ็บของประเทศไทยพบว่า ปี 2564 มีผู้เสียชีวิตจำนวน 13,261 คน ปี 2565 เสียชีวิตจำนวน 15,012 คน ปี 2566 จำนวน 10 เดือนตั้งแต่ 1 มกราคม ถึง 30 ตุลาคม 2566 เสียชีวิต 10,966 คน และพบว่าในจังหวัดพิจิตร มีจำนวนผู้บาดเจ็บที่เสียชีวิตปี 2564 จำนวน 101 คน ปี 2565 103 คน ปี 2566 จำนวน 10 เดือน ตั้งแต่ 1 มกราคม ถึง 30 ตุลาคม 2566 จำนวน 49 คน การบาดเจ็บที่พบส่วนใหญ่เป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับอวัยวะหลายระบบพร้อมกัน ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในเวลาที่รวดเร็ว จากระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิตและระบบประสาททำงานล้มเหลวอย่างเฉียบพลัน สาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต คือ สมองได้รับการบาดเจ็บรุนแรง ทางเดินหายใจอุดตัน หรือการหายใจไม่มีประสิทธิภาพและการเกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือด (hypovolemic shock)⁽¹⁾

สถานการณ์การบริการในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลสามง่ามซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ พบผู้ป่วยอุบัติเหตุที่บาดเจ็บหลายระบบทั้งหมดปี 2564 จำนวน 8 ราย เสียชีวิต 2 ราย ปี 2565 จำนวน 9 ราย เสียชีวิต 3 รายปี 2566 จำนวน 10 เดือนตั้งแต่ 1 มกราคม ถึง 30 ตุลาคม 2566 บาดเจ็บจำนวน 6 ราย เสียชีวิต 3 ราย ซึ่งมีแนวโน้มการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น สภาพปัญหาการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบพบว่ามีข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคคล รูปแบบการดูแลมีหลากหลาย บุคลากรส่วนมากจะปฏิบัติตามความรู้ความเข้าใจและประสบการณ์ที่มีอยู่ของแต่ละบุคคลทำให้ไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน อาจทำให้เกิดความล่าช้าและเกิดผลเสียกับผู้ป่วยได้ ดังนั้นเพื่อให้การบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ ผู้ป่วยอุบัติเหตุ

บาดเจ็บหลายระบบได้รับการดูแลตามมาตรฐานในงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน จึงได้มีการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะ ร่วมกับมีลมและเลือดออกในเยื่อหุ้มปอดและกระดูกหักหลายตำแหน่ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โดยการประเมินตั้งแต่แรกรับรวมทั้งสามารถวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับอาการที่เปลี่ยนแปลง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิต⁽²⁾ ผลกระทบจากการบาดเจ็บหลายระบบ ได้แก่

1) ภาวะช็อกที่เกิดจากการสูญเสียปริมาณเลือด (Hypovolemic shock) ซึ่งเกิดจากการมีแผลเปิดจากการได้รับบาดเจ็บหรืออวัยวะภายในถูกกระทบกระแทกที่ไม่มีบาดแผลภายนอก และเมื่อร่างกายได้รับบาดเจ็บจะเกิดการอักเสบจากเนื้อเยื่อถูกทำลายและถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและครอบคลุมการอักเสบจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและรุนแรงมากจนเกิดเป็นกลุ่มอาการอักเสบตามระบบต่างๆ ทั่วร่างกาย (Systemic inflammatory response syndrome) และถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ทันท่วงที จะเกิดการติดเชื้อในร่างกายทำให้เกิดความล้มเหลวในการทำงานของแต่ละส่วนอวัยวะที่ได้รับผลกระทบเป็นอวัยวะแรกคือปอด โดยมีอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจนอย่างรุนแรง (Acute respiratory distress syndrome)⁽³⁾

2) ความปวด (Pain) เกิดจากการได้รับบาดเจ็บและมีบาดแผลเกิดขึ้นจากเนื้อเยื่อถูกทำลาย มีผลกระทบต่อรีเฟล็กซ์ต่างๆ ของร่างกายทำให้เกิดการขยายของหลอดเลือดส่วนปลาย (Peripheral vasodilatation) เกิดอาการหน้ามืดเป็นลม หรือช็อกจนกระทั่งเกิดภาวะการไหลเวียนล้มเหลวและเสียชีวิตได้ ร่างกายจะตอบสนองโดยมี

การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ เช่น ความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้นหายใจเร็วขึ้นหรือเหนื่อยหอบ เหงื่อออกตัวเย็น สีหน้าท่าทาง หรือการส่งเสียงเปลี่ยนไป ความปวดมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ⁽⁴⁾

3) การบาดเจ็บที่ทรวงอก (Chest Trauma) ซึ่งเกิดจากการบาดเจ็บแบบชอกช้ำ (Blunt chest trauma) หรือมีบาดแผลทะลุทะลวงทรวงอก (Penetrating chest trauma) การบาดเจ็บของซี่โครงและปอด มักทำให้กระดูกซี่โครงหักหนึ่งหรือหลายซี่ได้ อาจทำให้มีการฉีกขาดของเนื้อปอดและเส้นเลือดแล้วมีลมรั่วจากทางเดินหายใจ เข้าสู่เยื่อหุ้มปอด ที่พบบ่อยได้แก่ภาวะมีลมหรือเลือดหรือทั้งลมและเลือดรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pneumo-Hemo-Thorax) และภาวะลมอัดตันในช่องเยื่อหุ้มปอด (Tension Pneumothorax) ซึ่งเป็นภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด ในลักษณะที่ผ่านเข้าไปในทรวงอกได้ทางเดียว (One Way valve) เวลาหายใจเข้า อากาศสามารถ ผ่านเข้าไปได้ แต่เวลาหายใจออกซี่โครงยุบตัวปิดบาดแผลไว้ ลมจึงถูกขังอยู่ในช่องเยื่อหุ้มปอดจนสูญเสียความดันลบ ส่งผลให้ปอดหดตัวเข้าขั้วปอด ทำให้เกิดปอดแฟบ การไหลเวียนเลือดดำกลับสู่หัวใจลดลง ปริมาณเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจไปเลี้ยงร่างกายในเวลาหนึ่งนาที (Cardiac Output) ลดลง นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดการดันผนังกันทรวงอกไปทางตรงข้าม (Mediastinal shift)⁽⁴⁾

4) การบาดเจ็บของช่องท้อง (Abdominal trauma) อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บที่พบบ่อยคือม้าม ตับ และตับอ่อน การบาดเจ็บของอวัยวะเหล่านี้ในรายที่เสียเลือดมากอาจทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้จากภาวะช็อกจากการเสียเลือด อาการที่พบคืออาการปวดท้อง ปวดร้าวไปสะบักหรือไหล่

5) การบาดเจ็บที่ศีรษะและไขสันหลัง (Head Injury and spinal cord injury) ปัญหาที่ทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้แก่ภาวะหายใจลำบาก (Respiratory distress) ภาวะช็อกจากการเสียเลือด (Hypovolemic shock) และภาวะสมองได้รับบาดเจ็บรุนแรง (Severe Traumatic brain injury) ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตที่มักเกิดร่วมกันเมื่อมีการบาดเจ็บหลายระบบ การบาดเจ็บของ

ไขสันหลัง (Spinal cord injury) พบบ่อยที่ส่วนคอ C5 และ C6 รองลงมาการบาดเจ็บส่วนเอว ระดับ L1 และ L5

6) การบาดเจ็บของกระดูกและข้อ (Bone and joint injury) มักเกิดร่วมกับอันตรายต่อเนื้อเยื่อใกล้เคียง เส้นเลือด เส้นประสาท เส้นเอ็นและหลอดน้ำเหลือง การหักของกระดูกเชิงกรานและกระดูกต้นขา อาจมีอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ จากการเสียเลือด หรือจากการบาดเจ็บของอวัยวะภายในและอาจทำให้อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรจากเส้นเลือด เส้นประสาทที่อยู่ส่วนปลายถูกกด

