

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ตับร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลว

กิติมากร โพธิ์จันดี

โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี

บทคัดย่อ

การบาดเจ็บของตับจากการบาดเจ็บของช่องท้องชนิดไม่มีบาดแผลเป็นภาวะที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตได้ กรณีศึกษา ผู้ป่วยชายไทยอายุ 22 ปี ขับรถจักรยานยนต์ชนกับจักรยานยนต์ กระเด็นไปกระแทกที่กั้นถนน พบรอยถลอกบริเวณหน้าอก ชายโครงขวา หายใจเร็ว กระสับกระส่าย ซีด ปลายมือปลายเท้าเย็น เจ็บท้องด้านขวา มี Guarding คล้ายแพทย์วินิจฉัย Blunt abdominal injury with hemodynamic unstable and right lung pneumo-hemothorax ทำ CT whole abdomen พบ Liver injury gr.3 with large hemoperitoneum สงทำผ่าตัดอย่างรวดเร็ว ได้รับการผ่าตัด Explore lap with perihapatic temporary abdominal packing หลังผ่าตัดให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดทดแทน สังเกตอาการอย่างใกล้ชิด ไม่มีเลือดในช่องท้องออก ใส่เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตร ใส่ท่อระบายทรวงอกที่ปอดด้านขวาชนิด 2 ขวด หลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง ทำ Explore lap with off swab packing ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ Delay hemorrhage และภาวะติดเชื้อเป็นหนองในช่องท้อง เจาะเลือดผลการทำงานของตับเป็นปกติ เอ็กซเรย์ปอดดีขึ้น ถอดท่อระบายทรวงอก และท่อช่วยหายใจได้ ผู้ป่วยได้รับการดูแลในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาทและอุบัติเหตุ 4 วัน ย้ายไปตึกศัลยกรรมชาย อาการทั่วไปดีขึ้นช่วยเหลือตนเองได้ จำหน่ายกลับบ้าน รวมอยู่โรงพยาบาล 13 วัน การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ตับต้องให้การดูแลอย่างเฉียบพลันและเร่งด่วน พยาบาลเป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย จึงต้องให้การพยาบาลที่ถูกต้องกับปัญหาของผู้ป่วย ทั้งในระยะวิกฤต ระยะก่อนผ่าตัด และสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันที่

คำสำคัญ : การพยาบาล, บาดเจ็บที่ตับ, ภาวะหายใจล้มเหลว

Abstract : Nursing care of liver injury with Respiratory failure

Mrs.Kitimagorn Pojandee

Nursing Department of King Narai hospital

A case study was Thai male, 22 years old. The patient had accidentally prior to hospital caused by vehicle collision. The primary assessment showed that the patient had pain and guarding at abdomen, abrasion wound at left chest, restlessness, pale, and polar. The special investigation with CT whole abdomen showed liver injury grade 3 with large hemoperitoneum. The patient was diagnosed blunt abdominal injury with hemodynamic unstable, and right lung pneumo-hemothorax. The surgeon decided to treat with the operation method by exploratory laparotomy with perihepatic temporary abdominal packing.

The postoperative phase was treated by packed red cell (PRC), ventilator support, and intercostal chest drainage at right chest. Afterwards, the patient found that the blood test and chest x-ray was improved in 48 hours. The patients were staying in ICU for 4 days and can also release the intercostal chest drainage and ventilator support. Subsequently, the patient was moved to the general surgery department. The patient condition was better and could be discharged, the length of stay were 13 days.

Nursing care of patient with liver injury should acute and urgent care. The nurse was staffs who closed up to the patient and provided the correct nursing for fixing the problem of patient in crisis and before surgery. The nursing care would correspond to the treatment plan of doctor for helping patients immediately.

Key words : Nursing, liver injury, Respiratory failure

บทนำ

การบาดเจ็บของตับจากการบาดเจ็บของช่องท้องชนิดไม่มีบาดแผล เป็นภาวะที่พบได้บ่อยเป็นอันดับที่สอง รองจากการบาดเจ็บที่ม้าม และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตสูงสุด หากมีการบาดเจ็บในช่องท้องและตรวจไม่พบจะทำให้อันตรายถึงชีวิตได้¹ เพราะนอกจากอวัยวะจะบาดเจ็บ หลอดเลือดก็ยังสามารถเสียหายด้วย สิ่งที่จะต้องคำนึงถึงจึงเริ่มตั้งแต่ การซักประวัติการบาดเจ็บของช่องท้อง กลไกการเกิดอุบัติเหตุ การตรวจร่างกาย วัตถุประสงค์ของ Focused Assessment Sonography in Trauma (FAST) และการตรวจพิเศษประกอบ คือ Computed Tomography (CT scan) ความรุนแรงของการบาดเจ็บจะเพิ่มขึ้นเมื่อมีการบาดเจ็บร่วมหลายระบบ (Multiple Trauma) ได้แก่ การบาดเจ็บที่ศีรษะ การบาดเจ็บที่ทรวงอก ช่องท้อง กระดูกหัก เป็นต้น² การรักษาบาดเจ็บที่ตับมีทั้งแบบผ่าตัดและไม่ผ่าตัด แพทย์จะพิจารณาผ่าตัดจาก สัญญาณชีพ (Hemodynamic status) และการมีภาวะช็อคที่จำเป็นต้องได้รับเลือดในปริมาณมาก หลังผ่าตัดต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ Delay hemorrhage และ ภาวะติดเชื้อเป็นหนอง ในการดูแลรักษาผู้ป่วยเหล่านี้ การรักษาระบบการหายใจ และระบบการไหลเวียนโลหิตที่พบสิ่งผิดปกติต้องรีบแก้ไขและช่วยเหลือโดยเร็ว³ จากสถิติในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ปี 2562 พบอุบัติเหตุจากรถที่มีการบาดเจ็บที่ตับ 31 ราย เสียชีวิต 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.7⁴ ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ตับ ต้องให้การดูแลอย่างเฉียบพลันและเร่งด่วน พยาบาลเป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ต้องวางแผนให้การดูแลที่ถูกต้องตรงกับปัญหาของผู้ป่วย ทั้งในระยะวิกฤตและพ้นวิกฤต อันได้แก่ การป้องกันเกิดภาวะช็อครุนแรง โดยการสังเกตอาการทางหน้าท้อง ดูแลให้ได้รับสารน้ำและเลือดอย่างเพียงพอ เฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจน มีการเตรียมความพร้อมในการส่งผู้ป่วยเข้าผ่าตัดฉุกเฉิน ภายหลังผ่าตัดมีการดูแลต่อเนื่อง เพื่อบรรเทาอาการปวด ป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ และแผลผ่าตัด โดยให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที ผู้ป่วยปลอดภัยและรอดชีวิต⁵

