

# การพยาบาลผู้ป่วยห้องท้องที่มีภาวะช็อกและได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน

## โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

### : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

โสพิศ เวียงโสก, พย.ม.\*

#### บทคัดย่อ

**ความเป็นมา :** การบาดเจ็บของช่องท้องเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการเสียเลือดและมีภาวะช็อกได้ หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่ถูกต้อง อาจเสียชีวิตได้ภายใน 24 ชั่วโมงแรก พยาบาลห้องฉุกเฉินถือเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บให้สามารถเปลี่ยนผ่านจากภาวะวิกฤตสู่ระยะฟื้นสภาพได้อย่างปลอดภัย

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา จำนวน 2 ราย และเสนอแนวทางการวางแผนการพยาบาลฉุกเฉินผู้ป่วยห้องท้องที่มีภาวะช็อกและต้องได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน

**วิธีการศึกษา :** การคัดเลือกกรณีศึกษา ระหว่างปี 2562-2563 จากเวชระเบียนผู้ป่วย โดยกำหนดเกณฑ์ ได้แก่ อายุ 21 ปีขึ้นไป เป็นผู้บาดเจ็บช่องท้องจากอุบัติเหตุ มีภาวะช็อก เข้ารับการรักษาที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน

**ผลการศึกษา :** ผู้บาดเจ็บช่องท้องที่มีภาวะช็อกและได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินทั้งสองรายได้รับการรักษา ณ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตามหลักการช่วยชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุขั้นสูง และเข้ารับการผ่าตัดในเวลาต่อมา โดยกรณีศึกษาทั้งสองรายได้รับการประเมินและวิเคราะห์ภาวะสุขภาพโดยใช้ 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบทั้งสองราย ได้แก่ เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากการสูญเสียเลือดในช่องท้องอย่างรุนแรง เสี่ยงต่อการสูญเสียน้ำในร่างกายต่อไป เนื่องจากการสูญเสียเลือดจากความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด ปวดรุนแรงเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บร่วมกับมีอวัยวะฉีกขาดในช่องท้อง พฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมเนื่องจากขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง และวิตกกังวลและมีภาวะเครียดเนื่องจากความเจ็บป่วยเฉียบพลัน

**สรุปและข้อเสนอแนะ :** กรณีศึกษาทั้งสองรายได้รับการดูแลตามเกณฑ์ช่องทางด่วนอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน และรักษาเป็นผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุวิกฤต ควรส่งเสริมให้พยาบาลประจำห้องฉุกเฉิน ประเมิน วิเคราะห์ และกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในผู้ป่วยบาดเจ็บกรณีศึกษาที่น่าสนใจอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสามารถวางแผนให้การพยาบาลได้อย่างครอบคลุมและการบริการที่มีคุณภาพต่อไป

**คำสำคัญ :** การพยาบาลฉุกเฉิน บาดเจ็บช่องท้อง ช็อก ผ่าตัดฉุกเฉิน กรณีศึกษา

\*กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

ติดต่อเกี่ยวกับบทความ : โสพิศ เวียงโสก E-mail : so.mam19@gmail.com

วันที่รับเรื่อง : 19 กันยายน 2563 วันที่ส่งแก้ไข : 11 กุมภาพันธ์ 2564 วันที่ตีพิมพ์ : 30 เมษายน 2564

# NURSING CARE FOR PATIENT WITH ABDOMINAL INJURY WITH SHOCK AND RECEIVING AN EMERGENCY SURGERY CHIANGRAI PRACHANUKROH HOSPITAL : A COMPARISON 2 CASE STUDIES

Sophit Wiangosot, M.N.S

## ABSTRACT

**BACKGROUND :** Abdominal Injury is one of the several reasons causing blood loss and shock if it is not diagnosed and received proper treatment. This could eventually lead to death within the first 24 hours. Nurses working in the emergency room have a significant role in assisting injured patients to transit from this crisis to recovery phase safely.

**OBJECTIVE :** To study a comparison of 2 cases and provide suggestion for an emergency nursing care plan for abdominal injured patients with shock who must receive an emergency surgery.

**METHODS :** The selection of the samples was conducted during 2019 to 2020 from a medical record under the following criteria; was at age 21 years old or more, was having abdominal injured with shock, was admitted for treatment at Chiangrai Prachanukroh's emergency department and got an emergency surgery.

**RESULTS :** Both patients experiencing abdominal injury with shock received treatment at the emergency department, according to advanced trauma life support which later underwent surgeries. Health condition was assessed and analyzed in both cases utilizing 11 Gordon Functional Health Patterns. The nursing diagnosis found in both cases was as follow; inadequate tissue perfusion resulting from severe blood loss from abdominal trauma, risk for continuous water loss from body resulting from bleeding from coagulopathy abnormality, severe pain establishes resulting from soft tissue injury, risk of infection takes place as a result of soft tissue injury and intra-abdominal organ laceration, an increase in an inappropriate health behavior due to the lack of self-care awareness, and lastly, anxiety and stress toward acute illness.

**CONCLUSIONS AND DISCUSSIONS :** Both case studies were taken care, according to the Trauma Fast Tract standard, received the emergency surgeries and were treated in the Trauma Intensive Care Unit. Should promote emergency nurses to regularly assess, analyze, and formulate nursing diagnosis through interesting trauma cases in order to provide a holistic nursing care plan and improve the quality of care.

**KEYWORDS :** emergency nursing, abdominal injury, shock, emergency surgery, case study

\*Department of Emergency Medicine, Chiangrai Prachanukroh Hospital

Corresponding Author : Sophit Wiangosot E-mail : so.mam109@gmail.com

Accepted date : 19 September 2020 Revise date : 11 February 2021 Publish date : 30 April 2021

## ความเป็นมา

การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและความพิการในประเทศกำลังพัฒนา โดยการเสียชีวิตพบในผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปี อยู่อันดับ 7 ของสาเหตุการเสียชีวิตของคนทั่วโลก ซึ่งการบาดเจ็บช่องท้องอยู่ในสามอันดับแรกของการบาดเจ็บอวัยวะที่พบจากอุบัติเหตุ<sup>1</sup> ในประเทศแถบยุโรปการบาดเจ็บช่องท้องรุนแรงพบ ร้อยละ 20 ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและเป็นสาเหตุให้เสี่ยงต่อการเสียชีวิต<sup>2</sup> ในห้องฉุกเฉิน การบาดเจ็บช่องท้องส่วนใหญ่เกิดจากแรงกระแทก (blunt abdominal trauma: BAT) (ร้อยละ 80) โดยมีสาเหตุจากอุบัติเหตุจราจร (ร้อยละ 75) อวัยวะที่พบการบาดเจ็บมากที่สุดคือ ม้ามและตับ ขณะที่การบาดเจ็บของตับอ่อน ลำไส้ กระเพาะปัสสาวะ และกระบังลม ไต และเส้นเลือดแดงเออร์ต่ำพบได้น้อยแต่ก็ได้รับการพิจารณาด้วย<sup>3</sup> จากสถิติปี พ.ศ.2563 ของโรงพยาบาลเชียงราย-ประชานุเคราะห์ พบว่า มีผู้บาดเจ็บช่องท้องที่เข้ารับการรักษในห้องฉุกเฉินจำนวน 385 ราย โดยมีผู้บาดเจ็บที่มีภาวะช็อกและเข้ารับการผ่าตัดแบบฉุกเฉินจำนวน 62 ราย (ร้อยละ 16.10)<sup>4</sup> การประเมินสภาพและให้การพยาบาลที่รวดเร็วในห้องฉุกเฉินจึงอาจช่วยลดปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้

ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บช่องท้อง ได้แก่ ประเภทรถและความเร็ว กลไกการพลิกคว่ำของรถ ตำแหน่งของผู้บาดเจ็บที่นั่งภายในรถ (ตำแหน่งที่นั่งด้านข้างของการกระแทกมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงการบาดเจ็บ) ความเสียหายของรถ การคาดเข็มขัดนิรภัย (ผู้บาดเจ็บที่ไม่ได้คาดเข็มขัดนิรภัยมีความเสี่ยงสูงกว่าผู้ที่คาดเข็มขัดนิรภัย) และการทำงานของถุงลมนิรภัยทั้งด้านข้างและด้านหน้า<sup>3</sup> นอกจากนี้ยังพบว่าระยะเวลาระหว่างการบาดเจ็บและการเข้ารับการผ่าตัด

และภาวะช็อกมีผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต<sup>5</sup> ผู้บาดเจ็บช่องท้องประมาณร้อยละ 10 ของจำนวนผู้บาดเจ็บทั้งหมดมีภาวะช็อกจากการเสียเลือด ซึ่งต้องการการรักษาแบบผ่าตัดฉุกเฉินเพื่อรักษาชีวิตของผู้บาดเจ็บไว้ หากผู้บาดเจ็บไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่ถูกต้อง อาจเสียชีวิตได้ภายใน 24 ชั่วโมงแรก<sup>6</sup>

วิทยาลัย ศัลย แพทย์ แห่ง อเมริกา (The American College of Surgeons: ACS)<sup>7</sup> แนะนำหลักการรักษายาบาลผู้บาดเจ็บช่องท้องที่มีภาวะช็อกให้เป็นไปตามหลักการช่วยชีวิตในผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุขั้นสูง (Advanced Trauma Life Support: ATLS) แบ่งเป็นการช่วยเหลือเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ และการดูแลรักษา ณ ห้องฉุกเฉิน โดยสิ่งสำคัญคือการคงไว้ซึ่งความสมดุลของระบบไหลเวียนโลหิตในร่างกายและการได้รับออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่ออย่างเพียงพอ อย่างไรก็ตามการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานกำหนดยังมีปัจจัยอีกหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้องในการให้การรักษายาบาลผู้บาดเจ็บช่องท้องที่มีภาวะช็อกและต้องเข้ารับการผ่าตัดฉุกเฉินซึ่งพยาบาลห้องฉุกเฉินถือเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลผู้บาดเจ็บและครอบครัว ให้สามารถเปลี่ยนผ่านจากภาวะวิกฤตสู่ระยะฟื้นฟูสภาพได้อย่างปลอดภัย ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจวิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย เกี่ยวกับการพยาบาลฉุกเฉินผู้บาดเจ็บช่องท้องที่มีภาวะช็อกและได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน โดยใช้กรอบแนวคิด ATLS<sup>7</sup> ร่วมกับการประเมินภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนของกอร์ดอน<sup>8</sup> ซึ่งเป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เน้นการทำงานของร่างกายและทำให้พยาบาลประเมินปัญหาที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างองค์รวม<sup>8</sup> ดังเช่นการศึกษาผู้ป่วยติดเชือรุนแรงในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อกและคุกคามต่อชีวิตได้ใช้การประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน

ในการรวบรวมข้อมูลเพื่อวางแผนให้การพยาบาลที่ทันท่วงที<sup>9</sup> ดังนั้นข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์กรณีศึกษาในครั้งนี้จะสามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพการบริการของห้องฉุกเฉินต่อไป

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา จำนวน 2 ราย และเพื่อเสนอแนวทางการวางแผนการพยาบาลฉุกเฉินผู้บาดเจ็บช่องท้องที่มีภาวะช็อกและต้องได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน

## กรอบแนวคิดการศึกษา

กรอบแนวคิดการศึกษานี้ใช้หลักการช่วยชีวิตในผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุขั้นสูง (advanced trauma life support: ATLS) ของสมาคมศัลยแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา<sup>7</sup> ร่วมกับการประเมินภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน<sup>8</sup> มาใช้ในการวางแผนการพยาบาลผู้บาดเจ็บช่องท้องที่มีภาวะช็อกและได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน มีดังนี้ แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย แบบแผนที่ 4 กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้ แบบแผนที่ 7 การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์ แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์ แบบแผนที่ 10 การปรับตัว และการเผชิญกับความเครียด และแบบแผนที่ 11 ความเชื่อ

## วิธีการศึกษา

1. ผู้ศึกษาคัดเลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจง (purposive sampling) ระหว่างปี 2562 – 2563 จากเวชระเบียนผู้ป่วย โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกได้แก่ อายุ 21 ปีขึ้นไป เนื่องจากเป็นวัยผู้ใหญ่ที่เจริญเติบโตสมบูรณ์ เป็นผู้บาดเจ็บช่องท้องจากอุบัติเหตุ มีภาวะช็อก เข้ารับการรักษาที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน และเป็นผู้บาดเจ็บที่มีข้อมูลประวัติอาการ การตรวจร่างกาย การรักษาต่าง ๆ ลงบันทึกไว้ครบถ้วนสมบูรณ์

2. รวบรวมข้อมูลผู้บาดเจ็บ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติผู้บาดเจ็บ (อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบันและอดีต การแพ้ยาและอาหาร การนำส่งโรงพยาบาล) การประเมินเบื้องต้น (primary survey) การประเมินอย่างละเอียด (secondary survey) การให้การดูแลและรักษาเบื้องต้น งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การดูแลรักษาเฉพาะที่งานห้องผ่าตัด และการดูแลต่อเนื่องที่หอผู้ป่วยอุบัติเหตุวิกฤต (ICU trauma)

3. วิเคราะห์และเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของกรณีศึกษาทั้งสองรายตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน<sup>8</sup> และระยะเวลาการรักษา ได้แก่ เวลาที่แพทย์ตรวจเมื่อมาถึงห้องฉุกเฉิน ระยะเวลาการปรึกษาศัลยกรรม ระยะเวลารอเพื่อได้รับเลือด ระยะเวลารอเข้ารับการผ่าตัดจากห้องฉุกเฉินไปห้องผ่าตัด จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด

4. กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลวางแผนการพยาบาลที่ครอบคลุมอย่างองค์รวมและสรุปกรณีศึกษา

## ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย ผลการตรวจร่างกาย และการรักษาที่ผู้ป่วยบาดเจ็บกรณีศึกษาได้รับ มีดังนี้

