# การพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังภาวะความดันในช่องท้องสูงจากการเสียเลือด-น้ำ ในผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องจากอุบัติเหตุ : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

*สุภาพรณ์ ตัณฑ์สุระ*[1]

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วย การดำเนินของโรค การรักษา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล ในผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องจากอุบัติเหตุ จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ 1 โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างเดือน ตุลาคม 2562 ถึง กันยายน 2564 เพื่อให้ได้แนวทางในการให้การพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังภาวะความดันในช่องท้องสูงจากการเสียเลือด-น้ำ ในผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องจากอุบัติเหตุ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน การสังเกต การซักประวัติผู้ป่วยและญาติ การใช้กระบวนการพยาบาลกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ใช้กรอบแนวคิดในการประเมินภาวะสุขภาพของ FANCAS ผลการศึกษาพบว่าการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องจากอุบัติเหตุเป็นภาวะวิกฤต มีภาวะ Hypovolemic shock จากการเสียเลือดในช่องท้อง มีการวัดความดันในช่องท้องทุก 6 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังภาวะความดันในช่องท้องสูงจากการเสียเลือดในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่าตัดและผ่าตัด ร่วมกับการติดตามสัญญาณชีพและรายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ เพื่อป้องกันการนำสู่ภาวะไตวายเฉียบพลันจากภาวะ Abdominal compartment syndrome (ACS) จนนำสู่ภาวะ Multiple Organ Failure (MOFs) และเสียชีวิตได้ วินิจฉัยที่รวดเร็วร่วมกับให้การรักษาพยาบาลได้อย่างทันท่วงที เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ในการพยาบาลทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะฉุกเฉิน 2) ระยะวิกฤต 3) ระยะฟื้นฟู ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้ควรจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเฝ้าระวังภาวะไตวายเฉียบพลันโดยใช้ Shock index (SI) ในการประเมินและให้การดูแลรักษา ในผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

**คำสำคัญ** : การพยาบาล, การเฝ้าระวัง, ภาวะความดันในช่องท้องสูง

---

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ 1 โรงพยาบาลขอนแก่น

Corresponding Author; สุภาพรณ์ ตัณฑ์สุระ, Email: yooyeiaw@yahoo.com

Received: September 23, 2022; Revised: December 16, 2022; Accepted December 19, 2022

# Nursing intervention to monitor abdominal hypertension from bleeding in patients with abdominal injury: Case studies comparing 2 patients

*Supaporn Tansura*[1]

ABSTRACTS

This study aims to compare data on the disease progress, treatment, nursing diagnoses, and nursing outcomes of two patients with abdominal injuries receiving care at the Trauma Surgical Intensive Care Unit I, Khon Kaen Hospital during October 2019 and September 2021 and to identify nursing intervention guideline in monitoring abdominal hypertension related to bleeding and fluid loss. Data were collected from patient's medical records, observation of patient care, and interviews with the patients and relatives. FANCAS critical care assessment framework was used to identify nursing diagnoses.Results indicated that abdominal injury was a critical condition and often involved hypovolemic shock. Nursing care of patients required measurement of intra-abdominal pressure every 6 hours to monitor abdominal hypertension from bleeding in both non-operated and operated patients together with vital signs monitoring. Physicians were immediately notified when abnormalities were detected to prevent acute kidney injury from abdominal compartment syndrome (ACS) which would lead to multiple organ failure (MOFs) and death. Prompt diagnosis with quick treatment together with the nursing intervention was delivered to ensure patients safety from complications during the 3 phases including 1) the emergency phase, 2) critical phase,the and 3) rehabilitation phase. Results from this study suggest the need to develop a nursing practice guideline to monitor acute kidney injury using shock index (SI) in assessing the patients and guiding treatment of patients with abdominal injury from accidents.

**Key words:** Nursing, Monitoring, Abdominal Hypertension

---

[1] Registered Nurse Professional Level, ICU.Trauma1, Khon Kaen Hospital

**บทนำ (Introduction)**

อุบัติเหตุและการบาดเจ็บเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต หรือเกิดความพิการ จากการรายงานความปลอดภัยบนท้องถนนองค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2562[1] (Global Status Report on Road Safety 2018) ในประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตที่ 32.8 ต่อแสนประชากร จำนวน 22,491คน เฉลี่ยวันละ 60 คน อยู่อันดับที่ 9 ของประเทศสมาชิกทั้งหมด กระทรวงคมนาคม (2561) ของประเทศไทยรายงานการเกิดอุบัติเหตุจราจรทางถนน 79,117 ราย และเสียชีวิต 8,366 ราย การบาดเจ็บช่องท้องเป็นภาวะวิกฤตที่พบได้บ่อยจากอุบัติเหตุจราจร ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเสียชีวิตทันทีหลังเกิดอุบัติเหตุมากกว่าร้อยละ 50 (Immediate death) และอีกร้อยละ 30 จะเสียชีวิตในอีก 2-3 ชั่วโมงต่อมา (Early death) และที่เหลือร้อยละ 20 จะเสียชีวิตหลังเกิดเหตุการณ์ประมาณ 2 - 4 สัปดาห์ (Late death) เรียกว่า Trimodal distribution of trauma deaths[2] การบาดเจ็บช่องท้องจากยานพาหนะ พบบ่อยและเป็นอันตรายจากการกระแทก[3,4] มีความรุนแรงเกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดและเสียชีวิตในระยะแรก[5] และเสียชีวิตจากการติดเชื้อในช่องท้องภายหลัง

ผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุ (Critically trauma patient) เกิดภาวะคุกคามต่อชีวิต ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตหรือพิการภายในเวลาอันรวดเร็วจากการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายล้มเหลว[6] จากการเสียเลือดเกิดความเสี่ยงต่อภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน จากการมีเลือดออกที่ไม่สามารถหยุดได้ ภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด (hypovolemic shock) ร่วมกับ ภาวะ tissue injury จะกระตุ้นให้เกิดการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (traumatic induce coagulopathy) หากเกิดร่วมกับภาวะอุณหภูมิกายต่ำ (hypothermia) และภาวะเลือดเป็นกรด (acidosis) จะทำให้ภาวะ coagulopathy แย่ลงวนเวียนเป็นวงจรเรียกว่า lethal triad ผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่มีความดันในช่องท้องสูง (intra-abdominal hypertension)[7] ซึ่งจะมีผลลดการไหลเวียนโลหิตทำให้ venous return ลดลง ส่งผลให้ cardiac output ลดลงทำให้ renal perfusion ลดลงได้[8]

หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ 1 โรงพยาบาลขอนแก่น ดูแลผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุ จากการทบทวนสถิติในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ 1 ในปีงบประมาณ 2559 มีผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุจำนวน 346 ราย มีผู้ป่วยช็อกจากการสูญเสียเลือดจำนวน 116 ราย (ร้อยละ 33.53) และมีภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันจำนวน 59 ราย (ร้อยละ 50.86) ในจำนวนนี้ผู้ป่วยที่มีไตบาดเจ็บเฉียบพลันเสียชีวิตรวม 36 ราย (ร้อยละ 61.01) ผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยที่รุนแรง บาดเจ็บหลายระบบ ส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดและมีการสูญเสียเลือดจากบาดแผลและการผ่าตัด

ปริมาณมาก ทำให้เกิดภาวะช็อกร่วมกับภาวะอุณหภูมิกายต่ำและภาวะเลือดเป็นกรด ส่งผลให้ภาวะเลือดออกแย่ลง เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีการบาดเจ็บช่องท้องที่มีความดันในช่องท้องสูง (Intra-abdominal hypertension)

จึงกำหนดวัตถุประสงค์ในการศึกษานี้ เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วย การดำเนินของโรค การรักษาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องจากอุบัติเหตุ โดยใช้การประเมินภาวะผู้ป่วยวิกฤตทางสุขภาพของ FANCAS[9] ซึ่งประกอบด้วย F = Fluid balance, A = Aeration, N = Nutrition, C = Communication, A = Activity, S = Stimulation เพื่อเป็นกรอบแนวคิดให้พยาบาลมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุโดยการประเมินแรกรับและติดตามและให้การพยาบาลที่ครอบคลุมร่วมกับสหสาขาวิชาชีพและครอบครัวของผู้ป่วยภาวะวิกฤตทางด้านศัลยกรรมอุบัติเหตุให้ปลอดภัยจากการเสียเลือดซึ่งจะนำไปสู่ภาวะร่างกายล้มเหลวได้ โดยกำหนดขอบเขตการศึกษาไว้เฉพาะผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ 1 โรงพยาบาลขอนแก่น โดยเลือกแบบเจาะจง 2 ราย ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญต้องมีความรู้ทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยทุกระยะของการเจ็บป่วยตั้งแต่เข้ารับไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับบ้านและใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข

**วิธีดำเนินการวิจัย** (Methodology)

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกรณีศึกษา เลือกแบบเจาะจง โดยศึกษาข้อมูลผู้ป่วยและการดำเนินของโรคการรักษา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาลและผลลัพธ์การพยาบาล ผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องจากอุบัติเหตุ เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่นระหว่างเดือน ตุลาคม 2562 ถึงกันยายน 2564 จำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยข้อมูลจากเวชระเบียน การสังเกต การซักประวัติผู้ป่วยและญาติ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหา การใช้กระบวนการพยาบาลกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และทฤษฎีโดยใช้กรอบแนวคิด FANCAS ทั้งในระยะฉุกเฉิน ระยะวิกฤตและระยะฟื้นฟู ได้ข้อเสนอแนะการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ เพื่อเฝ้าระวังการเสียเลือดโดยใช้ Shock index (SI) ในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย

**ผลการวิจัย (Result)**

**กรณีศึกษารายที่ 1**

ข้อมูลการเจ็บป่วย

อาการสำคัญ : ซึมปลุกตื่น มีแผลฉีกขาดที่ตา ข้างซ้าย 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : 1 ชั่วโมงก่อนมา ดื่มสุราขับมอเตอร์ไซด์ล้มเอง ไม่ทราบประวัติสลบ มีแผลฉีกขาดที่ตาข้างซ้าย ซึมปลุกตื่น E3V4M6 BP 109/60 mmHg, Pulse 94 ครั้ง/นาที, RR 36 ครั้ง/นาที Hct 30 % on Endotracheal tube และ refer รพ.ขอนแก่น

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : ไม่มีประวัติแพ้ยาและประวัติแพ้อื่นๆ

ประวัติการใช้ยาและสิ่งเสพติด : มีประวัติการดื่มสุรา และสูบบุหรี่

ประวัติขณะเข้ารับการรักษา : ชายไทยอายุ 49 ปี ที่ห้องฉุกเฉิน (07.13 น.) E3VtM5 pupil 2 min RTL BE motor power gr 4 พบ BP 89/47 mmHg, Pulse 114 ครั้ง/นาที, on Endotracheal tube Ĉ Ventilator $O_2$ saturation 100% Hct 25 % FAST + at Hepatorenal, Splenorenal ได้รับเลือด 2 ถุง, NSS 1000 ml Ⓥ load, DTX 292 mg% BP 109/86 mmHg, Pulse 99 ครั้ง/นาที ก่อนออกจากห้องฉุกเฉิน (08.20 น.) ส่งทำ CT Abdomen พบ Liver injury gr.IV และ CT brain พบ SAH มีแผนการรักษา โดย Admit ICUTM1 Vital sign อุณหภูมิ 36.9°C BP 187/69 mmHg, Pulse 91 ครั้ง/นาที, RR = B/16 ครั้ง/นาที หายใจหอบลึก 36 ครั้ง/นาที $O_2$ saturation 100 % on Ventilator, Acetar 1,000 ml Ⓥ 120 cc/hr. วัด Vital sign, Neuro sign ทุก 1 hr. C-line A-line, Arterial Blood Gas PH 7.15 ได้รับ 7.5 % $NaHCO_3$ 2 amp Ⓥ drip in 30 min Hct ทุก 6 hr. วัดความดันในช่องท้อง (Intra-Abdominal Pressure, IAP) ทุก 6 hr. if > 25 $cmH_2O$ รายงาน, MO (1:1) Ⓥ drip 0.5-2 ml/hr. ดูแลให้ bed rest หลังได้รับเลือด 2 ถุง Hct 31% at 18.00 น. IAP 17-18 $cmH_2O$ ผล Lactate ลดลงจาก 10 mmol/L เป็น 4.79 mmol/L Cr 2.01 ลดลงเป็น 1.55 วันที่ 2 E2VtM6 Hct ทุก 8 hr. at 22.00 น. = 27% ได้รับเลือด 1 ถุง และ IAP 16-18 $cmH_2O$ ปัสสาวะออกได้ดี Cr ลดลงเป็น 1.16 หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจดี วันที่ 3-4 ผู้ป่วยปลุกตื่นทำตามคำบอกได้ at 12.00 น. Hct 27% และ IAP 19 $cmH_2O$ ปัสสาวะออกได้ดี วันที่ 5-6 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Endotracheal tube Ĉ Ventilator เสมหะเปลี่ยนสีขุ่นปริมาณมากขึ้น ไข้สูง ให้ยาปฏิชีวนะเป็นเวลา 7 วัน และได้รับการเจาะคอ ในวันที่ 15 ของการนอนรักษา ย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญในวันที่ 20 เปลี่ยนท่อหลอดลมคอเป็น Silver tube