การบาดเจ็บหลายระบบถือว่าการบาดเจ็บที่มีความรุนแรง เพื่อป้องกันความผิดพลาดของการวินิจฉัย และลดโอกาสเสียชีวิต การประเมินผู้ป่วยจึงมีความสำคัญมากเพื่อหาภาวะคุกคามต่อชีวิตและให้การช่วยเหลือแก้ไขภาวะเร่งด่วนในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบอย่างทันท่วงที ซึ่งประกอบไปด้วยขั้นตอน ดังนี้⁽⁵⁾

1. การประเมินอาการขั้นต้น (Primary survey)

1.1) การประเมินทางเดินหายใจและป้องกันการบาดเจ็บของกระดูกต้นคอ (Airway and cervical spine protection) โดยสังเกตการบาดเจ็บบริเวณใบหน้า และลำคอ การหายใจมีเสียงดังหรือติดขัด หากมีการขีดขวางทางเดินหายใจให้ทำหัตถการเพื่อช่วยเปิดทางเดินหายใจ ได้แก่ chin-lift หรือ maneuver jaw thrust หรือการใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นต้น ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรใส่ Philadelphia collar ไว้จนกว่าจะตรวจไม่พบว่ามี cervical spine injury

1.2) การประเมินการหายใจ (Breathing) เป็นการตรวจว่าผู้ป่วยมีลักษณะการหายใจที่เป็นปกติหรือไม่ มี ventilation และ oxygenation พอเพียง มองหาภาวะ pneumothorax, hemothorax, flail chest, และ lung contusion เป็นต้น

1.3) การประเมินระบบไหลเวียนโลหิตและการห้ามเลือด (Circulation and hemorrhagic control) ทั้ง Central และ Peripheral Circulation เป้าหมายคือมี Capillary refill ที่ดีทุกข้อมือ และมีความดันโลหิตปกติ ผู้ประเมินต้องมองหาสาเหตุของการสูญเสียเลือด ทำการห้ามเลือด และแก้ไขภาวะ shock ด้วยสารน้ำและผลิตภัณฑ์ของเลือด การสูญเสียเลือดแบ่งออกเป็น 2 ชนิด

ได้แก่ การสูญเสียเลือดภายนอก (External hemorrhage) เช่น บาดแผลฉีกขาด กระดูกหักแบบเปิดหรือแผลฉีกขาด ร่วมกับการบาดเจ็บของเส้นเลือดแดงใหญ่ เป็นต้น ให้ทำการห้ามเลือดด้วยการใช้ Pressure dressing หลีกเลียงการใช้ Tourniquet เนื่องจากอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บของเส้นประสาท และอาจทำให้ส่วนปลายรยางค์ขาดเลือดได้และการสูญเสียเลือดภายใน (Internal hemorrhage) ได้แก่ กระดูกต้นขาหัก หรือกระดูกเชิงกรานหัก หากตรวจร่างกายพบรอยฟกช้ำบริเวณ pelvis, pubic symphysis หรือ perineum ให้การทำใส่ pelvic binder ก่อนเสมอ จนกว่าจะยืนยันว่าไม่มีภาวะกระดูกเชิงกรานหัก

1.4) การประเมินความรู้สึกรู้ตัว (Disability) ได้แก่ การตรวจทางระบบประสาท และระดับการรู้สึกรู้ตัว (Glasgow coma scale), ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ, ระบบทางเดินปัสสาวะ, ระบบการสืบพันธุ์

1.5) การประเมินการบาดเจ็บภายนอกและดูแลอุณหภูมิร่างกาย (Exposure and environment control) เป็นการถอดเสื้อผ้าที่ปกคลุมร่างกาย เพื่อตรวจหาสิ่งผิดปกติทั่วร่างกาย รวมทั้งการบาดเจ็บบริเวณหลังและกระดูกสันหลังพลิกตะแคงตัวโดยใช้วิธี log roll maneuver ภายหลังการประเมิน primary survey ด้วยการตรวจร่างกายแล้ว ควรส่งภาพรังสีอย่างน้อย 3 ภาพเสมอ คือ chest x-ray AP, cervical spine lateral cross table, pelvic AP เพื่อประเมินการบาดเจ็บที่เป็น life threatening conditions และให้การรักษาที่เร่งด่วนต่อไป