**กรณีศึกษาที่ 1** เพศชาย อายุ 65 ปี ศาสนา พุทธ อาชีพรับจ้าง จบการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4

**อาการสำคัญ:** ปวดแน่นท้อง ท้องแข็งเกร็ง ข้อมือขวาบวม ผิดรูป ประมาณ 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

**ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน:** ประมาณ 2 ชั่วโมงก่อนมา รพ. ตกต้นไม้สูงประมาณ 3 เมตร ไม่สลบ

**ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต:** 4 ปีก่อนมา รพ. ป่วยเป็นมะเร็งไทรอยด์ (CA thyroid) รักษาโดยการผ่าตัด และรังสีรักษาครบ ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร ปฏิเสธการใช้สารเสพติด

**การนำส่ง:** ได้รับการดูแลรักษาเบื้องต้นจากโรงพยาบาลชุมชน และประสานศูนย์ส่งต่อปริกาศัลยแพทย์ รพ.เชียงรายประชานุเคราะห์ ระหว่างการส่งต่อมีการประเมินและติดตามอาการผู้ป่วยบาดเจ็บผ่านนวัตกรรมระบบการบริหารจัดการรถพยาบาลแบบรวมศูนย์ (ambulance operation center: AOC)

**การประเมินเบื้องต้น:** พบว่าผู้ป่วยรู้สึกตัว GCS=E4V5M6, pupil 3 mm., reaction to light both eyes สามารถขยับคอได้ปกติ ฟังเสียงหายใจปกติ ข้อมือขวาบวมผิดรูป ไม่พบบาดแผลภายนอก กดเจ็บหน้าท้องบนด้านขวา Vital Signs= BP 70/40 mmHg., PR 116 bpm., RR 22 bpm., T 36.8°C; MAP=50, SI=1.66, Pule pressure=30, Pain score=8

**การประเมินแบบละเอียด:** พบว่ามีข้อมือขวาผิดรูป กดเจ็บที่ช่องท้องบนขวา มีแผลฉีกขาดที่หน้าผากขนาด 1x1 cm. การตรวจอัลตราซาวด์

ช่องท้อง (The Focused Assessment with Sonography inTrauma: FAST) ได้ผลบวก นั่นคือพบว่ามีของเหลวระหว่างตับและไต (positive at hepatorenal pouch)

**การดูแลและรักษาเบื้องต้น:** จากงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คือ Oxygen mask with bag 10 LPM., On NSS 1000 ml. IV load x 2 sites, Retained Foley's catheter with urine bag ได้ urine สีน้ำตาลเนื้อปริมาณ 200 ml. ส่ง LAB emergency และ G/M for MTP (massive transfusion protocol -เตรียมให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด)

**การดูแลเฉพาะ:** ได้แก่ การเตรียมผู้ป่วยบาดเจ็บเข้ารับการผ่าตัดฉุกเฉิน มีการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจแก่ผู้ป่วยบาดเจ็บและญาติ อธิบายถึงความจำเป็น วิธีการผ่าตัด ความเสี่ยงและให้เซ็นชื่อเพื่อยินยอมการผ่าตัด ตามกระบวนการ ผู้บาดเจ็บได้รับ PRC 4 U, Plt conc 4 Unit, FFP 4 Unit

**ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ:** ค่าที่ผิดปกติคือ ALT (SGPT)=73, AST (SGOT)=90, Creatinine =1.69 mg/dL, WBC=13700/cu.mm. Hct=25.5%, Hb=8.3 g/dL, Neutrophil=87.7%, Lymphocyte =8.0%, Platelet count=92000/cu.mm., PT = 14.4 sec, UA พบ RBC= >100 cells/HPF

**ระยะเวลาในห้องฉุกเฉิน:** 60 นาที

**ผลการผ่าตัด:** พบว่าไตขวาได้รับบาดเจ็บ ได้รับการผ่าตัดไตขวาร่วมกับการใช้ก้อนกดอัดไว้ที่ไตเพื่อห้ามเลือดแล้วเย็บปิดชั่วคราว (Right nephrectomy with swab packing)

**การติดตามอาการหลังจำหน่ายจากงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน:** ออกจากห้องผ่าตัดแล้วเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอุบัติเหตุวิกฤต ผู้บาดเจ็บรู้สึกตัวดี มีอาการไข้หลังออกจากห้องผ่าตัด 3 วัน

ได้ยาปฏิชีวนะจนใช้ลด ปวดแผลผ่าตัด ได้ยามอร์ฟีน 4 mg. ทางหลอดเลือดดำทันทีที่มีอาการและทุก 4-6 ชั่วโมง และเข้าห้องผ่าตัดอีกครั้งเพื่อนำผ้าก๊อชห้ามเลือดในช่องท้องออก (off swab with abdominal wall close) หลังผ่าตัด 3 วัน ผู้บาดเจ็บนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลทั้งสิ้น 8 วัน มีนัดมาตรวจอีก 1 สัปดาห์ต่อมา ผู้บาดเจ็บมาตามนัด อาการทั่วไปปกติ มีปวดแผลผ่าตัดอยู่ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

**กรณีศึกษาที่ 2** เพศหญิง อายุ 34 ปี ศาสนา พุทธ อาชีพธุรกิจส่วนตัว จบการศึกษาระดับปริญญาตรี  
**อาการสำคัญ:** ปวดแน่นใต้ลิ้นปี่มากสลับชั่วคราว 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล

**ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน:** ประมาณ 30 นาทีก่อนมา รพ. ขับรถยนต์ไม่คาดเข็มขัดนิรภัยชนต้นไม้ สลับชั่วคราว มีอาการปวดแน่นใต้ลิ้นปี่มาก ได้กลืนลมหายใจคล้ายแอลกอฮอล์

**ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต:** ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร ปฏิเสธการใช้สารเสพติด

**การนำส่ง:** รถกู้ภัยประสานรับผู้บาดเจ็บแจ้งอาการและปฐมพยาบาลเบื้องต้น

**การประเมินเบื้องต้น:** พบว่า ผู้บาดเจ็บรู้สึกตัวดี E4V5M6, pupil 3 mm. reaction to light both eyes สามารถเคลื่อนไหวลำคอได้ ไม่มีอาการปวด เสียงปอดและเสียงหายใจปกติ กดเจ็บท้องส่วนบน ไม่พบบาดแผลภายนอก Vital Signs=BP 75/50 mmHg, HR 120 bpm., RR 22 bpm., T 36.4°C ; MAP=58.33, SI=1.6, Pule pressure=25, Pain score=7

**การประเมินแบบละเอียด:** พบว่า กดเจ็บบริเวณหน้าท้องส่วนบน ผล FAST ได้ผลบวก นั่นคือพบว่ามีของเหลวในช่องท้อง แต่ไม่ชัดเจน จึงทำการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องเพิ่มเติม (CT Whole abdomen) พบ การฉีกขาดรุนแรงของตับมากกว่า 10 cm. และม้ามได้รับการบาดเจ็บ

