

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้อง ร่วมกับมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด

รภัทรกร แก้วล้อม

หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบ้านหมี่

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 26 ปี มาด้วยอาการหายใจเหนื่อยหอบ ปวดท้อง ท้องแข็งตึง 20 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล จากอุบัติเหตุขับรถชนรถจักรยานยนต์ตกข้างทาง วินิจฉัยแรกได้รับ blunt abdomen injury with blunt chest injury ภาพถ่ายรังสีทรวงอก พบมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดข้างซ้าย เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง พบ เลือดออกในช่องท้อง กระบังลม และม้าม ฉีกขาด ระดับ 2 ผู้ป่วยมีภาวะช็อกและมีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน ให้ออกซิเจนและใส่สายระบายทรวงอก (intercostal chest drain) แพทย์มีแผนผ่าตัดเปิดช่องท้องเพื่อหยุดเลือดฉุกเฉิน ได้รับการผ่าตัดซ่อมแซมกระบังลม และตัดม้าม (explor laparotomy with repair diaphragm with splenectomy) หลังผ่าตัดได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจป้องกันการติดเชื้อที่ปอด และดูแลสายระบายทรวงอก ป้องกันภาวะแทรกซ้อนของช่องให้เลือด แก้ไขภาวะช็อก และรักษาความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย บรรเทาอาการปวดแผล จนผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤต ใส่ท่อช่วยหายใจนาน 2 วัน สามารถถอดท่อหายใจได้ ผู้ป่วยหายใจไม่เหนื่อยหอบ ผลภาพถ่ายรังสีทรวงอกปอดขยายตัวดีไม่มีลมรั่วหรือเลือดออก 5 วันหลังผ่าตัด เอาสายระบายทรวงอกออกได้ ผีกกายภาพบำบัดทรวงอกป้องกันภาวะปอดแฟบ แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด รับประทานอาหารได้ดี รวมระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลนาน 12 วัน

คำสำคัญ: การบาดเจ็บช่องท้อง, ภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด, การพยาบาล

Abstract: Nursing care of blunt abdomen injury patients with hemothorax

Raphatphorn Kaewlom

Surgery department Banmi Hospital

A Thai male patient, 26-year old, was admitted to Banmi Hospital on May 26, 2019 with shortness of breath, asthenia and abdominal pain 20 minutes before coming to the hospital with caused by a traffic collision. He was diagnosed as blunt abdominal injury with blunt chest injury. Chest radiography found bleeding in the pleural cavity. Bleeding in the abdomen, diaphragm and spleen rupture grade II were found by abdominal computed tomography. The patients had shock and hypoxia. Oxygen therapy and chest drainage was done (Intercostal chest drain). Doctors plan to emergency explore laparotomy to stop bleeding. The patient was received the surgery to repair the

diaphragm and splenectomy. After the surgery the patient was intubated and on a respirator. He be cared for prevent a lung infection and shock. The patient was maintained a balance of water and minerals in the body, pain relief and corrected anemia until the patient was out of the critical period. 2 days, late the endotracheal tube can be removed. Chest radiographs showed lungs expansion, no leakage of air and fluid. 5 day after surgery, chest drain was remove. The patient was practiced chest physical therapy to prevent pulmonary defibrillation. Surgical wounds was improve. There ware no complications after surgery. Totally of admission 12 days.

Keywords: Blunt abdomen, hemothorax, injury Nursing

บทนำ

ผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บในช่องท้องและช่องอก ถือว่าเป็นความรุนแรงและมีอันตรายมาก เนื่องจากบริเวณช่องท้อง และทรวงอกเป็นที่อยู่ของอวัยวะที่สำคัญ ได้แก่ ปอด หัวใจ ม้าม ไต ทางเดินอาหาร และหลอดเลือดใหญ่^{1,2} ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ช่องท้องและช่องอกนั้นจะมีอันตรายจากการที่มีเลือดออกในช่องท้อง เกิดความผิดปกติของการหายใจ ส่งผลให้การทำงานของอวัยวะในร่างกายผิดปกติ ระบบหมุนเวียนโลหิตล้มเหลว ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้³ สถิติประเทศไทยปี 2559-2561 มีผู้ป่วยอุบัติเหตุมาเฉลี่ย ปีละ 18,588 ราย คิดเป็นร้อยละ 30 ของผู้ป่วยทั้งหมดรับไว้นอนโรงพยาบาล เฉลี่ยปีละ 3,156 ราย เป็นผู้ที่บาดเจ็บร่วมกับช่องอกเฉลี่ยปีละ 280 ราย มีอัตราเสียชีวิตเป็นอันดับสอง รองจากผู้บาดเจ็บสมองคิดเป็นร้อยละ 28.81 ของผู้บาดเจ็บที่เสียชีวิตทั้งหมด⁴ และจากสถิติ โรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี ปี พ.ศ. 2561-2563 มีจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องร่วมกับช่องอก จำนวน 17 ราย 20 ราย และ 23 ราย ตามลำดับ⁵ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ต้องได้รับการผ่าตัด และใส่สายระบายทรวงอก และต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด⁶

พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจากผู้ป่วยในกลุ่มนี้ มักมีโอกาสดังกล่าวแทรกซ้อนได้ง่ายจากการกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง ต้องมีการประสานงานที่ดี ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งทีมการผ่าตัด ทีมวิสัญญี กายภาพบำบัด เพื่อร่วมดูแลตลอดกระบวนการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะวิกฤต ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอันตรายและอาจถึงแก่ชีวิตได้จากหลายสาเหตุ ได้แก่ ภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด ภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน⁷ ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้ ความสามารถ ตั้งแต่การประเมินสภาพ การเตรียมผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้ารับผ่าตัดอย่างรวดเร็ว ปลอดภัย การดูแล ภายหลังผ่าตัด ตลอดจนมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายระบายทรวงอก ภายหลังพ้นภาวะวิกฤตเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสภาพแล้ว ต้องมีการวางแผนจำหน่ายอย่างครบถ้วนตั้งแต่ ขณะอยู่ในโรงพยาบาล รวมถึงการให้คำแนะนำเพื่อการเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน จากความยุ่งยาก และซับซ้อนข้างต้น ทำให้ผู้ศึกษาสนใจที่จะพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้อง และช่องอก ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น⁸

กรณีศึกษา**ข้อมูลทั่วไป**

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 26 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพ โสด

อาการสำคัญ

หายใจเหนื่อยหอบ ปวดท้อง ท้องแข็งตึง 20 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล จากอุบัติเหตุขับรถชนต้นไม้ข้างทาง

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคแรกเริ่ม blunt abdomen injury with blunt chest injury

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย blunt abdominal injury with left hemothorax

การผ่าตัด

explor laparotomy with repair diaphragm with splenectomy วันที่ 26 พฤษภาคม 2562 เวลา 10.10 น.

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

1. ลักษณะทั่วไป: รูปร่างสมส่วน ผิวเหลือง รู้สึกตัวดี ชีต
2. สัญญาณชีพ: อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 138 ครั้ง/นาที การหายใจ 34 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 96/64 มิลลิเมตรปรอท
3. ระบบประสาท: GCS 15 คะแนน pupil เส้นผ่านศูนย์กลาง 2 mm RTL BE
4. ผิวหนัง: มีรอยถลอกที่ใบหน้า แขน ขา หน้าอก เล็บมือสะอาดตัดสั้น ดูซีด
5. ศีรษะและใบหน้า: ผมสีดำตัดสั้น ไม่มีบาดแผล คลำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ ตาทั้งสองข้างลักษณะสมมาตรกันดี หนังตาไม่ตก การมองเห็นปกติ ใบหู จมูก มีลักษณะภายนอกปกติ
6. ทรวงอกและทางเดินหายใจ: หายใจเหนื่อยหอบ การหายใจ 34 ครั้ง/นาที on ICD ข้างซ้ายชนิด 2 ขวด on O₂ Mask with bag 10 LPM
7. หัวใจและหลอดเลือด: การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ไม่มีเสียง Murmur ชีพจร 138 ครั้ง/นาที จังหวะสม่ำเสมอ ไม่มีเส้นเลือดขดที่ขา
8. ช่องท้องและทางเดินอาหาร: on NG tube ต่อลงถุง หน้าท้องแข็งตึง ปวด กดเจ็บ
9. กล้ามเนื้อและกระดูก: แขนและขา motor power grade 5 รูปร่างลักษณะปกติ

ประเมินสภาพจิตและสังคม

สภาพจิตใจ: เป็นคนใจสนุกสนาน ร่าเริง

อัตมโนทัศน์: มีความพึงพอใจในความเป็นอยู่ การดำรงชีวิตของตนเอง

ความทรงจำ: มีความจำในอดีต และปัจจุบันดี สามารถเล่าเรื่องราวต่าง ๆ ได้ครบถ้วน

การรับรู้: สามารถระบุ วันเวลา สถานที่ บุคคลได้ตามความเป็นจริง

กระบวนการคิด: ความคิดสมเหตุสมผล

แบบแผนการเผชิญปัญหา: ส่วนใหญ่มีการเผชิญปัญหาได้ด้วยตนเอง เข้าใจและยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นได้

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ**วันที่ 26 พฤษภาคม 2562**

ผลการตรวจ complete blood count ผล white blood count $12,720 \text{ cells/mm}^3$, neutrophil 44.3%, lymphocyte 50.2%, monocyte 4.5%, eosinophil 0.8%, basophil 0.2%, hematocrit 34.3%, platelet count $320,000 \text{ cell/mm}^3$, PT 11.4 sec, PTT 25.8 sec INR 0.85

Electrolyte ผล Na 139 mmol /L, K 3.52 mmol /L, Cl 100 mmol /L, CO_2 23 mmol /L

BUN 10.9 mg/dl, creatinine 0.77 mg/dl, eGFR 125.23 mL/min/1.73 m²

Urine analysis WBC 0-2 /HPF, RBC 0-1 /HPF

Hemo culture ขวด 1 และ 2 ผล Positive culture (coagulase negative staphylococcus)

ผลการตรวจเอกซเรย์**วันที่ 26 พฤษภาคม 2562**

เอกซเรย์ปอด ผล left lung hemothorax

เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง ผล left diaphragmatic ruptured with gastric and intraperitoneal fat herniation. 1 cm splenic laceration, AAST grade II.