ประเมินภาวะสุขภาพตามกรอบแนวคิด FANCAS และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สำคัญตามตารางที่ 2 และตารางที่ 3 ตามลำดับ แพทย์อนุญาตให้ส่งต่อ รพ.ชุมชน และนัดมาตรวจอีก 2 สัปดาห์ รวมระยะเวลาอยู่ รพ.ขอนแก่น เป็นเวลา 26 วัน

**กรณีศึกษารายที่ 2**

ข้อมูลการเจ็บป่วย

อาการสำคัญ : ปวดท้อง เจ็บหน้าอก หายใจเหนื่อยหอบ มีคลื่นไส้อาเจียน 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : 30 นาทีก่อนมา ขับมอเตอร์ไซค์ชนรถเก๋ง ไม่ได้ดื่มสุรา ไม่ใส่หมวกกันน็อค ไม่มีหัวกระแทก ไม่สลบ ปวดท้อง เจ็บหน้าอก หายใจเหนื่อยหอบ มีคลื่นไส้อาเจียน 1 ครั้ง EMS นำส่งห้องฉุกเฉิน รพ.ขอนแก่น

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : ไม่มีประวัติแพ้ยาและประวัติแพ้อื่นๆ

ประวัติการใช้ยาและสิ่งเสพติด : มีประวัติการดื่มสุรา และไม่สูบบุหรี่

ประวัติขณะเข้ารับการรักษา : ชายไทย อายุ16 ปี ที่ห้องฉุกเฉิน (16.44 น.) E4V5M6 pupil 2 min RTL BE motor power gr 4 BP 110/52 mmHg, Pulse 94 ครั้ง/นาที, RR = 18 ครั้ง/นาที, อุณหภูมิ 36.9 °C $O_2$ saturation 99% on Canular 3 ลิตร/นาที มีอาการAbdominal pain U/S FAST + at Hepatorenal pouch liver and kidney was seen Hct 42%, DTX 242 mg% เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ (19.50 น.) และ (20.40 น.) BP 73/35 mmHg, Pulse 140 ครั้ง/นาที, RR 20 ครั้ง/นาที $O_2$saturation 99% เข้าห้องผ่าตัดด่วนในห้องผ่าตัดพบ Blood loss 2,600 ml หลังผ่าตัด Rt. Nephrectomy **Ĉ** TAC (Temporary Abdominal closedsure) Pack Abdominal swab หลังผ่าตัดย้าย ICUTM1 ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว มีท่อระบาย (Drain) ต่อ suction ลงขวดออกชั่วโมงละ 80-100 ml สีน้ำล้างเนื้อ วัด IAP 17-18 $cmH_2O$ ส่ง CT brain ผลสมองบวม หลังผ่าตัดวันที่ 2 เข้าห้องผ่าตัด for $2^{nd}$ look remove swab packing **Ĉ** Abdominal toilet and Abdominal closure หลังเย็บปิดช่องท้อง Hct = 30-34% IAP 18-20 $cmH_2O$ ผู้ป่วยปลุกตื่นทำตามคำสั่งได้ Cr 0.1 วันที่ 4 หลังผ่าตัด off Endotracheal tube at 13.30 น. หายใจได้ดี ย้ายตึก สามัญ at 18.00 น. ประเมินภาวะสุขภาพตามกรอบแนวคิด FANCAS และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สำคัญตามตารางที่ 2 และตารางที่ 3 ตามลำดับ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน และนัดมาตรวจอีก 2 สัปดาห์ พร้อมผลตรวจชิ้นเนื้อ รวมระยะเวลาอยู่ รพ.ขอนแก่น เป็นเวลา 6 วัน ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** แสดงเปรียบเทียบผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องจากอุบัติเหตุกรณีศึกษา 2 ราย

| **ข้อมูลเปรียบเทียบ** | **กรณีศึกษาที่ 1** | **กรณีศึกษาที่ 2** |
|---|---|---|
| 1.การวินิจฉัยแรกรับ | Blunt abdominal injury Liver injury gr.IV **Ĉ** SDH | Blunt abdominal injury Rt.kidney gr. IV **Ĉ** Liver gr. II |
| 2.สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง | ชายไทย อายุ 49 ปี สาเหตุคืออุบัติเหตุการขับขี่มอเตอร์ไซด์ ล้มเอง ส่งผลให้ มีแผลฉีกขาดที่ตาซ้าย ซึมลงความดันโลหิตต่ำจากการเสียเลือดในช่องท้อง ปัจจัยเสี่ยง คือการดื่มสุราและขับมอเตอร์ไซด์ | ชายไทยอายุ 16 ปี สาเหตุคือ อุบัติเหตุ ขับมอเตอร์ไซด์ชนรถเก๋ง ส่งผลให้ ปวดท้องและความดันโลหิตต่ำ จากการเสียเลือดในช่องท้อง ร่วมกับเจ็บหน้าอก หายใจเหนื่อยหอบ มีคลื่นไส้อาเจียน ปัจจัยเสี่ยงคือขับรถด้วยความเร็วและไม่ใส่หมวกกันน็อค |
| 3.อาการและอาการแสดง | ผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุ E3VtM5 pupil 2 min RTL BE motor power gr 4 บาดเจ็บช่องท้อง FAST + CTA พบ Liver injury gr.IV มีแผลฉีกขาดที่ตาข้างซ้าย ซึมปลุกตื่น แรกรับ BP 89/47 mmHg, Pulse 114 ครั้ง/นาที, Hct 25 % | ผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุ E4V5M6 pupil 2 min RTL BE motor power gr 4 บาดเจ็บช่องท้อง FAST + Rt.kidney gr. IV **Ĉ** Liver gr. II ปวดท้อง เจ็บหน้าอก หายใจเหนื่อยหอบ มีคลื่นไส้อาเจียน แรกรับ BP 110/52 mmHg, Pulse 94 ครั้ง/นาที, ต่อมา BP 73/35 mmHg, Pulse 140 ครั้ง/นาที , Hct 42% |
| 4.การรักษา | **Investigate**<br>- FAST + at Hepatorenal, Splenorenal CT Abdomen พบ Liver injury gr.IV<br>- CT Brain พบ SAH<br>- C-line, A-lin<br>**ผลตรวจ Lab**<br>- แรกรับ, Arterial Blood Gas PH 7.15 $PaCO_2$ 23.6 mmHg $PaO_2$ | **Investigate**<br>- Abdominal pain U/S FAST + at Hepatorenal pouch liver and kidney was seen<br>- CT Brain พบผลสมองบวม<br>C- line, A-line<br>**ผลตรวจ Lab**<br>- Arterial Blood Gas, Electrolyte , BUN, Cr |