**การดูแลและรักษาเบื้องต้น:** จากงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คือ On Oxygen cannular 3 LPM., On NSS 1000 ml. IV load x 2 sites, Retained Foley's catheter with urine bag ได้ urine สีเหลืองใสปริมาณ 1,000 ml, ส่ง LAB emergency และ G/M for MTP

**การดูแลเฉพาะ:** มีการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจแก่ผู้บาดเจ็บและญาติ อธิบายถึงความจำเป็น วิธีการผ่าตัด ความเสี่ยงและให้เซ็นชื่อเพื่อยินยอมการผ่าตัด ตามกระบวนการ ได้รับ PRC 4 U, Plt conc 4 Unit, FFP 4 Unit

**ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ:** ค่าที่ผิดปกติ คือ ALT (SGPT)=363, AST (SGOT)=375, WBC=17700/cu.mm. Hct=17.7%, Hb=5.8 g/dL, Neutrophil=76.3%, Lymphocyte=19.1%, Platelet count=151000/cu.mm., PT= 5.8 sec, Potassium=1.7 mmol/L

**ระยะเวลาในห้องฉุกเฉิน:** 140 นาที

**ผลการผ่าตัด:** การผ่าตัดเปิดช่องท้องฉุกเฉินเพื่อผ่าตัดกล้ามเนื้อที่อยู่ปลายแขน ร่วมกับการตัดม้ามและการห้ามเลือดที่ตับด้วยการใช้ก๊อชกดอัดไว้แล้วเย็บปิดชั่วคราว (exploratory laparotomy to extensor pollicis longus with splenectomy with liver packing)

**การติดตามอาการหลังจำหน่ายจากงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน:** เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุวิกฤตจำนวน 4 วัน จากนั้นย้ายไปตึกสามัญอุบัติเหตุ มีไข้หลังออกจากห้องผ่าตัดได้ยา antibiotic และปวดแผลผ่าตัด ได้อายมอร์ฟีน 4 mg ทางหลอดเลือดดำทันทีที่มีอาการและทุก 4-6 ชั่วโมง และเข้าห้องผ่าตัดอีกครั้งเพื่อนำผ้าก๊อชห้ามเลือดในช่องท้องออกและเย็บปิดช่องท้อง (set OR for off swab packing with abdominal wall close) หลังผ่าตัด 14 วัน ผู้บาดเจ็บนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลทั้งสิ้น 28 วัน และนัดมาตรวจอีก 1 สัปดาห์ต่อมา ผู้บาดเจ็บมาตามนัด อาการทั่วไปปกติ มีปวดแผลผ่าตัดอยู่

## 2. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและแผนการพยาบาลตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน<sup>8</sup> มีดังนี้

แบบแผนที่ 1 พฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมเนื่องจากขาดความตระหนักในการดูแลตนเองระยะก่อนการเจ็บป่วย (ทั้งสองกรณีศึกษา)

แบบแผนที่ 2 เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บร่วมกับมีอวัยวะฉีกขาดในช่องท้อง (ทั้งสองกรณีศึกษา)

แบบแผนที่ 3 เสี่ยงต่อภาวะของเสียคั่งเนื่องจากไตเสียหายที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บของไต (กรณีศึกษาที่ 1)

แบบแผนที่ 4 (1) เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากการสูญเสียเลือดในช่องท้องอย่างรุนแรง (ทั้งสองกรณีศึกษา) (2) เสี่ยงต่อการสูญเสียน้ำในร่างกายต่อไป เนื่องจากการสูญเสียเลือดจากความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด (ทั้งสองกรณีศึกษา) (3) เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากมีระดับโพแทสเซียมในเลือดต่ำ (กรณีศึกษาที่ 2)

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับไม่สามารถประเมินได้เนื่องจากผู้บาดเจ็บยังเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินซึ่งและยังไม่ได้นอนพักหลับ

แบบแผนที่ 6 ปวดรุนแรงเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ (ทั้งสองกรณีศึกษา)

แบบแผนที่ 7 ปกติ คือ ผู้บาดเจ็บทั้งสองรายรับรู้และเข้าใจถึงความเจ็บป่วยในครั้งนี้

แบบแผนที่ 8 ปกติ คือ ผู้บาดเจ็บทั้งสองรายมีสมาชิกในครอบครัวที่คอยดูแลช่วยเหลือขณะเจ็บป่วยและเป็นผู้ลงนามเป็นพยานในการเข้ารับการรักษาค้างนี้ของผู้บาดเจ็บทั้งสองราย

แบบแผนที่ 9 ปกติ คือ ผู้บาดเจ็บทั้งสองรายมีพฤติกรรมแสดงออกเหมาะสมกับเพศ บันทึกลงในใบประวัติ ไม่พบความผิดปกติเกี่ยวกับการเจริญพันธุ์

แบบแผนที่ 10 วิดกกังวลและมีภาวะเครียดเนื่องจากความเจ็บป่วยเฉียบพลัน (ทั้งสองกรณีศึกษา)

แบบแผนที่ 11 ปกติ คือ บันทึกลงในใบประวัติทั้งสองรายเป็นผู้นับถือศาสนาพุทธและมีบันทึกการส่งมอบพระพร้อมสร้อยของผู้บาดเจ็บทั้งสองรายให้ญาติสายตรง

เรียงลำดับความสำคัญของปัญหาทางการพยาบาล ดังนี้

ข้อวินิจฉัยที่พบร่วมกันทั้งสองกรณีศึกษาได้แก่ (1) เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากการสูญเสียเลือดในช่องท้องอย่างรุนแรงร่วมกับการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (2) ปวดรุนแรงเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ (3) เสี่ยงต่อการสูญเสียน้ำในร่างกายต่อไป เนื่องจากการสูญเสียเลือดจากความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด (4) เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บร่วมกับมีอวัยวะฉีกขาดในช่องท้อง (5) วิดกกังวลและมีภาวะเครียดเนื่องจากความเจ็บป่วยเฉียบพลัน (6) พฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมเนื่องจากขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง

ข้อวินิจฉัยที่เกิดขึ้นเฉพาะรายกรณี ได้แก่  
เสี่ยงต่อภาวะของเสียคั่งเนื่องจากไตเสียหายที่เกี่ยวข้อง  
กับการบาดเจ็บของไต (กรณีศึกษาที่ 1) และเสี่ยงต่อ  
ภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากมีระดับโพแทสเซียม  
ในเลือดต่ำ (กรณีศึกษาที่ 2)

3. แผนการปฏิบัติการพยาบาลของผู้บาดเจ็บ  
ช่องท้องที่มีภาวะช็อกและได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน  
กรณีศึกษา ในบทความนี้ผู้ศึกษาขอเสนอข้อวินิจฉัย  
3 อันดับแรกที่ต้องให้การพยาบาลอย่างเร่งด่วน  
ในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เนื่องจากมีผลคุกคาม  
ต่อชีวิตของผู้บาดเจ็บทั้งสองราย มีรายละเอียดดังนี้

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1:** เนื้อเยื่อของ  
ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากการสูญเสีย  
เลือดในช่องท้องอย่างรุนแรง