2. การประเมินอาการซ้ำอย่างละเอียด (Secondary survey)

ประกอบด้วยการซักประวัติและการตรวจร่างกายทุกระบบโดยละเอียด รวมถึงการส่งตรวจทางรังสีวินิจฉัย การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น การซักประวัติตามหลัก AMPLE ได้แก่ A : Allergy : การแพ้ยา แพ้สารต่างๆ, M : Medication currently used : ประวัติการใช้ยาปัจจุบัน, P : Past illness and pregnancy : ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต และขณะนี้ตั้งครรภ์หรือไม่ L: Last meal : เวลาที่รับประทานอาหาร และดื่มน้ำครั้งสุดท้าย และ E: Event and environment related injury :

ประวัติการบาดเจ็บที่เกิดขึ้น ได้แก่ กลไกการบาดเจ็บ ทำให้ทราบถึงรุนแรงของการบาดเจ็บ รวมถึงตำแหน่งการบาดเจ็บ บริเวณต่างๆ ที่อาจพบร่วมกันได้ และสถานที่เกิดเหตุ จะบ่งบอกถึงความป็นเป็น บริเวณผิวหนัง หรือภายใน บาดแผล กระดูกหักแบบเปิด เวลาที่เกิดการบาดเจ็บ การรักษาที่ได้รับมาก่อน และการตรวจร่างกายโดยละเอียด ให้ตรวจตามระบบ ดังนี้ complete neurological examination, head and skull, maxillofacial, neck, chest, abdomen, perineum, musculoskeletal,

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 18 ปี สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพรับจ้าง สถานภาพโสด การศึกษาระดับมัธยมศึกษา เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสามง่ามวันที่ 8 มิถุนายน 2566 เวลา 22.48 น. ด้วยอุบัติเหตุซึ่งรถจักรยานยนต์ล้มเองแรกได้รับรู้สึกรู้ตัว E4V5M6 pupil 2 mm RTL BE BP 112/75 mmHg PR 100 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส O2 sat 98% RA มีอาการแน่นหน้าอก มีแผลฟกช้ำที่ตาซ้าย ปวดต้นคอ มีแผลถลอกที่คางและลำคอด้านซ้าย ต้นขาซ้ายผิดปกติ หลังมือซ้ายบวมขณะอยู่ห้องฉุกเฉิน อาเจียนเป็น coffee ground 100 cc BP 90/70 mmHg PR 120 ครั้ง/นาที RR 24 ครั้ง/นาที O2 sat 95% RA ส่งตรวจ CBC, BUN, Creatinine, Electrolyte, PT, INR, FAST ผล negative Film CXR , Skull AP-lateral, Left femur AP- lateral, Pelvis AP, Left hand AP-oblique การวินิจฉัย Mild head injury moderated risk with Right lung pneumothorax with fracture Left femur and fracture MCP of left hand การรักษาใส่สายระบายทรวงอก on ICD no. 32 mask 12 ได้ air และ fresh blood คาสาย, on 0.9% NSS vein load, retained Foley' catheter no 14 with bag urine สีใส 100 cc , retained NG tube for lavage 1500 cc clear, ให้อาหาร transamine 1 gm vein ,ceftriazone 2 gm vein, tramol 1 amp vein, plasil 1 amp vein, omeprazole 80 mg vein, splint Left femur and left hand on hard collar and spinal board, on O2 mask with bag 10 LPM ประสานส่งโรงพยาบาลพิจิตร วันที่ 9 มิถุนายน



2566 เวลา 03.00 น.ขณะส่งต่อ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4V5M6 pupil 2 mm RTL BE BP 128/83 mmHg PR 82 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที O2 sat 98%

จากรายงานผู้ป่วยพบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และให้การพยาบาลดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1

ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการบาดเจ็บที่ศีรษะและกระดูกต้นคอ

ข้อมูลสนับสนุน

1) ประสบอุบัติเหตุเหตุซึ่รถจักรยานยนต์ล้มเอง แผลฟกช้ำที่ตาซ้าย เจ็บบริเวณต้นคอ

2) ผล Skull AP-lateral : R/O skull fracture วัตถุประสงค์ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บเพิ่มขึ้น และปลอดภัย

