

Nursing care for patient with head and chest injuries accompanied by pneumothorax

Chuleerat Noimanee¹

¹Registered Nurse, Professional Level, Banpho Hospital, Chachoengsao Province

Abstract

Introduction: Concomitant severe traumatic brain injury and thoracic trauma with pneumothorax is a life-threatening crisis. Brain dysfunction combined with restricted lung expansion leads to severe hypoxia and multi-organ failure, requiring urgent intervention.

Objective: To study safe, professional nursing care for a patient with combined head and chest injuries and pneumothorax, minimizing complications from pre-hospital care to tertiary center transfer.

Method: A case-study design of one patient was utilized. The nursing process integrated Holistic Care and Orem's Self-Care Deficit Theory, implementing a Wholly Compensatory Nursing System based on NANDA taxonomy to manage total self-care deficit.

Case Report: A 58-year-old Thai male was found unconscious after a motorcycle accident. The ALS team provided continuous care during transit. Upon ER arrival, the patient was comatose with a GCS of 4 (E1V2M1), exhibiting stridor and decreased breath sounds.

Conclusion: Five primary nursing problems were identified: 1) life-threatening risk, 2) impaired gas exchange, 3) risk for increased intracranial pressure, 4) risk of transfer complications, and 5) family anxiety. Hypoxia was promptly managed through endotracheal intubation. The patient received continuous nursing care until vital signs stabilized and was subsequently transferred safely to Phutthasothon Hospital for definitive and advanced care.

Implications: A Clinical Nursing Practice Guideline (CNPg) should be developed for patients with multiple trauma by integrating systematic emergency assessment, holistic care, and Orem's wholly compensatory nursing system, with an emphasis on the early identification and continuous monitoring of life-threatening conditions associated with chest trauma.

Key Words: Nursing care, Pneumothorax, Thoracic injury, Traumatic brain Injury

Corresponding author: Chuleerat Noimanee E-mail: tooktaza50@gmail.com

Received: 19 February 2026 Revised: 27 June 2026 Accepted: 24 August 2026

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและทร่วงกร่วมกับมีภาวะลมร้าวในช่องเยื่อหุ้มปอด

ชุลีรัตน์ น้อยมณี¹

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลบ้านโพธิ์, จังหวัดฉะเชิงเทรา

บทคัดย่อ

บทนำ: การบาดเจ็บรุนแรงที่ศีรษะและทร่วงกร่วมกับภาวะลมร้าวในช่องเยื่อหุ้มปอดเป็นภาวะวิกฤตที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิต เนื่องจากสมองสูญเสียหน้าที่ร่วมกับปอดไม่สามารถขยายตัวได้เต็มที่ ร่างกายจึงขาดออกซิเจนและอวัยวะล้มเหลว

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและทร่วงกร่วมกับมีภาวะลมในช่องเยื่อหุ้มปอดให้ปลอดภัย ไร้ภาวะแทรกซ้อน ตามมาตรฐานวิชาชีพตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงส่งต่อโรงพยาบาลตติยภูมิ

วิธีการศึกษา: ศึกษาเชิงลึกจากกรณีศึกษา 1 ราย โดยบูรณาการแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลแบบองค์รวม และทฤษฎีระบบพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมดของโอเร็ม เพื่อวิเคราะห์ภาวะพร้อมในการดูแลตนเอง และวินิจฉัยการพยาบาลตามกรอบ NANDA

รายงานผู้ป่วย: ผู้ป่วยชายไทย อายุ 58 ปี ประสบอุบัติเหตุจักรยานยนต์ หมดสติ ณ จุดเกิดเหตุ หน่วยปฏิบัติการการแพทย์ขั้นสูงออกมารับและดูแลต่อเนื่องบนรถพยาบาล เมื่อถึงห้องฉุกเฉินผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ระดับความรู้สึกตัวต่ำมาก GCS 4 คะแนน (E1V2M1) มีเสียงหายใจลำบาก และเสียงหายใจของปอดเบา