**ข้อมูลสนับสนุน S: -**

O: กรณีศึกษาที่ 1: ผิวหนังเย็นขึ้น หน้าท้อง  
แข็งเกร็ง Tenderness at right upper quadrat of  
abdomen; capillary filling time>2 วินาที;  
Vital Signs=BP 70/40 mmHg., PR 116 bpm.,  
RR 22 bpm., T 36.8°C; O<sub>2</sub> Sat 95%; MAP=50;  
SI=1.66; Pule pressure= 0; Hct=25.5%, Hb=  
8.3 g/dL; FAST- positive at hepatorenal pouch

กรณีศึกษาที่ 2: ผิวหนังเย็นขึ้น ปวดแน่น  
ใต้ลิ้นปี่มาก Tenderness at right upper quadrat of  
abdomen; capillary filling time>2 วินาที;  
Vital Signs=BP 75/50 mmHg, HR 120 bpm.,  
RR 22 bpm., T 36.4°C; O<sub>2</sub> Sat 95%; MAP=58.33,  
SI=1.6, Pule pressure=25; Hct=17.7%, Hb=  
5.8 g/dL; FAST- positive at splenorenal and  
culdesac; CT Whole abdomen พบ Severe liver  
laceration >10 cm. with splenic injury

**วัตถุประสงค์การพยาบาล:** เนื้อเยื่อของ  
ร่างกายได้รับออกซิเจนไปเลี้ยงอย่างเพียงพอ และ  
ปลอดภัยจากภาวะช็อก

**เกณฑ์การประเมินผล:** ไม่มีอาการและ  
อาการแสดงของภาวะช็อก เช่น กระสับกระส่ายมากขึ้น  
เหงื่อออก ตัวเย็น สัญญาณชีพ เปลี่ยนแปลงไปในทางที่  
เลวลง; ระดับความรู้สึกตัวดีขึ้น รู้เวลาบุคคลและ  
สถานที่; ผิวหนังอุ่น สีผิวปกติ ไม่ซีด capillary filling  
time<2 วินาที; ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน; ปัสสาวะ  
ออกมากขึ้นมากกว่า 0.5-1 mL/kg/hr.; สัญญาณชีพ  
อยู่ในเกณฑ์ปกติ (T=36.5–37.4°C, P=60–100 bpm.,  
R=16–20 bpm., BP=90-140/60-90 mmHg.);  
ค่า SI < 0.9, MAP 65-110 mmHg.; Hct เพิ่มขึ้น หรือ  
คงที่; และ Hb 12.9–17.1 g/dL

**กิจกรรมการพยาบาล:**

1. ดูแลให้ผู้บาดเจ็บได้รับออกซิเจน  
อย่างเพียงพอคือ O<sub>2</sub> mask 10 LPM เพื่อปริมาณ  
การไหลเวียนของออกซิเจนไปเลี้ยงเซลล์ในเนื้อเยื่อ  
ต่าง ๆ อย่างเพียงพอ
2. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทดแทนอย่างต่อเนื่อง  
ตามแผนการรักษา (0.9% NaCl และ Acetar 1000 mL)  
เพื่อทดแทนสารน้ำที่สูญเสียไปและเพิ่มปริมาตรเลือด  
ในร่างกาย
3. ดูแลให้ได้รับเลือดตามแผนการรักษา PRC  
4 U, Plt conc 4 U, FFP 4 U และเฝ้าติดตามอาการ  
ผิดปกติหลังได้รับเลือดแต่ละถุง ได้แก่ เหนื่อยหอบ มีไข้  
หนาวสั่น ผื่นคัน แน่นหน้าอก ปวดหลัง และสัญญาณ  
ชีพเปลี่ยนแปลง หากมีอาการผิดปกติให้หยุดเลือด  
และรายงานแพทย์
4. จัดท่าที่ศีรษะต่ำเท้าสูง เพื่อเพิ่มปริมาตร  
เลือดไหลกลับสู่หัวใจและสมอง

5. ดูแลให้ผู้ป่วยบาดเจ็บได้รับ Vit K 10mg IV และ Transamine 1 gm IV ตามแผนการรักษา พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เพื่อช่วยเพิ่มความสามารถในการแข็งตัวของเลือด

6. ดูแลใส่สายสวนปัสสาวะให้มีการระบายที่ดี รวมทั้งบันทึกและติดตามจำนวนปัสสาวะทุก 15 นาที เพื่อประเมินการทำงานของไต และภาวะเสียสมดุลของสารน้ำ

7. ดูแลให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายของผู้บาดเจ็บ โดยการให้สารน้ำที่อุ่น ห่มผ้าเพื่อเพิ่มอุณหภูมิให้ร่างกาย

8. สังเกตติดตามและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้บาดเจ็บอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ได้แก่ การตรวจวัด Vital signs, ประเมินค่า MAP, และ SI ทุก 15 นาที จนกว่าค่าต่าง ๆ จะไม่เปลี่ยนแปลง และผู้บาดเจ็บมีอาการดีขึ้น เพื่อป้องกันการเกิดภาวะช็อกที่รุนแรง

9. ติดตามประเมินระดับ O<sub>2</sub> Saturation โดยหากค่า O<sub>2</sub> Saturation < 95% ให้รายงานแพทย์ทันทีเพื่อป้องกันการไหลเวียนของเลือดที่ต่ำจนทำให้ลำเลียงออกซิเจนไปยังเซลล์ต่าง ๆ

10. ติดตามและประเมินการเปลี่ยนแปลงในระดับความรู้สึกตัวรวมทั้งพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงทางสมอง เช่น ซึม ไม่รู้สึกตัวมากขึ้น ปลุกไม่ตื่น กระสับกระส่ายเป็นต้น เพื่อประเมินการขาดออกซิเจน

11. ติดตามผลการตรวจพบห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษา เช่น Hb, Hct เพื่อประเมินความสามารถของฮีโมโกลบินในการจับกับออกซิเจนซึ่งมีผลต่อการลำเลียงออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อ

**การประเมินผล:** ผู้บาดเจ็บไม่มีอาการกระสับกระส่าย; ระดับความรู้สึกตัวดีขึ้น GCS 15; ผิวหนังอุ่น สีผิวปกติ ไม่ซีด capillary filling time < 2 วินาที; ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน; ปัสสาวะออก

ประมาณ 1 ml/kg/hr; สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ; ค่า SI=0.8; MAP 65-68 mmHg.; Hct 31-32%; และ Hb 12.9-13.1 g/dL

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2:** ปวดรุนแรงเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ

**ข้อมูลสนับสนุน S:** กรณีศึกษาที่ 1: “ปวดท้องปวดข้อมือขวา”

กรณีศึกษาที่ 2: “ปวดท้อง ไม่อยากขยับตัวเพราะปวด”

O: กรณีศึกษาที่ 1: ท้องแข็งเกร็ง สีหน้าแสดงความเจ็บปวดเมื่อกดท้อง หน้ามืด คิ้วขมวด แสดงอาการเจ็บปวดเมื่อขยับตัว Pain score = 8

กรณีศึกษาที่ 2: ไม่ยอมขยับตัว Pain score=7

**วัตถุประสงค์การพยาบาล:** บรรเทาอาการปวด

**เกณฑ์การประเมินผล:** ผู้บาดเจ็บบอกว่าความปวดลดลง pain score น้อยกว่า 6 คะแนน; สีหน้าผ่อนคลาย ไม่มีหน้ามืด คิ้วขมวด; สัญญาณชีพปกติ (T=36.8-37.5 °C, P=60-100 bpm., R=20-24 bpm., BP = 90-140/60-90 mmHg.)

