การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของตับ

นันทพร สุขจะ
หัวหน้าศูนย์ประสานรับส่งต่อผู้ป่วย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชลบุรี

บทคัดย่อ

การบาดเจ็บของตับในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของช่องท้อง เป็นภาวะที่พบได้บ่อยและพบเป็นอันดับที่สองรองจากการบาดเจ็บของม้าม การเสียเลือดเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตสูงสุด เนื่องจากตับเป็นอวัยวะในช่องท้องที่มีขนาดใหญ่และมีความเปราะบางมากที่สุด พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และฟื้นฟูผู้ป่วยหลังผ่าตัดให้กลับคืนสู่ภาวะปกติมากที่สุด ดังนั้นจึงศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของตับ เป็นการเปรียบเทียบกรณีศึกษา (Case study) จำนวน 2 ราย

ผลการศึกษา พบว่า รายที่ 1 หญิงไทย อายุ 21 ปี มาโรงพยาบาลด้วยมีประวัติสลบจำเหตุการณ์ไม่ได้ ปวดท้อง และหายใจเหนื่อย ภายหลังการขี่รถจักรยานยนต์ชนกับรถบรรทุก เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี ตั้งแต่วันที่ 7 ถึงวันที่ 12 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 แพทย์วินิจฉัยว่าช่องท้องบาดเจ็บร่วมกับตับด้านขวาบาดเจ็บระดับ 5 และได้รักษาด้วยการผ่าตัดเพื่อเย็บตับและห้ามเลือดที่ตับด้วยวิธี Perihepatic packing ผู้ป่วยมีภาวะช็อค ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขภาวะคุกคามต่อชีวิต โดยดูแลการได้รับเลือดและสารน้ำทางหลอดเลือดดำ การบริหารยากระตุ้นความดันโลหิต ยาต้านการสลายลิ่มเลือดและวิตามินที่ช่วยในกระบวนการแข็งตัวของเลือด อีกทั้งใช้ทักษะการประเมินภาวะสุขภาพและติดตามอาการและอาการแสดงทุก 15 นาที ในชั่วโมงแรก 30 นาที จำนวน 4 ครั้ง และ 1 ชั่วโมง จนกระทั่งผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤต การบรรเทาอาการปวด การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ปฏิบัติการพยาบาลโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานและเกิดความปลอดภัย นอกจากนี้ได้ให้ความรู้ในการปฏิบัติตนเองและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดต่าง ๆ รวมทั้งประสานงานเกี่ยวกับเอกสารและสิทธิการรักษาพยาบาล

รายที่ 2 ชายไทย อายุ 20 ปี มาโรงพยาบาลด้วยมีประวัติสลบจำเหตุการณ์ไม่ได้ ปวดท้องและแขนขวาผิดรูป ภายหลังการขี่รถจักรยานยนต์แฉลบ แพทย์วินิจฉัยว่าช่องท้องบาดเจ็บร่วมกับตับบาดเจ็บระดับ 4 และม้ามบาดเจ็บระดับ 2 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรีตั้งแต่วันที่ 2 ถึงวันที่ 14 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.263 และได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ให้การพยาบาลโดยการประเมินและติดตามอาการและอาการแสดงของภาวะช็อค การบรรเทาอาการปวด การป้องกันภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง การส่งเสริมและดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านและอาการผิดปกติที่ต้องกลับมาพบแพทย์ก่อนวันนัด

จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของตับเพื่อป้องกันให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะช็อค อาการปวดในช่องท้อง และภาวะพร่องออกซิเจน ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและพึงพอใจในบริการที่ได้รับ

คำสำคัญ: การพยาบาล, การบาดเจ็บของตับ

Abstract: Nursing care of liver injury patients

Nuntaporn Sukja B.N.S

Head of Referral center, Nursing Service Organization, Chonburi Hospital

Background: The liver is the second most commonly injured organ in blunt abdominal injuries and a leading cause of death. Bleeding is one of the highest causes of death. Because the liver is the solid organ in the abdominal cavity that is the largest and the most fragile. Nurses have an important role in care for assessment and monitoring of signs and symptoms changes, preventing complications, and rehabilitation patients after surgery to recover to normal as much as possible. Therefore, two case studies are compared to nursing care with liver injury patients.

Results of study: The first was Thai female, 21 years old, coming to the hospital with abdominal pain and dyspnea after accident. The patient admitted at the Chonburi hospital from 7th February 2020 to 12 February 2020. Blunt abdominal injuries and liver injury grade 5 were diagnosed by doctors. Explore laparotomy for liver suture and perihepatic packing was done. After surgery, the primary nursing diagnostic was patient with shock condition. Nursing care was management and solving life-threatening conditions by taking care of receiving bloods and intravenous fluids, Vasopressor, antithrombotic drugs, and vitamin K were administrated. Using health assessment and monitoring signs and symptoms were re-accessed until vital signs stable of. Pain relief and prevention, complications were monitored. Practicing focused on patient need and severity level. In addition, standardized care and patient safety were provided via health education and coordination. The second was Thai men aged 20 years, presented to the Chonburi hospital with abdominal pain and right arm deformity after a motorcycle accident. The patient admitted at general surgical ward from 2nd February 2020 to 7th February 2020 then moved to the trauma intensive unit until 13th February 2020. Blunt abdominal injuries and liver injury grade 4 and spleen injury grade 2 were diagnosed by doctors. Conservative management was done because shock is not reported during admission. Nursing care and monitoring signs and symptoms of shock, pain relief, and prevention complication e.g. compartment syndrome, falling. Moreover, giving health education and monitoring signs and symptoms of abdominal injury must provide for patient and caregiver. The patient must see a doctor before the appointment when the abnormal of abdominal injury occur at post discharge form the hospital.

This study shows that nurses play an important role in caring for patients with liver injury. Preventing the patient with shock, abdomen pain relief, and prevent complications were made patient safety and satisfaction.