เกณฑ์การประเมินผล

- 1) ผู้ป่วยได้รับการติดตาม และเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด
- 2) สัญญาณชีพและออกซิเจนในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1) primary survey and resuscitation ประเมินความผิดปกติที่เป็นอันตรายและแก้ไขภาวะคุกคามชีวิตทันที ได้แก่

- ประเมินทางเดินหายใจ พบว่า ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบได้ มีแผลฟกช้ำที่ตาซ้าย และเจ็บบริเวณต้นคอ กู้ชีพใส่ hard collar ขนาดและตำแหน่งถูกต้อง on spinal board

- ประเมินการหายใจ การเคลื่อนไหวของทรวงอกปกติ ฟังปอดพบ decrease breast sound right lung คาดว่าทรวงอกได้รับบาดเจ็บ on O2 mask with bag 10LPM

- ประเมินระบบไหลเวียนโลหิต (Circulation) พบกระดูกต้นขาซ้ายบวมผิดปกติ monitor vital sign, O2sat ทุก 15 นาที on 0.9% NSS 1000 cc vein load

- ประเมินระดับความรู้สึกตัว E4V5M6 สังเกตอาการซึมลง คลื่นไส้ อาเจียน ประเมิน Neuro sign ทุก 10-15 นาที

- สิ่งแวดล้อม ถอดเสื้อผ้าตรวจร่างกายและห่มผ้าให้ร่างกายอบอุ่น

2) secondary survey ตรวจร่างกายผู้ป่วยอีกครั้ง ตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า เพื่อหาตำแหน่งบาดเจ็บอย่างละเอียด พบแผลถลอกที่คางและลำคอด้านซ้าย มีแผลฟกช้ำที่ตาซ้าย หลังมือซ้ายบวม ไม่มีแผลเปิด

3) ชักประวัติ บันทึกผลการประเมินและ รายงานแพทย์และให้การดูแลตามแผนการรักษาส่งตรวจ CBC, BUN, Creatinine, Electrolyte, PT, INR, DTX stat 153 mg% แพทย์ FAST negative ส่ง Film CXR, Skull AP-lateral, Left femur AP- lateral, Pelvis, Left hand

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4V5M6 pupil 2 mm RTL BE BP 112/75 mmHg PR 100 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส O2 sat 98% on hard collar และ spinal board, splint Left femur and Left hand

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2

ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือด เนื่องจากมีกระดูกต้นขาหัก และอาเจียนเป็นเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

- 1) กระดูกต้นขาซ้ายผิดปกติ ผลเอกซเรย์พบ fracture Left femur
- 2) อาเจียนเป็น coffee ground 100 cc
- 3) BP 90/70 mmHg PR 120 ครั้ง/นาที RR 24 ครั้ง/นาที O2 sat 95 %

วัตถุประสงค์

เพื่อให้มีการไหลเวียนโลหิตไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ได้เพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

- 1) สัญญาณชีพ SBP>90 mmHg, DBP>60 mmHg, PR<10 หรือ > 60 ครั้ง/นาที
- 2) อาเจียนเป็นเลือดลดลง
- 3) Urine output >30 cc/hrs.

กิจกรรมการพยาบาล

1) ลดการเคลื่อนไหว โดยการ splint ต้นขาซ้ายที่ผิดปกติ จัดทำผู้ป่วยให่นอนยกปลายเท้าสูงเพื่อเพิ่มการไหลเวียนกลับของเลือดกลับเข้าสู่หัวใจมากขึ้น

2) ดูแลให้ได้รับสารน้ำทดแทนการเสียเลือดทันทีตามแผนการรักษา on 0.9 % NSS 1000 cc Load ใน 30 นาที