กรณีศึกษา**ข้อมูลทั่วไป**

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 22 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพ โสด เรียนจบ ปวช. ปัจจุบันทำงานเป็นลูกจ้างบริษัท

รับไว้รักษาในโรงพยาบาล วันที่ 28 มกราคม 2563 เวลา 04.31น.

จำหน่ายกลับบ้าน วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2563 เวลา 12.00 น.

รวมเวลารักษาในโรงพยาบาล 13 วัน

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคแรกรับ Blunt abdominal injury with hemodynamic unstable and right lung pneumo-hemothorax

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย Blunt abdominal injury with liver injury grad 3

การผ่าตัด

1. Explore lap with perihapatic packing with temporary abdominal closure 28 มกราคม 2563

2. Explore lap with off swab packing 30 มกราคม 2563

อาการสำคัญ

เจ็บท้องและแน่นหน้าอกขวา หายใจเร็วตื่น ซีด 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ขับรถจักรยานยนต์ชนกับจักรยานยนต์ กระเด็นไปกระแทกที่กั้นถนน พบรอยถลอกบริเวณหน้าอก ซ้ายโครงขวา และตามลำตัว หายใจเร็ว ไม่สลบ จำเหตุการณ์ไม่ได้ มูลนิธิร่วมกตัญญูนำส่งโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

สุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่มีโรคประจำตัว ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุร้ายแรง เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน

ประวัติส่วนตัวและแบบแผนการดำเนินชีวิต

ผู้ป่วยเป็นสมาชิกในครอบครัว มีพี่น้อง 3 คน ผู้ป่วยเป็นบุตรคนที่ 2 ทำงานรับจ้างที่โรงงานผลิตไก่ ผู้ป่วยมีอุปนิสัยเป็นคนเงียบขรึม มีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลทั่วไป รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ รับประทานอาหารรสธรรมดา ดื่มสุรานาน ๆ ครั้ง ไม่สูบบุหรี่ และไม่เคยแพ้ยามี การขับถ่ายอุจจาระ และปัสสาวะปกติ พักผ่อนวันละ 6 ชั่วโมง ทุกคนในครอบครัวรักใคร่กลมเกลียวกัน เมื่อมีปัญหาและอุปสรรคต่างๆ จะปรึกษากันเพื่อหาแนวทางแก้ไข ทุกคนในครอบครัวเป็นกำลังใจซึ่งกันและกัน

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

ผู้ป่วยชายไทย รูปร่างสมส่วน ผิวดำแดง ซีด On ET-tube No 8 mark 22 with ventilator อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ชีพจร 128 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 96 /60 มิลลิเมตรปรอท रिมีฝีปากแห้ง ซีด เปลือกตา เล็บ คอแห้งซีด ปลายมือปลายเท้าเย็น On blanket warmer ไข้ มีแผลผ่าตัดหน้าท้อง ไม่ได้เย็บยาวประมาณ 10 เซนติเมตร ต่อ Vacuum dressing with suction, On NG tube มี Content

เป็นน้ำและเลือดสดๆปน On ICD ที่ปอดด้านขวา ชนิด 2 ขวดมี Drain เป็นเลือดสด ประมาณ 100 มิลลิลิตร ปัสสาวะทาง Foley's catheter สีเหลืองเข้มออก 300 มิลลิลิตร

ประเมินสภาพจิตและสังคม

กลัวการบาดเจ็บครั้งนี้เพราะมีอาการปวดแผลตลอดเวลา ร่างกายมีอุปกรณ์ช่วยชีวิตหลายอย่าง กลัวตายและไม่แน่ใจว่าจะกลับไปทำงานตามปกติได้หรือไม่ ครอบครัวขาดรายได้

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

28 มกราคม 2563 ก่อนผ่าตัด

White blood count 15,200 cells/mm³, Neutrophil 41.8%, Lymphocyte 4.1%, Hematocrit 41.8%, Platelet count 314,200 cells/mm³ , PT 14.9 sec, PTT 29.6 sec INR 1.3, Na 139 mmol /L, K 3.3 mmol /L, Cl 106 mmol /L, CO₂ 20.7 mmol /L, BUN 9 mg/dl, Creatinine 1.23 mg/dl

29 มกราคม 2563 หลังผ่าตัด

White blood count 14,800 cells/mm³, Neutrophil 83%, Lymphocyte 10.3%, Hematocrit 29%, Platelet count 128,900 cells/mm³ , PT 18.3 sec, PTT 29.8 sec INR 1.6, Na 136 mmol /L, K 4.3 mmol /L, Cl 105 mmol /L, CO₂ 25.7 mmol /L, BUN 20 mg/dl, Creatinine 1.32 mg/dl

CT of whole abdomen (28 มกราคม 2563)

1. Major liver injury, grade III; deep right hepatic laceration with capsule involvement; large right hepatic contusion and intrahaptic hematoma; active bleeding seen as contrast extravasation.
2. Large hemoperitoneum.
3. RLL and RML with lung contusions and pulmonary hemorrhage. Right pneumo-hemothorax

Chest x-ray

6 กุมภาพันธ์ 2563 : Increase right hydro pneumothorax. Lung contusion

8 กุมภาพันธ์ 2563 : Decreased right pneumothorax. Increased right pleural fluid.

