

## การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ

Nursing care for multiple trauma patients

วิมล อิมอูไร

Vimon Aimaurai

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ

Registered Nurse Professional Level, Head Nurse of Accident Surgery Department,

Samutprakan Hospital, Samutprakan Province

ผู้นิพนธ์ (Corresponding Author); Email: vimonaim@gmail.com

(Received: April 4, 2019, Revised: April 16, 2019, Accepted April 18, 2019)

### บทคัดย่อ

การบาดเจ็บหลายระบบเป็นการเกิดอุบัติเหตุที่มีผลกระทบต่อร่างกายหลายแห่งของผู้ป่วย หรือหลายระบบในเวลาเดียวกัน ทำให้เกิดความยุ่งยากซับซ้อนในการคัดกรองอาการแรกเริ่ม เพื่อวินิจฉัยการพยาบาลและรายงานแพทย์ ตลอดจนการติดตามดูแลผู้ป่วยในระยะรักษา ผ่าตัด และระยะพักฟื้นในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ และหากการวินิจฉัยการพยาบาลล่าช้าจะเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในเวลาอันรวดเร็ว จากการเสียเลือดอย่างรุนแรง อาจมีทางเดินหายใจอุดตัน หรือการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ สมองได้รับการบาดเจ็บรุนแรง เป้าหมายในการช่วยเหลือผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ คือ การช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ซึ่งต้องทำการคัดกรองอาการโดยเร็วที่สุดและมีประสิทธิภาพ เพื่อวินิจฉัยการพยาบาลและรายงานแพทย์เพื่อทำการหัตถการ และทำการผ่าตัดอย่างเร่งด่วน ซึ่งหากเกิดความล่าช้าจากการวินิจฉัยการพยาบาลผิดพลาด จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการสูญเสียหน้าที่ของร่างกาย และเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการและเสียชีวิต พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตั้งแต่แรกเริ่ม จนถึงการดูแลในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการรักษาพยาบาล และต้องมีสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยด้านศัลยกรรมอุบัติเหตุ ที่เข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรค การดำเนินของโรค ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ และจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันเวลา และสามารถกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม

**คำสำคัญ :** การบาดเจ็บหลายระบบ ,สมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยด้านศัลยกรรมอุบัติเหตุ,การประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บ, ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

### Abstract

Multiple system injuries are accidents that affect many bodies of patients, or multiple systems at the same time causing complications in screening the first symptoms to diagnose nursing and medical reports. As well as monitoring patient care during the surgical treatment and recovery period in the accident surgery ward. And if the delayed nursing diagnosis is the cause of the death of the patient in a short time from severe blood loss, may have obstructive airway, or inefficient breathing, the brain suffered severe injuries. The goal of helping people with multiple injuries is to help patients survive. Which requires screening symptoms as quickly and efficiently, to diagnose nursing and report doctors to perform procedures and perform urgent surgery. Which if there is a delay from misdiagnosis of nursing will make the patient more vulnerable to loss of body function and is a major cause of disability and death. Nurses who are medical personnel who are closely caring for patients from the beginning, until taking care of postoperative recovery in an accident surgery ward. Therefore, nurses play an important role in medical treatment, and must have competency in nursing, surgical patients, accidents, that understand the pathology of the disease, disease progression, important complications and must be a person with knowledge and ability to evaluate multiple trauma patients, to provide information in making decisions to help patients in time, and can determine the correct and comprehensive nursing diagnosis.

**Keywords:** multiple injuries, Nursing Competency in Accident Surgery Patients, Injury patient assessment, Nursing Diagnosis.

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุยังคงเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก จากรายงานสถานการณ์อุบัติเหตุโลกล่าสุด ประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ 9 แต่ยังมีผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บสูงเป็นอันดับ 1 ในอาเซียนโดยอัตราการเสียชีวิตบนท้องถนนอยู่ที่ 32.7 ต่อแสนประชากร มีผู้เสียชีวิต 22,491 รายต่อปี เฉลี่ย 60 รายต่อวัน โดยพบเกิดในช่วงอายุ 15 - 29 ปี<sup>(1)</sup> ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 6 (จังหวัดชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด สระแก้ว ปราจีนบุรี ฉะเชิงเทรา สมุทรปราการ) มีอัตราการเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บที่มีค่าโอกาสรอดชีวิต (Probability of survival score) มากกว่า 0.75 ร้อยละ 0.58 และถูกจัดให้อยู่อันดับ 3 ใน 6 ปัญหาในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสาธารณสุขของเขตสุขภาพที่ 6<sup>(2)</sup> และเป็นอันดับที่ 7 ใน 10 อันดับ ของสาเหตุการเสียชีวิตในจังหวัดสมุทรปราการ<sup>(3)</sup>

โรงพยาบาลสมุทรปราการระดับตติยภูมิ ถูกกำหนดให้เป็น Excellent Trauma Center ระดับ 3 ในเขต 6 สถิติปี 2559 - 2561 มีผู้ป่วยอุบัติเหตุมาเฉลี่ยปีละ 18,588 ราย คิดเป็นร้อยละ 30 ของผู้ป่วยทั้งหมดรับไว้นอนโรงพยาบาลเฉลี่ยปีละ 3,156 ราย เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบเฉลี่ยปีละ 280 ราย มีอัตราตายเป็นอันดับสองรองจากผู้บาดเจ็บสมองคิดเป็นร้อยละ 28.81 ของผู้บาดเจ็บที่เสียชีวิตทั้งหมด<sup>(4)</sup>

การบาดเจ็บหลายระบบเป็นการบาดเจ็บของอวัยวะร่วมกันตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป<sup>(5)</sup> โดยเป้าหมายในการช่วยเหลือผู้ที่ได้รับการบาดเจ็บหลายระบบ คือการช่วยให้รอดชีวิต ซึ่งต้องทำโดยเร็วที่สุดด้วยการประเมินสภาพและให้การรักษาเบื้องต้นอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ<sup>(6)</sup> จึงต้องการบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต<sup>(7)</sup> และที่สำคัญต้องมีการทำงานเป็นทีมต้องมีการประสานกันอย่างดี พยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตั้งแต่แรกเริ่ม ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ที่ถูกต้อง และครอบคลุมในการประเมินสภาพผู้ป่วย

เพื่อค้นหาภาวะคุกคามต่อชีวิตได้อย่างรวดเร็ว และกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้ถูกต้อง<sup>(8)</sup> รายงานแพทย์ได้ทันเวลา จึงได้ปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ลดความผิดพลาดในการรักษาผู้บาดเจ็บหลายระบบในกรณีที่สามารถป้องกันได้

## ข้อมูลคนไข้ : Case Report

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 42 ปี น้ำหนัก 65 กิโลกรัม ส่วนสูง 175 เซนติเมตร สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ ไม่มีประวัติโรคประจำตัว รับไว้ในโรงพยาบาลวันที่ 26 ธันวาคม 2561 เวลา 11.06 น. ด้วยอาการสำคัญ ปวดศีรษะมาก แน่นหน้าอก 6 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

## ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

ก่อนมาโรงพยาบาล 2 วัน ผู้ป่วยถูกทำร้ายร่างกาย ถูกตีด้วยไม้ หมดสติ จำเหตุการณ์ไม่ได้มาตรวจที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลสมุทรปราการ อาการแรกเริ่มปวดศีรษะเล็กน้อย สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท การประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Score; GCS) ได้ 15 คะแนน (E4M5V6) Pupil size 2 มิลลิเมตร ทำปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้งสองข้าง แพทย์บันทึกการตรวจร่างกายพบศีรษะด้านซ้ายบวมโนมีแผลฉีกขาดขนาด 0.5 x 5 x 0.7 เซนติเมตร ไม่พบการบันทึกการตรวจร่างกายระบบอื่น และการส่งตรวจเอกซเรย์ทรวงอก (CXR) ส่งตรวจ CT Brain พบมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชนิดเฉียบพลันขนาด 1 เซนติเมตร แพทย์รักษาด้วยการเย็บแผล ให้กินยาแก้ปวดนอนสังเกตอาการ 9 ชั่วโมง อาการปวดศีรษะดีขึ้น ไม่อาเจียน รู้สึกตัวดี แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน

ต่อมา 6 ชั่วโมง มีอาการปวดศีรษะมากขึ้น แน่นหน้าอกเล็กน้อยจึงกลับมาโรงพยาบาล แรกเริ่มที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ประเมิน GCS ได้ 15 คะแนน Pupil size 3 มิลลิเมตร ทำปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้งสองข้าง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 62 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที

ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation 100 % ส่งตรวจ CT Brain มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองเพิ่มขนาดจาก 1 เซนติเมตร เป็น 1.6 เซนติเมตร แพทย์ตรวจพบรอยช้ำที่หน้าอกด้านขวา ขนาด 3 x 5 เซนติเมตร ส่ง CXR แพทย์อ่านไม่พบความผิดปกติ ตรวจวินิจฉัยช่องท้อง (FAST) ไม่พบความผิดปกติ ในช่องท้อง Hematocrit 43.6% แพทย์รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ สัญญาณชีพแรกรับที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ประเมินระดับความรู้สึกตัว (GCS) ได้ 15 คะแนน (E4M5V6) Pupil size ขนาด 3 มิลลิเมตร ทำปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้งสองข้าง อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 30 ครั้ง/นาที ชีพจร 98 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation 92% การตรวจร่างกาย พบศีรษะด้านซ้ายบวมโนมีแผลเย็บยาว 5 เซนติเมตร หน้าอกด้านขวามีรอยช้ำขนาด 3x5 เซนติเมตร ผู้ป่วยเหนื่อยแน่นหน้าอก จึงรายงานศัลแพทย์

แพทย์ตรวจร่างกายผู้ป่วยและดูผลเอกซเรย์ทรวงอกซ้ำ พบมีเลือดออกในเยื่อหุ้มปอดด้านขวารักษาด้วยการใส่ท่อระบายทรวงอกได้เลือด 160 มิลลิลิตร ผู้ป่วยหายใจดีขึ้นไม่เหนื่อย อัตราการหายใจลดลงเหลือ 22 - 24 ครั้ง/นาที และปรึกษาประสาทศัลแพทย์ทำการรักษาเรื่องเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองด้วยการผ่าตัด Craniotomy with remove clot หลังผ่าตัดสมอง 2 วัน ผู้ป่วยมีอาการซึมลง การประเมินระดับความรู้สึกตัว (GCS) ลดลงจาก 15 คะแนนเป็น 8 คะแนน (E2M4V2) Pupil size ข้างขวา 3 มิลลิเมตร ข้างซ้าย 4 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงช้า (sluggish) สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส หายใจได้เอง อัตราการหายใจช้าลง 18 ครั้ง/นาที ชีพจร 66 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/50 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation 94% รายงานแพทย์เวรให้ใส่ท่อช่วยหายใจ และส่ง CT Brain พบภาวะแทรกซ้อนมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองซ้ำ ขนาด 2.7 เซนติเมตร (Re-bleeding Acute Subdual Hemorrhage) แพทย์จึงผ่าตัด Craniotomy with remove clot รอบที่ 2 ระหว่างรักษา

มีภาวะช็อค และเกล็ดเลือดต่ำเฉียบพลันจากการบาดเจ็บ ได้รับ Packed Red Cell (PRC) รวม 4 ยูนิต และ Platelet concentrate รวม 12 ยูนิต ผล Platelet count เพิ่มจาก 125,000 เป็น 150,000/mm<sup>3</sup> ผล Hematocrit เพิ่มจาก 29.5% เป็น 36.7 % ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจเป็นเวลา 3 วัน จึงสามารถหย่าและถอดเครื่องช่วยหายใจออกได้ ใส่ท่อระบายทรวงอกเป็นเวลา 4 วัน หลังถอดสายระบายทรวงอกด้านขวาขยายตัวดี ไม่หอบเหนื่อย แพทย์จำหน่ายอาการทุกวันวันที่ 8 มกราคม 2562 เวลา 13.30 น. รวมระยะเวลาที่รับไว้ในความดูแล 13 วัน สภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่ายรู้สึกตัวดี แผลตัดใหม่ที่ศีรษะและแผลใส่ท่อระบายทรวงอกแห้งดี ผลการติดตามหลังออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน ผู้ป่วยกลับมาตรวจที่ OPD ยังมีอาการปวดศีรษะบางครั้ง ไม่มีอ่อนแรงและคลื่นไส้อาเจียน เดินได้ปกติ ผล CT Brain ไม่มีเลือดออกเพิ่ม แพทย์นัดพบเพื่อตรวจหลังการรักษาอีก 3 เดือน

### สรุปการวินิจฉัยโรค

1. เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชนิดเฉียบพลัน (Acute subdural hematoma)
2. เลือดออกในเยื่อหุ้มปอดด้านขวา (Hemothorax)
3. ภาวะช็อคและเกล็ดเลือดต่ำ หลังการเสียเลือดเฉียบพลัน

### การพยาบาลในระยะวิกฤตและฉุกเฉิน

**วินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** เสี่ยงต่อการกำซาบเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง เนื่องจากมีเลือดออกในสมอง

### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผลฉีกขาดที่ศีรษะด้านขวาขนาด 0.5x5x0.7 เซนติเมตร CT Brain พบเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองเพิ่มขึ้นจากขนาด 1 เซนติเมตร เป็น 1.6 เซนติเมตร
2. GCS 15 คะแนน (E4M6V5) Pupil size 3 มิลลิเมตร ทำปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้งสองข้าง
3. อัตราการหายใจ 30 ครั้ง/นาที ชีพจร 98 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท

## 4. Oxygen saturation 92%

**เกณฑ์การประเมิน**

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวระดับความรู้สึกตัวไม่ลดลง คะแนนรวม Glasgow Coma Scale (GCS) ไม่ลดลงมากกว่า 2 คะแนน หรือ Motor response ไม่ลดลงมากกว่า 1 คะแนน Pupil size ของตาทั้งสองข้างอยู่ระหว่าง 2 - 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้งสองข้าง

2. ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Cushing's response) ได้แก่ ความดันโลหิตสูง อัตราการเต้นของหัวใจต่ำกว่า 60 ครั้ง/นาที รูปแบบการหายใจเปลี่ยนแปลงและไม่สม่ำเสมอ

3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิ 36.5 – 37.5 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 16 - 20 ครั้ง/นาที ชีพจร 60 - 100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต Systolic Blood Pressure 90 - 140 มิลลิเมตรปรอท และ Diastolic Blood Pressure 60 - 90 มิลลิเมตรปรอท

4. Pulse Pressure อยู่ในเกณฑ์ปกติ 30 – 50 มิลลิเมตรปรอท (ผลต่างของ Systolic Blood Pressure และ Diastolic Blood Pressure)

5. Oxygen saturation มากกว่า 95%

**วัตถุประสงค์**

มีการกักชาบเลือดไปเลี้ยงสมองอย่างเพียงพอ

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา โดยให้ ศีรษะและคออยู่ในแนวเดียวกันไม่บิดหมุนซ้าย ขวา และการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยควรทำด้วยความระมัดระวัง ไม่ให้ศีรษะองศา มากกว่า 90 องศา จากผลการศึกษา พบว่าท่านอนศีรษะสูง 30 องศา จะทำให้มีการแพร่กระจายของน้ำไขสันหลังสู่ช่องว่างไขสันหลังได้ดีและมีการไหลกลับของเลือดดำสู่หัวใจได้สะดวก เนื่องจากคุณสมบัติของน้ำไขสันหลังและการที่หลอดเลือดดำในสมองไม่มีลิ้นจึงทำให้มีการไหลกลับของเลือดทันที ขณะเดียวกัน 70 – 80 % ของเลือดในสมองอยู่ในหลอดเลือดดำ จึงทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะลดลง และแรงดันกักชาบสมองไม่เปลี่ยนแปลง ส่วนท่านอนที่ควร

หลีกเลี่ยง ได้แก่ ท่านอนศีรษะต่ำ เพราะจะส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงสมองมากขึ้น ทำให้แรงดันกักชาบสมอง และความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มสูงขึ้น และท่านอนคว่ำหรือท่าก้มศีรษะหรือแขนคอมากเกินไป จะทำให้แรงดันกักชาบสมอง และความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น เนื่องจากกระทำการจัดท่า อาจมีการหมุนศีรษะผู้ป่วยไปด้านซ้ายหรือขวาทำให้ขัดขวางการไหลกลับของเลือดดำสู่หัวใจ<sup>(9)</sup>

2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ และดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง

2.1 ดูแลให้ได้รับออกซิเจน Mask with bag 10 ลิตร/นาที

2.2 Keep Oxygen saturation >95%

3. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท ในระยะวิกฤติ อย่างใกล้ชิด ทุก 1 - 2 ชม. และรายงานแพทย์ทันทีหากพบความผิดปกติ ดังนี้

3.1 ระดับความรู้สึกตัวโดยใช้แบบประเมิน Glasgow Coma Scale (GCS)<sup>(10)</sup> ซึ่งประเมินพฤติกรรม การตอบสนอง 3 ด้าน คือ การลืมตา (Eye opening) การสื่อสาร (Verbal response) และ การเคลื่อนไหว (Motor response) ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 3 - 15 โดย คะแนนมาก หมายถึงมีระดับความรู้สึกตัวดี คะแนนน้อยกว่า 8 หมายถึงอยู่ในภาวะ Coma

3.1.1 ระดับความรู้สึกตัวลดลงจากเดิมที่ ต้องรายงานแพทย์ด่วน ได้แก่ GCS ลดลง มากกว่า 2 หรือ Motor response ลดลงมากกว่า 1

3.1.2 ตรวจการตอบสนองของรูม่านตา (Pupil) ต่อแสง คือ ดูขนาด รูปร่างของรูม่านตา ปกติจะมีรูปร่างกลมเท่ากันทั้ง 2 ข้าง

3.1.3 ตรวจกำลังกล้ามเนื้อ (Motor power) ถ้าตรวจพบการอ่อนแรงของร่างกายด้านใด ด้านหนึ่ง จะเรียกว่า อ่อนแรงครึ่งซีก (Hemiplegia, Hemiparesis) ซึ่งบ่งบอกว่าน่าจะมีรอยโรคในสมองด้านตรงข้ามกับด้านที่อ่อนแรง เช่น อ่อนแรงครึ่งซีกขวา น่าจะมีรอยโรคในสมองด้านซ้าย โดยให้ผู้ป่วย ยกแขน ยกขา

กำมือ งอแขน จัดข้อ และให้ผู้ป่วยออกแรงต้านกับผู้ตรวจ  
ถ้าต้านแรงผู้ตรวจได้ก็คือ ปกติ

การบอกกำลังกล้ามเนื้อ แบ่งเป็น 6 ระดับ คือ

ระดับ 5 : ต้านแรงได้เต็มที่

ระดับ 4 : ต้านแรงได้ไม่เต็มที่

ระดับ 3 : ยกแขน ขา ลอยจากพื้นได้  
แต่ต้านแรงไม่ได้

ระดับ 2 : เคลื่อนไหวแขน ขา ได้บนพื้น  
แต่ไม่สามารถยกขึ้นจากพื้นได้

ระดับ 1 : มีการเกร็งของกล้ามเนื้อ  
แต่ไม่มีการเคลื่อนไหว

ระดับ 0 : ไม่มีการเกร็งของกล้ามเนื้อเลย

3.2 ประเมินสัญญาณชีพ (Vital Signs) โดย  
ประเมินการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพซึ่งมีความสัมพันธ์  
โดยตรงกับพยาธิสภาพทางสมองหรือกับภาวะแทรกซ้อนที่  
เกิดขึ้น ดังนั้น ควรมีการบันทึกและสังเกตความดันโลหิต  
ชีพจร อุณหภูมิ และการหายใจเป็นระยะ ๆ

3.2.1 สัญญาณชีพ ผิดปกติที่ต้องรายงาน  
แพทย์ได้แก่ ชีพจรน้อยกว่า 60 หรือ มากกว่า 100 ครั้ง/  
นาที การหายใจไม่สม่ำเสมอ ใช้แรงในการหายใจและ  
หายใจช้าลง

3.2.2 Pulse Pressure กว้างมากกว่า 60  
มิลลิเมตรปรอท

3.2.3 ค่าความดัน Systolic Blood  
Pressure น้อยกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท เพื่อ  
ป้องกันการเกิดเลือดออกในสมองเพิ่ม ร่วมกับการเฝ้าระวัง  
ภาวะความดันโลหิตต่ำ เพื่อป้องกันไม่ให้สมองขาดเลือด

4. ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจาก  
ภาวะเลือดออกในสมองและรายงานแพทย์ทันทีหากพบ  
อาการ ได้แก่