สรุปการรักษาขณะอยู่โรงพยาบาล

ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการหายใจเหนื่อยหอบ ปวดท้อง ท้องแข็งตึง 20 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล แกรับผู้ป่วยรู้สึกตัว GCS 15 คะแนน pupil เส้นผ่านศูนย์กลาง 2 mm RTL BE ชีต กระสับกระส่าย หายใจเหนื่อยหอบ on O_2 Mask with bag 10 LPM สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 138 ครั้ง/นาที การหายใจ 34 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 96/64 มิลลิเมตรปรอท FAST positive on NG tube มี content เป็นน้ำสีเหลืองมีเศษอาหารปน decrease breath sound ใส่สายระบายทรวงอก (ICD) ที่ปอดด้านซ้าย ชนิด 2 ขวดมี content เป็นเลือดสด ประมาณ 200 มิลลิลิตร ปัสสาวะทาง Foley's catheter สีเหลืองเข้มออก 300 มิลลิลิตร แพทย์วางแผนผ่าตัดเปิดช่องท้องเพื่อหยุดเลือดฉุกเฉิน เตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด เตรียม PRC 4 units FFP 4 units อธิบายผู้ป่วยและญาติ แจ้งความจำเป็นที่ต้องผ่าตัด เปิดโอกาสให้ซักถาม ผู้ป่วยและมารดาลงนามในใบยินยอมผ่าตัด ส่งห้องผ่าตัดเวลา 10.10 น.

หลังผ่าตัดทำ explore laparotomy with repair diaphragm with splenectomy ระหว่างทำผ่าตัดเสียเลือด 1,000 มิลลิลิตร กลับจากห้องผ่าตัด รู้สึกตัว on ET tube with Bird's respirator RR 18/min FiO_2 0.4 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 120 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 99 % ความดันโลหิต 100/62 มิลลิเมตรปรอท on 0.9% NSS 1,000 ml iv drip 120 ml/hr ใส่สายยางในกระเพาะอาหารต่อกับ Gomco Suction ได้ content มี bleed คล้ายๆ ค้างสาย หน้าท้องมีแผลผ่าตัดเลือดซึมเล็กน้อย ICD ข้างซ้ายมีเลือดออกเพิ่มอีก 220 มิลลิลิตร เจาะ Hct stat 27% ให้ PRC 1 unit หลังให้เลือด เจาะ Hct 31% ผู้ป่วยปวดแผลพักนอนไม่ค่อยได้ ประเมิน pain score 9 คะแนน ดูแลให้ morphine 3 mg iv ทุก 4 ชั่วโมง ทูลาปวด พยาบาลให้คำแนะนำ การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด วางแผนหย่าเครื่องช่วยหายใจ Try-wean T-piece 8 LPM

24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดวางแผนหย่าเครื่องช่วยหายใจ Try-wean T-piece 8 LPM 2 ชั่วโมง สลับต่อกับเครื่องช่วยหายใจ เฝ้าระวังการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนจากการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 99 % ชีพจร 110 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/74 มิลลิเมตรปรอท ICD มีเลือดออกเพิ่ม 200 มิลลิลิตร บันทึกปริมาณสารน้ำเข้า-ออก จากร่างกาย ปัสสาวะออกดี ประเมิน pain score 7 คะแนน ให้ยาแก้ปวด MO 4 mg IV prn for pain ทุก 6 ชั่วโมง ไม่พบอาการผิดปกติหลังได้รับยา อาการปวดทุเลา เปิดแผลผ่าตัดมีเลือดซึมจางๆ เล็กน้อย ให้คำแนะนำ การดูแลบาดแผล เตรียมหย่าเครื่องช่วยหายใจ on T-piece 8 LPM ตลอดทั้งวัน ความอิ่มตัวของออกซิเจน ปลายนิ้ว 97-99%