Keywords: Liver trauma, nursing

บทนำ

การบาดเจ็บของตับในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของช่องท้องด้านขวาเป็นภาวะที่พบได้บ่อย เนื่องจากตับเป็นอวัยวะที่มีขนาดใหญ่ มีความเปราะบางและอยู่ใกล้กับกระดูกซี่โครงมากที่สุด สาเหตุของการบาดเจ็บชนิดไม่มีบาดแผลฉีกขาดมากกว่าร้อยละ 80 ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ได้รับการรักษาแบบไม่ผ่าตัดมากกว่าร้อยละ 50 เมื่อพิจารณาพบว่าผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของตับเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 20-40[1] การประเมินและการรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็วทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ดังนั้นพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินภาวะสุขภาพ การดูแลและติดตามอาการเปลี่ยนแปลงเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รวมทั้งการฟื้นฟูผู้ป่วยให้กลับคืนสู่ภาวะปกติมากที่สุด การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของตับ โดยการเปรียบเทียบกรณีศึกษา (Case study) ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของตับและถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนภายในจังหวัดชลบุรีเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี พ.ศ. 2563 จำนวน 2 ราย โดยเลือกจากผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของตับและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 1) แบบประเมินอาการผู้ป่วย 2) แบบบันทึกปัญหาผู้ป่วยสำหรับสาขาวิชาชีพ และ 3) แบบฟอร์มProgress Nurse’s Note เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 2 ถึงวันที่ 13 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย ซักประวัติผู้ป่วยและญาติตามแบบบันทึกวิเคราะห์ ผลการศึกษา ประกอบด้วย สาเหตุการบาดเจ็บ พยาธิวิทยาพยาธิสภาพ อาการแสดงทางคลินิก การวินิจฉัยโรค การรักษา และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยรายที่ 1 หญิงไทย อายุ 21 ปี อาชีพ พนักงานโรงงาน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรีตั้งแต่วันที่วันที่ 7 ถึงวันที่ 12 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 อาการสำคัญ ปวดท้อง และหายใจเหนื่อยภายหลังการขี่รถจักรยานยนต์ชนกับรถบรรทุก 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลบ้านบึงเพื่อเข้ารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลชลบุรี อาการแรกรับที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลชลบุรี เวลา 10.02 น. ผลการตรวจร่างกาย คะแนนกลาสโกโคมาสเกลเท่ากับ 15 (E4V5M6) รูม่านตาทั้งสองข้างขนาด 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงทั้งสองข้าง สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 35.4 องศาเซลเซียส, อัตราการเต้นของหัวใจ 148 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 54/37 มิลลิเมตรปรอท, ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน (SpO_2) เท่ากับร้อยละ 90, ความเจ็บปวด 5/10 คะแนน, ปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่นร้อยละ (HCT) 24.7, ระดับน้ำตาลในเลือด 259 มิลลิกรัม/เดซิลิตร, การตรวจอัตราซาวน์ช่องท้อง (FAST): Positive at hepatorenal recess, Splenorenal recess, และ Cal-de-sac การวินิจฉัย Mild Head Injury with Blunt Abdominal injury with Liver injury grade 5 right lobe รวมวันนอน 6 วัน ภายหลังพ้นภาวะวิกฤตถูกส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลตามสิทธิ์การรักษาพยาบาล

การพยาบาล (ผู้ป่วยรายที่ 1)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลก่อนการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะช็อคเนื่องจากมีการสูญเสียเลือดจากการบาดเจ็บในช่องท้อง

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยมีบาดแผลและรอยฟกช้ำบริเวณทรวงอกและช่องท้อง, กดเจ็บทั่วท้อง, สัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจ 120-148 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 54/37-97/54 มิลลิเมตรปรอท, FAST: Positive at hepatorenal recess, Splenorenal recess, Cal-de-sac, ปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่นร้อยละ 23.0-24.7

เกณฑ์การประเมิน

1. ความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 90/60 มิลลิเมตรปรอท
2. อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ระหว่าง 60-100 ครั้ง/นาที
3. ปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30
4. ปริมาณน้ำปัสสาวะ 0.5 มิลลิลิตร/ น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/ ชั่วโมง หรือ 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดออกภายในร่างกาย
2. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ คะแนนกลาสโกโคมาสเกล ตามมาตรฐานการพยาบาล
3. ดูแลการได้รับ LRS จำนวน 2 เส้น อัตราการไหล 2,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ
4. ดูแลการได้รับเลือดตามแผนการรักษา คือ เลือดชนิดเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (PRC)
5. บริหารยา Transamine® ขนาด 500 มิลลิกรัม และ Vitamin K ชนาด 10 มิลลิกรัม
6. บริหารยา Levophed® ขนาด 8 มิลลิกรัม เจือจางใน 5% DW 100 มิลลิลิตร ผ่านเครื่องควบคุมอัตราการไหล 10 มิลลิลิตร/ชั่วโมง
7. ให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย
8. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนผ่านทาง on mask with reservoir bag อัตราการไหล 10 ลิตร/นาที
9. วัดและบันทึกปริมาณน้ำปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง
10. ติดตามผลการตรวจหาปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น ตามแผนการรักษา

ประเมินผล : ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะช็อค สัญญาณชีพก่อนผ่าตัด อัตราการเต้นของหัวใจ 136 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 121/82 มิลลิเมตรปรอท, ปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่นร้อยละ 30.3, และปริมาณน้ำปัสสาวะ 300 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยปวดท้องเนื่องจากได้รับบาดเจ็บในช่องท้อง

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยมีบาดแผลและรอยฟกช้ำบริเวณทรวงอกและช่องท้อง, ความเจ็บปวด 5/10 คะแนน

เกณฑ์การประเมิน

ความเจ็บปวด ลดลงหรือเท่ากับ 3 คะแนน

กิจกรรมพยาบาล

1. จัดท่านอนให้กล้ามเนื้อหน้าท้องคลายตัว
2. ให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล

3. จัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการพักผ่อน
4. กอนเขารับการผาตัดตรวจเยี่ยมอาการผูปวยเปนระยะ ๆ พรอมทั้งประเมินอาการปวด