4.1 ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง  
และรายงานแพทย์ทันทีหากพบอาการ<sup>(11)</sup> ดังนี้

4.1.1 คะแนนระดับความรู้สึกตัวลดลง  
มากกว่า 2 คะแนน (ประเมินโดยใช้ GCS) สับสน

กระสับกระส่ายไม่รับรู้ วัน เวลา สถานที่บุคคล หรือมี  
อาการว่างซึม

4.1.2 แขนขาอ่อนแรงแย่งจากเดิมตั้งแต่  
1 ระดับ มีอาการตาพร่ามัว อาการพูดลำบาก

4.1.3 ขนาดของ Pupil ที่เปลี่ยนแปลง 2  
ข้าง แตกต่างกันเกิน 1 มิลลิเมตร ไม่มีปฏิกิริยาตอบสนอง  
ต่อแสง แสดงว่าอาจมีภาวะ Brain herniation

4.1.4 ปวดศีรษะมากขึ้น ได้รับยาบรรเทา  
ปวดแล้วอาการไม่ทุเลา

4.1.5 อาการแสดงของ Cushing's  
response ได้แก่ ความดันโลหิตสูง อัตราการเต้นของ  
หัวใจต่ำกว่า 60 ครั้ง/นาที รูปแบบการหายใจเปลี่ยนแปลง  
และไม่สม่ำเสมอ (Hypertension, Brady cardia, and  
Irregular respiration)<sup>(11)</sup>

4.2 ภาวะชัก จากเนื้อเยื่อสมองขาดเลือด  
ถ้าผู้ป่วยชักให้บันทึก ระยะเวลาที่ชัก ลักษณะการชัก ระดับ  
ความรู้สึกตัวขณะชัก หลังชัก เพื่อรายงานแพทย์

5. ดูแลให้ยา ตามแผนการรักษาของแพทย์ ดังนี้

5.1 ยาช่วยลดสมองบวม ได้แก่  
20% Mannitol 250 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ  
free flow ต่อด้วย 20% Mannitol 100 มิลลิลิตร  
ทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง กลไกการออกฤทธิ์เป็น  
ยา Osmotic/diuretic หัวงผลให้มีการดึงน้ำจากรอบๆ  
หลอดเลือดในสมองเข้ามา ทำให้มีการขับปัสสาวะเพิ่มขึ้น  
ผลของยาทำให้สมองยุบบวมได้ ระวังผลข้างเคียงเรื่อง  
Hypovolemia และ Electrolyte imbalance โดยเฉพาะ  
อย่างยิ่ง Hypokalemia ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย

5.2 ยากันชักเพื่อป้องกันการชักซึ่งเป็น  
สาเหตุทำให้สมองบวมมากขึ้นได้แก่ยา Dilantin 750  
มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทันที และต่อด้วย 100  
มิลลิกรัม ทุก 8 ชั่วโมง กลไกการออกฤทธิ์ ทำให้เกิดการ  
ชะลอการแลกเปลี่ยนเกลือโซเดียม และส่งผลให้ สมองส่วน  
ควบคุมการเคลื่อนไหว (Motor Cortex) ไม่สามารถสร้าง  
กระแสประสาทไปกระตุ้นร่างกายให้เกิดการชักได้ ระวัง  
ผลข้างเคียง - อาจก่อให้เกิดภาวะหัวใจและหลอดเลือดที่

ไปเลี้ยงหัวใจ ทำงานผิดปกติ และสามารถก่อให้เกิดความดันโลหิตต่ำได้

6. Monitor Hematocrit เนื่องจากผู้ป่วยมีโอกาสเกิด Cerebral ischemia ได้ง่าย จึงควรให้ oxygen ไปยังเนื้อสมองอย่างเพียงพอ ดังนั้น ระดับ Hematocrit ต่ำสุดที่ยอมรับได้ คือ 30%

7. เจาะ Dextrostix เพื่อติดตามระดับน้ำตาล ในเลือด keep 80 - 180 mg/dl เนื่องจากเมื่อสมองได้รับบาดเจ็บ จะเกิดภาวะ Posttraumatic stress response ซึ่งทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงได้จากการศึกษาพบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดสูงส่งผลทำให้ภาวะสมองขาดเลือดมากขึ้น ภาวะเลือดจะเป็นกรด (Acidosis) และสมองบวม ส่งผลให้มีความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น และเพิ่มอัตราการตายโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 200 mg/dL จะมีโอกาสเกิด Hemorrhagic transformation ประมาณ 25% เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดที่ต่ำกว่ามีโอกาสเกิด Hemorrhagic transformation เพียง 9 % เท่านั้น<sup>(12)</sup>

8. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ 0.9 % NSS 1000 มิลลิลิตร อัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงทางหลอดเลือดดำ และควบคุมอัตราการไหลตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อรักษาระบบการไหลเวียนเลือดและสมดุลของน้ำและ Electrolyte

9. ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลอย่างนุ่มนวลและลดการรบกวนผู้ป่วยเพื่อป้องกันความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้นได้เนื่องจากการทำกิจกรรมพยาบาลต่างๆ

10. ให้การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมอง

10.1 ประเมินลักษณะ สี จำนวน Content ที่ออกมาจากสาย drain ที่ศีรษะตรวจสอบสาย Drain ไม่ให้หักพับ หรือ งอ ระวังระวังการเลื่อนหลุด และไม่ให้มีการดึงรั้ง

10.2 ทำแผลที่ศีรษะ แผลผ่าตัด Craniotomy วันละ 1 ครั้ง และดูแลให้ยา Antibiotic ได้แก่ Cefazolin 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง นาน 7 วัน เพื่อป้องกันการแผลติดเชื้อ

11. บันทึกจำนวนน้ำเข้าและออก จำนวนปัสสาวะต้องออกมากกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

### ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีระดับความรู้สึกตัวไม่ลดลง ประเมินระดับความรู้สึกตัว (GCS) ได้ 15 คะแนน ตรวจกำลังกล้ามเนื้อแขนขา (Motor power) ได้ระดับ 5 Pupil size 2-3 มิลลิเมตรมีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้ง สองข้าง ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อัตรา การหายใจ 18 - 22 ครั้ง/นาที ชีพจร 70 - 86 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/60 - 130/80 มิลลิเมตรปรอท

Oxygen saturation 99 - 100%

หลังผ่าตัดสมอง 2 วัน ผู้ป่วยมีอาการซึมลง ประเมินระดับความรู้สึกตัว (GCS) ลดลงจาก 15 คะแนน เป็น 8 คะแนน (E2M4V2) รูม่านตาข้างขวา 3 มิลลิเมตร ข้างซ้าย 4 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงช้า (sluggish) สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส หายใจได้เอง อัตราการหายใจช้าลง 18 ครั้ง/นาที ชีพจร 66 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/50 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation 94% รายงานแพทย์เวรให้ ใส่ท่อช่วยหายใจ และส่ง CT Brain พบภาวะแทรกซ้อนมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองซ้ำ ขนาด 2.7 เซนติเมตร (Re - bleeding Acute Subdual Hemorrhage) แพทย์ผ่าตัดสมองรอบที่ 2 ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่ม