**ตารางที่ 1** แสดงเปรียบเทียบผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องจากอุบัติเหตุกรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

| ข้อมูลเปรียบเทียบ | กรณีศึกษาที่ 1 | กรณีศึกษาที่ 2 |
|---|---|---|
| | 140 mmHg $HCO_3$ 10.4 BE-14<br>- Lactate ทุก 6 hr.<br>- Arterial Blood Gas, Hct ทุก 6 hrs. keep > 30%<br>- DTX ทุก 6 hr. keep 80-200 mg%<br>- Sputum culture, Gram stain, Urine analysis, Urine culture, H/C x II<br>**การรักษา**<br>1) BP แรกรับ 89/47 mmHg Hct 25 % ได้รับเลือด 2 ถุง, มีภาวะกรดเกิน ได้รับ 7.5 % $NaHCO_3$ 2 amp Ⓥ drip in 30 min, Acetar 1,000 ml Ⓥ 120 cc/hr<br>2) On Endotracheal tube ĉ Ventilator<br>3) Hemodynamic stable ติดตาม Vital sign, Neuro sign ทุก 1 hr.<br>4) ได้รับการรักษาแบบไม่ผ่าตัด record urine out put ทุก 1 hr. keep > 30 ml/hr. และ วัดความดันในช่องท้อง IAP ทุก 6 hr. if > 25 $cmH_2O$ รายงานแพทย์<br>5) ดูแลให้ bed rest MO (1:1) Ⓥ drip 0.5-2 ml/hr., Propofal (10:1) Ⓥ drip 4 ml/l | - Lactate ทุก 6 hr.<br>- Hct ทุก 6 hr. keep > 30%<br>- DTX ทุก 6 hr. keep 80-200<br>- Urine Spec 1.024<br>**การรักษา**<br>1) BP 110/52 mmHg, Pulse 94 ครั้ง/นาที, RR 18 ครั้ง/นาที, อุณหภูมิ 36.9°C $O_2$sat 99% on Canular 3 ลิตร/นาที<br>2) at (20.40 น.) BP 73/35 mmHg, Pulse 140 ครั้ง/นาที, RR 20 ครั้ง/นาที $O_2$sat 99% รายงานแพทย์เวร Load Acetar 500 ml Ⓥ stat then 120 ml/hr. และ on Endotracheal tube TV 500 RR 16 PEEP 5 $FiO_2$ 0.6 ให้ เลือด1 ถุง push เข้าห้องผ่าตัดด่วน<br>3) ในห้องผ่าตัด Blood loss 2600 ml ได้รับ PRC 3 ถุง FFP 4 ถุงหลังผ่าตัด Rt.Nephrectomy ĉ TAC (Temporary Abdominal losedsure) Pack Abdominal swab . keep |

**ตารางที่ 1** แสดงเปรียบเทียบผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องจากอุบัติเหตุกรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

| ข้อมูลเปรียบเทียบ | กรณีศึกษาที่ 1 | กรณีศึกษาที่ 2 |
|---|---|---|
| | 6) ยาปฏิชีวนะ เป็นเวลา 7 วัน<br>7) ได้รับการเจาะคอ Try wean Respirator<br>8) อาหารปั่น (1:1) 350 ml x 6 Feed. เปลี่ยนท่อหลอดลมคอ เป็น Silver tube ส่งต่อ รพ.ชุมชนรวมระยะเวลาอยู่ รพ.ขอนแก่น เป็นเวลา 26 วัน | Urine output > 50ml/2hr. if Drain > 100 ml/hr. replace ด้วย Acetar in 1 hr. วัดความดันในช่องท้อง IAP ทุก 4 hr. if > 25 cmH2O รายงานแพทย์ on Dormicum (1:1) Ⓥ 4 ml/hr., Morphine (1:1) Ⓥ 0.5-2 ml/hr. และ<br>4) วันที่ 2 เข้าห้องผ่าตัด for 2nd look remove swab packing Ĉ Abdominal toilet and Abdominal closure,<br>5) Behavior Pain Scale(BPS) = 5 on MO (1:1) Ⓥ 0.5-2 ml/hr. on Dormicum(1:1) Ⓥ 4 ml/hr. NPO urine ออกดี keep > 50 ml/hr.<br>6) Try wean Respirator Consult PT และ off Endotracheal tube at 13.30 น. หายใจได้ดี ย้ายตึก สามัญ at 18.00 น.<br>7) Dressing แผลหน้าท้อง OD รวมระยะเวลาอยู่รพ.ขอนแก่น เป็นเวลา 6 วัน |
| 5.การผ่าตัด | NOM (Non operative management) เป็นการรักษาแบบประคับประคอง (Conservative) | OM (operative management)<br>EL Ĉ Rt.Nephrectomy Ĉ TAC (Temporary Abdominal closedsure) Pack Abdominal swab |

**ตารางที่ 1** แสดงเปรียบเทียบผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องจากอุบัติเหตุกรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

| ข้อมูลเปรียบเทียบ | กรณีศึกษาที่ 1 | กรณีศึกษาที่ 2 |
|---|---|---|
| 6. สรุปการวินิจฉัย | Blunt Abdomen injury Liver injury gr.IV Ĉ Moderate TBI Ĉ SAH | Blunt Abdomen injury Liver injury gr.II Ĉ Rt.kidney gr. IV |

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย กรณีที่ 1 ผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุขับมอเตอร์ไซด์ล้มเอง บาดเจ็บช่องท้อง แรกรับมีภาวะ Hypovolemic shock พบ Hemodynamic stable แพทย์ผู้รักษาจึงรักษาแบบไม่ผ่าตัด NOM (Non operative management) ส่วนกรณีที่ 2 มีภาวะ Hypovolemic shock ปวดท้องมาก Hemodynamic unstable ได้รับการผ่าตัดด่วน เย็บปิดช่องท้องชั่วคราวเนื่องจากเสียเลือดจำนวนมาก ทั้ง 2 รายได้รับการติดตามวัดความดันในช่องท้อง IAP เพื่อเฝ้าระวังการเสียเลือดเพิ่มในช่องท้อง