ประเมินผล : ผูปวยมีความเจ็บปวดก่อนเข้าห้องผ่าตัด 3/10 คะแนน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ผูปวยขาดความรูและวิตกกังวลเกี่ยวกับการเข้ารับการผาตัด

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดฉุกเฉิน

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมทางดานจิตใจและทางดานรางกายก่อนการผ่าตัด

กิจกรรมพยาบาล

1. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตนกอน-ขณะ และหลังผาตัด แบงการเตรียมออกเปนดานจิตใจและดานรางกาย
2. พูดคุยให้กำลังใจและแจงแนวทางการรักษาพยาบาลก่อนปฏิบัติการพยาบาลทุกครั้ง
3. กอนเขารับการผาตัดตรวจเยี่ยมอาการผูปวยเปนระยะๆ พร้อมทั้งประเมินความวิตกกังวล

ประเมินผล : ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมทางดานจิตใจและทางดานรางกายก่อนการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะช็อค เนื่องจากมีการสูญเสียเลือดและสารน้ำขณะผ่าตัด หรือมีปัจจัยที่ช่วยในการแข็งตัวของเลือดและเกล็ดเลือดลดลง

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยเสียเลือดจากการผ่าตัด 3,500 มิลลิลิตร, ท่อระบายทรวงอก 100-320 มิลลิลิตร/วัน, ท่อระบายบริเวณหน้าท้อง 400-1,800 มิลลิลิตร/วัน, และท่อระบายแบบสุญญากาศ 200 มิลลิลิตร/ชั่วโมง และ 700 มิลลิลิตร/5 ชั่วโมง, ปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น ร้อยละ 16.5-29.2, เกล็ดเลือด (Platelet) 52,000-109,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร, เวลาที่เลือดเริ่มแข็งตัว (Prothrombin time) 14.9-22.7 วินาที

เกณฑ์การประเมิน

1. ความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 90/60 มิลลิเมตรปรอท
2. อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ระหว่าง 60-100 ครั้ง/นาที
3. น้ำปัสสาวะ 0.5 มิลลิลิตร/ น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/ ชั่วโมง หรือ 30 มิลลิลิตร/ ชั่วโมง
4. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดออกภายในร่างกาย
5. ปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 30
6. เกล็ดเลือด 150,000-450,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร
7. เวลาที่เลือดเริ่มแข็งตัว 10.4-13.3 วินาที

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดออกภายในร่างกาย
2. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ตามมาตรฐานการพยาบาล
3. วัดและบันทึกปริมาณการเสียเลือดและสารน้ำ ทุก 1 ชั่วโมง
4. ดูแลการได้รับ Acetar 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 80 มิลลิตร/ชั่วโมง

5. ดูแลการได้รับเลือดตามแผนการรักษา สังเกตอาการงและภาวะแทรกซอนขณะไดรับเลือด

6. บริหารยา Levophed® ขนาด 8 มิลลิกรัม เจือจางใน 5% DW 100 มิลลิลิตรผ่านเครื่องควบคุมอัตราการไหล 5-18 มิลลิลิตร/ชั่วโมง สังเกตอาการตอบสนองและผลข้างเคียงจากยา

7. บริหารยา Transamine® ขนาด 500 มิลลิกรัม และ Vitamin K ขนาด 10 มิลลิกรัม ทุก 24 ชั่วโมง สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและผลข้างเคียงจากยา

8. ทำรางกายใหอบอุน

9. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น, เกล็ดเลือด, เวลาที่เลือดเริ่มแข็งตัว และการทำงานของไต ตามแผนการรักษาของแพทย์

ประเมินผล : ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะช็อค สัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจ 100-120 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 103/73-124/86 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดออกภายในร่างกาย ปริมาณปัสสาวะออกเฉลี่ย 60-160 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น ร้อยละ 30.0-33.2, เกล็ดเลือด 142,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร และเวลาที่เลือดเริ่มแข็งตัว 14.9 วินาที

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีภาวะเสียสมดุลของสารฐ์าและภาวะพร่องแมกนีเซียมเนื่องจากการผาตัด

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยผ่าตัด 3 ครั้ง, ปริมาณสารน้ำเข้า-ออกต่อ 24 ชั่วโมง คือ 2,580-3,511 มิลลิลิตร ต่อ 2,415-4,000 มิลลิลิตร, แมกนีเซียม (Mg) 1.5 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

เกณฑ์การประเมิน

1. จำนวนสารน้ำเขาและออกจากรางกาย มีปริมาณความแตกต่างไม่เกิน 1,000 มิลลิตร/ 24 ชั่วโมง
2. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องแมกนีเซียม
3. ผลการตรวจระดับแมกนีเซียมในเลือด 1.70-2.55 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

กิจกรรมพยาบาล

1. วัดและบันทึกจำนวนสารน้ำเขา-ออกจากรางกาย ทุก 8 ชั่วโมง
2. ดูแลการได้รับ Acetar 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตราไหล 80 มิลลิลิตร/ชั่วโมง
3. บริหารยา 50% $MgSO_4$ ขนาด 8 มิลลิลิตร เจือจางใน 0.9% NSS 100 มิลลิลิตร วันที่ 1 และ ขนาด 4 มิลลิลิตร สำหรับวันที่ 2 และวันที่ 3 โดยให้ยาผ่านทางเครื่องควบคุมอัตราการไหล 25 มิลลิลิตร/ชั่วโมง
4. ประเมินระดับความรู้สึกตัว ภาวะชัก ติดตามอัตราการเต้นของหัวใจและคลื่นไฟฟ้าหัวใจ
5. ติดตามผลการตรวจแมกนีเซียมในเลือด ตามแผนการรักษา

ประเมินผล : ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องแมกนีเซียม ระดับแมกนีเซียมในเลือด 2.3 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และสารน้ำเขา-ออกจากรางกาย มีปริมาณความแตกต่าง 49-573 มิลลิตร/ 24 ชั่วโมง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยบ่นปวดแผลผ่าตัดหน้าท้อง, แผลผ่าตัดยาวมากกว่า 10 เซนติเมตร, สีหน้านิ่วคิ้วขมวดเวลาขยับตัว, ความเจ็บปวด 5-9/10 คะแนน