3) ประเมินระดับความรู้สึกตัวและสัญญาณชีพ O2sat ทุก 15 นาทีจนกว่าจะ stable

4) on O2 mask with bag 10 LPM

5) retained NG tube no.18 lavage, retained Foley catheter no 14 with bag

6) keep warm เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ Hypothermia

7) ดูแลให้ได้รับยา Transamine 1 gm และ Omeprazole 80 mg vein ตามแผนการรักษา

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4V5M6 BP 110/80 mmHg PR 100 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที O2 sat 100% urine สีใส 100 cc, NG : coffee ground 60 cc lavage 1500 cc :clear

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3

มีการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงเนื่องจากมีลมและเลือดในช่องเยื่อหุ้มปอด

ข้อมูลสนับสนุน

1) มีอาการแน่นหน้าอก ตรวจร่างกายพบ decrease breast sound right lung

2) ผล CXR : right lung pneumothorax

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ทำให้การทำงานของหัวใจและปอดกลับสู่ปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยไม่มีอาการแน่นหน้าอก หายใจสะดวก

กิจกรรมการพยาบาล

1) แจ้งให้ผู้ป่วยทราบ อธิบายแผนการรักษาเหตุผลความจำเป็นที่ต้องใส่สายระบายทรวงอก

2) เตรียมอุปกรณ์ในการทำหัตถการให้พร้อม จัดทำให้ผู้ป่วยนอนหงายชิดขอบเตียงด้านซ้าย ช่วยแพทย์ขณะทำหัตถการใส่สายระบายทรวงอก (ICD)

3) ดูแลการทำงานของ chest drain สังเกตการขึ้นลงของระดับน้ำ (Fluctuation)

4) บันทึกลักษณะ สี จำนวนของ content

5) การทำmilking สายยาง เพื่อช่วยให้ content ที่ค้างในสายไหลสะดวกทำให้อุดขยายตัวได้ดี

6) การป้องกันอุบัติเหตุจากขวด chest drain ล้มหรือแตกขณะเคลื่อนย้ายโดยการเตรียม clamp หุ้มยางไว้อย่างน้อย 2 ตัว เมื่อเกิดเหตุใช้ได้ทันทีป้องกันไม่ให้อากาศภายนอกเข้าสู่ปอด

7) monitor vital sign, O2sat ทุก 15 นาที ถ้าพบว่าความดันโลหิตลดลง < 90/60 มม.ปรอท ชีพจรเต้นเร็ว > 100 ครั้ง/นาที หายใจหอบลึก > 24 ครั้ง/นาที รายงานแพทย์ทันที

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4V5M6 BP 110/80 mmHg PR 100 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที O2 sat 100% on ICD no.32 mask 12 ได้ air และ fresh blood คาสายส่ง CXR ซ้ำขยับ mask 8

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4

ไม่ได้รับความสุขสบายเนื่องจากการปวดกระดูกหักที่ต้นขาซ้าย

ข้อมูลสนับสนุน

1) ผลเอกซเรย์พบ fracture Left femur / fracture 2nd MCP of left hand

2) ประเมิน pain score > 7 คะแนน

วัตถุประสงค์ เพื่อลดอาการปวด

เกณฑ์การประเมินผล

สัญญาณชีพปกติ ผู้ป่วยทุเลापวด ประเมิน pain score ลดลง < 7 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

1) แจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงการบาดเจ็บ อธิบายแผนการรักษาเหตุผลความจำเป็นในการตรึง (splint) กระดูกที่มีความผิดปกติเพื่อ ลดความเจ็บปวด ลดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อรอบบริเวณกระดูกหัก

2) ประเมินระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพและค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง ทุก 10-15 นาที

3) ประเมินความปวด การลดความเจ็บปวดโดยการตามหรือประคองให้กระดูกอยู่นิ่งๆ การประคบเย็นจะช่วยลดอาการบวม ลดการสูญเสียเลือดและการบาดเจ็บที่รุนแรงขึ้น



4) การประเมินการไหลเวียนเลือดสีผิว อุณหภูมิ อาการบวม การเคลื่อนไหว และความรู้สึกการชา ปวด การรับรู้การสัมผัส

5) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาลดอาการปวดตามแผนการรักษา ได้แก่ tramol 1 amp vein และ plasil 1 amp vein

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4V5M6 BP 110/80 mmHg PR 100 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที O2 sat 100% splint Left femur and Left hand อาการปวดทุเลา Pain score 5 คะแนน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5