**ตารางที่ 2** แสดงการเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามกรอบแนวคิด FANCAS กับกรณีศึกษา 2 ราย

| แนวคิด FANCAS | ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | |
|---|---|---|
| | กรณีศึกษารายที่ 1 | กรณีศึกษารายที่ 2 |
| 1. F (Fluid balance) ด้านความสมดุลของน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย | 1) มีภาวะ Hypovolemic shock<br>2) เสี่ยงต่อภาวะความดันในช่องท้องสูงขึ้นจากการเสียน้ำและเลือดในช่องท้อง<br>3) มีภาวะไตวายเฉียบพลันจากการสูญเสียเลือด<br>4) มีภาวะเป็นกรด จากการเสียเลือดปริมาณมาก | 1) มีภาวะ Hypovolemic shock<br>2) เสี่ยงต่อภาวะความดันในช่องท้องสูงขึ้นจากการเสียน้ำและเลือดในช่องท้อง หลังผ่าตัดเย็บปิดช่องท้อง<br>3) มีภาวะไตวายเฉียบพลันจากการสูญเสียเลือด<br>4) มีภาวะเป็นกรด จากการเสียเลือดปริมาณมาก |
| 2. A (Aeration) ด้านการหายใจ | 1) เสี่ยงต่อภาวะ เนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน จากการมีเสมหะมาก<br>2) มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ | 1) เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน จากการมีเสมหะมาก<br>2) เสี่ยงภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ |

**ตารางที่ 2** แสดงการเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามกรอบแนวคิด FANCAS กับกรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

| **แนวคิด** FANCAS | **ข้อวินิจฉัยการพยาบาล** | |
|---|---|---|
| | **กรณีศึกษารายที่ 1** | **กรณีศึกษารายที่ 2** |
| 3. N (Nutrition) ด้านโภชนาการ | 1) มีโอกาสเกิดภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ | 1) มีโอกาสเกิดภาวะทุพโภชนาการเนื่องเนื่องจากได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ |
| 4. C (Communication) ด้านการติดต่อสื่อสาร | 1) ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต<br>2) ขาดความรู้ในการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน | 1) ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต<br>2) ขาดความรู้ในการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน |
| 5. A (Activity) ด้านการทำกิจกรรม | 1) มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงจากการมีเลือดออกในสมอง<br>2) พร่องกิจวัตรประจำวัน | 1) เสี่ยงต่อการเกิดภภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงจากการประสบอุบัติเหตุ<br>2) เสี่ยงต่อติดเชื้อที่แผลผ่าตัดช่องท้อง<br>3) พร่องกิจวัตรประจำวัน |
| 6. S (Stimulation) ด้านการกระตุ้น | 1) ปวดแผล เนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ | 1) ปวดแผล ผ่าตัดหน้าท้องขนาดใหญ่ |

จากการรวบรวมข้อมูลทางสุขภาพ โดยใช้การประเมินตามกรอบแนวคิด FANCAS ได้กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกันทั้ง 6 ด้าน มีแตกต่างกัน ใน ด้าน F = Fluid balance เนื่องจาก ในกรณีศึกษาที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะความดันในช่องท้องสูงขึ้นจากการเสียน้ำและเลือดในช่องท้องจากการรักษาแบบไม่ได้ผ่าตัด แต่ในกรณีศึกษาที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะความดันในช่องท้องสูงขึ้น จากการเสียน้ำและเลือดในช่องท้องหลังผ่าตัดเย็บปิดช่องท้อง

**ตารางที่** 3 แสดงการเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วย บาดเจ็บช่องท้องจากอุบัติเหตุ ตามระยะการพยาบาล กรณีศึกษา 2 ราย

| ระยะการพยาบาล | ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | |
|---|---|---|
| | **กรณีศึกษาที่** 1 | **กรณีศึกษาที่** 2 |
| ระยะฉุกเฉิน (Resuscitative phase or Emergent phase) | 1) มีภาวะ Hypovolemic shock<br>2) เสี่ยงต่อภาวะความดันในช่องท้องสูงขึ้นจากการเสียน้ำและเลือดในช่องท้อง<br>3) มีภาวะไตวายเฉียบพลันจากการสูญเสียเลือด<br>4) มีภาวะเป็นกรด จากการเสียเลือดปริมาณมาก | 1) มีภาวะ Hypovolemic shock<br>2) เสี่ยงต่อภาวะความดันในช่องท้องสูงขึ้นจากการเสียน้ำและเลือดในช่องท้อง หลังผ่าตัดเย็บปิดช่องท้อง<br>3) มีภาวะไตวายเฉียบพลันจากการสูญเสียเลือด<br>4) มีภาวะเป็นกรด จากการเสียเลือดปริมาณมาก |
| ระยะวิกฤต (Acute phase) | 1) เสี่ยงภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเพิ่มขึ้นจากการมีเลือดออกในสมอง<br>2) ปวดแผล เนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ<br>3) เสียงต่อภาวะ เนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน จากการมีเสมหะมาก<br>4) มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ<br>5) มีโอกาสเกิดภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ<br>6) ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต | 1) เสี่ยงต่อการเกิดภภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเพิ่มขึ้นจากสมองบวม<br>2) ปวดแผลผ่าตัดหน้าท้องขนาดใหญ่<br>3) เสี่ยงต่อติดเชื้อที่แผลผ่าตัดช่องท้อง<br>4) เสียงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน จากการมีเสมหะมาก<br>5) เสี่ยงภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ<br>6) มีโอกาสเกิดภาวะทุพโภชนาการเนื่องเนื่องจากได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ<br>7) วิตกกังวลเกี่ยวกับการทำผ่าตัด |
| ระยะฟื้นฟู (Rehabilitative phase) | 1) พร่องกิจวัตรประจำวัน<br>2) ขาดความรู้ในการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน | 1) พร่องกิจวัตรประจำวัน<br>2) ขาดความรู้ในการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน |

จากการเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องจากอุบัติเหตุ ตามระยะการพยาบาลกรณีศึกษา 2 ราย พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกันในระยะฉุกเฉิน แต่มีความแตกต่างในระยะวิกฤต คือ มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ในระยะฟื้นฟู พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกัน

**กิจกรรมการพยาบาล**

ระยะฉุกเฉิน (Resuscitative phase or Emergent phase)[10]

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล : มีภาวะ Hypovolemic shock

ข้อมูลสนับสนุน : 1) BP แรกรับ 89/47 mmHg 2) FAST + at Hepatorenal, Splenorenal CT Abdomen พบ Liver injury gr.IV 3) ปวดท้อง 4) Hct 25 % 5) cr 2.01 6) IAP 17-18 $cmH_2O$ 7) Lactate 10 mmol/L 8) Blood loss 2600 ml หลังผ่าตัด Rt. Nephrectomy Ĉ TAC (Temporary Abdominal lose sure) Pack Abdominal swab .