R/O RLL infiltration. Normal left lung.

สรุปการรักษาขณะอยู่โรงพยาบาล

ผู้ป่วยชายไทยสถานภาพโสด อายุ 22 ปี รับเมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563 เวลา 00.45 น. มลุนิธินำส่ง 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ขับรถจักรยานยนต์ชนกับจักรยานยนต์ กระเด็นไปกระแทกที่ถนน พบรอยถลอกบริเวณหน้าอก ชายโครงขวา และตามลำตัว หายใจเร็ว ไม่สลับ แต่จำเหตุการณ์ไม่ได้ แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัว กระสับกระส่าย ผิวกายซีด ปลายมือปลายเท้าเย็น มีอาการเจ็บท้องด้านขวา มี Guarding ความดันโลหิต 92/49 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 120 ครั้ง/นาที การหายใจ 28 ครั้ง/นาที

O2 sat 93% On O2 mask with bag 10 LPM Hct 34% เปิด IV 2 เส้น ให้ NSS 1,000 ml iv loading FAST negative, decrease breath sound ใส่ right ICD ได้ลมและเลือด 100 มิลลิลิตร ทำ CT brain with C-spine ผล No ICH No fracture c-spine กลับจาก CT ปวดท้องมากขึ้น กระสับกระส่าย ความดันโลหิต 77/35 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 130 ครั้ง/นาที การหายใจ 28 ครั้ง/นาที O2 sat 94% ให้ NSS 1,000 ml IV loading วัดความดันโลหิต 107/72 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 122 ครั้ง คัลยแพทย์ R/O Abdominal injury ส่งทำ CT whole abdomen พบ Liver injury gr.3 with large hemoperitoneum ส่งผ่าตัดอย่างรวดเร็วเวลา 04.40 น. ก่อนส่ง E3M6V5 ชีพจร 132 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/54 มิลลิเมตรปรอท O2 sat 95% เตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด DTX180 mg% เจาะlab CBC, BUN, Cr, E'lyte, PT, PTT, INR, Anti HIV On NG tube Foley's cath เตรียม PRC 4 units FFP 4 units อธิบายผู้ป่วยและญาติ แจ้งความจำเป็นที่ต้องผ่าตัด เปิดโอกาสให้ซักถาม และมารดาลงนามในใบยินยอมผ่าตัด ส่งห้องผ่าตัดเวลา 04.40 น. GCS E4M6V5

หลังผ่าตัดผู้ป่วย Admit ICU ศัลยกรรมประสาทและอุบัติเหตุ ทำ Explore lap with perihapatic packing with temporary abdominal closure การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย Blunt abdominal injury with liver injury grad 3 ระหว่างทำผ่าตัดเสียเลือด 2,300 มิลลิลิตร พบ Hemoperitoneum 2,000 มิลลิลิตร กลับจากห้องผ่าตัด รู้สึกตัว On ET tube with Ventilator setting CMV mode On right subclavian iv NG tube ต่อกับ Gomco Suction ได้ Content มี bleed คล้ำๆ ค้างสาย หน้าท้องมีแผลผ่าตัดแบบ Vacuum dressing ต่อ Suction low pressure ลักษณะ Drain เป็นเลือดสีแดงคล้ำๆ 200 มิลลิลิตร ผิดกายเย็น On blanket warmer อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 122/76 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 142 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที O2 sat 99 % On Acetar IV 120 มิลลิลิตร/ชั่วโมง DTX=143 mg% Hct stat 25% ให้ PRC 2 units iv FFP 4 units iv free flow ให้ CPM 1 amp IV ก่อนให้เลือด ปัสสาวะทาง F/C สีเหลืองออก >30มิลลิลิตร/ชั่วโมง เวลา 18.00 น. เจาะ Hct 30% ผู้ป่วยปวดแผล พักผ่อนไม่ค่อยได้ ประเมิน Pain score >8 คะแนน ดูแลให้ Morphine 4 mg iv ทุก 4 hr ทุกเวลาปวด พักผ่อนได้

24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด เพื่าระวังการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนจากการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ เริ่ม wean Ventilator อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที O2sat 98 % ชีพจร 118 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 107/54 มิลลิเมตรปรอท ICD มี bleed 400 มิลลิลิตร Hct stat 25% ให้ PRC 2 units iv drip ให้ CPM 1 amp iv ก่อนให้เลือด และเพื่าระวังติดตามภาวะ Hypovolemic shock บันทึกปริมาณสารน้ำเข้า-ออก จากร่างกาย ปัสสาวะออกดี แพทย์ Plan off swab เมื่อครบ 48 ชั่วโมง อธิบายอาการและแผนการดูแลรักษาผ่าตัดให้ผู้ป่วยและญาติทราบเป็นระยะๆ ครบ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด Drain จากแผล Vacuum dressing ออก 400 มิลลิลิตร สีแดงคล้ำ Vital sign stable ให้ FFP 4 units iv free flow และ ส่งห้องผ่าตัดเวลา 14.30 น. ทำ Explore lap with off swab packing กลับจากห้องผ่าตัด รู้สึกตัว Vital sign stable Hct 31% on ICD right chest มีเลือดสีแดงจางออกเล็กน้อย ปวดแผล ประเมิน Pain score 7 คะแนน ให้ยาแก้ปวด MO 4 mg IV prn for pain ทุก 6 ชั่วโมง ไม่พบอาการผิดปกติหลังได้รับยา อาการปวดทุเลา มีไข้ตลอด 3 วันหลังผ่าตัดแจ้งผู้ป่วยเตรียมความพร้อมเพื่อทำการถอดท่อช่วยหายใจ หลังถอดท่อช่วยหายใจ ไม่มีภาวะ Tissue พร่องออกซิเจน อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที O2sat 98 % อาการทั่วไปดีขึ้น