**กิจกรรมการพยาบาล:**

1. จัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาเนื่องจากผู้บาดเจ็บอยู่ในห้องฉุกเฉินระยะเวลานั้นเพื่อรอเข้ารับการผ่าตัด ดังนี้

1.1 จัดทำนอนที่ผู้บาดเจ็บรู้สึกสบายให้นอนศีรษะสูงเล็กน้อยเพื่อลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้อง หากปวดหลังจัดให้นอนบนที่นอนแน่นในท่านอนหงายและรองหมอนใต้เข่าเพื่อช่วยลดการยืดขยายของกล้ามเนื้อ และความตึงตัวบริเวณที่มีการอักเสบ

1.2 ตามมือข้อมือขวาด้วยผิอกชั่วคราว เพื่อให้บริเวณที่ได้รับบาดเจ็บอยู่นิ่ง ลดความปวด และการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อกระดูกและเส้นประสาท

1.3 แนะนำให้ผู้บาดเจ็บฝึกผ่อนคลาย โดยการหายใจเข้า-ออก ลึก ๆ และชวนพูดคุย เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวด

1.4 อธิบายให้ผู้บาดเจ็บเข้าใจถึงพยาธิสภาพและแผนการรักษา เปิดโอกาสให้ผู้บาดเจ็บซักถามและระบายความรู้สึกต่อความเจ็บป่วยเพื่อให้ผู้บาดเจ็บความวิตกกังวล

2. ติดตามประเมินความปวดซ้ำทุก 1 ชั่วโมง โดยใช้มาตรวัดความปวดที่เหมาะสมกับผู้บาดเจ็บ เพื่อวางแผนให้การพยาบาลที่เหมาะสม

3. รายงานแพทย์ถ้าอาการปวดไม่ดีขึ้น เพื่อหาวิธีการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพต่อไป

**การประเมินผล:** Pain score 4-6 คะแนน; ผู้บาดเจ็บมีสีหน้าผ่อนคลาย มีหน้ามือคิ้วขมวดในบางครั้งเมื่อขยับตัว; สัญญาณชีพยังไม่ปกติ (T=36.8 °C, P=108-110 bpm., R=20-22 bpm., BP=90/50 mmHg)

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3:** เสี่ยงต่อการสูญเสียเลือดในร่างกายต่อไป เนื่องจากการสูญเสียเลือดจากความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด

ข้อมูลสนับสนุน S: -

O: กรณีศึกษาที่ 1: Vital Signs=BP 70/40 mmHg., PR 116 bpm., RR 22 bpm., PT=14.4 sec, Platelet count 92000/cu.mm.

กรณีศึกษาที่ 2: Vital Signs = BP 75/50 mmHg, HR 120 bpm., RR 22 bpm., PT =15.8 sec, Platelet count 151000/cu.mm.

วัตถุประสงค์การพยาบาล: ปลอดภัยจากภาวะสูญเสียเลือดในร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล: สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ (T=36.5-37.4°C, P=60-100 bpm., R=16-20 bpm., BP=90-140/60-90 mmHg.);

ไม่มีจุดเลือด (pethichiae) หรือจ้ำเลือด (ecchymosis); PT 12-14 sec; Platelet count 140000-400000/cu.mm.

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ได้รับ FFP 4 U ตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มระดับ coagulation factor ที่สูญเสียไป และติดตามอาการผิดปกติจากการได้รับส่วนประกอบของเลือด เช่น ผื่นลมพิษ เจ็บแน่นหน้าอก ไข้สูงหนาวสั่น หากพบให้รายงานแพทย์ทันที

2. ยกไม้กั้นเตียงหลังทำหัตถการทุกครั้ง เพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเป็นสาเหตุให้เลือดออกได้

3. หลีกเลี่ยงการทำหัตถการที่ทำให้เกิดเลือดออกหรือกดบริเวณที่เจาะเลือดหรือทำหัตถการให้นานจนแน่ใจว่าเลือดหยุด เพื่อลดปัจจัยกระตุ้นการเกิดเลือดออกและห้ามเลือด

4. สังเกตจุดจ้ำเลือดตามร่างกาย และอาการเลือดออกตามอวัยวะต่าง ๆ เช่น จุดเลือดออก อาเจียนเป็นเลือด ปัสสาวะเป็นเลือด เป็นต้น พร้อมสังเกตระดับความรู้สึกตัวหากมีเลือดออกในสมอง เพื่อวางแผนการพยาบาลให้ตรงสอดคล้องกับผู้บาดเจ็บอย่างทันท่วงที

5. บันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที ยกเว้นอุณหภูมิ เพื่อประเมินการสูญเสียเลือดในร่างกาย และให้การพยาบาลช่วยเหลืออย่างทันท่วงที

6. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ platelet count, PT เพื่อทราบถึงความก้าวหน้าต่อการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ และวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับอาการของผู้บาดเจ็บ

**การประเมินผล:** สัญญาณชีพยังไม่ปกติ (T=36.8 °C, P=108-110 bpm., R=20-22 bpm., BP=90/50 mmHg.); ไม่พบจุดเลือดออกหรือจ้ำเลือด; ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่มีการตรวจเพิ่มเติม

## สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 เพศชายอายุ 60 ปี ส่งตัวจากโรงพยาบาลชุมชนและได้รับการดูแลผ่านระบบ AOC ด้วยประวัติตกต้นไม้สูง 3 เมตร ไม่สลบ มีอาการปวดแน่นท้อง ท้องแข็งเกร็ง ข้อมือขวาบวม ผิดรูปประมาณ 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล เคยป่วยด้วยโรคมะเร็งไทรอยด์ รักษาโดยการผ่าตัดและรังสีรักษาครบ ได้รับการวินิจฉัยคือ Right kidney injury with hypovolemic shock with fracture distal radius ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 เพศหญิงอายุ 34 ปี ขับรถยนต์ไม่คาดเข็มขัดนิรภัยชนต้นไม้ สลบชั่วคราว มีอาการปวดแน่นใต้ลิ้นปี่มากประมาณ 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ญาตินำส่งโรงพยาบาล ได้กลิ่นลมหายใจคล้ายแอลกอฮอล์ ปฏิเสธโรคประจำตัวและการแพ้ยา ได้รับการวินิจฉัยคือ Liver laceration with splenic injury with hypovolemic shock ปัญหาทางการแพทย์ที่พบทั้งสองราย ได้แก่ เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากการสูญเสียเลือดในช่องท้องอย่างรุนแรง เสี่ยงต่อการสูญเสียน้ำในร่างกายต่อไปเนื่องจากการสูญเสียเลือดจากความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด ปวดรุนแรงเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บร่วมกับมีอวัยวะฉีกขาดในช่องท้อง พฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม เนื่องจากขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง และวิตกกังวลและมีภาวะเครียดเนื่องจากความเจ็บป่วยเฉียบพลัน สำหรับปัญหาทางการแพทย์ที่พบเฉพาะราย กรณีศึกษารายที่ 1 คือ เสี่ยงต่อภาวะของเสียคั่งเนื่องจากไตเสียหายที่เกี่ยวกับการบาดเจ็บของไต กรณีศึกษารายที่ 2 คือ เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากมีระดับโพแทสเซียมในเลือดต่ำ กรณีศึกษาทั้งสองรายได้รับการรักษา ณ ห้องฉุกเฉินตามหลักการ ATLS เข้าระบบ