วัตถุประสงค์การพยาบาล : ปลอดภัยจากภาวะ Hypovolemic shock

เกณฑ์การประเมินผล

1) ไม่มีอาการแสดงภาวะของ Shock เช่น GCS ลดลง กระสับกระส่าย เหงื่อออกตัวเย็น

2) Vital sign ปกติ โดยเฉพาะ BP keep ≥ 90/60 mmHg. MAP ≥ 65 mm.Hg, Pulse 60-100 ครั้ง/นาที

3) Arterial Blood Gas ปกติ pH > 7.2, Lactate 2-4 mmol/L, CVP 10 -12 cm. H2O, IAP keep < 25 $cmH_2O$, Cr 0.50 - 1.50 mg/dl, Hct > 30%

4) ปัสสาวะออกมากกว่า 30 ml/hr. I/O balance

**กิจกรรมการพยาบาล**

1) วัดสัญญาณชีพ BP, Pulse, RR, CVP, Oxygen Saturation ทุก 15 นาที ทุก 30 นาที ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการและอาการแสดง ภาวะ Shock 2) ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา keep $O_2$ Saturation > 95% และติดตาม Arterial Blood Gas, Lactate รายงานแพทย์เมื่อผิดปกติ 3) ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ 4) Monitor CVP, record drain ทุก 1 hr. If ≥ 200 cc/hr. รายงานแพทย์ 5) ติดตามวัดความดันในช่องท้อง (IAP, Intra - abdominal pressure) ทุก 4-6 hr. keep < 25 $cmH_2O$ (หากมีเลือดออกในช่องท้อง IAP จะเพิ่มขึ้น โดยการวัดผ่านสายสวนปัสสาวะแบบ 3 หาง[11] โดย IAP > 16 $cmH_2O$ คือ Abdominal hypertension หาก IAP > 25 $cmH_2O$ คือ Abdominal compartment syndrome with evidence of organ dysfunction) 6) เจาะ Hct

ทุก 6 hr. ดูแลให้เลือดตามแผนการรักษา 7) ประเมินความสมดุลของสารน้ำเข้า-ออก และการทำงานของไต โดยการตวงปัสสาวะทุก 1 hr. ถ้าออกน้อยกว่า 30 ml/hr. รายงานแพทย์ 8) เจาะและติดตาม Arterial Blood Gas keep PH > 7.1, Lactate ทุก 6 hr. 9) ดูแลให้ยา Transamine 1 กรัม Ⓥ ทุก 6 hr และ 7.5 % $NaHCO_3$ ตามแผนการรักษา

ประเมินผลการพยาบาล : ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มี AKI ในระยะเสียเลือดในขณะฉุกเฉิน หลังจากได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือดและหยุดการเสียเลือดโดยการผ่าตัด และติดตาม monitor IAP < 25 $cmH_2O$, ปัสสาวะ ออกมากกว่า 30 ml/hr, BP 120/62 mmHg, Pulse 86 ครั้ง/นาที และปลอดภัยจากภาวะ shock คือ AKI, ไม่มีความดันในช่องท้องสูงมากขึ้นจากเดิม และ Metabolic acidosis

ระยะวิกฤต (Acute phase)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 : เสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเพิ่มขึ้นจากการมีเลือดออกในสมองและสมองบวม

ข้อมูลสนับสนุน : ผล CT พบ SDH และสมองบวม

เกณฑ์การประเมินผล :

1) ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

2) คะแนน GCS ไม่ลดลงจากเดิม

3) คะแนน motor power และ pupil ไม่เปลี่ยนแปลง

**กิจกรรมการพยาบาล**

1) โดยการพยาบาลตามหลัก ABCs[12] ดังนี้ เพิ่มการระบายอากาศ keep $PaCO_2$ 35-45 mmHg, ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา keep O2 saturation > 94% 2) จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศาระวังไม่ให้ข้อสะโพกงอมากกว่า 90 องศา keep อุณหภูมิกาย 36.6-37.8 °C 3) วัดสัญญาณชีพ และอาการทางระบบประสาททุก 1 hr. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเช่น ระดับความรู้สติลดลง มากกว่า 2 คะแนน ปวดศีรษะมากขึ้น สับสน ง่วงซึม แขนขาอ่อนแรง ขนาด pupil เปลี่ยนแปลง 2 ข้างต่างกันเกิน 1 mm. 4) ดูแลให้พักผ่อนและให้ยาลดปวดตามแผนการรักษา 5) ประเมินความสมดุลของสารน้ำเข้า - ออก ถ้าปัสสาวะออกมากกว่า 200 ml/hr รายงานแพทย์

ประเมินผลการพยาบาล : ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 : ปวดแผลเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บและมีแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน : มีแผลผ่าตัดหน้าท้องขนาดใหญ่ และบาดเจ็บช่องท้องจากอุบัติเหตุ

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อบรรเทาอาการปวดแผล

เกณฑ์การประเมินผล :

1. Behavioral pain scale (BPS) < 6 คะแนน

2. ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้

**กิจกรรมการพยาบาล**

1) ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักผ่อนบนเตียงในท่าที่สบาย 2) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ 3) โดยการประเมินระดับความปวดโดยใช้ Behavioral pain scale (BPS) 4) แนะนำการผ่อนคลายการหายใจเข้าออกลึก ๆ ช้า ๆ[13]

ประเมินผลการพยาบาล : ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ Behavioral pain scale (BPS) 4-5

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 : เสียงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน จากการมีเสมหะมาก

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ มีเสมหะมากไอขับเสมหะเองไม่ได้

วัตถุประสงค์การพยาบาล : ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล : 1) ผู้ป่วยไม่มี signs Hypoxia และ Cyanosis 2) $O_2$ saturation 99 -100% หายใจสม่ำเสมอ, Arterial Blood Gas ผลปกติ 3) เสียงการหายใจปกติดี หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ 4) ไม่มีการใช้กล้ามเนื้อในการช่วยหายใจ

**กิจกรรมการพยาบาล**

1) จัดท่าผู้ป่วยให้นอนหงาย ศีรษะสูง 30 - 45 องศา เพื่อให้กระบังลมเคลื่อนต่ำลงปอดสามารถขยายตัวได้ดี ทำให้ผู้ป่วยหายใจได้ดีขึ้น 2) บันทึกและติดตามสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่องทุก 1 ชั่วโมง เพื่อบ่งบอกถึงการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ 3) ฟัง Lung ต่อเนื่องทุกเวรอย่างน้อยเวรละ 1 ครั้ง เพื่อประเมินการหายใจและเสียงเสมหะ 4) ดูแลดูดเสมหะ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการอุดตันในท่อช่วยหายใจและทางเดินหายใจ 5) ดูแลพ่นยาขยายหลอดลม Beradual 1 NB g 6 hr เพื่อช่วยขยายหลอดลมและขับเสมหะทำให้ผู้ป่วยหายใจได้ดีขึ้น 6) ดูแลให้ผู้ป่วย On ventilator TV 500 RR 16 PEEP 5 Fi $O_2$ 0.6 monitor $O_2$ saturation > 95% เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอ 7) เฝ้าติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วอย่างต่อเนื่องและ Arterial Blood Gas เพื่อตรวจค่าความดันก๊าซในหลอดเลือดแดง และประเมินความผิดปกติของการแลกเปลี่ยนก๊าซในเลือดแดง