เกณฑ์การประเมิน

ความเจ็บปวด น้อยกว่าหรือเทากับ 3/10 คะแนน

กิจกรรมพยาบาล

1. จัดทานอนศีรษะสูง และจัดสิ่งแวดล้อมเงียบ สงบ และลดสิ่งรบกวน เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อน
2. แนะนำและดูแลให้ผู้ป่วยประคองบริเวณแผลผาตัดขณะเคลื่อนไหวร่างกาย
3. บริหารยา Fentanyl ขนาด 1,000 ไมโครกรัม เจือจางใน 0.9% NSS 100 มิลลิลิตร ผ่านเครื่องควบคุมอัตราการไหล 5 มิลลิลิตร/ชั่วโมง หรือ Fentanyl 30-50 ไมโครกรัม ทางหลอดเลือดดำ เมื่อมีอาการปวด ทุก 6 ชั่วโมง อธิบายกลไกการออกฤทธิ์ สังเกตอาการตอบสนองและผลข้างเคียงของยา

ประเมินผล : ผู้ป่วยมีความเจ็บปวด 0-3/10 คะแนน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากได้รับยาระงับความรูสึกขณะผ่าตัด พื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ประสิทธิภาพในการขับเสมหะลดลง และตัวนำออกซิเจนลดลง

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึก, คะแนนกลาสโกโคมาสเกล 10T (E4VtM6), เลือดออกจากท่อระบายทรวงอก (ICD) 100-320 มิลลิลิตร/วัน, ปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น ร้อยละ 16.5-29.2

เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน
2. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 95
3. การทำงานของท่อระบายทรวงอกมีการระบายอย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน
2. สังเกตและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที จนสม่ำเสมอ และเปลี่ยนทุก 1 ชั่วโมง
3. ดูแลให้ทางเดินหายใจเปดโลง โดยการดูดเสมหะอยางถูกวิธี
4. ฟังเสียงปอด ก่อนและหลังดูดเสมหะ และบันทึกอาการผิดปกติ
5. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนผ่านทางท่อช่วยหายใจและการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพ
6. ดูแลท่อระบายทรวงอกด้านขวา จำนวน 2 ขวด ให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพตลอดเวลา
7. ดูแลพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง เพื่อให้ปอดขยายตัวดี

ประเมินผล : ผู้ป่วยไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน ร้อยละ 95-100 และการทำงานของท่อระบายทรวงอกมีประสิทธิภาพตลอดเวลา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยเสี่ยงตอการติดเชื้อที่แผลผาตัดเนื่องจากมีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง
ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง, แผลผ่าตัดยาวมากกว่า 10 เซนติเมตร, อุณหภูมิกาย 37.5-38.9 องศาเซลเซียส, เม็ดเลือดขาวในเลือด 10,270 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร
เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด
2. อุณหภูมิกาย 36.0-37.4 องศาเซลเซียส
3. เม็ดเลือดขาวในเลือด (White Blood Cells: WBC) 4,000-11,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร

กิจกรรมพยาบาล

1. ลางมือ 7 ขั้นตอน กอนและหลังทำความสะอาดแผลทุกครั้ง
2. ดูแลทำความสะอาดแผลผาตัด วันละ 1 ครั้ง สังเกตและบันทึกสิ่งผิดปกติ
3. ดูแลการใส่คาท่อระบายแบบสุญญากาศ สังเกตและบันทึกลักษณะสิ่งคัดหลั่ง
4. ให้คำแนะนำการป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด
5. บริหารยา Ceftriaxone ขนาด 2 กรัม ทุก 24 ชั่วโมง และ Metronidazole ขนาด 500 มิลลิกรัม ทุก 8 ชั่วโมง ทางหลอดเลือดดำ อธิบายกลไกการออกฤทธิ์ สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและผลข้างเคียงของยา
6. ประเมินสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิ ทุก 4 ชัวโมง
7. ติดตามผลการตรวจเม็ดเลือดขาวในเลือด ตามแผนการรักษา

ประเมินผล : ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด, อุณหภูมิกาย 36.8-38.3 องศาเซลเซียส, เม็ดเลือดขาวในเลือด 7,660 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9 ผูปวยเสี่ยงตอการติดเชื้อระบบหายใจเนื่องจากคาท่อหายใจนานเกิน 48 ชั่วโมง
ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยคาท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ 5 วัน, อุณหภูมิกาย 37.5-38.9 องศาเซลเซียส
เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อระบบหายใจ
2. อุณหภูมิกาย 36.0-37.4 องศาเซลเซียส
3. ผลการส่งตรวจเสมหะทางห้องปฏิบัติการ ไม่พบเชื้อใด ๆ

กิจกรรมพยาบาล

1. ล้างมือ 7 ขั้นตอน ก่อนและหลังปฏิบัติการพยาบาลทุกครั้ง
2. จัดท่านอนศีรษะสูง มากกว่าหรือเท่ากับ 30 องศา
3. ทำความสะอาดในช่องปากทุกวัน ด้วยน้ำยา 0.12% Chrohexidine
4. ประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจทุกวัน
5. ตรวจสอบและบันทึกแรงดัน (Cuff pressure) ของท่อช่วยหายใจ ระหว่าง 25-30 มิลลิเมตรปรอท
6. ทำความสะอาดข้อต่อด้วยแอลกอฮอล์ร้อยละ 70 และเทน้ำที่ค้างในสายเครื่องช่วยหายใจทุกครั้งที่พบ
7. สอนการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ
8. บริหารยา Omeplazone ขนาด 40 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 24 ชั่วโมง

9. ติดตามผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ทุก 6-8 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา

ประเมินผล : ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อระบบหายใจ, อุณหภูมิกาย 36.8-38.3 องศาเซลเซียส, ไม่พบเชื้อจากการเพาะเชื้อของเสมหะ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 10 ผูปวยวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรูในการปฏิบัติตน

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยและญาติซักถามอาการอาการจากพยาบาลทุกครั้งเมื่อเข้าเยี่ยม

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยมีความรูและสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตนได้