ช่องทางด่วน และเข้ารับการผ่าตัดในเวลาต่อมา เมื่อประเมินผลทางการแพทย์ พบว่ากรณีศึกษาทั้งสองรายได้รับการดูแลหลังจากผ่าตัดที่หอผู้ป่วยอุบัติเหตุวิกฤต โดยมีการฟื้นฟูจากการบาดเจ็บในระยะเวลาที่แตกต่างกัน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลยังต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพร่างกายอย่างต่อเนื่อง

## อภิปรายกรณีศึกษา

ภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้บาดเจ็บช่องท้องคือ ภาวะช็อก ซึ่งทำให้เสี่ยงต่อการเสียชีวิตและจำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัดฉุกเฉิน สิ่งสำคัญคือความเพียงพอในการกำซาบของเนื้อเยื่อต่าง ๆ และการคงไว้ซึ่งสมดุลการไหลเวียนเลือดในร่างกาย การใช้แนวคิดการดูแลของ ATLS<sup>7</sup> มีความเหมาะสมเนื่องจากเป็นแนวคิดที่ให้การดูแลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุอย่างครอบคลุมตั้งแต่ก่อน ขณะ และเมื่อมาถึงห้องฉุกเฉิน โดยให้การประเมินและการจัดการผู้บาดเจ็บตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า

สิ่งที่กรณีศึกษาทั้งสองรายเหมือนกันคือ มีการบาดเจ็บช่องท้อง มีภาวะช็อก ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติช่องทางด่วนสำหรับผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ (Trauma Fast track) ต้องเข้ารับการผ่าตัดฉุกเฉิน กลไกการบาดเจ็บจากแรงกระแทกจากอุบัติเหตุ มีอาการแสดงภายนอกเหมือนกันคือ ปวดแน่นท้อง ท้องแข็งเกร็ง มีค่า SI  $\geq 0.9$  มีระดับความรุนแรงของ hemorrhagic shock ระดับ 3 มีภาวะคุกคามชีวิต โดยมีสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงชัดเจน มี PR เพิ่มขึ้นมากกว่าปกติ ( $> 100$  bpm.) ได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมเหมือนกันคือ FAST ซึ่งผล positive ทั้งคู่

สิ่งที่กรณีศึกษาทั้งสองรายแตกต่างกันสามารถสรุปได้ 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยภายใน (เพศ อายุ โรคประจำตัว

และประสบการณ์ส่วนบุคคลเกี่ยวกับโรงพยาบาล) และปัจจัยภายนอก (ความรุนแรงของการบาดเจ็บ ลักษณะความเสียหายของอวัยวะภายในร่างกาย การดูแลระหว่างนำส่งโรงพยาบาล และการตีมูลค่า) โดยผู้บาดเจ็บกรณีศึกษาที่ 1 เป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัวเป็นโรคเมรังไทรอยด์ ต้องเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยครั้งผ่านประสบการณ์การรักษา ด้วยยาเคมีบำบัดและการฉายแสงมาแล้ว การบาดเจ็บ เกิดจากการตกต้นไม้สูง 3 เมตร โดยไม่สลบ แขนขา และกระดูกสันหลังทำงานได้ปกติ อวัยวะที่ได้รับความเสียหาย คือ ไตฉีกขาด และข้อมือหัก ซึ่งคาดการณ์ว่าน่าจะมาจากแผ่นหลังกระแทกพื้น อย่างแรง ระหว่างนำส่งโรงพยาบาลได้รับการดูแล ตามมาตรฐานตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชน ขณะนำส่งมา โรงพยาบาลปลายทาง ได้รับการดูแลผ่านระบบ AOC และเมื่อถึงห้องฉุกเฉินเข้าระบบ Trauma Fast track ทันที ซึ่งการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมตั้งแต่ระยะแรก ช่วยให้ร่างกายสามารถคงไว้ซึ่งการกำซาบของเนื้อเยื่อ และระบบไหลเวียนโลหิตที่สมดุล จึงพบว่าแม้จะอยู่ใน ภาวะช็อกระดับ 3 แต่ความกว้างของความดันโลหิต (pulse pressure) ของกรณีศึกษารายที่ 1 ยังคงอยู่ใน ระดับปกติ ขณะที่กรณีศึกษารายที่ 2 มีปัจจัยภายใน ที่ได้เปรียบ คือ อายุที่น้อยกว่า และไม่มีโรคประจำตัว แต่ปัจจัยภายนอกรุนแรงกว่า คือ บาดเจ็บจาก อุบัติเหตุรถยนต์ที่ผู้บาดเจ็บไม่ได้คาดเข็มขัดนิรภัย จึงมีความรุนแรงจนทำให้เกิดการสลับชั่วคราว หน้าท้องได้รับการกระแทกอย่างแรง มีอวัยวะภายใน ได้รับการบาดเจ็บหลายส่วน ได้แก่ ม้ามแตกและตับ ฉีกขาด สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การบาดเจ็บ ช่องท้องจากการพลัดตกเป็นกลไกการบาดเจ็บที่ รุนแรงน้อย โดยผู้บาดเจ็บช่องท้องที่มีภาวะช็อกและ ได้รับการแก้ไขอย่างรวดเร็วตั้งแต่จุดเกิดเหตุและ โรงพยาบาลต้นทางมีทิศทางการรักษาหลังการผ่าตัดที่

ดีกว่า นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ การบาดเจ็บช่องท้องรุนแรงและเสี่ยงต่อการเสียชีวิต คือ การบาดเจ็บอวัยวะภายในช่องท้องหลายแห่งและ การบาดเจ็บโดยตรงที่เกิดกับช่องท้อง<sup>5</sup>