ประเมินผลการพยาบาล : ผู้ป่วยไม่มี signs Hypoxia และ Cyanosis หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจได้ดี และ $O_2$ saturation > 95 %

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 : มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ

ข้อมูลสนับสนุน : มีไข้ 38.6 °C, เสมหะเปลี่ยนสีมีปริมาณมากขึ้น, sputum c/s พบ เชื้อ Acinetobacter baumannii

วัตถุประสงค์การพยาบาล : ลดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และป้องการติดเชื้อซ้ำ

เกณฑ์การประเมินผล : 1) ไม่มีไข้ อุณหภูมิ 36-37.4 °C Pulse <100 ครั้ง/นาที 2) ปริมาณเสมหะลดลง 3) ผลsputum c/s ไม่พบเชื้อ 4) ผล x-ray ปอด ไม่พบความผิดปกติ

**กิจกรรมการพยาบาล** :

1) ประเมินการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ลักษณะเสมหะ ปริมาณ สีที่เปลี่ยนแปลง 2) ทำความสะอาดปากฟัน ด้วย chlorhexidine ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา 3) ดูดเสมหะให้ถูกต้องตามหลัก Aseptic technique เมื่อมีเสมหะ 4) จัดท่าศีรษะสูง พลิกตะแคงตัวทุก 2 hr.และส่งปรึกษานักกายภาพบำบัด และติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้ง chest x-ray

ประเมินผลการพยาบาล : ผู้ป่วยรายที่ 1 การติดเชื้อที่ปอดดีขึ้น แต่เนื่องจากใส่ท่อช่วยหายใจ 15 วันได้รับการเจาะคอ ไม่มีไข้อุณหภูมิ 36.8-37.2 °C, Pulse <100 ครั้ง/นาที

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 : เสี่ยงต่อติดเชื้อที่แผลผ่าตัดช่องท้อง

ข้อมูลสนับสนุน : แผลผ่าตัดหน้าท้องขนาดใหญ่ Drain ต่อ suction ลงขวดออกชั่วโมงละ 80-100 ml สีน้ำล้างเนื้อ

วัตถุประสงค์การพยาบาล : ป้องกันการติดเชื้อในแผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล : 1) ไม่มีไข้ อุณหภูมิ 36-37.4 °C Pulse <100 ครั้ง/นาที 2) แผลผ่าตัดแห้งดีไม่มีปวด บวมแดงร้อน 3) สารคัดหลั่ง จาก Drain ไม่มีกลิ่นเหม็น หรือมีลักษณะคล้ายหนอง 4) ผลตรวจ CBC ปกติ

**กิจกรรมการพยาบาล**

1) ประเมินการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดโดยสังเกต ลักษณะ บวม แดง ร้อน ปวดแผล 2) ทำแผลตามหลัก Aseptic technique 3) ดูแล ท่อระบายให้ทำงานมีประสิทธิภาพ ดูแล Temporary abdominal closure ให้อยู่ในระบบ Suction อยู่ตลอดเวลา เพื่อระบายเลือดและสิ่งคัดหลั่ง ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการล้างแผลทางหน้าท้องทุก 3 วัน 4) ประเมินบันทึกและติดตามสัญญาณชีพ ทุก 4 hr. 5) ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา

ประเมินผลการพยาบาล : อุณหภูมิ 36.8-37.2 °C , Pulse <100 ครั้ง/นาที แผลผ่าตัด ไม่บวมแดง หลังเย็บปิดช่องท้อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 : มีโอกาสเกิดภาวะทุพโภชนาการ

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากไม่ได้ และประเมินภาวะทุพโภชนาการ ด้วยแบบประเมิน NAF = C : severe malnutrition, Albumin 1.8 g/dl

วัตถุประสงค์การพยาบาล : ผู้ป่วยได้รับสารอาหารเพียงพอตามความต้องการ

เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยได้รับสารอาหารตามความต้องการของร่างกาย, ระดับ Albumin > 3 g/dl,

**กิจกรรมการพยาบาล**

1) ดูแลให้อาหารทางสายให้อาหารอาหารปั่น (1.2:1) 350 ml x 6 Feed. NG tube drip จะได้รับพลังงาน 1680 Kcal 2) ประเมิน residual gastric content ทุก 4 ชั่วโมง 3) ติดตาม ผลตรวจ ระดับ อัลบูมิน และอาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ปากอักเสบ น้ำหนักลด

ประเมินผลการพยาบาล : ผู้ป่วยรับอาหารทาง NG feed ได้ครบทุกมื้อ, Albumin 2.5 g/dl

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 : ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยและญาติแสดงสีหน้า วิตกกังวลเรื่องการเจ็บป่วยที่รุนแรง และการผ่าตัด

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติลดความวิตกกังวลและรับทราบแนวทางการรักษา

เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยและญาติ รับทราบแนวทางการรักษา และคลายความวิตกกังวล สีหน้าไม่แสดงอาการวิตกกังวล และให้ความร่วมมือต่อการรักษาและการผ่าตัด

**กิจกรรมการพยาบาล**

1) โดยการดูแลด้านจิตใจ พูดคุยกับผู้ป่วยและญาติด้วยท่าทีที่เป็นมิตร และแจ้งให้ผู้ป่วยทราบเมื่อให้การพยาบาลและทำหัตการ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคแนวทางการรักษา 2) จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ

ประเมินผลการพยาบาล : ผู้ป่วยและญาติ มีสีหน้าคลายความวิตกกังวลให้ความร่วมมือในการให้การพยาบาลและการผ่าตัด

ระยะฟื้นฟู (Rehabilitative phase)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 : พร่องกิจวัตรประจำวัน

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ใส่ท่อช่วยหายใจ ถูกจำกัดกิจกรรมบนเตียง

วัตถุประสงค์การพยาบาล : ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมการทำกิจวัตร ประจำวันเพิ่มขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล : ร่างกายสะอาด ได้รับการดูแลกิจวัตรประจำวัน ไม่มีแผลกดทับข้อติดแข็ง

**กิจกรรมการพยาบาล**

1) ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับผู้ป่วยเช่น การเกิดแผลกดทับ ข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อลีบ 2) จัดท่านอนให้ถูกต้อง พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง 3) ดูแลความสะอาดอาบน้ำบนเตียง และออกกำลังกายโดยการทำ Passive /Active exercise ประสาน งานกับนักกายภาพบำบัดร่วมดูแล