**วินิจฉัยการพยาบาลที่ 2** การแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลงเนื่องจากมีเลือดในช่องเยื่อหุ้มปอด

### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยเหนื่อยแน่นหน้าอก หายใจเร็ว อัตราการหายใจ 30 ครั้ง/นาที ชีพจร 98 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท

2. มีแผลรอยซ้ำที่ทรวงอกด้านขวา ขนาด 3 x 5 เซนติเมตร CXR : Right - sided Hemothorax ใส่สายระบายทรวงอกได้เลือด 160 มิลลิลิตร

3. Oxygen saturation 92%

## วัตถุประสงค์

เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

## เกณฑ์การประเมิน

1. ระดับความรู้สึกตัวปกติ ทางเดินหายใจโล่งไม่มีสิ่งอุดกั้น
2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อัตราการหายใจ 16 - 20 ครั้ง/นาที ชีพจร 60 - 90 ครั้ง/นาที Systolic Blood pressure 90 - 140 มิลลิเมตรปรอทและ Diastolic Blood pressure 60 - 90 มิลลิเมตรปรอท
3. ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจน ค่า Oxygen saturation มากกว่า 95%
4. การทำงานของท่อระบายทรวงอกมีการระบายอย่างมีประสิทธิภาพ

## กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะการขาดออกซิเจนของผู้ป่วย เช่น ริมฝีปากเขียวคล้ำ ปลายมือปลายเท้าเขียวเหลือง ตัวเย็น กระสับกระส่าย ความรู้สึกตัวลดลง ชีพจรเบาเร็ว
2. จัดท่า ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ช่วยให้การหายใจมีประสิทธิภาพ
3. ประเมินสัญญาณชีพทุก 1- 2 ชั่วโมง โดยเฉพาะประเมินการหายใจ อัตรา จังหวะ ลักษณะการหายใจ และการขยายของทรวงอกทั้งสองข้าง
4. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา Mask with bag 10 ลิตร/นาที ติดตาม ค่า Oxygen saturation ให้มากกว่า 95%
5. ดูแลให้ได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำทดแทนเพื่อทดแทนเลือดและปริมาณสารน้ำที่สูญเสียไปในการบาดเจ็บ
6. เฝ้าติดตามผล Hematocrit ทุก 4 - 6 ชั่วโมง และ keep Hematocrit มากกว่า 30%
7. ดูแลและติดตามการทำงานของท่อระบายทรวงอกให้มีการระบายอย่างมีประสิทธิภาพตลอดเวลา

7.1 ประเมินการสูญเสียเลือดที่ออกทางท่อระบาย โดยสังเกตจำนวนสี ปริมาณ หากพบว่ามีเลือดออกมากกว่า 1,200 - 1,500 มิลลิลิตร ในระยะเวลา

1 ชั่วโมงหรือมีมากกว่า 100 - 120 มิลลิลิตร/ชั่วโมง เป็นระยะเวลาติดต่อกัน 4 - 6 ชั่วโมง ให้รีบรายงานแพทย์

7.2 ประเมิน content และจัดบันทึก เพื่อรายงานแพทย์ในการพิจารณาเอาสายระบายทรวงอกออกเมื่อปริมาณที่ออกในแต่ละวันน้อยกว่า 100 มิลลิลิตร ติดต่อกัน 2 วัน สีของ content เป็นสีเหลืองใส ไม่มีเลือดหรือหนอง และ CXR ผลทรวงอกขยายตัวดีและไม่มีลมรั่ว

8. ส่งเสริมการขยายตัวของปอดเพื่อการแลกเปลี่ยนก๊าซเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

8.1 สอนและสาธิตให้ผู้ป่วยดูแลเครื่องบริหารปอด (Triflo) ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถหายใจเข้าออกอย่างเต็มที่ป้องกันภาวะปอดแฟบ

## ประเมินผลการพยาบาล

หลังใส่สายระบายเลือดออกจากช่องอกได้เลือดออกรวม 160 มิลลิลิตร ผู้ป่วยแน่นหน้าอกน้อยลง ไม่มีภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ประเมิน Oxygen saturation 98 - 100% อัตราการหายใจลดลงจาก 30 ครั้ง/นาที เป็น 22 - 24 ครั้ง/นาที ผู้ป่วยสามารถถอดสายระบายได้ภายใน 4 วัน หลังถอดสายผู้ป่วยไม่มีเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 20 - 22 ครั้ง/นาที Oxygen saturation 100 % ส่ง CXR ทรวงอกขยายตัวดี ไม่มีเลือดออกเพิ่ม

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีภาวะแทรกซ้อนเลือดออกซ้ำได้เยื่อหุ้มสมองชั้นดรา (Re-bleeding Acute Subdural Hematoma) หลังผ่าตัดสมอง

## ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัวลดลง GCS ลดลงจาก 15 เหลือ 8 คะแนน (E2V2 M4) Pupil size ข้างขวา 3 มิลลิเมตร ข้างซ้าย 4 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงช้า (sluggish)
2. CT Brain พบเลือดออกซ้ำ ขนาด 2.7 ซม. แพทย์ผ่าตัด Craniotomy ครั้งที่ 2
3. Oxygen saturation 94% แพทย์ให้ใส่ท่อช่วยหายใจ

## วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนเลือดออกซ้ำได้

## เยื่อหุ้มสมอง

## เกณฑ์การประเมิน

1. ระดับความรู้สึกตัวไม่ลดลงจากเดิม ประเมิน GCS ไม่ลดลงมากกว่า 2 คะแนน
2. ตรวจวัดสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ชีพจร 60 - 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16 - 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60 - 140/90 มิลลิเมตรปรอท
3. ทางเดินหายใจโล่ง ไม่มีเสมหะอุดตันทางเดินหายใจผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจน เช่น ริมฝีปากเขียวคล้ำ ปลายมือปลายเท้าเขียว เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย ความรู้สึกตัวลดลง ชีพจรเบาเร็ว
4. Oxygen saturation มากกว่า 95%

## กิจกรรมการพยาบาล

1. เตรียมช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal Tube) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับเครื่องช่วยหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับการหายใจของผู้ป่วย
2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูดเสมหะเมื่อมี ข้อบ่งชี้
  - 2.1 ก่อนและหลังดูดเสมหะควรให้ออกซิเจน 100% นาน 30 - 60 วินาที
  - 2.2 ระยะเวลาการดูดเสมหะ ในแต่ละครั้งให้อยู่ระหว่าง 10 - 15 วินาที ใช้แรงดูด 100 - 120 มิลลิเมตรปรอท และดูดไม่เกิน 2 ครั้งต่อรอบ
3. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน อย่างน้อยทุก 2 - 4 ชั่วโมง
  - 3.1 ติดตาม Oxygen saturation ให้มากกว่า 95%
4. ประเมินการหายใจผู้ป่วยทุก 15 นาที - 1 ชั่วโมง สังเกตลักษณะ และอัตราการหายใจ ฟังเสียงเสมหะในปอดเป็นระยะเพื่อประเมินการอุดตันของเสมหะ
5. ประเมินระดับความรู้สึกตัว และตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพ 15 นาที 2 - 3 ชั่วโมงแรกของการหมดสติในระยะต่อไปความถี่ในการประเมินให้ทำตามสภาพของผู้ป่วย

6. จัดทำนอนอนนศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา เพื่อให้ความดันในกะโหลกศีรษะลดลงโดยแรงดันกำซาบสมองไม่เปลี่ยนแปลง

7. ดูแลให้สารน้ำถูกต้องครบถ้วนตามแผนการรักษา บันทึกจำนวนสารน้ำที่ได้รับและขับออกจากร่างกายอย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง เพื่อดูความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่

## ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนเลือดออกซ้ำใต้เยื่อหุ้มสมอง หลังผ่าตัดรอบที่ 2 ผู้ป่วยตื่นรู้สึกตัวดี ประเมินระดับความรู้สึกตัวได้ 14 - 15 คะแนน Motor power แขนขา 5 คะแนน Pupil size ขนาด 2 - 3 มม. มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้งสองข้าง Oxygen saturation 100% อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ชีพจร 68 - 78 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/70 - 130/80 มิลลิเมตรปรอท สามารถถอดท่อช่วยหายใจออกได้ 3 วันหลังผ่าตัด

**วินิจฉัยการพยาบาลที่ 4** มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อคและเกล็ดเลือดต่ำ

## ข้อมูลสนับสนุน

1. แรกรับมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชนิดเฉียบพลันขนาด 1.6 เซนติเมตร มี estimate blood loss 100 มิลลิเมตร มีภาวะแทรกซ้อนเลือดออกซ้ำขนาด 2.7 เซนติเมตร ผ่าตัดครั้งที่ 2 มี estimate blood loss 200 มิลลิเมตร
2. มีเลือดออกช่องเยื่อหุ้มปอดด้านขวา ใส่ท่อระบายทรวงอกได้เลือด 160 มิลลิเมตร
3. ผล Hematocrit 29.5% Platelet count ต่ำ 125,000 - 140,000 /mm<sup>3</sup>

## วัตถุประสงค์

ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อค และเกล็ดเลือดต่ำ

## เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่มีอาการแสดงของภาวะเกล็ดเลือดต่ำ Platelet count มีค่าปกติ 150,000 - 400,000/mm<sup>3</sup>
2. ไม่มีอาการแสดงของภาวะช็อค

ผล Hematocrit 35 - 46%

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับเกล็ดเลือด และ Packed Red Cells ตามแผนการรักษาของแพทย์
2. ดูแลให้ยาห้ามเลือดตามแผนการรักษา และ เฝ้าระวังประเมินผลข้างเคียง/การแพ้ยา
  - 2.1 Tranexamic acid 250 มิลลิกรัม/5 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ วันละ 1 ครั้ง x 3 วัน มีฤทธิ์ ในการห้ามเลือดใช้ป้องกันการตกเลือดหรือเลือดออกมาก ในระหว่างการผ่าตัดโดยออกฤทธิ์ต้านการทำลายลิ่มเลือด
  - 2.2 Vitamin K 10 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ วันละ 1 ครั้ง x 3 วัน Vitamin K มีความจำเป็นต่อ ขบวนการสร้างโปรตีนของตับ ที่เกี่ยวข้องกับการแข็งตัวของเลือด ได้แก่ factor II, VII, IX และ X
3. ดูแลให้ยายับยั้งการหลั่งกรดเพื่อป้องกันการกรด ไหลย้อน และเกิด stress ulcer ในกระเพาะอาหาร เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ระหว่างงดน้ำงดอาหาร
  - 3.1 Losec 40 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ วันละ 1 ครั้ง x 3 วัน ต่อด้วย Losec 20 มิลลิกรัม 1 เม็ด 2 เวลา ก่อนอาหาร กลไกการออกฤทธิ์ของยา คือ ยับยั้ง การหลั่งกรด
4. ประเมินอาการแสดงของเกล็ดเลือดต่ำ เช่น รอยช้ำ เป็นจ้ำ หรือจุดแดงใต้ผิวหนัง แนะนำผู้ป่วยและญาติในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุช้ำ เช่น เอาไม้กั้นเตียง ขึ้นทุกครั้งป้องกันการตกเตียง การเคลื่อนไหวอย่างระมัดระวัง การแปรงฟันอย่างนิ่มนวล
5. ประเมินอาการแสดงของภาวะช็อค เช่น อาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง เหนื่อยง่าย อาการหน้ามืด เวียนศีรษะ เป็นต้น
6. ติดตามผล Platelet count, Hematocrit, Hemoglobin เพื่อประเมินผลการเปลี่ยนแปลงหลังการให้เลือดและเกล็ดเลือด

### ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อค และไม่มีอาการแสดงของภาวะเกล็ดเลือดต่ำหลังได้

รับ Platelet Concentrate รวม 12 ยูนิต ได้ PRC รวม 4 ยูนิต ก่อนกลับบ้าน Platelet count เพิ่มขึ้นเป็น  $150,000/\text{mm}^3$  และ Hematocrit เพิ่มขึ้นเป็น 36.7%

### การพยาบาลในระยะต่อเนื่องและการฟื้นฟูสภาพ

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ไม่สุขสบายจากการปวดแผล ผ่าตัดสมองและใส่ท่อระบายทรวงอก

### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยนอนไม่หลับ บอกรู้สึกหิวและแผลบริเวณเจาะปวดมาก
2. ประเมินระดับการปวด Pain Score ได้ระดับ 7 คะแนน

### วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยมีความสุขสบาย อาการปวดทุเลาลง

### เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยสามารถนอนหลับ พักผ่อนได้
2. อาการปวดลดลง Pain Score น้อยกว่า 3 คะแนน

### กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ แสดงความจริงใจที่จะช่วยเหลือพูดคุยเบี่ยงเบนความสนใจเพื่อบรรเทาอาการปวด แนะนำให้ขอความช่วยเหลือเมื่อไม่สุขสบาย
2. ทำกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน ให้การพยาบาลโดยรบกวนผู้ป่วยให้น้อยที่สุด ลดการรบกวนผู้ป่วยจากสิ่งแวดล้อม ดูแลจัดทำให้อยู่ในท่าที่สุขสบาย หลีกเลี่ยงการนอนทับบริเวณที่ทำการผ่าตัด เพราะจะมีแรงกดทับทำให้เกิดการปวดแผลได้
3. ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา และ ประเมินอาการของผู้ป่วยหลังได้รับยาแก้ปวด ได้แก่

- 3.1 Morphine 3 มิลลิกรัม เวลาปวดทุก 4 ชั่วโมง ทางหลอดเลือดดำเป็นยาในกลุ่ม opioid agonist ก่อนฉีดยาให้ผู้ป่วยควรมีการประเมิน Pain Score มากกว่า 5 โดยที่ Sedation Score =0 หรือ 1 อัตราการหายใจมากกว่า 10 ครั้ง/นาทีขึ้นไป ไม่มีภาวะความดันเลือด