เตรียมย้ายไปตึกศัลยกรรมชาย เวลา 14.00 น. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยแพทย์มีแผนการรักษาให้ Bed rest 7 วัน ทำกิจวัตรประจำวันบนเตียงได้เอง ถอดสายสวนปัสสาวะ และสายระบายที่แผลออก แผลผ่าตัดหน้าท้องแห้งดีไม่มี Discharge ซึม ท้องไม่อืดตึง ผายลมและขับถ่ายได้ แต่ยังมีไข้ อุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส เฝ้าระวังการติดเชื้อในร่างกาย ส่งตรวจ CBC, LFT, Coagulogram, CXR, U/A ผล WBC 13,310 CELLS/mm³ CXR พบ Increase right hydro-pneumothorax และ Lung contusion ให้ off ceftriazone เปลี่ยนเป็น Augmentin (1gm) 1 tab oral bid ถอดสายระบายทรวงอกและน้ำเกลือออก วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2563 ไม่มีไข้ ตัดไหมแผลหน้าท้องแห้งดี ลูกเดินช่วยเหลือตัวเองได้ แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน ให้มาตรวจตามนัดอีก 2 สัปดาห์ วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2563 และ CXR ก่อนพบแพทย์ ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้าน รวมถึงรักษาในโรงพยาบาล 13 วัน จากการติดตามผลการรักษา แผลผ่าตัดหน้าท้องตัดไหม แห้งดี รับประทานอาหารได้ตามปกติ ไม่พบภาวะแทรกซ้อน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

การวางแผนการพยาบาลก่อนการผ่าตัด

ปัญหาที่ 1 เกิดภาวะช็อคจากการมีเลือดออกภายในช่องท้อง

ข้อมูลสนับสนุน

- ประวัติชีพจรจากรยานยนต์ชนกับรถจักรยานยนต์ มีรอยถลอกบริเวณหน้าอกและท้อง เจ็บท้องด้านขวา ฟังปอดพบ Decrease breath sound ปอดขวา On ICD ได้ ลมและเลือด
- กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น रिมน้ำปาก เปลือกตา และเล็บมือเล็บเท้าซีด capillary refill time > 2 วินาที Hct 25%
- ผล CT whole abdomen พบ
 - Major liver injury grade III deep right hepatic laceration with capsule involvement large right hepatic contusion and intrahapatic hematoma active bleeding seen as contrast extravasation.
 - Large hemoperitoneum.
- ชีพจร 128 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที O₂ saturation 93 %

ความดันโลหิต 92/49 มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อคจากการมีเลือดออกภายในช่องท้อง

เกณฑ์การประเมิน

- สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ อุณหภูมิ 36.6-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/80 มิลลิเมตรปรอท O₂ saturation > 95%
- ระดับความรู้สึกตัว รู้เวลา บุคคลและสถานที่ถูกต้อง
- เล็บมือเล็บเท้า เปลือกตาและริมน้ำปากไม่ซีด Capillary refill time < 2 วินาที
- Hct > 30%
- Urine output > 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

การพยาบาล

1. สังเกตและตรวจวัดความรู้สึกตัวของผู้ป่วย อุณหภูมิกาย สีผิว เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่ายของผู้ป่วย เพื่อประเมินภาวะช็อค
2. ตรวจและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที เพื่อประเมินความก้าวหน้าของสภาวะช็อค
3. ติดตามเจาะ Hct เพื่อประเมินการสูญเสียเลือดในร่างกาย
4. เปิด IV 2 เส้น และดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา คือ 0.9% NSS 1,000 ml iv loading
5. เจาะเลือด ส่งตรวจ CBC, BUN, Creatinine, Electrolyte, LFT, HIV และจางเลือด เพื่อให้ทดแทนและเตรียมเลือดสำหรับการผ่าตัด
6. ให้ Oxygen mask with bag 10 LPM และ monitor O2 sat keep > 95%
7. เตรียมความพร้อมใส่ ICD ชนิด 2 ขวด สังเกตลมและปริมาณเลือด
8. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เช่น อาการหน้าท้องแข็งตึง กดเจ็บ อาการกระสับกระส่ายซึ่งบ่งถึงภาวะตกเลือดในช่องท้อง มีเยื่อช่องท้องอักเสบ
9. เตรียมความพร้อมส่งตรวจ CT whole abdomen
10. ตรวจวัดและบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง ประเมินจำนวนปัสสาวะไม่น้อยกว่า 30 มิลลิเมตร/ชั่วโมง
11. เตรียมอุปกรณ์การช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมที่จะใช้ทันทีเมื่อผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้น
12. เตรียมความพร้อมผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจ อธิบายแผนการดูแลรักษาและ ให้ญาติเซ็นใบยินยอมทำการรักษาผ่าตัด ประสานห้องผ่าตัดเพื่อส่งผ่าตัดฉุกเฉิน