เสี่ยงต่อการเกิดภาวะรุนแรงเพิ่มขึ้นขณะส่งต่อ

ข้อมูลสนับสนุน

1) แพทย์สั่งการรักษาส่งผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่ายโดยด่วน

2) สภาวะผู้ป่วย on right ICD มีcontent fresh blood คาสาย, on hard collar on spinal board, splint Left femur and Left hand, On IV fluid

วัตถุประสงค์

เพื่อให้การส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลแม่ข่ายด้วยความปลอดภัย

เกณฑ์การประเมินผล

1) ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ
2) ไม่มีอาการรุนแรงในขณะที่ส่งต่อและส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อได้อย่างปลอดภัย

กิจกรรมการพยาบาล

1) เตรียมความพร้อมของเครื่องมืออุปกรณ์ ในรถพยาบาลให้พร้อมในการส่งต่อ

2) ประสานงานและรายงานอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ สัญญาณชีพกับศูนย์ส่งต่อ /พยาบาลหัวหน้าเวรโรงพยาบาลแม่ข่ายทราบและเตรียมความพร้อมไว้รอรับผู้ป่วย

3) จัดพยาบาลวิชาชีพที่มีความชำนาญให้การดูแลผู้ป่วยระหว่างเดินทางไปโรงพยาบาลแม่ข่าย

4) ดูแลท่อระบายทรวงอก สาย NG tube สาย Foley catheter ในตำแหน่งที่เหมาะสม ไม่ดึงรั้ง ดูแลให้สารน้ำตลอดการส่งต่อตามแผนการรักษา เพื่อทดแทนปริมาณเลือดที่สูญเสียไป

5) ใช้ระบบ One Province One ER ระหว่างนำส่ง โดยใช้เครื่อง Refer-Telemedicine Monitor ทุก 10 นาที ประสานการดูแลแบบ real time

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4V5M6 pupil 2 mm RTL BE BP 128/83 mmHg PR 82 ครั้ง/นาที RR20 ครั้ง/นาที O2 sat 98%RA ส่งต่อผู้ป่วยให้ทีมฉุกเฉินโรงพยาบาลแม่ข่ายเวลา 03.00 น.

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6

ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลจากสภาพการบาดเจ็บ

ข้อมูลสนับสนุน

1) ไม่มีญาติทราบว่าผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุและต้องส่งต่อไปที่โรงพยาบาลแม่ข่าย

2) สภาวะผู้ป่วย on right ICD, splint Left femur and Left hand

วัตถุประสงค์

1) เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติลดความวิตกกังวล
2) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจลักษณะการบาดเจ็บและแผนการรักษาพยาบาลและให้ความร่วมมือ

เกณฑ์การประเมินผล

1) ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล
2) ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล

1) แสดงความเห็นใจ และเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย

2) ตอบข้อซักถามของผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ

3) อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงสภาพการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่ได้รับ และแผนการรักษา การตรวจ การทำหัตถการต่างๆ ที่กระทำต่อร่างกายผู้ป่วย ความเจ็บปวดที่ได้รับ

4) ลดความกลัวและความวิตกกังวลของผู้ป่วย โดยให้การพยาบาลด้วยความนิ่มนวล แจ่มให้ผู้ป่วยทราบก่อนให้การพยาบาล และ แจ่มผลของการรักษาพยาบาลให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้ง

5) ช่วยเหลือผู้ป่วยโดยโทรศัพท์ติดต่อญาติ แจ่มให้ญาติทราบการบาดเจ็บของผู้ป่วยและแผนการส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่าย ประคับประคองจิตใจและ

อารมณ์ของผู้ป่วยและญาติ ให้กำลังใจ เพื่อให้ปรับตัวและเข้าใจสภาพการบาดเจ็บ และแผนการรักษา รวมถึงอธิบายอาการปัจจุบันของผู้ป่วย และให้โอกาสผู้ป่วยได้พูดคุยกับญาติทางโทรศัพท์ และประสานเวลาที่นำส่งผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลแม่ข่าย แนะนำญาติในการจัดเตรียมเอกสารต่างๆ ตามสิทธิ์ พบ.