ประเมินผลการพยาบาล : ผู้ป่วยร่างกายสะอาดไม่มีแผลกดทับและข้อติดแข็ง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 : ขาดความรู้ในการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยและญาติกังวลเกี่ยวกับ การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ มีความรู้และเข้าใจการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่บ้าน

เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยและญาติบอกวิธีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคที่เป็นขณะอยู่บ้านได้ถูกต้อง

**กิจกรรมการพยาบาล**

1) สอนและแนะนำการรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ที่ส่งเสริมการหายของแผล งดดื่มสุรา ขับขี่ยานพาหนะ 2) หลีกเลี่ยงการทำงานหนัก ในระยะ 3 เดือนแรกหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล และระวังไม่ให้แผลโดนน้ำ 3) การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้สะอาด การถ่ายเทของอากาศและที่อยู่อาศัย 4) มาตรวจตามนัด กรณีมีความผิดปกติเช่น ปวดท้อง ท้องอืด มีไข้ มาพบแพทย์ได้ทันที[14] โดยผู้ป่วยและญาติร่วมวางแผนจำหน่าย เห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด

ประเมินผลการพยาบาล : ผู้ป่วยและญาติ สามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่บ้านได้ถูกต้อง และพร้อมกลับบ้าน

## อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีสาเหตุจากอุบัติเหตุบนท้องถนน มีบาดเจ็บช่องท้อง Liver injury แรกรับมีภาวะ Hypovolemic shock ส่งผลให้ร่างกายมีภาวะเป็นกรดจากการเสียเลือด และไตวายเฉียบพลัน แต่รายที่ 1 Hemodynamic stable หลังรับการรักษาในช่วงแรก จึงรักษาแบบไม่ผ่าตัด ติดตามวัดความดันในช่องท้องทุก 6 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังภาวะเลือดออกซ้ำในช่องท้องโดยให้ bed rest จนภาวะไตวายดีขึ้น จึงทำให้ใส่ท่อช่วยหายใจนาน และเกิดภาวะแทรกซ้อนคือการติดเชื้อในทางเดินหายใจ ทำให้นอนโรงพยาบาลนาน 26 วัน ส่วนกรณีที่ 2 มี Rt.kidney gr. IV ร่วมกับปวดท้องมาก Hemodynamic unstable ได้รับการผ่าตัดทันที เย็บปิดช่องท้องชั่วคราวเนื่องจากเสีย

เลือดจำนวนมาก[15] มีการเฝ้าระวังติดตามภาวะความดันในช่องท้องสูงขึ้นจากการเสียน้ำและเลือดในช่องท้องหลังผ่าตัดเย็บปิดช่องท้องและผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะไตวายเฉียบพลัน สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ รวมระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลเพียง 6 วัน ดังนั้น การเฝ้าระวังภาวะความดันในช่องท้องในผู้ป่วยที่เสียงต่อความดันในช่องท้องสูง จากการเสียน้ำและเลือดในช่องท้องที่ได้รับการผ่าตัด และไม่ผ่าตัดเป็นสิ่งที่ช่วยให้ป้องกันการเกิด Abdominal compartment syndrome with evidence of organ dysfunction ได้

**เอกสารอ้างอิง (Reference)**


1. World Health Organization. **Global status Report on Road safety 2018** : [Internet]. 2018. [cited 15 June 2022]; Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241565684
2. Kyungjin Hwang,Kyoungwon Jung, Junsik Kwon,Jonghwan Moon, Yunjung Heo,John Cook Jong Lee. **Distribution of Trauma Deaths in a Province of Korea: Is "Trimodal" Distribution Relevant Today?**. Yonsei Medical Joural 2020; March 61(3):229-34.
3. ไสว นรสาร,พีรญา ไสไหม.แนวคิดและ**หลักการจัดการผู้บาดเจ็บสำหรับพยาบาล**. ใน: ไสว นรสาร, พีรญา ไสไหม, บรรณาธิการ.การพยาบาลผู้บาดเจ็บ Trauma Nursing. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2559 :1-28
4. สมพล ฤกษ์สมถวิล. **การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้อง**.วารสารสถาบันบำราศนราดูร 2560;3:1-8
5. นันทพร หาสาสน์, ลดา ฉันท์เรืองวณิชย์, อรพรรณ โตสิงห์, ศรัทธา ริยาพันธ์. **ปัจจัยทำนายภาวะช็อคในผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน**. วารสารสภาการพยาบาล2562;34(3):60-75
6. David A Wacker Michael E Winters . **Shock.** Emerg Med Clin North Am 2014;32:747-58
7. ศุภฤกษ์ ปรีชายุทธ. **Abdominal Compartment Syndrome.** ใน : ดุสิต สถาวร,ครรชิต ปียะเวชวิรัตน์, บรรณาธิการ. Critical Care Medicine .พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด; 2557.342-50
8. อรทัย สืบกินร,นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์.**ผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุโรงพยาบาลขอนแก่น** .Journal of Nursing and Health Care 2019; 37(2): 208-17.
9. สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ. **การประเมินผู้ป่วยระยะวิกฤต** FANCUS. ใน: สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, กาญจนา สิมะจารึก, เพลินตา ศิริปการ, ชวนพิศ ทำนอง ,

บรรณิการ. การปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ระยะวิกฤต. พิมพ์ครั้งที่ 7. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2556. 1-32

10. ไสว นรสาร .**การพยาบาลผู้บาดเจ็บ Trauma Nursing.**พิมพ์ครั้งที่2 .กรุงเทพฯ: ไอเดีย อินสแตนท พริ้นติ่ง;2564
11. โพธิพงษ์ เรืองจุ้ย,วริศ วีระวัฒนตระกูล, สุภาพรณ์ ตัณฑ์สุระ.**Trauma Practice in Thailand 4.0.** พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: หจก.ขอนแก่นการพิมพ์;2561
12. กรรณิกา รักยิ่งเจริญ ,อาภรณี ไทยกล้า, ประภาพร สุวรรณกูฏ.**การใช้หลัก ABCs ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง**.วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพปีที่ 12 (ฉบับพิเศษ) 2561;12 :12-19
13. พรศิริ พันธสี.**กระบวนการพยาบาล& แบบแผนสุขภาพ : การประยุกตใช้ทางคลินิก**.พิมพ์ครั้งที่ 20. สมุทรปราการ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ; 2560
14. สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ,พัฒน์พงศ์ นาวีเจริญ. ตำราศัลยศาสตร์เล่ม2.พิมพ์ครั้งที่13.กรุงเทพฯ :ไพลิน บุ๊คเน็ต;2558
15. Maluso P, Olson J, Sarani B. **Abdominal compartment hypertension and abdominal compartment syndrome.** Critical Care Clinn 2016;32(2)213-22