นอกจากนี้กรณีศึกษารายที่ 2 มีประวัติ การตีมูลค่าที่มีผลต่อความสมดุลของโพแทสเซียม ในร่างกาย นำส่งจากจุดเกิดเหตุด้วยรถกู้ชีพทำให้ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น และไม่มีบาดแผลภายนอก ร่างกายซึ่งยากต่อการวินิจฉัย จนเมื่อถึงห้องฉุกเฉิน จึงวินิจฉัยได้ว่า มีการบาดเจ็บช่องท้องและมีภาวะช็อก ที่คุกคามต่อชีวิต ส่งผลให้ระยะเวลาตั้งแต่เข้ารับ การรักษาในห้องฉุกเฉินจนกระทั่งเข้าห้องผ่าตัดของ ทั้งสองกรณีศึกษามีความแตกต่างกัน โดยกรณีศึกษา รายที่ 1 มีระยะเวลานั้นกว่ากรณีศึกษารายที่ 2 ถึงสองเท่าตัว ทั้งนี้อธิบายได้ว่า อาจเนื่องจาก กรณีศึกษารายที่ 2 ไม่ได้รับการดูแลรักษามาเบื้องต้น เมื่อมาถึงงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องประเมินสภาพ และตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมทั้งหมด และการบาดเจ็บ ภายนอกในร่างกายของกรณีศึกษารายที่ 2 บ่งชี้ไม่ชัดเจน ว่ามีอวัยวะในร่างกายใดฉีกขาดบ้างร่วมกับมีประวัติ สลบชั่วคราว จึงจำเป็นต้องส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ สมอง (CT brain) และเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง (CT abdomen) ทำให้ระยะเวลาก่อนเข้ารับการผ่าตัด ยาวนานขึ้น ขณะที่กรณีศึกษาศึกษารายที่ 1 ไม่มี การบาดเจ็บของระบบสมอง อาการและอาการแสดง ชัดเจน เช่น ปัสสาวะเป็นสีน้ำตาลเนื้อ ปวดไตขวาที่ ฉีกขาด ผล FAST เป็นบวกชัดเจน จึงเข้ารับการผ่าตัด ได้ทันที โดยไม่ต้องส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เพิ่มเติม

นอกจากนี้ภายหลังการเข้ารับการผ่าตัด กรณีศึกษารายที่ 2 นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ยาวนานกว่า เนื่องจากมีความวิตกกังวลและเครียดต่อ การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นเฉียบพลันต่อตนเองซึ่งส่งผลให้ การฟื้นฟูสภาพร่างกายเป็นไปด้วยความล่าช้า

ขณะที่กรณีศึกษาครั้งที่ 1 ผ่านประสบการณ์การนอนโรงพยาบาลด้วยโรคประจำตัวมาหลายครั้ง แม้จะมีความเครียดและความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยเฉียบพลันที่เกิดขึ้น แต่ก็สามารถจัดการและปรับตัวได้ดีกว่า สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในระยะ 1 สัปดาห์แรก พบว่า ความวิตกกังวลมีอิทธิพลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )<sup>10</sup>

## ข้อเสนอแนะ

1. ควรส่งเสริมให้พยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูล การเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของผู้รับบริการที่มีภาวะวิกฤตฉุกเฉิน และมีการบาดเจ็บที่ซับซ้อน เพื่อให้สามารถรวบรวมข้อมูลได้ครอบคลุมและกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลอย่างองค์รวม นำมาสู่การวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ
2. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลการใช้กรณีศึกษาเพื่อพัฒนาความสามารถในกระบวนการพยาบาลในคลินิกของเจ้าหน้าที่สุขภาพ นอกจากนี้ควรมีการศึกษาความคุ้มค่า คำนวณ เปรียบเทียบผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่มีภาวะช็อกและได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน กับผู้ป่วยบาดเจ็บที่มีภาวะช็อกแต่ไม่ได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน
3. ควรมีการนำกรณีศึกษาไปเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สุขภาพ โดยเฉพาะการใช้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยา เกสัชวิทยา การวิเคราะห์ผลทางห้องปฏิบัติการ การตรวจร่างกายผู้ป่วยบาดเจ็บระบบต่าง ๆ นำไปสู่การวางแผนการรักษาและการปฏิบัติการพยาบาล

โดยควรมีการประชุมกรณีศึกษาที่น่าสนใจอย่างสม่ำเสมอ วางแผนร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการให้มีประสิทธิภาพ

## ประโยชน์และการนำไปใช้ในการพัฒนา

### คุณภาพระบบบริการสุขภาพ

พยาบาลวิชาชีพประจำห้องฉุกเฉิน เกิดการพัฒนาทักษะในการประเมินอาการ การรวบรวมข้อมูล และกระบวนการคิดวิเคราะห์เกี่ยวกับผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่มีภาวะช็อกและได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยรายต่อไปสามารถนำประสบการณ์ความรู้ที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจวางแผนให้การพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดภาวะคุกคามชีวิตของผู้บาดเจ็บ สร้างความเชื่อมั่นในการดูแลรักษาพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยและญาติ เกิดเป็นการบริการที่มีคุณภาพต่อไปได้

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์ไชยเวช ธนไพศาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และผู้บริหารโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ที่ให้การสนับสนุนในการศึกษาและพัฒนาคุณภาพการบริการสุขภาพ ขอขอบคุณกรณีศึกษาทั้งสองราย หัวหน้ากลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุญญาภรณ์ชาติพัฒนานันท์ ที่ให้คำปรึกษาที่เป็นประโยชน์ พร้อมทั้งข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา

## REFERENCES

1. Mehta N, Babu S, Venugopal K. An experience with blunt abdominal trauma: evaluation, management and outcome. Clin Pract. 2014; 4(2): 599.
2. Bouzat P, Valdenaire G, Gauss T, Charbit J, Arvieux C, Balandraud P, et al. Early management of severe abdominal trauma. Anaesth Crit Care Pain Med. 2020;39(2):269-77.
3. Diercke DB, Clarke SO. Initial evaluation and management of blunt abdominal trauma in adults [Internet]. 2020 [cited 2020 July 20]. Available from <https://bit.ly/3iH9Hk7>
4. Emergency department, Chaingrai Prachnukroh Hospital. Annual statistic of emergency department 2019.
5. Pimentel SK, Sawczyn GV, Mazepa MM, da Rosa FG, Nars A, Collaço IA. Risk factors for mortality in blunt abdominal trauma with surgical approach. Rev Col Bras Cir. 2015;42(4):259-64.
6. Sriussadaporn S. Abdominal injury. In: Chittmittrapap S, Navicharern P, editors, Textbook of surgery volume 1. Bangkok: Pilin Book net; 2015. p. 373 – 91.
7. American College of Surgeons. Advanced trauma life support student course manual [Internet]. 2018 [cited 2020 April 10]. Available from: <https://viaaerearcp.files.wordpress.com/2018/02/atls-2018.pdf>
8. Karaca T. Functional health patterns model – A case study. Case Studies Journal. 2016; 5(7): 14-22.
9. Kerdmongkon O. Applying Gordon’s functional health patterns and Orem’s self-care theory in nursing care for patient with life threatening severe sepsis and septic shock. Lanna Public Health Journal. 2015; 11(2): 44-51.
10. Promla W. Factor influencing the recovery of patients with abdominal surgery during the first week. Proceeding of 6th National and International Research Conference; 2018 October 5; Khon Kaen, Thailand. Collage of Asian Scholars; 2018.