กิจกรรมพยาบาล

1. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเจ็บป่วยว่าผู้ป่วยตับบาดเจ็บระดับ 5 ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะช็อค อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้
2. ให้คำแนะนำการรับประทานอาหารเหลว
3. ให้คำแนะนำญาติในการเตรียมเอกสารสิทธิการรักษา
4. ให้คำแนะนำการดูแลอุปกรณ์การแพทย์ เช่น สายให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ สายสวนปัสสาวะ
5. ให้คำแนะนำการดูแลความสะอาดร่างกาย และการพักผ่อน

ประเมินผล : ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตนได้ครบทั้ง 5 ข้อ

ผู้ป่วยรายที่ 2 ชายไทย อายุ 20 ปี อาชีพ ยามรักษาความปลอดภัย เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี ตั้งแต่วันที่วันที่ 2 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 14 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 อาการสำคัญ มีประวัติสลบจำเหตุการณ์ไม่ได้ ปวดท้อง และแขนขวาผิดรูป ภายหลังการขี่รถจักรยานยนต์แฉลบ 5 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลบางละมุงเพื่อเข้ารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลชลบุรี การตรวจร่างกาย ผู้ป่วยรู้ตัว คะแนนกลาสโกโคมาสเกลเท่ากับ 15 (E4V5M6) รูม่านตาทั้งสองข้างขนาด 3 มิลลิเมตรมีปฏิกิริยาต่อแสงทั้งสองข้าง สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 35.4 องศาเซลเซียส, อัตราการเต้นของหัวใจ 106 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 96/57 มิลลิเมตรปรอท, ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนร้อยละ 100, ความเจ็บปวด 5/10 คะแนน, ปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น ร้อยละ 36.5, ระดับน้ำตาลในเลือด 121 มิลลิกรัม/เดซิลิตร, ผลการตรวจอัตราซาวน์ช่องท้อง (FAST): Positive at hepatorenal recess, Splenorenal recess, และ Cal-de-sac การวินิจฉัยแรกรับ Mild Head Injury with Blunt abdominal injury with Liver injury grade 4 with spleen injury grade 2 with R/O bladder injury with fracture ulnar รวมวันนอน 12 วัน โดยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลวันที่ 14 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 **การพยาบาล (**ผู้ป่วยรายที่ 2)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะช็อคเนื่องจากสูญเสียเลือดจากการบาดเจ็บในช่องท้องและเกล็ดเลือดลดลง

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยมีรอยฟกช้ำบริเวณช่องท้อง, กดเจ็บบริเวณทั่วท้อง, อุณหภูมิกาย 35.4 องศาเซลเซียส, อัตราการเต้นของหัวใจ 98-106 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 95/68-96/57 มิลลิเมตรปรอท, ปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น ร้อยละ 25.0-36.5, FAST: Positive at hepatorenal recess,

Splenorenal recess, Cal-de-sac, การตรวจคอมพิวเตอร์ช่องท้อง พบตับบาดเจ็บระดับ 4 และม้ามบาดเจ็บระดับ 2 และมีแผนการรักษาแบบไม่จำเป็นต้องผ่าตัด, จำนวนเกล็ดเลือด 79,000-110,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร, เอนไซม์ ALT 105-578 หน่วย/ลิตร และ AST 240-415 หน่วย/ลิตร, ปัสสาวะเป็นเลือด (Gross hematuria), ผลการตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะพบเลือดในน้ำปัสสาวะ 3+ และเม็ดเลือดแดง 100 เซลล์

เกณฑ์การประเมิน

1. ความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 90/60 มิลลิเมตรปรอท
2. อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ระหว่าง 60-100 ครั้ง/นาที
3. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดออกภายในร่างกาย
4. ปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น มากกว่าหรือเท่ากับ 30 เปอร์เซ็นต์
5. เกล็ดเลือด 150,000-450,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร
6. ผลการวิเคราะห์ปัสสาวะ ไม่พบเลือดและเม็ดเลือดแดงในน้ำปัสสาวะ
7. ปริมาณน้ำปัสสาวะ 0.5 มิลลิลิตร/ น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/ ชั่วโมง หรือ 30 มิลลิลิตร/ ชั่วโมง

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดออกภายในร่างกาย
2. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ตามมาตรฐานการพยาบาล
3. ดูแลการได้รับ Ringer Lactate Solution 1,000 มิลลิลิตร อัตราการไหล 80-120 มิลลิลิตร/ชั่วโมง
4. ดูแลการได้รับเลือดตามแผนการรักษา สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและภาวะแทรกซอนขณะไดรับเลือด
5. บริหารยาต้านการสลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ คือ Tranexamic acid (Transamine®) ขนาด 500 มิลลิกรัม และ Vitamin K ชนาด 10 มิลลิกรัม สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและผลข้างเคียงจากยา
6. ดูแลให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย
7. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนผ่านทาง On mask with reservoir bag อัตราการไหล 10 ลิตรต่อนาที
8. วัดและบันทึกปริมาณน้ำปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง
9. ติดตามผลการตรวจเลือด เช่น ปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น, เกล็ดเลือด, การทำงานของไต และการตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะ ตามแผนการรักษาของแพทย์

ประเมินผล : ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะช็อค สัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจ 58-102 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 93/57-141/78 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดออกภายในร่างกาย ปริมาณปัสสาวะออกเฉลี่ย 60-130 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น ร้อยละ 31.3-34.7, เกล็ดเลือด 159,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร, และไม่พบเลือดและเม็ดเลือดแดงในการวิเคราะห์น้ำปัสสาวะ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีภาวะพร่องแมกนีเซียมและโซเดียมในเลือดเนื่องจากเนื้อเยื่อช่องท้องบาดเจ็บ

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยมีรอยฟกช้ำบริเวณช่องท้อง, กดเจ็บบริเวณทั่วท้อง, FAST: Positive at hepatorenal recess, Splenorenal recess, Cal-de-sac, แมกนีเซียม (Mg) 1.50 มิลลิกรัมกรัม/เดซิลิตรลิตร, โซเดียม (Na) 130 มิลลิโมล/ลิตร

เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องแมกนีเซียม
2. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องโซเดียมต่ำ
3. ผลการตรวจระดับแมกนีเซียมในเลือด 1.70-2.55 มิลลิกรัม/เดซิลิตร
4. ผลการตรวจระดับโซเดียมในเลือด 136-145 มิลลิโมล/ลิตร

กิจกรรมพยาบาล

1. วัดและบันทึกจำนวนสารน้ำเขา-ออกจากรางกาย
2. ดูแลการได้รับ 5% D/NSS 1,000 มิลลิลิตร อัตรา 80 มิลลิลิตร/ชั่วโมง
3. บริหารยา 50% $MgSO_4$ เจือจางใน 0.9% NSS 100 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำโดยให้ยาผ่านทางเครื่องควบคุมอัตราการไหล 25 มิลลิลิตร/ชั่วโมง สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและผลข้างเคียงไดรับยา
4. ประเมินระดับความรู้สึกตัว ภาวะชัก ติดตามอัตราการเต้นของหัวใจและคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ติดตามผลการตรวจแมกนีเซียมและโซเดียมในเลือด ตามแผนการรักษา

ประเมินผล : ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องแมกนีเซียมและโซเดียมในเลือด ระดับแมกนีเซียมในเลือด 2.3 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และระดับโซเดียมในเลือด 138 มิลลิโมล/ลิตร

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากช่องท้องได้รับบาดเจ็บและกระดูกแขนหัก

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยมีบาดแผลและรอยฟกช้ำบริเวณช่องท้อง, กดเจ็บบริเวณทั่วท้อง, ความเจ็บปวด 5/10 คะแนน, หน้านิ่วคิ้วขมวดขณะขยับร่างกาย, ภาพถ่ายรังสีแขนขวาพบ Fracture shaft ulnar

เกณฑ์การประเมิน

ความเจ็บปวด ลดลงหรือเท่ากับ 3 คะแนน

กิจกรรมพยาบาล

1. จัดท่านอนศีรษะสูง และจัดสิ่งแวดล้อมเงียบสงบ และลดสิ่งรบกวน เพื่อให้ผู้ป่วยพักผอน
2. ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล
3. บริหารยาตามแผนการรักษา เช่น Fentanyl ขนาด 30-50 ไมโครกรัม, Morphine ขนาด 4 มิลลิกรัม เมื่อมีอาการปวด ทุก 6 ชั่วโมง อธิบายกลไกการออกฤทธิ์ สังเกตอาการตอบสนองและผลข้างเคียงจากยา
4. บริหารยา Tramadol ขนาด 50 มิลลิกรัม ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร อธิบายกลไกการออกฤทธิ์ สังเกตอาการตอบสนองและผลข้างเคียงจากยา
5. ตรวจเยี่ยมอาการ พรอมทั้งประเมินอาการปวด

ประเมินผล : ผู้ป่วยมีความเจ็บปวด 0-3/10 คะแนน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผูปวยเสี่ยงตอการติดเชื้อในช่องท้องเนื่องจากเนื้อเยื่อช่องท้องบาดเจ็บ

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยมีผลการตรวจคอมพิวเตอร์พบตับบาดเจ็บระดับ 4 และม้ามบาดเจ็บระดับ 2, เม็ดเลือดขาว 11,450-25,720 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร

เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อในช่องท้อง

2. อุณหภูมิกาย 36.0-37.4 องศาเซลเซียส
3. เม็ดเลือดขาวในเลือด 4,000-11,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะติดเชื้อในช่องท้อง
2. ประเมินสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิ ทุก 4 ชั่วโมง
3. บริหารยา Ceftriaxone ขนาด 2 กรัม เจือจางใน 0.9% NSS 100 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ ทุก 24 ชั่วโมง พร้อมทั้งสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและผลข้างเคียงไดรับยา
4. ติดตามผลการตรวจเม็ดเลือดขาวในเลือด ตามแผนการรักษา

ประเมินผล : ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อในช่องท้อง อุณหภูมิกาย 36.0-37.1 องศาเซลเซียส และจำนวนเม็ดเลือดขาว 5,860 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ผูปวยพร่องกิจวัตรประจำวันเนื่องจากใส่เฝือกและช่องท้องบาดเจ็บ

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยใส่เฝือกบริเวณแขนขวา, คะแนนการดำเนินกิจวัตรประจำวันเท่ากับ 5

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความสุขสบายทั่วไป

กิจกรรมพยาบาล

1. ดูแลทำความสะอาดร่างกาย และอวัยวะสืบพันธุ์
2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารอ่อน (เริ่มรับประทานอาหารในวันที่ 5 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563)
3. บริหารยา Tramadol ขนาด 50 มิลลิกรัม ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร และ Calcium carbonate ขนาด 1,250 มิลลิกรัม ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า
4. ประเมินและบันทึกคะแนนการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ทุก 24 ชั่วโมง

ประเมินผล : ผู้ป่วยได้รับการดูแลกิจวัติประจำวันครบถ้วน มีตตวามสุขสบายและสามารถนอนหลับพักได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ผูปวยวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรูในการปฏิบัติตนเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยและญาติซักถามอาการอาการจากพยาบาลทุกครั้งเมื่อเข้าเยี่ยม

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยมีความรูและสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตนได้

กิจกรรมพยาบาล

1. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเจ็บป่วยว่าผู้ป่วยตับบาดเจ็บระดับ 4 แพทย์มีแผนการรักษาแบบไม่จำเป็นต้องผ่าตัด อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะช็อคและการติดเชื้อในช่องท้อง
2. ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานให้ครบ 5 หมู่ เน้นโปรตีนและอาหารอ่อนย่อยง่าย
3. ให้คำแนะนำในการรับประทานยาตามแผนการรักษา
4. การดูแลความสะอาดร่างกาย และการพักผอน
5. หลีกเลี่ยงการยกของหนัก หรือเล่นกีฬาที่ต้องใช้แรงกระแทก 3 เดือน
6. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาตินำใบบันทึกข้อความและใบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อตรวจติดตามอาการ