ต่ำและไม่มีอาการสับสน หาก Sedation Score = 3 จึงให้ยา

3.1.1 ติดตามสัญญาณชีพหลังการให้ยาทุก 5 นาที รวม 4 ครั้ง และทุก 30 นาที รวม 2 ครั้ง ประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังให้ยาได้แก่ กดการหายใจ ความดันเลือดลดลง ง่วงซึม คลื่นไส้ อาเจียน แঙ্গ้มแพทย์เมื่อชีพจร น้อยกว่า 60 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจน้อยกว่า 10 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตน้อยกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท

3.1.2 เตรียมยาแก้การกดการหายใจจากการได้รับยาเกินขนาดให้พร้อม ได้แก่ Naloxone ฉีดทาง

หลอดเลือดดำ ฉีดขนาด 0.4 - 2 มิลลิกรัม (0.4 มิลลิกรัม/1 มิลลิลิตร) ทางหลอดเลือดดำและซ้ำทุก 2 - 3 นาที ถ้าผู้ป่วยยังไม่รู้สึกตัวหลังให้ยาไปแล้วรวม 10 มิลลิกรัม แสดงว่าอาจไม่ใช่ภาวะเป็นพิษจาก opioid

3.2 Tramol 50 มิลลิกรัม 1 เม็ด 4 เวลา หลังอาหาร เป็นยาแก้ปวด opioid ผลข้างเคียงที่พบบ่อยที่สุดจากได้แก่ อาการวิงเวียนศีรษะ, ปวดศีรษะ, ง่วงนอน, ท้องผูก, คลื่นไส้

4. ประเมินอาการปวดทุก 4 ชั่วโมง โดยประเมินอาการผู้ป่วยทุกครั้งก่อนและหลังให้ยาแก้ปวดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการพยาบาลโดยการประเมินอาการผู้ป่วยก่อน และ หลังการให้ยาแก้ปวด

| Pain score : PS คะแนนระดับ 0-10 | Sedation score : SS คะแนนระดับ 0-3 และ S                                     |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| ระดับ 0 = no pain               | ระดับ 0 = Non ไม่ง่วง ตื่นดี                                                 |
| ระดับ 1-3 = mild pain           | ระดับ 1 = Mild ง่วงเล็กน้อย หลับๆ ตื่นๆ ปลุกตื่นง่าย                         |
| ระดับ 4-6 = moderate pain       | ระดับ 2 = Moderate ง่วงพอควร ปลุกตื่นง่าย พูดคุยสักระยะอาจอยากหลับมากกว่าคุย |
| ระดับ 7-10 = severe pain        | ระดับ 3 = Severe ง่วงมาก ปลุกตื่นยาก                                         |
|                                 | S = Sleep กำลังนอนหลับ ปลุกตื่นได้                                           |

### ประเมินผลการพยาบาล

หลังได้ยาแก้ปวด Morphine 1 dose ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้ Pain Score ลดลงจาก 7 เหลือ 2 - 3 คะแนน และสามารถควบคุมอาการปวดได้จากยาแก้ปวด Tramol ชนิดรับประทานไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาทั้ง 2 ชนิด

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วย หลังกลับบ้าน

### ข้อมูลสนับสนุน

1. ญาติผู้ป่วยคอยสอบถามอาการผู้ป่วย และความก้าวหน้าของการรักษาบ่อยครั้ง
2. ญาติแสดงสีหน้าความวิตกกังวล ขอเฝ้าผู้ป่วยเนื่องจากกลัวผู้ป่วยเสียชีวิต

### วัตถุประสงค์

ญาติไม่มีสีหน้าวิตกกังวล และการปฏิบัติตนได้ถูกต้อง

### เกณฑ์การประเมิน

ญาติคลายความวิตกกังวลและตอบคำถามเกี่ยวกับดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง

### กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดี พูดคุยกับญาติผู้ป่วยด้วยท่าทางอ่อนโยน ให้กำลังใจ ตั้งใจรับฟังปัญหาและช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจแก่ครอบครัวผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ
2. ช่วยประสานให้พบแพทย์เพื่อรับฟังการดำเนินของโรค อธิบายให้ญาติทราบ เข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ญาติซักถามอาการหรือปัญหาข้อข้องใจต่างๆ และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

ในทุกะระยะของการเจ็บป่วย อธิบายให้ญาติทราบทุกครั้ง ก่อนให้การพยาบาล

3. วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยให้คำแนะนำ และ ทบทวนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังกลับบ้านและ การสังเกตสิ่งผิดปกติที่ต้องกลับมาตรวจซ้ำ เช่น ปวดศีรษะ รุนแรง อาเจียน ชีมีลง ชัก มีไข้สูง การรับประทานยา การ มาตรวจตามนัด ส่งปรึกษากายภาพบำบัดและโภชนาการ

### ประเมินผลการพยาบาล

หลังจากญาติได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรค แผน การรักษาของแพทย์ และอาการของผู้ป่วยแล้ว สีน้าคลาย ความวิตกกังวล ยอมรับกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่เป็นอยู่ และให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นอย่างดี

### สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 42 ปี มีประวัติ 2 วันก่อนมา โรงพยาบาล ผู้ป่วยถูกทำร้ายร่างกาย และถูกตีด้วยไม้ หมดสติ จำเหตุการณ์ไม่ได้ ปวดศีรษะเล็กน้อย ผล CT Brain พบว่า มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นดูราชนิด เฉียบพลัน (Acute Subdual Hemorrhage) ขนาด 1 เซนติเมตร นอนสังเกตอาการ 9 ชั่วโมง แพทย์จำหน่าย ทุเลากลับบ้าน พบปัญหาไม่มีผลการบันทึกการตรวจ ร่างกาย การส่งตรวจ CXR และการปรึกษาประสาท ศัลยแพทย์ก่อนจำหน่าย 6 ชั่วโมงต่อมาผู้ป่วยกลับมาตรวจ ซ้ำ ด้วยอาการปวดศีรษะมากขึ้น แน่นหน้าอกเล็กน้อย แรก รับที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ส่งตรวจ CT Brain ซ้ำ พบมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นดูราเพิ่มขึ้น จากขนาด 1 เซนติเมตร เป็น 1.6 เซนติเมตร แพทย์ตรวจ ร่างกาย พบรอยช้ำที่หน้าอกด้านขวา ผลเอกซเรย์ทรวงอก แพทย์อ่าน CXR ไม่พบความผิดปกติ แพทย์จึงรับไว้รักษาที่ โรงพยาบาล เมื่อมาถึงหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ พยาบาลได้ทำการประเมินซ้ำ พบหน้าอกด้านขวามีรอยช้ำ ขนาด 3 x 5 เซนติเมตร และผู้ป่วยเหนื่อยแน่นหน้าอก มากขึ้น จึงรายงานแพทย์ แพทย์ศัลยกรรมมาตรวจร่างกาย และประเมิน CXR ซ้ำ พบมีเลือดออกในเยื่อหุ้มปอด ด้านขวา ใส่ท่อระบายทรวงอกระบายเลือดออกได้ทันเวลา ผู้ป่วยปลอดภัยและสามารถถอดท่อระบายทรวงอกได้