สรุปผล: พบปัญหาสำคัญ 5 ข้อ คือ 1) เสี่ยงต่อภาวะคุกคามชีวิต 2) พร่องออกซิเจนจากการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ 3) เสี่ยงต่อความดันในกะโหลกศีรษะสูง 4) เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนขณะส่งต่อ และ 5)ญาติมีความวิตกกังวลสูง ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขภาวะพร่องออกซิเจนทันทีโดยการใส่ท่อช่วยหายใจ ได้รับการดูแลสัญญาณชีพคงที่ และส่งต่อโรงพยาบาลพุทธโสธรเพื่อรับการรักษาขั้นสูงได้อย่างปลอดภัย

ข้อเสนอแนะ: ควรพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โดยบูรณาการการประเมินภาวะฉุกเฉิน การดูแลแบบองค์รวม และทฤษฎีระบบการพยาบาลแบบการทดแทนทั้งหมดของโอเร็ม เน้นการประเมินและเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตจากการบาดเจ็บทร่วง

คำสำคัญ: การพยาบาล, ภาวะลมร้าวในช่องเยื่อหุ้มปอด, การบาดเจ็บที่ทร่วง, การบาดเจ็บที่ศีรษะ

ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: ชุลีรัตน์ น้อยมณี อีเมล: tooktaza50@gmail.com

วันที่รับ: 19 กุมภาพันธ์ 2569 วันที่แก้ไขเสร็จ: 27 มิถุนายน 2569 วันที่ตอบรับ: 24 สิงหาคม 2569

บทนำ

ประเทศไทย การบาดเจ็บที่ศีรษะและทรวงอกเป็นสาเหตุหลักของการทุพพลภาพและเสียชีวิตในผู้ป่วยอุบัติเหตุทุกประเภท โดยมีสาเหตุสำคัญมาจากอุบัติเหตุจราจร ซึ่งมักเกิดในกลุ่มประชากรวัยแรงงาน และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถิติปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2568 พบผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรสูงถึง จำนวน 14,122, 14,177 และ 12,530 รายตามลำดับ (ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ เพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน, 2569) และเฉพาะช่วงเทศกาลสงกรานต์ ปี พ.ศ. 2568 มีอุบัติเหตุบนทางหลวง มีคนบาดเจ็บ จำนวน 1,260 ราย และคนเสียชีวิต จำนวน 137 ราย (กรมทางหลวง สำนักอำนวยความปลอดภัย, 2568) อุบัติเหตุที่มีแรงกระแทกสูงเหล่านี้ส่งผลให้เนื้อเยื่อสมองและเส้นประสาทสมองได้รับความเสียหายอย่างรุนแรง นำไปสู่การเกิดพยาธิสภาพในกะโหลกศีรษะและการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวของผู้บาดเจ็บ (ราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, 2562) นอกจากนี้ มักพบร่วมกับการบาดเจ็บของอวัยวะสำคัญในระบบอื่น โดยเฉพาะการบาดเจ็บที่ทรวงอก ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างรวดเร็วภายใน 48 ชั่วโมงแรกหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องมาจากภาวะลิ่มเลือดเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต และระบบประสาท (Bouzat et al., 2017)

การบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบร่วมกันระหว่างสมองและทรวงอก จัดเป็นภาวะวิกฤตคุกคามต่อชีวิตที่มีความเสี่ยงสูง โดยการบาดเจ็บสมองจากอุบัติเหตุอาจเกิดได้หลายรูปแบบ ตั้งแต่การบาดเจ็บเฉพาะที่จนถึงการบาดเจ็บของสมองแบบกระจายและภาวะสมองบวม ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ระดับความรู้สึกตัวและการทำงานของระบบประสาทลดลง (Galgano et al., 2017) เมื่อเกิดร่วมกับการบาดเจ็บที่ทรวงอกชนิดที่ไม่มีแผลทะลุ จากแรงอัดกระแทกหรือกระดูกซี่โครงหักทิ่มแทงเนื้อปอด จะส่งผลให้เกิดภาวะลมหรือเลือดรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด แรงดันจากลมหรือเลือดที่สะสมจะขัดขวางการขยายตัวของปอดอย่างรุนแรง ทำให้การแลกเปลี่ยนแก๊สบกพร่อง นำไปสู่ภาวะขาดออกซิเจนในเลือด และเนื้อเยื่อส่วนต่าง ๆ รวมถึงส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ไหลเวียนกลับสู่หัวใจลดลง เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ ช็อก และนำไปสู่ภาวะอวัยวะล้มเหลวหลายระบบจนเสียชีวิตหากไม่ได้รับการบำบัดรักษาอย่างเร่งด่วน (American college of surgeons committee on trauma [ACS COT], 2018; Bouzat et al., 2017)