การประเมินผล

อุณหภูมิ 36.9-37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 122 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 107/72 มิลลิเมตรปรอท O2 saturation 94 % กระสับกระส่าย รับรู้เวลา สถานที่และบุคคลอย่างถูกต้องริมฝีปากและเปลือกต่ายังดูซีด ปลายมือปลายเท้าเย็น Capillary refill time 2 วินาที ปัสสาวะออก > 30 มิลลิเมตร/ชั่วโมง

ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะของการบาดเจ็บและแนวทางการรักษา

ข้อมูลสนับสนุน

ญาติร้องไห้ฟูมฟาย ถามถึงอาการและขอเข้าดูบุตรตลอดเวลา “กลัวลูกเสียชีวิต”

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความกังวลและยอมรับการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติสีหน้าคลายวิตกกังวล
2. ผู้ป่วยและญาติยอมรับการผ่าตัด

การพยาบาล

1. พุดคุยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ ให้การพยาบาลด้วยความเอื้ออาทร เอาใจใส่ต่อการเจ็บป่วย ของผู้ป่วย และความเศร้าโศกของญาติ
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติ ชักถามในเรื่องที่กังวล พบว่ากลัวการผ่าตัด กลัวผู้ป่วยไม่ฟื้น จากนั้นจัดให้ผู้ป่วยและญาติได้พบกับแพทย์ที่ทำการผ่าตัด อธิบายให้เข้าใจถึงโรคที่เป็น แนวทางการดูแลรักษา การผ่าตัดอย่างคร่าวๆ ให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ
3. ให้ความมั่นใจว่า ทีมผ่าตัดและดมยาสลบ เป็นบุคลากรที่มีความชำนาญอยู่แล้ว ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ถ้าไม่ผ่าตัดหรือผ่าตัดเมื่อเวลาว่างเลยไปกว่านี้จะอันตรายต่อผู้ป่วยได้
4. เมื่อผู้ป่วยและญาติมีท่าทียอมรับการผ่าตัดแล้ว อธิบายพอสังเขปถึงการปฏิบัติตนก่อนและหลังการผ่าตัดให้เข้าใจ
5. ติดตามผลเลือด จองเลือดให้ครบก่อนผ่าตัด เพื่อเตรียมพร้อมเนื่องจากผู้ป่วยเสียเลือดมาก
6. ตรวจสอบเซ็นยินยอมการผ่าตัดให้ครบถ้วนก่อนผ่าตัด

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติสีหน้าคลายวิตกกังวล ให้ความร่วมมือในการรักษา ยินยอมให้ผ่าตัด

การวางแผนการพยาบาลหลังการผ่าตัด

ปัญหาที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ

ข้อมูลสนับสนุน

1. คลำพบ Subcutaneous emphysema บริเวณหน้าอกสองข้าง
2. มีแผลผ่าตัดขนาดใหญ่บริเวณหน้าท้อง
3. On ET-Tube with ventilator mode CMV หายใจหอบเหนื่อย RR 26-30 ครั้ง/ นาที
4. ผล Chest X-ray พบ Decrease hemo-pneumothorax Rt.

วัตถุประสงค์

ไม่เกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่พบอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง กระสับกระส่าย
2. ไม่มีภาวะ Cyanosis
3. สัญญาณชีพปกติ ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 14-16 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท O₂ Saturation > 95%

การพยาบาล

1. สังเกตอาการที่แสดงถึงภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง กระสับกระส่าย ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยในการหายใจ ประเมินประสิทธิภาพการทำงานของปอด กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆ และไอขับเสมหะออก โดยใช้มือประคองแผลหน้าท้องไว้

2. ประเมินสัญญาณชีพและสังเกตการหายใจทุก 1 ชั่วโมงเพื่อประเมินภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน
3. Monitor O2 Saturation >95% เพื่อติดตามระดับออกซิเจนในร่างกาย
4. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยดูดเสมหะอย่างนุ่มนวล เมื่อพบว่ามีเสียงเสมหะในท่อหลอดลมคอ ก่อนทำการดูดเสมหะให้ O2 100% นาน 1 นาที ดูดเสมหะครั้งหนึ่งไม่เกิน 10-15 วินาที และขณะดูดเสมหะ สังเกตอาการของผู้ป่วยว่ามีอาการขาด O2 ได้แก่ กระสับกระส่าย ริมฝีปากเขียวคล้ำ ถ้าพบอาการดังกล่าว รีบให้การช่วยเหลือ
5. ดูแลให้ปอดสามารถขยายตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่การจัดทำนอนศีรษะสูง เปลี่ยนท่านอน พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง จัดทำเพื่อให้เสมหะระบายออกดี ป้องกันการคั่งค้างของเสมหะ และภาวะปอดแฟบ
6. ดูแล ICD ให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อระบายเลือดในปอดให้ปอดทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และบันทึก ติดตามลักษณะของแผลและท่อระบาย สังเกตสี และจำนวนสารระบายที่ออกมา ถ้ายังมีสีแดงสด แสดงว่ายังมีภาวะตกเลือด รายงานแพทย์เพื่อให้การช่วยเหลือทันที และติดตาม Hct ทุก 4 ชั่วโมง
7. ดูแลให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย On blanket warmer สังเกตและประเมินการกำซาบเลือดของเนื้อเยื่อ สีผิว ความอบอุ่นของปลายมือ ปลายเท้า
8. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ เพื่อลดการใช้ O2 โดยทำกิจกรรมการพยาบาลในคราวเดียวกัน และให้ญาติเยี่ยมตามความเหมาะสม
9. ตั้งค่าเครื่องช่วยหายใจให้ได้ตรงตามแผนการรักษา คือ Mode CMV TVB=500 ml RR=20/min PF=45 LPM FiO2 0.4 ในระหว่างที่ใช้เครื่องช่วยหายใจตรวจสอบให้เครื่องช่วยหายใจทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ

การประเมินผล

อุณหภูมิ 36.9-37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 100-120 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22-28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60-120/70 มิลลิเมตรปรอท O2 saturation 98 % ไม่มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน

ปัญหาที่ 4 เสี่ยงต่อภาวะช็อคหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยผ่าตัด Explore lap with perihapatic packing with temporary abdominal closure พบ liver laceration at right lobe 5 cm in depth, large hematoma at right subhepatic space มีแผลผ่าตัดหน้าท้อง ยาว 20 เซนติเมตร ต่อ Vacuum dressing with low pressure
2. ระหว่างทาผ่าตัดเสียเลือด 2,300 ml ,Hemoperitonium 2,000 ml
3. Hct หลังผ่าตัด 30 %
4. PT 14.9 (10.6-13.0 sec) PTT 29.6 (22.1-28.9 sec)
5. สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 90/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 122 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที

วัตถุประสงค์

ไม่มีเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น ภาวะ Hypovolemic shock จากเลือดออกในช่องท้อง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการกระสับกระส่าย
2. สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท
3. ไม่มี Active bleed จากแผลผ่าตัดและจาก ICD
4. Hct >30%
5. Urine / hr > 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

การพยาบาล

1. สังเกตอาการของภาวะช็อกได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง กระสับกระส่าย ชีพจรเบาเร็ว ผิวหนังเย็นชื้น เหงื่อออกมาก ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง
2. วัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง หลังจากนั้นทุก 1 ชั่วโมงจนสัญญาณชีพอยู่ในระดับปกติ
3. บันทึก ติดตามลักษณะของแผลและท่อระบาย สังเกตสี และจำนวนสารระบายที่ออกมา ถ้ายังมีสีแดงสด แสดงว่ายังมีภาวะตกเลือด รายงานแพทย์เพื่อให้การช่วยเหลือทันที ติดตาม Hct ทุก 4 ชั่วโมง < 30% รายงานแพทย์
4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ ตามแผนการรักษา ได้แก่ Acetar 1000 ml iv drip 120 ml/hr
5. ให้เลือดตามแผนการรักษาได้แก่ PRC 2 unit iv drip, FPP 4 unit iv drip ตรวจสอบกรู๊ปเลือดให้ถูกต้องและสังเกตอาการแพ้เลือด เช่น ผื่นคัน
6. ตรวจวัดและบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง น้อยกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง รายงานแพทย์ทราบ
7. Record I/O ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย
8. แพทย์ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับผลการผ่าตัด เปิดโอกาสให้ซักถาม

การประเมินผล

รู้สึกตัวดี ชีพจร 120 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/60-120/90 มิลลิเมตรปรอท ไม่มี Active bleeding จากบาดแผลผ่าตัด และจาก ICD หลังให้เลือดเจาะ Hct 33% ปัสสาวะออกดี

ปัญหาที่ 5 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดและใส่ท่อระบายทรวงอก มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ
ข้อมูลสนับสนุน

1. มีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องขนาดใหญ่มีสายระบายเลือดและใส่ท่อระบายทรวงอก
2. ผู้ป่วยบ่นปวดแผล Pain score 8-10 คะแนน
3. สีหน้าอิดโรย ไม่สุขสบาย เหงื่อออก

วัตถุประสงค์

ได้รับความสุขสบาย บรรเทาจากการเจ็บปวดและพักผ่อนได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. สีหน้าผ่อนคลาย สดชื่นขึ้น
2. Pain score < 5 คะแนน
3. หลับพักผ่อนได้อย่างน้อย 4 ชม. ในเวลากลางคืน
4. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ อุณหภูมิ 36.6-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 14-16 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60-140/80 มิลลิเมตรปรอท

การพยาบาล

1. ประเมินระดับความเจ็บปวด (Pain score) ทุก 4 ชั่วโมง ตรวจวัดความดันโลหิต ชีพจร และการหายใจ เพื่อเป็นข้อมูลในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถควบคุมความเจ็บปวดภายหลังการผ่าตัดได้ดี
2. ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาโดยเฉพาะในระยะแรกภายหลังการผ่าตัด คือ Morphine 4 mg iv dilute ทุก 4 ชั่วโมง และติดตามประเมินผลการให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ว่าสามารถควบคุมความเจ็บปวดได้หรือไม่ มีผลข้างเคียงจากยา เช่น กดการหายใจ ง่วงซึม
3. จัดให้อยู่ในท่าที่สุขสบาย ไม่มีการดึงรั้งของสายหรือท่อระบายต่างๆ รวมทั้งให้มีการหย่อนกล้ามเนื้อบริเวณแผลผ่าตัด และช่วยในการเคลื่อนไหวหรือเปลี่ยนท่าเมื่อมีอาการเมื่อยล้า
4. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าจะมีอาการปวดแผลมากหลังผ่าตัด 2-3 วันแรก หลังจากนั้นอาการปวดจะทุเลาลง
5. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย พุดคุย ปลอดภัย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ถามและระบายความรู้สึกต่างๆรวมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง จัดกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ ให้รับกวนการพักผ่อนของผู้ป่วยน้อยที่สุด

การประเมินผล

สีหน้าผ่อนคลาย สดชื่นขึ้น Pain score 4-5 คะแนน นอนหลับพักผ่อนได้ สัญญาณชีพปกติ

ปัญหาที่ 6 เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากมีแผลผ่าตัดหน้าท้องและแผลใส่ ICD**ข้อมูลสนับสนุน**

1. มีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องขนาดใหญ่มีสายระบายต่อ และใส่ ICD ปอดขวา
2. มีไข้ 37.8-38.5 องศาเซลเซียส หลังผ่าตัด
3. ผลตรวจ CBC (29 ม.ค. 63) WBC 14,890 Cells/mm³ Neutrophil 83%

วัตถุประสงค์

ไม่มีการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดและแผล ICD ปอดขวา

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ อุณหภูมิ 36.6-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 14-16 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60-140/80 มิลลิเมตรปรอท

2. ไม่มีอาการบวม แดง ปวด ร้อน หรือมี discharge ซีมบริเวณแผลผ่าตัด
3. CBC อยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ WBC 5,000-10,000 Cells/mm³ Neutrophil 40-60%

การพยาบาล

1. ประเมินการติดเชื้อ สังเกต อาการปวด บวม แดง ร้อนหรือมี Discharge ซีม บริเวณแผลผ่าตัด และแผล ICD ปอดขวา
2. วัดและบันทึกอุณหภูมิกายทุก 4 ชั่วโมง มีไข้ดูแลให้การพยาบาลเพื่อลดไข้ อุณหภูมิกายมากกว่า 38 องศาเซลเซียส ดูแลเช็ดตัวลดไข้และให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษา
3. ดูแลให้ผู้ป่วยรับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงหลังให้ยา Ceftriazone 2 gm IV OD เช่น ผื่นคัน
4. ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC และ CXR

การประเมินผล

ไม่มีอาการปวด บวม แดง ร้อน บริเวณแผลผ่าตัด 2-3 วันแรก หลังผ่าตัดมีไข้ต่าง ๆ ซ้ำจร 80-100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/70-120/80 มิลลิเมตรปรอท

ปัญหาที่ 7 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยถามว่า “ กลับไปอยู่บ้านต้องทำอะไร พักฟื้นนานไหมและจะทำงานได้ไหม ”
2. สีหน้าครุ่นคิด วิตกกังวล เมื่อถามถึงการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

วัตถุประสงค์

มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน เมื่อต้องกลับไปอยู่บ้าน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตนเมื่อไปอยู่บ้านได้อย่างถูกต้อง
2. สีหน้าคลายวิตกกังวล

การพยาบาล

1. สอนและเตรียมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้อย่างถูกต้อง
2. แนะนำเรื่องการดูแลแผลผ่าตัด การทำความสะอาดแผล หรือแนะนำให้ไปทำแผลที่สถานีนอนามัยใกล้บ้าน การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และเหมาะสมกับผู้ป่วย ได้แก่ อาหารประเภทเนื้อสัตว์ ไข่ นม ผักสด และผลไม้
3. หลีกเลี่ยงการยกของหนัก จนกระทั่งแผลผ่าตัดหายดี ซึ่งโดยปกติจะเป็นเวลาประมาณ 3 เดือน
4. รับประทานยาให้ถูกต้องตามแผนการรักษา
5. แนะนำเรื่องการมาพบแพทย์ตามนัด และอธิบายถึงอาการผิดปกติที่ควรสังเกต และรีบมาพบแพทย์ก่อน ได้แก่ มีไข้หนาวสั่น แผลซิม เป็นต้น
6. แนะนำการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ เพื่อลดอุบัติเหตุทางท้องถนน ได้แก่ การให้ความรู้ในการขับขี่ การป้องกันอุบัติเหตุ เช่น การสวมหมวกกันน็อค การคาดเข็มขัดนิรภัย เมาไม่ขับ ไม่ซ้อนคนเมา และการใช้สารเสพติดหรือยาที่มีฤทธิ์กดประสาท เป็นต้น

การประเมินผล

ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล ตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้อง

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

การบาดเจ็บที่ตับจากแรงกระแทกร่วมกับการบาดเจ็บช่องอก มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต สาเหตุจากอุบัติเหตุจราจร เป็นภาวะวิกฤตที่ต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน การซักประวัติและการตรวจอย่างละเอียด ร่วมกับการตัดสินใจใช้วิธีการที่ตรวจอย่างถูกต้องและเหมาะสม จะนำไปสู่การตัดสินใจในการรักษาที่ดีที่สุด เพราะถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงที จะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะการหายใจล้มเหลวและภาวะช็อคจากการสูญเสียเลือด อวัยวะต่างๆในร่างกายล้มเหลวจนเสียชีวิตได้ อย่างไรก็ตามพบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บจากแรงกระแทกที่ท้อง บางครั้งจะตรวจพบการบาดเจ็บที่ท้องไม่ชัดเจน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการบาดเจ็บที่ท้องอย่างเดียวและมี Stable hemodynamic พยาบาลต้องดูแลโดยเฝ้าติดตามและดูการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะว่าดีขึ้นหรือเลวลง เพราะการบาดเจ็บและมีเลือดออกในช่องท้องระยะแรกจะมีอาการระคายเคืองเยื่อช่องท้องเล็กน้อย และกว่าจะแสดงอาการชัดเจนก็ต่อเมื่อเสียเลือดมากจนช็อค ส่วนผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวซึ่งไม่สามารถแสดงอาการทางหน้าท้องหรือผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ และจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดในส่วนอื่นๆ จะมีการเปลี่ยนแปลงของ hemodynamic หรือฮีมาโตคริตต่ำ โดยหาสาเหตุไม่ได้ ผู้ป่วยนี้สมควรได้รับการตรวจพิเศษ ได้แก่ Ultrasonography, DLP (diagnostic peritoneal lavage) และ CT scan abdomen และเมื่อหาสาเหตุได้แล้วก็ควรนำไปผ่าตัดทันที