2 วันหลังผ่าตัด ทำการถอดท่อช่วยหายใจ หลังถอดท่อช่วยหายใจ ไม่มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที $O_2\text{sat}$ 90 % on O_2 Mask with bag 10 LPM สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 126/80 มิลลิเมตรปรอท อาการทั่วไปดีขึ้น 4 วันหลังผ่าตัด นำสายยางในกระเพาะอาหารออก เริ่มให้จิบน้ำ ให้การพยาบาลป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้แก่ การติดเชื้อที่ปอด ภาวะท้องอืด แผลติดเชื้อกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ ฟันพุสภาพร่างกาย ICD มีเลือดออกลดลงเหลือแฉะ 5-10 มิลลิลิตรถอดสายระบายทรวงอก ออกได้ในวันที่ 5 หลังผ่าตัด 10 วัน ไม่มีไข้ ตัดไหมแผลหน้าท้องแห้งดี ลูกเดินช่วยเหลือตัวเองได้ แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน ให้มาตรวจตามนัดอีก 2 สัปดาห์ และเอกซเรย์ปอดก่อนพบแพทย์ ให้คำแนะนำ ผู้ป่วยและญาติเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้าน รวมถึงรักษาในโรงพยาบาล 12 วัน จากการติดตามผลการรักษา แผลผ่าตัดหน้าท้องตัดไหม แห้งดี รับประทานอาหารได้ตามปกติ ไม่พบภาวะแทรกซ้อน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ปัญหาที่ 1 มีภาวะช็อกจากการมีเลือดออกภายในช่องท้อง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการกระสับกระส่ายซีด
2. มีอาการปวดท้อง ท้องแข็งตึง
3. เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง ผล left diaphragmatic ruptured with gastric and intraperitoneal fat herniation. 1 cm splenic laceration, AAST grade II.
4. อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 138 ครั้ง/นาที การหายใจ 34 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 96/64 มิลลิเมตรปรอท capillary refill time 3 วินาที
5. ปัสสาวะออก 20-30 ใน 1 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก

เกณฑ์ประเมินผล

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

4. Urine output > 30 ซีซี/ชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที เพื่อประเมินภาวะช็อก
2. สังเกตและประเมินระดับความรู้สึกร่างกายของผู้ป่วย อุณหภูมิร่างกาย สีผิว เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่ายของผู้ป่วยทุก 15 นาที เพื่อประเมินภาวะช็อก
3. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนให้เพียงพอตามความต้องการของร่างกาย on O₂ Mask with bag 10 LPM
4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา คือ 0.9% NaCl 1,000 ml iv drip 120 ml/hr เพิ่มปริมาณการไหลเวียน สังเกตอาการหลังให้สารน้ำ ได้แก่ อาการหายใจหอบเหนื่อย หน้าตาบวม หายใจเป็นฟองสีชมพู ซึ่งไม่พบภาวะดังกล่าว
5. ตรวจวัดและบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง น้อยกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง รายงานแพทย์ทราบ
6. เตรียมเลือดสำหรับการผ่าตัด PRC 4 units FFP 4 units
7. เตรียมอุปกรณ์การช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมที่จะใช้ทันทีเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการเหงื่อออก ตัวเย็น มีอาการกระสับกระส่ายเป็นพักๆ ยังมีอาการปวดท้อง ท้องแข็งตึงสัญญาณชีพผิดปกติ ความดันโลหิต 90/56-90/68 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 138 ครั้ง/นาที หายใจไม่สม่ำเสมอ 30-34 ครั้ง/นาที ปัสสาวะออก 30-40 ใน 1 ชั่วโมง แพทย์วางแผนแก้ไขโดยการผ่าตัดฉุกเฉิน

ปัญหาที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีอาการหายใจไม่อิ่ม เหนื่อยหอบ
2. ฟังเสียงลมเข้าปอดข้างซ้ายน้อยกว่าข้างขวา
3. ผลเอกซเรย์ปอด ผล left lung hemothorax
4. อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 138 ครั้ง/นาที การหายใจ 34 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 96/64 มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์

เพื่อให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจน

เกณฑ์ประเมินผล

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

กิจกรรมการพยาบาล

ระยะก่อนผ่าตัด

1. เพิ่มปริมาณออกซิเจนให้แก่ร่างกายโดย on O₂ Mask with bag 10 LPM
2. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจนอย่างใกล้ชิด ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง อาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก เหงื่อออกมาก ปลายมือปลายเท้าเขียว เล็บและริมฝีปากซีด

3. ดูแลการทำงานของ ICD ให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ

- ดูแลให้อยู่ในระบบปิด, ตรวจสอบข้อต่อ ICD
- ตรวจสอบระดับน้ำในขวดที่ 2 (under water seal) ให้แท่งแก้วอยู่ใต้น้ำ 2-3 cm
- milking สายท่อระบายทุกเวอร์
- ประเมิน subcutaneous emphysema

4. ติดตามความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วให้ > 95 % เพื่อประเมินระดับออกซิเจนในร่างกาย

ระยะหลังผ่าตัด

ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจจากห้องผ่าตัด

1. ตรวจสอบตำแหน่งท่อหลอดลมคอให้ tube ชัดหมายเลข 22 อยู่ตรงมุมปาก ใช้ self inflating bag ต่อออกซิเจน 10 ลิตร/นาที บีบลมเข้าปอดและสังเกตว่าทรวงอกขยายได้เท่ากันทั้งสองข้าง ฟังเสียงลมเข้าปอดได้ยินชัดเจนทั้งสองข้าง จึงต่อเข้ากับเครื่องช่วยหายใจ ยึดตรึงท่อหลอดลมคอให้แน่น เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดจากตำแหน่งที่พอดี

2. ประเมินการหายใจภายหลังใส่ท่อหลอดลมคอ เมื่อต่อกับเครื่องช่วยหายใจ วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที ในภาวะวิกฤติเพื่อสังเกตและติดตามอาการเปลี่ยนแปลงได้ทัน และทุก 1 ชั่วโมงเมื่อความดันโลหิตคงที่

3. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยดูดเสมหะอย่างนุ่มนวลเมื่อพบว่ามีเสียงเสมหะในท่อหลอดลมคอช่วยหายใจ

4. จัดท่าของผู้ป่วยจัดให้อยู่ในท่าที่หายใจได้สะดวกคือ Semi – Fowler's Position

5. ติดตามความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วให้ > 95 % เพื่อประเมินระดับออกซิเจนในร่างกาย

6. monitor EKG เพื่อติดตามการทำงานของหัวใจ

7. ดูแลเครื่องช่วยหายใจให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ให้สาย circuit หัก พังงอ หรือมีรอยรั่ว เต็มน้ำรักรักษาความชื้น 1/3 ของกระป๋อง

8. ดูแลการทำงานของ ICD ให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยตรวจสอบหลอดแก้วอยู่ใต้น้ำ 2-3 เซนติเมตร ข้อต่อและจุดที่ต่อกับสายแน่นไม่รั่ว รูดบีบสายทุก 8 ชั่วโมง

9. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจนอย่างใกล้ชิด ได้แก่ อาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก เหงื่อออกมาก ปลายมือปลายเท้าเขียว เล็บและริมฝีปากซีด ระดับความรู้สึกตัวลดลง

10. ติดตามผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอก เพื่อตรวจสอบตำแหน่งของท่อหลอดลมคอ และตำแหน่งของ ICD พบว่าปลายท่อหลอดลมคออยู่เหนือ carina 1 ½ นิ้ว ICD อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ไม่ทำอันตรายต่ออวัยวะอื่น

11. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอเพื่อลดการใช้ออกซิเจน โดยทำกิจกรรมพยาบาลในคราวเดียวกัน และให้ญาติเยี่ยมตามความเหมาะสม

การประเมินผล

ระยะก่อนผ่าตัด

ผู้ป่วยมีอาการทุเลาเหนื่อยหอบ ไม่กระสับกระส่าย ไม่มีภาวะ cyanosis อัตราการหายใจ 24-26 ครั้ง/นาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 98%

ระยะหลังผ่าตัด

ผู้ป่วยไม่เหนื่อยหอบ ไม่กระสับกระส่าย ไม่มีภาวะ cyanosis หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ฟังเสียงลมเข้าปอดชัดเจนทั้งสองข้าง อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว > 98-99%

ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล และกลัวอันตรายต่อชีวิต

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยและญาติแสดงความวิตกกังวล ตกใจ ถาม “หลังผ่าตัดจะเป็นอันตรายหรือไม่”
2. ภายหลังอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบเกี่ยวกับภาวะของโรคและแผนการรักษาของแพทย์ที่ต้องผ่าตัด ผู้ป่วยและมารดามีสีหน้าหม่นหมอง

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล

เกณฑ์ประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล
2. ผู้ป่วยยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของตนเองได้ โดยปฏิบัติตัวตามคำแนะนำและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามอาการและปรึกษากับแพทย์ก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจและให้ความร่วมมือ พร้อมลงนามยินยอมทำผ่าตัด
2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติได้เข้าใจถึงพยาธิสภาพของผู้ป่วย วิธีการผ่าตัด สภาพหลังผ่าตัด
3. ให้โอกาสมารดาได้ซักถาม ปรึกษาหารือ โดยเฉพาะพยาบาลจะเป็นผู้ให้ความเป็นกันเอง และแสดงความเห็นอกเห็นใจ
4. การเตรียมร่างกายผู้ป่วย งดน้ำและอาหาร ผู้ป่วยและญาติเข้าใจการรักษาพยาบาลลงนามยินยอมรับการรักษาและการผ่าตัด
5. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงกฎระเบียบของทางโรงพยาบาล เพื่อจะได้ปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง เช่นระเบียบในการเยี่ยมผู้ป่วยและสิทธิในการรักษาพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่พร้อมจะรับการผ่าตัดทั้งทางร่างกายและจิตใจ

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าคลายความวิตกกังวลลง ผู้ป่วยให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการรักษาพยาบาล ยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของตนเองได้ และปฏิบัติตัวตามคำแนะนำที่ได้รับ

การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

ปัญหาที่ 4 ผู้ป่วยมีภาวะช็อคและเสี่ยงต่อเลือดออกซ้ำภายในช่องท้องหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. หลังทำผ่าตัด explore-lap เสียเลือดในท้องผ่าตัด 1,000 ซีซี
2. เปลือกตาล่างซีด
3. เจาะ Hct stat 27%
4. อุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 100-110 ครั้งต่อนาที การหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/60-127/68 มิลลิเมตรปรอท
5. ผลเลือดหลังผ่าตัด PT 20.8 sec PTT 31.2 sec INR 1.23
6. ชีพจร 120 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/62 มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์