ดังนั้น การช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะวิกฤตนี้จำเป็นต้องอาศัยการเข้าถึงระบบทางด่วนผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรงจากอุบัติเหตุ (Trauma Fast Track) ที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ตั้งแต่การกู้ชีพขั้นต้น ณ จุดเกิดเหตุ การจัดการทางเดินหายใจ การห้ามเลือด และการดูแลระบบอวัยวะสำคัญ (ไชยพร ยุกเซ็น และคณะ, 2561) พยาบาลจึงต้องมีความรู้และความสามารถในการประเมินสภาพผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง แม่นยำ และรวดเร็ว ตั้งแต่แรกรับ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาขั้นสูงหรือส่งต่อเข้าห้องผ่าตัดได้ทันเวลา ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิต ภาวะแทรกซ้อน และป้องกันความทุพพลภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ไสว นรสาร, 2563)

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและทรวงอกร่วมกับมีภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงลึกจากกรณีศึกษา 1 ราย (Single case study) มีกระบวนการเริ่มต้นจากการคัดเลือกกรณีศึกษาที่มีความโดดเด่นและมีความเฉพาะตัว (Unique case) เมื่อเลือกเป้าหมายได้แล้ว ผู้ศึกษาจึงกำหนดหน่วยในการวิเคราะห์ (Unit of analysis) ให้ชัดเจน เพื่อไม่ให้ขอบเขตของการศึกษากว้างจนเกินไปจนหลุดประเด็นสำคัญ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกรณีศึกษาว่า จะต้องเป็นกรณีศึกษาที่เจ็บป่วยด้วย

อุบัติเหตุดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อนหลายระบบที่ต้องใช้การดูแลขั้นสูง ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นกรอบในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ และยึดหลักการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic nursing care) ภายใต้แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's self-care deficit theory) โดยใช้แนวคิดและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของ NANDA เป็นกรอบในการประเมินภาวะสุขภาพ กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ทั้งนี้ ก่อนดำเนินการพยาบาลได้ชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลและขอความยินยอมจากญาติหรือผู้แทนโดยชอบธรรม ตามความเหมาะสม พร้อมทั้งให้ความสำคัญกับการรักษาความลับและการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ตลอดกระบวนการดูแล

รายงานผู้ป่วย

กรณีศึกษา: ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและทรวงอกพร้อมกับมีภาวะลมร้าวในช่องเยื่อหุ้มปอด

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 58 ปี ปัจจุบันอาศัยอยู่กับภรรยา มีบุตรรวม 2 คน ชาย 1 คน หญิง 1 คน น้ำหนัก 45 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ วันที่รับไว้ในการดูแล วันที่ 8 เมษายน 2568 เวลา 11.47 นาฬิกา วันที่จำหน่ายออกจากกการดูแล วันที่ 8 เมษายน 2568 เวลา 13.25 นาฬิกา รวมวันที่รับไว้ดูแล 1 ชั่วโมง 38 นาที แหล่งที่มาของข้อมูลคือจากญาติผู้ป่วย และจากเวชระเบียนผู้ป่วยโปรแกรม HOSxP โรงพยาบาลบ้านโพธิ์

2. อาการสำคัญ

หมดสติ เรียกไม่รู้สีกตัว 20 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล

3. ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

20 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ล้ม ไม่ทราบคู่กรณี คาดว่าชนเสาไฟฟ้า หมดสติ เรียกไม่รู้สีกตัว หน่วยงานฉุกเฉินการแพทย์ โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ ออกเหตุรับผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลบ้านโพธิ์

4. การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

4.1 สภาพทั่วไปของร่างกายแรกรับ (ประเมินเมื่อวันที่ 8 เมษายน 2568)

ผู้ป่วยชายไทยวัยกลางคน รูปร่างผอม ผิวสีดําแดง สวมเสื้อยืดคอกลมสีน้ำตาล เสื้อแจ็คเก็ตแขนยาวสีน้ำเงิน กางเกงขายาวสีดํา ไม่รู้สีกตัว ตรวจวัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 128/84 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 136 ครั้งต่อนาที หายใจ 28 ครั้งต่อนาที การประเมินทางระบบประสาท (Glasgow coma scale) เท่ากับ 4 คะแนน E1V2M1 ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด Room air 95 เปอร์เซ็นต์

4.2 การตรวจร่างกาย

ศีรษะ: ผมสั้นสีดำ ศีรษะข้างซ้ายบวมโนขนาด 2x2 เซนติเมตร แต่ไม่พบบาดแผล

ใบหน้า: มีรูปร่างเหลี่ยม โหนกแก้มสูง แก้มตอบ มีเลือดออกจากปาก มีแผลถลอกเหนือริมฝีปากบน 1x1 เซนติเมตร และแผลถลอกริมฝีปากล่าง 1x1 เซนติเมตร

ผิวหนังและเล็บ: ผิวสีดําแดง แผลถลอกฟกซ้ำที่หน้าอกซ้ายขนาด 5x5 เซนติเมตร บาดแผลฉีกขาดบริเวณต้นแขนซ้ายขนาด 5x1 เซนติเมตร เล็บมือเล็บเท้าสั้น สะอาด

ตา: ไม่ลืมตา ตาซ้ายบวม รูม่านตาขยาย 3 มิลลิเมตร การตอบสนองต่อแสงช้า

หู: รูปร่างใบหูทั้ง 2 ข้างปกติ มีเลือดออกจากหูข้างซ้าย

คอ: ลำคอตั้งตรง สมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง ใส่เฝือกพยุงคอ

จมูก: ปีกจมูกกว้าง ขนาดเหมาะสมกับใบหน้า แผลถลอกที่ดั้งจมูก 2x2 เซนติเมตร ไม่มีผิดปกติ

ปาก: ริมฝีปากสมมาตรกัน สีน้ำตาล มีเลือดออกจากปาก ภายในช่องปากไม่มีฟันหัก
 แขน ขา: มีแผลฉีกขาดที่ต้นแขนซ้ายขนาด 5x1 เซนติเมตร มีแผลฉีกขาดที่สะโพกซ้าย
 ขนาด 3x5 เซนติเมตร ไม่มีการผิดปกติ

ระบบทางเดินหายใจ: หายใจลำบาก (Stridor) เสียงหายใจเบา (Decrease breath sound)
 หน้าอกซ้ายมีแผลฉีกขาดขนาด 5x5 เซนติเมตร หายใจ 28 ครั้งต่อนาที

ระบบหัวใจและหลอดเลือด: การคืนกลับของเลือดในหลอดเลือดฝอย > 2 วินาที ตรวจวัด
 สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 128/84 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 136 ครั้งต่อนาที

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก: ไม่เคลื่อนไหวแขน ขา กระดูก ไม่พบการหักผิดปกติ

ระบบประสาท: การประเมินทางระบบประสาท (Glasgow coma scale) E1V2M1

ระบบทางเดินปัสสาวะ: ใส่สายสวนคาปัสสาวะ มีปัสสาวะสีเหลืองออก 20 ซีซี

4.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

4.3.1 การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete blood count, CBC) (8 เมษายน 2568)

ตารางที่ 1 แสดงผลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)