7. กรณีพบอาการและอาการแสดงของภาวะติดเชื้อในช่องท้อง ให้กลับมาพบแพทย์ทันที

ประเมินผล : ผู้ป่วยเข้าใจในคำแนะนำและตอบคำถามเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตนได้จำนวน 8 ข้อ

จากการศึกษาดังกล่าว สามารถสรุปเปรียบเทียบการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ตับ ดังตารางที่ 1

เรื่อง	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	ผลการเปรียบเทียบ
1. ชนิดและสาเหตุของการบาดเจ็บ [1, 2, 4, 5] 1.1 การบาดเจ็บชนิดมีแผลทะลุ มีสาเหตุจากของมีคม ปน ระเบิด 1.2 การบาดเจ็บชนิดไม่มีแผลทะลุ มีสาเหตุจากอุบัติเหตุ, ตกจากที่สูง	ผู้ป่วยขี่รถจักรยานยนต์ชนกับรถบรรทุก 10 ล้อ ซึ่งเป็นอุบัติเหตุช่องท้องได้รับการบาดเจ็บชนิดไม่มีแผลทะลุ	ผู้ป่วยขี่รถจักรยานยนต์แฉลบ ซึ่งเป็นอุบัติเหตุช่องท้องได้รับการบาดเจ็บชนิดไม่มีแผลทะลุ	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ประสบอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์เป็นเหตุส่งผลให้ตับบาดเจ็บซึ่งเป็นการบาดเจ็บแบบไม่มีแผลทะลุ
2. อาการและอาการแสดงทางคลินิก [1-3, 5-6] เช่น มีอาการปวดท้อง ซีด และภาวะแทรกซ่อน คือ ภาวะช็อค	ผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง หายใจเหนื่อย และมีภาวะช็อค, ความดันโลหิต 54/37 มิลลิเมตรปรอท, ปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น ร้อยละ 24, ความเจ็บปวด 5/10 คะแนน	ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องร่วมกับแขวนขวาผิดรูป, คะแนนความเจ็บปวด 5/10 คะแนน	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีอาการปวดท้องและระดับคะแนนความเจ็บปวดเหมือนกัน แต่ผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะช็อค ผู้ป่วยรายที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อค
3. พยาธิสรีรวิทยาในการแบ่งระดับบาดเจ็บของตับตาม AAST liver injury scale [1-3, 5-7] 6 ระดับ	FAST: positive ● ผลการฉีดสี (Angiogram) พบเฮปาติกฉีกขาด ● การผ่าตัดพบตับบาดเจ็บระดับ 5	FAST: positive การตรวจคอมพิวเตอร์ช่องท้อง พบตับบาดเจ็บระดับ 4 และม้ามบาดเจ็บระดับ 2	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย FAST: positive ผู้ป่วยรายที่ 1 มีการบาดเจ็บของตับร่วมกับมีการฉีกขาดของเส้นเลือดแดง สำหรับผู้ป่วยรายที่ 2 มีการบาดเจ็บที่ตับและม้าม

เรื่อง	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	ผลการเปรียบเทียบ
4. การวินิจฉัยโรค [1-3, 5-6] **ตรวจรางกาย** มีบาดแผลและรอยฟกช้ำบริเวณช่องท้องด้านบนขวา กดเจ็บ การเคลื่อนไหวของลำไสลดลง **การตรวจทางห้องปฏิบัติการ** ปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่นต่ำกว่าเกณฑ์กำหนด จำนวนเม็ดเลือดขาว (WBC) สูงกว่าเกณฑ์ การตรวจเอนไซม์การทำงานของตับชนิด ALT และ AST สูงกว่าเกณฑ์ **การตรวจพิเศษ** ตรวจอัตราซาวน์ช่องท้อง (FAST): Positive ภาพถ่ายรังสีทรวงอก การตรวจคอมพิวเตอรในช่องท้อง[8] การตรวจหลอดเลือดดวยวิธีฉีดสี (Angiography)	● ตรวจร่างกายพบมีบาดแผลและรอยฟกช้ำบริเวณช่องอกและช่องท้อง ร่วมกับมีการกดเจ็บทั่วท้อง **การตรวจทางห้องปฏิบัติการ** ● คาปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (HTC) ร้อยละ 23.0-24.7 ● FAST: positive at hepatorenal recess และ Cal-de-sac ● ตรวจดวยวิธีฉีดสี (Angiography) พบ Active arterial bleeding at superior segment of right hepatic lobe	● ตรวจร่างกายพบมีบาดแผลและรอยฟกช้ำบริเวณช่องท้องร่วมกับมีการกดเจ็บทั่วท้อง **การตรวจทางห้องปฏิบัติการ** ● คาปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น ร้อยละ 25.0-36.1 ● เม็ดเลือดขาว 11,450-25,720 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร ● เอนไซม์ ALT 105-578 หน่วย/ลิตร และ AST 240-415 หน่วย/ลิตร ● FAST: positive at hepatorenal recess, splenorenal recess และ Cal-de-sac ● ผลการตรวจคอมพิวเตอร์ พบตับบาดเจ็บระดับ 4 และม้ามบาดเจ็บระดับ 2	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการบาดเจ็บที่ตับ จากรอยบาดแผลและรอยฟกช้ำบริเวณช่องท้อง มีคาปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่นต่ำกว่าร้อยละ 30 และผลการตรวจอัตราซาวน์ในช่องท้องให้ผลบวกเหมือนกัน สำหรับผู้ป่วยรายที่ 1 ตรวจวิธีฉีดสีจึงพบหลอดเลือดแดงที่นำเลือดไปเลี้ยงตับมีการฉีกขาด ในทางตรวจกันข้ามผู้ป่วยรายที่ 2 มีการติดเชื้อเยื่อบุช่องท้อง
5. การรักษา [2-5,9-10] 5.1 การรักษาแบบไม่ ผ่าตัด กรณีตับมีการบาดเจ็บระดับ 1, 2, 3 หรือไม่มีภาวะช็อค 5.2 การรักษาโดยการ ผาตัด กรณีตับมีการบาดเจ็บระดับ 3, 4, และ 5 ผูปวยมีภาวะช็อคแพทย์อาจพิจารณานำ	ผู้ป่วยได้รับการรักษา โดยการผาตัด วันที่ 7 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 เวลา 10.55-11.30 น. Explore laparotomy for suture liver with perihepatic packing with temporary closure abdomen	ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบไม่ผ่าตัดเนื่องจากไม่มีภาวะช็อค	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีความแตกต่างกันในการรักษา โดยผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะช็อคและได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเพื่อควบคุมภาวะเลือดออกและการผูกหลอดเลือดแดง ในขณะผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง

เรื่อง	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	ผลการเปรียบเทียบ
ผู้ป่วยไปผ่าตัด 5.2.1 การผาตัดใสเท็มปอนเพื่อกดหามเลือด (Temporary packing) 2.2 การผูกหลอดเลือดแดงเฮปาติค (Hepatic artery ligation) 2.3 การตัดเนื้อเยื่อตับออกเป็นบางสวน (Hepatic resection) กรณีผู้ป่วยตับแตก 2.4 การใสทอระบาย (Perihepatic drainage)	● เวลา 12.30-13.30 น. Hepatic embolization ● เวลา 20.37-21.10 น. Re-explore laparotomy with perihepatic packing with repair diaphragm with revise ICD วันที่ 9 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 เวลา 11.55-12.45 น. Re-explore laparotomy with off liver packing with abdominal wall closure		
6. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล[11]	**ก่อนผ่าตัด** ● ผู้ป่วยมีภาวะช็อค ● ผู้ป่วยมีภาวะไม่สุขสบาย ● ผูปวยขาดความรูและวิตกกังวลการผาตัด **หลังผ่าตัด** ● ผูป่วยเสี่ยงตอภาวะช็อค ● ผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุลของสารฐ้าและมีภาวะพร่องแมกนีเซียม ● ผูป่วยเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน ● ผูปวยมีภาวะไม่สุขสบาย ● ผูปวยเสี่ยงตอการติดเชื้อบริเวณแผลผาตัด ● ผูปวยวิตกกังวล	การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ● ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะช็อค ● ผู้ป่วยมีภาวะพร่องแมกนีเซียมและโซเดียมในเลือด ● ผู้ป่วยมีภาวะไม่สุขสบาย ● ผูปวยเสี่ยงตอการติดเชื้อในช่องท้อง ● ผูปวยพร่องกิจวัตรประจำวัน ● ผูปวยวิตกกังวล	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการประเมินและได้รับการแก้ไขภาวะช็อค อาการปวด ภาวะการติดเชื้อในช่องท้องและระบบทางเดินปัสสาวะ การปฏิบัติกิจวัติประจำวัน และการให้ความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติตนเองและเอกสารสิทธิการรักษา ผู้ป่วยรายที่ 1ย้ายโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาอย่างต่อเนื่องตามสิทธิการรักษา ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยรายที่ 2 มีการประเมินและติดตามอาการและอาการแสดงผิดปกติที่ต้องกลับมาพบแพทย์ภายหลังออกจากโรงพยาบาล

สรุป

ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของตับ จำเป็นต้องได้รับประเมินภาวะสุขภาพการรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็วเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญในการการระเมินอาการและอาการแสดงของภาวะช็อคและแก้ไขภาวะคุกคามต่อชีวิตในระบบไหลเวียนโลหิต การบรรเทาอาการปวด การประเมินภาวะการอุดกั้นของทางเดินหายใจหรือภาวะพร่องออกซิเจนกรณีที่ผู้ป่วยมีการบาดเจ็บทรวงอกรวมด้วย รวมทั้งการปองกันภาวะแทรกซอนตาง ๆ และการฟูสภาพร่างกายของผูปวยให้กลับคืนสูภาวะปกติมากที่สุด นอกจากนี้ การไดรับคำแนะนำผู้ปวยสามารถปฏิบัติตัวไดถูกตองและดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข

เอกสารอ้างอิง

1. Helling TS, Ward MR, Balon J. Is the grading of liver injuries a useful clinical tool in the initial management of blunt trauma patients? Eur J Trauma Emerg Surg. 2009;35(2):95-101.
2. Saleh AF, Sageer EA, Elheny A. Management of Liver Trauma in Minia University Hospital, Egypt. Indian J Surg. 2016;78(6):442-7.
3. Gourgiotis S, Vougas V, Germanos S, Dimopoulos N, Bolanis I, Drakopoulos S, et al. Operative and nonoperative management of blunt hepatic trauma in adults: a single-center report. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2007;14(4):387-91.
4. Campbell J. International Trauma Life Support for Emergency Care Providers: Pearson New International Edition: Pearson Higher Ed; 2013.
5. Advanced Trauma Life Support: Student Course Manual, 10th edition [Internet]. 2018 [cited Fabuary 25, 2020]. Available from: https://www.academia.edu/36985888/Student_Course_Manual_ATLS_Advanced_Trauma_Life_Sup port
6. อรศิริ อมรวิทยาชาญ. การวินิจฉัยการบาดเจ็บของช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2557;21(1):53-62.
7. อนุชา ไทยวงษ์, กัญญาพัชร เบ้าทอง, ทัตภณ พละไชย, ฉัตรชัย แป้งหอม, จุฑามาศ นุชพูล. ภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์: บทบาทพยาบาลในการประเมินและการป้องกัน. วารสารพยาบาลทหารบก. 2561;ปีที่ 19 ฉบับพิเศษ (3):18-24.
8. สิทธิพร พลจันทร์. กรณีศึกษาลักษณะการบาดเจ็บของตับจากการบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีบาดแผลที่พบจากเอกซเรย์ คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลตะกั่วป่า. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2559;30(3):187-96.
9. Badger S, Barclay R, Campbell P, Mole D, Diamond T. Management of liver trauma. World J Surg. 2009;33(12):2522-37.
10. Ahmed N, Vernick JJ. Management of liver trauma in adults. J Emerg Trauma Shock. 2011;4(1):114.
11. สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ และ ชวนพิศ ทำนอง. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะการเจ็บป่วยวิกฤต. พิมพ์ครั้งที่ 9.ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2559.