การพยาบาลในระยะวิกฤตจึงเริ่มตั้งแต่การซักประวัติกลไกการบาดเจ็บเพื่อประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บ การตรวจร่างกาย การประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ดูแลการหายใจให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ และการแก้ไขภาวะช็อค โดยให้ได้รับเลือดและสารน้ำอย่างเพียงพอ จนผู้ป่วยปลอดภัยในระยะก่อนผ่าตัด รวมถึงต้องสื่อสารให้ญาติทราบขั้นตอนและวิธีการให้ความช่วยเหลือคลายความวิตกกังวล หลังผ่าตัดต้องดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ ภาวะ Re-bleeding มีการติดตามอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด และ ติดตาม Hct เป็นระยะ การสังเกตและบันทึกปริมาณของสารระบายจากสายต่าง ๆ เป็นสิ่งสำคัญ เพื่อประเมินและให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงที นอกจากนี้การสังเกตภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ เป็นหนองในช่องท้องหรือทรวงอก ไตเสียหายที่เลือดไม่แข็งตัว (Bleeding diathesis) ระดับของบิลิรูบินในเลือดสูงขึ้นหลังผ่าตัด อันเป็นผลจากก้อนเลือดอุดตันทางเดินน้ำดี หรือมีเลือดไปเลี้ยงตับไม่เพียงพอ (Hepatic Insufficiency) จากภาวะช็อค การสูญเสียเนื้อตับ หรือจากการดูดซึมน้ำดีที่รั่วหรือก้อนเลือดที่ละลาย การติดเชื้อหลังผ่าตัด และมีเลือดออกในท่อน้ำดี (Hemobilia) จะปรากฏในระยะ 1-3 สัปดาห์หลังบาดเจ็บ ถ้ามีเลือดออกในน้ำดี ถือเป็นข้อบ่งชี้ในการทผ่าตัดอีกครั้งหนึ่ง จากกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การดูแลทางด้านจิตใจ โดยการพูดให้ความสนใจ ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวและให้ข้อมูลการดูแลรักษาเป็นระยะๆ จะทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา พยาบาลเป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ต้องวางแผนให้การดูแลที่ถูกต้องตรงกับปัญหาของผู้ป่วยทั้งในระยะวิกฤต ระยะก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด ให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ มีการตัดสินใจที่รวดเร็วเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัย

บทสรุป

การบาดเจ็บที่ตับจะพบได้บ่อยจากแรงกระแทกทางหน้าท้อง เนื่องจากตับเป็นอวัยวะที่ใหญ่อยู่ในช่องท้องค่อนข้างมาทางด้านหน้าจึงมีโอกาสได้รับบาดเจ็บบ่อย แม้ว่าการรักษาการบาดเจ็บที่ตับจะก้าวไปไกลแล้ว แต่อัตราตายจากการบาดเจ็บชนิดนี้ยังสูงอยู่ และถ้ามีการบาดเจ็บของทรวงอกร่วมด้วย จะทำให้มีลมและเลือดคั่งในปอด ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากขึ้น การรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ตับที่ต้องได้รับการผ่าตัด พิจารณาจากสัญญาณชีพไม่คงที่และมีภาวะช็อค ผู้ป่วยรายนี้แพทย์ทำผ่าตัด Perihepatic packing liver และเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น เลือดในท้องหยุดไหล ก็ผ่าตัดเพื่อเอาผ้า Swab packing ออกภายหลัง ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ตับนี้ ประมาณครึ่งหนึ่งจะตายเนื่องจากเลือดออกมาก ควบคุมไม่ได้ระหว่างผ่าตัด อัตราตายทั่วไปประมาณร้อยละ 10-20 ฉะนั้นบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ตับทั้งก่อนและหลังผ่าตัดจึงเป็นสิ่งสำคัญมาก สำหรับพยาบาลซึ่งใกล้ชิดผู้ป่วยตลอดเวลา ทำให้รู้ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นอย่างดี ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องและทันที่ว่าการเพิ่มมาตรการของรัฐบาลอย่างเข้มงวดและจริงจัง ในเรื่องการขับรถเร็ว เมาไม่ขับ ตลอดจนการสวมหมวกนิรภัย เป็นการสร้างวินัยให้กับผู้ขับขี่ยานพาหนะ ทำให้ลดความรุนแรงของการบาดเจ็บและเป็นการลดความสูญเสียด้านเศรษฐกิจ สังคม ลดอัตราตายและความพิการ

เอกสารอ้างอิง

1. Nasim Ahmed, Jerome JV. Management of liver trauma in adults: J Emergency Trauma Shock. Jan-Mar; 2011; 4(1): 114-119.
2. Ahmad W, Polk HC, Jr. Blunt abdominal trauma : A prospective study with selective periotoneal lavage. Arch Surg; 1976: 111-489.
3. อำนาจ กาศสกุล และคณะ. ปัจจัยทำนายผลลัพธ์การบาดเจ็บของผู้ป่วยผู้ใหญ่ในระยะเร่งด่วนฉุกเฉิน. วารสารสภาการพยาบาล; 2554; 26(4): 30-42.
4. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช หน่วยงานศัลยกรรม. รายงานประจำปี 2562. ลพบุรี : โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ; 2562.
5. สุจิตรา ลีมนานวยลาภ. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต Critical care nursing. ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา; 2551.
6. รัชณี เบญจรัตน์, พิมพ์จิตร กัญจนสินธุ์, ปราณี ทองใส และสุจิตรา สินธุ์ศิริมานะ. การพยาบาล ศัลยศาสตร์วิกฤต: Critical nursing care essentials surgical patient. กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด; 2558.