ไม่มีภาวะเลือดออกซ้ำภายในช่องท้อง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวดี เปลือกตาไม่ซีด
2. ไม่มีอาการแสดงของภาวะเลือดออกซ้ำภายในช่องท้อง ได้แก่ ท้องอืด แข็งตึง ปวดท้อง แผลผ่าตัดมีเลือดซึมผิดปกติ อาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น
3. ปัสสาวะออกมากกว่า 30 ซีซี/ชั่วโมง
4. Hct >30%
5. ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที หายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ ตามแผนการรักษาคือ 0.9 % NSS 1,000 ml iv drip 120 ml/hr. และให้เลือด PRC 1 unit
2. on monitor NIBP เพื่อตรวจวัดสัญญาณชีพโดยเฉพาะความดันโลหิตและชีพจรที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติหลังการผ่าตัด ได้ตรวจวัดเป็นระยะ ๆ คือ 15 นาที 4 ครั้ง, ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนคงที่ หลังจากนั้นวัดทุก 4 ชั่วโมง
3. สังเกตอาการกระสับกระส่าย ระดับความรู้สึกตัวลดลง ผิวหนังเย็นชื้น เหงื่อออกมาก capillary refill time > 2 วินาที ซึ่งเป็นอาการของ hypovolemic shock ไม่พบภาวะดังกล่าว
4. สังเกตลักษณะหน้าท้อง บาดแผลและปริมาณสิ่งคัดหลั่งต่าง ๆ ที่ออกจากบาดแผล และ ICD เพื่อประเมินการสูญเสียเลือด
5. สังเกตและบันทึกจำนวนปัสสาวะที่ออกมาทุกชั่วโมง น้อยกว่า 30 ml /hr. รายงานแพทย์
6. ตรวจสอบและบันทึกปริมาณสารน้ำเข้าสู่ร่างกาย และสารน้ำออกจากร่างกาย ทุก 4 ชั่วโมง
7. เจาะเลือดหาค่าความเข้มข้นเลือด ทันทีภายหลังผ่าตัด Hct < 25% รายงานแพทย์

การประเมินผล

ระดับความรู้สึกตัวดี พูดคุยถามตอบรู้เรื่อง หน้าท้องไม่อืดตึง แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึมเพิ่ม Hct หลังผ่าตัด 27% ได้รับเลือด PRC 1 unit Hct หลังเลือดหมด 31% ปัสสาวะออก 450-500 ml/8 hr.

สัญญาณชีพ ชีพจร 100-110 ครั้ง/นาที การหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/70-128/94 มิลลิเมตรปรอท

ปัญหาที่ 5 อาจเกิดภาวะพร่องออกซิเจนขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจนาน 2 วัน
2. วางแผนหย่าเครื่องช่วยหายใจ
3. STV ได้ 350 ml
4. O₂ saturation ขณะหายใจเองได้ 98%

วัตถุประสงค์

ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน ผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวดี ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว สีผิวปกติไม่ซีดเขียว
2. ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย หายใจลำบาก
3. O₂ saturation 96-100 %
4. หายใจเองวัด STV 400-500 ml
5. ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60-120/80 มิลลิเมตรปรอท

6. ถอดท่อหายใจออกได้ ไม่ reintubation ภายใน 24 ชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล

1. เตรียมผู้ป่วยให้พร้อมโดยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจขั้นตอนการหย่า ตลอดจนให้การดูแลอย่างใกล้ชิด และให้กำลังใจ
2. จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งหรือกึ่งนั่ง
3. ประเมินลักษณะการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ วัด Tidal volume ทุก 5-10 นาที จนกระทั่งคงที่ ต่อมาประเมิน ทุก 1 ชั่วโมง
4. ประเมินสัญญาณชีพก่อนและขณะหย่าเครื่องทุก 5-10 นาที เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยทนต่อการหย่าได้หรือไม่ โดยให้ O₂T-piece 10 LPM 5-10 นาที ทุกๆ 2 ชั่วโมง และเพิ่มเวลาในการหย่าเครื่องขึ้นเรื่อย ๆ ในช่วงเวลากลางวัน ต่อเครื่องช่วยหายใจในเวลากลางคืนเพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเต็มที่ พบว่าผู้ป่วยสามารถหายใจได้เอง ไม่เหนื่อยหอบ แพทย์พิจารณาให้ถอดท่อช่วยหายใจได้
5. ประเมิน O₂ saturation ระหว่างการหย่าเครื่องช่วยหายใจ
6. แจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่าสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้
7. ดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจและในปากออกให้หมด ปลดปล่อยออกจาก cuff ถอดท่อช่วยหายใจ
8. เมื่อผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจแล้ว on O₂ mask 10 LPM
9. ประเมินลักษณะการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ O₂ saturation ภายหลังถอดท่อช่วยหายใจ
10. ติดตามและบันทึกการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

การประเมินผล

ระดับความรู้สึกตัวดี ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว สีผิวปกติไม่ซีดเขียว ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย หายใจลำบาก O₂ saturation 99-100 % หายใจเองวัด STV 400 ml ชีพจร 90-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/60-130/90 มิลลิเมตรปรอท ถอดท่อหายใจออกได้ ไม่ reintubation

ปัญหาที่ 6 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดหน้าท้อง

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีแผลผ่าตัดแนว midline 13 เซนติเมตร
2. ผู้ป่วยบอกรับไม่หลับ ปวดแผล
3. Pain score 8-9 คะแนน
4. ชีพจร 100 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 158/94 มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์

เพื่อให้สุขสบายปวดแผลลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยนอนพักได้ ไม่มีอาการกระสับกระส่าย หน้าเขียวคล้ำ
2. Pain score ≤ 5 คะแนน
3. ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที หายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินพฤติกรรมแสดงอาการเจ็บปวดของผู้ป่วย และ pain score ตรวจสอบทุก 4 ชั่วโมง
2. จัดท่านอน Fowler's position โดยไขหัวเตียงสูง 45-60 องศา และไขส่วนล่างตรงบริเวณเข่าสูง 15-20 องศา ให้กล้ามเนื้อหน้าท้องมีการหย่อนตัว ลดอาการเจ็บตึงแผล
3. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและระบายความรู้สึกต่าง ๆ รวมทั้งให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการปฏิบัติตามความเหมาะสม เพื่อป้องกันความสนใจของผู้ป่วยเป็นการลดความเจ็บปวด
4. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล แสดงท่าทีที่เป็นกันเอง เห็นอกเห็นใจผู้ป่วย ดูแลด้านจิตใจ โดยการพูดคุยปลอบโยนให้กำลังใจ สัมผัส เอาใจใส่อย่างใกล้ชิด และอธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับระยะเวลาในการเจ็บปวด แผลผ่าตัดจะปวดมากกว่าเป็นเวลา 3 วันแรกหลังผ่าตัด
5. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบเท่าที่สามารถทำได้ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและสุขสบายขึ้น สามารถพักผ่อนได้เต็มที่
6. จัดกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ ให้รับกวนการพักผ่อนของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด ประเมินระยะเวลาที่ผู้ป่วยนอนพักได้
7. แนะนำวิธีการพลิกตะแคงตัวหรือเปลี่ยนอิริยาบถ โดยใช้มือข้างที่ไม่บาดเจ็บประคองบริเวณแผลผ่าตัด เพื่อช่วยลดการเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้อง และช่วยลดการฉีกของแผลผ่าตัด จะทำให้อาการปวดแผลลดลง ขณะเคลื่อนไหวหรือเปลี่ยนท่านอน ให้ทำด้วยความระมัดระวัง และดูแลไม่ให้อุปกรณ์ต่าง ๆ ดึงรั้ง ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล

8. สอนการไออย่างถูกวิธี โดยใช้มือประคองแผลผ่าตัดและหายใจเข้าลึก ๆ ซ้ำ ๆ ผ่านทางจมูก และหายใจออกช้า ๆ ผ่านทางปาก จำนวน 5 ครั้ง ในขณะที่หายใจเข้าครั้งสุดท้ายให้ผู้ป่วยอ้าปาก และไอออกมาจากส่วนลึกของลำคอ 1-2 ครั้ง เป็นการช่วยขับเสมหะออกมาและลดการสั่นสะเทือนของบาดแผลใช้มือประคองแผลทุกครั้ง

9. ดูแลให้ยาแก้ปวด MO 3 mg dilute iv prn ทุก 4 ชั่วโมง จำนวน 2 ครั้ง ตามแผนการรักษา พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก

10. ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น

11. ประเมินพฤติกรรมแสดงความรู้สึกเจ็บปวด pain score หลังให้การพยาบาล

การประเมินผล

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

ปัญหาที่ 7 เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่บาดแผล เนื่องจากเนื้อเยื่อถูกทำลายจากการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. แผลผ่าตัดมีเลือดซึมเล็กน้อย
2. ผู้ป่วยใช้มือสัมผัสแผล และใช้ผ้าชุบน้ำที่เช็ดตัววางบริเวณหน้าอกทำให้เปียกแผล
3. อุณหภูมิร่างกาย 37.9-38 องศาเซลเซียส ชีพจร 98-110 ครั้ง/นาที (หลังผ่าตัด 1-2 วันแรก)
4. ผล CBC (28 พฤษภาคม 2562) WBC count = 15,270 cells/mm³ Neutrophil 85%

วัตถุประสงค์

ไม่เกิดการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

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

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินดูแลลักษณะบาดแผล สังเกตลักษณะของ discharge ทุกครั้งที่ทำแผล รอยบวมแดง
2. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง
3. ทำแผลโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ ทำแผลผ่าตัดแบบ dry dressing โดยใช้ สำลีชุบ alcohol 70% เช็ดบริเวณริมแผลวนจากด้านในออกด้านนอกรอบแผล แล้วจึงปิดแผล
4. วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงประเมินภาวะติดเชื้อที่แผล
5. สอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลบาดแผล ระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ ไม่ใช้มือหรือวัตถุสิ่งของถูกต้องบริเวณบาดแผล เพราะอาจจะเป็นการเพิ่มเชื้อโรคสู่บาดแผล
6. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ รักษาความสะอาดของร่างกายทั่วไป เช่น ผมน ปาก เล็บ ฟัน และผิวหนัง เพื่อลดการติดเชื้อ
7. แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ประเภทโปรตีน และมีวิตามินซีสูง ได้แก่ เนื้อสัตว์ นม ไข่ และผลไม้ เช่น ส้ม เพื่อส่งเสริมการหายของแผล

8. ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา คือ Metronidazole 500 mg iv drip ทุก 8 ชั่วโมง Ceftriaxone 2 gm iv OD เป็นระยะเวลา 7 วัน และสังเกตอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ ผื่น คลื่นไส้ อาเจียน

การประเมินผล

ผู้ป่วยดูแลบาดแผลได้อย่างถูกต้อง แผลผ่าตัดหน้าท้อง รอบแผลไม่มีอักเสบ บวมแดง 10 วันตัดไหม แผลแห้งดี แผล off ICD แห่งไม่มีหนอง อุณหภูมิร่างกาย 36.9-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 98-110 ครั้ง/นาที

วิจารณ์กรณีศึกษา

ผู้ป่วยได้รับการบาดเจ็บในช่องท้อง และช่องอก มีอาการแสดงของภาวะช็อก ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้จากภาวะสูญเสียเลือด และการหายใจล้มเหลว ผู้ป่วยต้องได้รับการผ่าตัดโดยเร็วเพื่อแก้ไขภาวะวิกฤตอันเป็นเหตุให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตได้ พยาบาลจึงต้องมีทักษะและความชำนาญ มีความรวดเร็วที่จะให้ผู้ป่วยได้รับเข้าผ่าตัดอย่างปลอดภัย ต้องประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยพร้อมก่อนเข้าห้องผ่าตัด ได้แก่ ห้องเลือด ห้องผ่าตัด ทีมวิสัญญี ผู้ป่วยกรณีศึกษารายนี้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากสามารถแก้ไขปัญหา shock ได้ทันท่วงที เมื่อผ่านพ้นระยะวิกฤติ การพยาบาลระยะต่อมา ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลมาก เนื่องจากการผ่าตัดใหญ่ มีการจำกัดการเคลื่อนไหว เพื่อป้องกันเลือดออกซ้ำ รวมถึงมีการบาดเจ็บหลายระบบ ส่งผลให้มีการ ambulate น้อยและเกิดภาวะท้องอืดได้ การประเมินภาวะเจ็บปวดถ้าสามารถแก้ไขความเจ็บปวดได้จะทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็ว หย่าเครื่องช่วยหายใจเร็ว และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ได้ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา สอนและช่วยเปลี่ยนอิริยาบถ ประสานงานสหวิชาชีพในการช่วยกายภาพบำบัดในเรื่องการ ambulation และบริหารขา เมื่อเข้าสู่ระยะฟื้นฟู มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เตรียมการจำหน่ายร่วมกับผู้ดูแลผู้ป่วย ให้ข้อมูล และความรู้ในการปฏิบัติตัวที่บ้าน

สรุป

บทบาทพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องและช่องอก จึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยการประเมินผู้ป่วยที่ถูกต้อง ตั้งแต่แรกรับ ก่อนและหลังผ่าตัด จนจำหน่ายกลับบ้าน จะช่วยในการวางแผนการรักษาพยาบาล ได้อย่างถูกต้องทันเวลา นอกจากนี้การป้องกันการเพิ่มมาตรการอย่างเข้มงวดและจริงจัง ในเรื่องการขับรถเร็ว เมาไม่ขับ ตลอดจนการสวมหมวกนิรภัย เป็นการสร้างวินัยให้กับผู้ขับขี่ยานพาหนะ ทำให้ลดความรุนแรงของการบาดเจ็บและเป็นการลดความสูญเสียด้านเศรษฐกิจ สังคม ลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการ

เอกสารอ้างอิง

1. สมพล ฤกษ์สมถวิล. Pediatric Trauma. ใน : เลิศพงศ์ สมจิต, สุภาพร โอภาสานนท์, บรรณาธิการ. Update in Trauma Practice. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร; 2556.
2. Daly KP, Ho CP, Persson DL, et al. Traumatic Retroperitoneal Injuries: Review of Multidetector CT Findings. Radiographics. 2008; 28: 1571-90.
3. American College of Surgeons: Committee on trauma. Advanced trauma life support program for doctors. 9th ed. Chicago: American College of Surgeons; 2012.

4. คณะทำงานจัดทำรายงานประจำปี สำนักโรคไม่ติดต่อ. รายงานประจำปี สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข 2561. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์; 2561.
5. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลบ้านหมี่ หน่วยงานศัลยกรรม. รายงานประจำปี 2562. ลพบุรี :โรงพยาบาลบ้านหมี่; 2562.
6. นันทา เล็กสวัสดิ์. การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด. เชียงใหม่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์; 2551.
7. วีระสิงห์ เมืองมั่น. การผ่าตัดในช่องท้อง. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ; 2553.
8. รัชนี เบญจธำ, พิมพ์จิตร กาญจนสินธุ์, ปราณี ทองใส และสุมิตรา สันธิศิริมานะ. การพยาบาล ศัลยศาสตร์วิกฤต: Critical nursing care essentials surgical patient. กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ. ลิฟวิ่ง จำกัด; 2558.