ภายใน 4 วัน และประสาทศัลยแพทย์ได้รักษาภาวะ เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นดูราด้วยการผ่าตัด Craniotomy with remove clot หลังผ่าตัดสมอง 2 วัน ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง ชั้นดูราซ้ำ ขนาด 2.7 เซนติเมตร (Re - bleeding Acute Subdual Hemorrhage) แพทย์จึงผ่าตัด Craniotomy with remove clot รอบที่ 2 ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วย หายใจ และเครื่องช่วยหายใจเป็นเวลา 3 วัน จึงสามารถ ถอดท่อช่วยหายใจออกได้ แพทย์และพยาบาลได้เฝ้าระวัง ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มเติม และสามารถจำหน่ายทุเลากลับบ้านได้ จากกรณีศึกษาเป็น ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่ซับซ้อนในการดูแล พยาบาลประจำ หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุมีบทบาทสำคัญต่อการประเมิน ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบให้ครอบคลุมตั้งแต่แรกรับ ปัญหาการพยาบาลที่พบในระหว่างที่ศึกษาได้แก่ เสี่ยงต่อ การกำซาบเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง เนื่องจากมีเลือดออก ในสมอง การแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลงเนื่องจากมีเลือด ในช่องเยื่อหุ้มปอด มีภาวะแทรกซ้อนเลือดออกใต้เยื่อหุ้ม สมองซ้ำ (Re - bleeding) หลังผ่าตัดสมอง มีโอกาสเกิด ภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อคและเกล็ดเลือดต่ำ ไม่สุขสบาย จากการปวดแผลผ่าตัดสมองและใส่ท่อระบายทรวงอก และ ญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากและขาดความรู้เกี่ยวกับโรค และการดูแลผู้ป่วยหลังกลับบ้าน บทบาทของพยาบาลใน ระยะวิกฤติ คือ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิด ต่อเนื่อง และรายงานแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะคุกคามต่อชีวิต และในระยะ พ้นฟู พยาบาลมีบทบาทในการค้นหาปัญหาของผู้ป่วย และญาติ ด้วยการประเมินผลกระทบที่เกิดจากการบาดเจ็บ ที่รุนแรง ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติใน การดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน โดยวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกเริ่ม รวมระยะเวลาที่รับไว้ ในความดูแล 13 วัน สภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่ายรู้สึกตัวดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผลการติดตามอาการหลังออกจาก โรงพยาบาล 1 เดือน ผู้ป่วยกลับมาตรวจ OPD ยังมีการ ปวดศีรษะบางครั้ง สามารถเดินได้ปกติไม่มีกล้ามเนื้อ

อ่อนแรง ผล CT Brain ไม่มีเลือดออกเพิ่ม ผลการตรวจเอกซเรย์ทรวงอก ปอดขยายตัวดีเท่ากันทั้งสองข้าง แพทย์นัดประเมินซ้ำอีก 3 เดือน

### ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีแผนพัฒนาสมรรถนะแพทย์และพยาบาลด้านศัลยกรรมอุบัติเหตุอย่างต่อเนื่อง เช่น สมรรถนะด้านการประเมินผู้บาดเจ็บตามแนวปฏิบัติการช่วยชีวิตผู้ได้รับบาดเจ็บขั้นสูง (Advanced Trauma Life Support; ATLS)<sup>(13)</sup>

2. ควรจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบให้เป็นมาตรฐานทุกโรงพยาบาลเครือข่ายในจังหวัด เพื่อเป็นคู่มือให้บุคลากรพยาบาล ตั้งแต่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินและทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย จากการศึกษาการนำแนวปฏิบัติการพยาบาล Multiple Injury Nursing Management Guideline มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ได้รับบาดเจ็บหลายระบบเพื่อส่งเสริมการแก้ไข ภาวะคุกคามต่อชีวิต พบว่าสามารถช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น และช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>(14)</sup>

3. ควรมีการทำการประเมินคุณภาพการดูแลผู้บาดเจ็บ (trauma audit) โดยตรวจสอบความถูกต้องแม่นยำของการวินิจฉัย การรักษา หรือผลการรักษา โดยความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ เช่น การอ่านผล CXR ระหว่างแพทย์ใช้ทุนและรังสีแพทย์ เพื่อป้องกันการวินิจฉัยผิดพลาดซ้ำ เป็นต้น

### บรรณานุกรม

1. สถิติอุบัติเหตุบนท้องถนนเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ [อินเทอร์เน็ต]. BBC NEWS; 2561. [วันที่อ้างถึง 22 ธ.ค.2561]. ที่มา : <https://www.bbc.com/thai/international>
2. กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศ. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 6. รายงานประจำปี; 2561.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ. เอกสารประกอบการตรวจราชการและ

นิเทศงานกรณีปกติ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสมุทรปราการ รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ; 2561.

4. กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศ โรงพยาบาลสมุทรปราการ. รายงานสถิติประจำปี; 2561.
5. Butcher NE, Balogh ZJ. Update on the definition of polytrauma. EJTES 2014; 40(2): 107–11.
6. ปรีชา ศิริทองถาวร, เรวัต ชุณหะวัณ, ฤกษ์ แก้วโรจน์, อนันต์ ตันมุกขกุล. ศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ 13. กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์; 2547.
7. วิจิตรา กุสุมภ์ และคณะ. การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตแบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพาณิชย์; 2556.
8. สุนิดา อรรถนุชิต, วิภา แซ่เซี่ยง และ ประณีต ส่งวัฒนา. การพัฒนาและประเมินแนวปฏิบัติ ทางคลินิกในการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ. วมหวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2553;2 2: 16-28.
9. Fan JY. Effect of backrest position on intracranial pressure and cerebral perfusion pressure in individuals with brain injury: a systemic review. JNN 2004; 36(5): 278-88.
10. สวิง ปันจัยสิทธิ์, นครชัย เพื่อนปฐม, กุลพัฒน์ วีรสาร. แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ. นนทบุรี: ธนาเพลส; 2556.
11. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา; 2554.
12. Sadoughi A, Rybinnik I & Cohen R.

Measurement and management of increased intracranial pressure. *BMJ Open* 2013; 6: 56-65.

13. American College of Surgeons[Internet]. 2018. [cited 2018 JUNE 1]. Available from:<http://bulletin.facs.org/2018/06/atls-10th-edition-offers-new-insights-into-managing-trauma-patients/>

14. นวลทิพย์ ชีระเดชากุล, นุชศรา พรหมชัย และ  
นางลักษณ์ พลแสน. ประสิทธิภาพการพัฒนาการดูแล  
ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บหลายระบบด้วย Multiple  
Injury Nursing Management Guideline. ว.  
การแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์.  
2561;33: 165-77.