การประเมินผล

- 1) ผู้ป่วยมีความเข้าใจและให้ความร่วมมือตามแผนการรักษา
- 2) ผู้ป่วยและญาติคลายความกังวล หลังจากทราบอาการและแผนการรักษาพยาบาล

วิจารณ์

ผู้ป่วยซับซ้อนกรณีการบาดเจ็บที่ตนเองได้รับบาดเจ็บหลายระบบ ได้แก่การบาดเจ็บที่ศีรษะและต้นคอมีลมและเลือดในช่องเยื่อหุ้มปอด กระดูกต้นขาหัก กระดูกมือหัก และมีภาวะช็อก ซึ่งมีความยุ่งยากและซับซ้อนในการช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยพ้นจากระยะวิกฤต การดูแลและการจัดการภาวะวิกฤตตั้งแต่แรกเริ่มจึงเป็นสิ่งสำคัญ จะเห็นได้ว่าพยาบาลผู้ปฏิบัติการในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องมีการประเมินผู้ป่วยอย่างเป็นระบบเป็นขั้นตอนให้มีประสิทธิภาพ ตั้งแต่การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้น (initial assessment) โดยการทำ primary survey เพื่อค้นหาและแก้ไขภาวะคุกคามชีวิต secondary survey การตรวจร่างกายโดยละเอียด การส่งตรวจวินิจฉัย ตรวจพิเศษต่างๆ จนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาได้อย่างทันที่ทันที่ตามแผนการรักษาของแพทย์ รวมถึงการใช้ทักษะและประสบการณ์ในการประสานความร่วมมือกับแพทย์และทีมสหวิชาชีพอื่นๆ ช่วยแพทย์ทำหัตถการสำคัญ และการตัดสินใจให้การช่วยเหลือแก้ไขภาวะวิกฤต รวมถึงการบริหารจัดการให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อในระบบช่องทางด่วน และเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงขณะนำส่งต่อผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จนผู้ป่วยได้รับการส่งต่อถึงโรงพยาบาลแม่ข่ายอย่างปลอดภัย และทันเวลา

สรุป

การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ทีมต้องมีสมรรถนะการสื่อสารและการประสานความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมิน และให้การช่วยเหลือที่ถูกต้อง

รวดเร็ว ตั้งแต่จุดเกิดเหตุ และระหว่างนำส่งมาที่ห้องฉุกเฉิน จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากการเข้าสู่ระยะวิกฤตรุนแรงได้ พยาบาลห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินต้องมีความรู้และทักษะในการประเมินผู้ป่วย เพื่อวินิจฉัยทางการพยาบาลและให้การพยาบาลอย่างเร่งด่วน เพื่อแก้ไขปัญหา วางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับอาการร่วมกับบุคลากรในทีมพยาบาลได้อย่างทันที่ทันที่และมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิต ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลดลง นอกจากนี้ การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบจะเกิดผลลัพธ์ที่ดีได้ ควรมีการประสานความร่วมมือและพัฒนาศักยภาพทีมทั้งในโรงพยาบาล เครือข่ายทีมกู้ชีพ รวมทั้งพัฒนา trauma Fast tract ทั้งระบบ

เอกสารอ้างอิง

1. สุพัทธา อยู่สุข, พรจันทร์ สุวรรณมนตรี, พิจริยา เจริญรัตน์, น้ำผึ้ง นิลสนธิ. พัฒนารูปแบบการดูแลภาวะช็อกจากการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2560;13(2) :39-49.
2. วิมล อิมอุไร. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ.วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล 2562; 4(1):54-67.
3. ดวงมล สุวรรณ, วิภา แซ่เจี๋ย, ประณีต ส่งวัฒนา. ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีต่อผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ. วารสารสภาการพยาบาล 2561;33(4):33-45.
4. ปัทมา เสนาะคุณ. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองร่วมกับเลือดออกในเยื่อหุ้มปอด 2564;6(1):23-28.
5. อรพรรณ มั่นตระกูล. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก 2563;35 (พิเศษ) 139-149.