การตรวจ	ผลการตรวจ	หน่วย	ค่าปกติ	แปลผล
Hb	14.6	กรัมเปอร์เซ็นต์	M 14 - 18, F 12 - 16	ปกติ
HCT	41	เปอร์เซ็นต์	M 40 - 54, F 36 - 47	ปกติ
RBC	4.83	10 ⁶ ลูกบาศก์มิลลิเมตร	3 - 6	ปกติ
MCV	84.7	เฟมโตลิตร	80 - 95	ปกติ
WBC Count	12,327	เซลล์ต่อไมโครลิตร	4,000 - 10,000	สูงกว่าปกติ
Platelet Count	373,000	เซลล์ต่อไมโครลิตร	140,000- 400,000	ปกติ
Diff. Neutrophils	67	เปอร์เซ็นต์	55 - 75	ปกติ
Diff. Lymphocytes	25	เปอร์เซ็นต์	20 - 35	ปกติ
Diff. Monocytes	5	เปอร์เซ็นต์	2 - 7	ปกติ
Diff. Eosinophils	3	เปอร์เซ็นต์	1 - 3	ปกติ
Diff. Basophils	0	เปอร์เซ็นต์	0 - 1	ปกติ

จากตารางที่ 1 วิเคราะห์ผลตรวจ ค่า WBC พบว่า สูงกว่าปกติเกิดจากผู้ป่วยมีการ
 บาดเจ็บหลายระบบร่วมกับการบาดเจ็บบริเวณศีรษะและทรวงอก จึงอาจทำให้เกิดการตอบสนองต่อ
 ความเครียดและการอักเสบเฉียบพลัน ส่งผลให้ WBC สูงกว่าปกติ

4.3.2 การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและการตรวจการทำงานของไต (8 เมษายน พ.ศ. 2568)

ตารางที่ 2 แสดงผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (Blood glucose) และการตรวจการทำงานของไต

การตรวจ	ผลการตรวจ	หน่วย	ค่าปกติ	แปลผล
Blood glucose	152	มิลลิกรัม/เดซิลิตร	70 - 110	สูงกว่าปกติ
BUN	11	มิลลิกรัม/เดซิลิตร	7 - 23	ปกติ
eGFR	94.25	มิลลิลิตร/นาที/พื้นที่ผิวกาย 1.73 ตารางเมตร	>90 มิลลิลิตร/นาที/พื้นที่ผิว กาย 1.73 ตารางเมตร	ปกติ
Creatinine	0.89	มิลลิกรัม/เดซิลิตร	0.5 - 1.4	ปกติ

จากตารางที่ 2 วิเคราะห์ผลตรวจ พบว่าค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ปกติ และ
 ค่าการทำงานของไต อยู่ในเกณฑ์ปกติ

4.3.3 การตรวจอิเล็กโทรไลต์ในเลือด วันที่ 8 เมษายน พ.ศ. 2568

ตารางที่ 3 แสดงผลการตรวจอิเล็กโทรไลต์ในเลือด

การตรวจ	ผลการตรวจ	หน่วย	ค่าปกติ	แปลผล
Na	137.8	มิลลิโมลต่อลิตร	135 - 145	ปกติ
K	4.21	มิลลิโมลต่อลิตร	3.5 - 5	ปกติ
Cl ⁻	101	มิลลิโมลต่อลิตร	98 - 110	ปกติ
CO ₂	24	มิลลิโมลต่อลิตร	21 - 31	ปกติ

จากตารางที่ 3 วิเคราะห์ผลตรวจ พบว่าค่าอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ

4.4 การตรวจเอกซเรย์ วันที่ 8 เมษายน 2568

4.4.1 Film Chest พบว่า Fracture left ribs at 2nd- 5th with left pneumothorax

4.4.2 Ultrasound abdomen Focused assessment with sonography in trauma (FAST) พบว่า Negative เวลา 11.52 นาฬิกา

4.5 การวินิจฉัยโรค

บาดเจ็บที่ศีรษะและทรวงอกพร้อมกับมีภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด

(Head and chest injuries accompanied by pneumothorax)

4.6 สรุปอาการและอาการแสดงรวมถึงการรักษาของแพทย์ ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจาก

ความดูแล

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 58 ปี วันที่ 8 เมษายน 2568 เวลา 11.30 นาฬิกา โรงพยาบาลออกรับ EMS ภูภัยแจ้ง 1669 ผู้ป่วยซึ่งจักรยานยนต์ล้ม ไม่ทราบคู่กรณี คาดว่าชนเสาไฟฟ้า หมดสติ เรียกไม่รู้สีกตัว 20 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ พยาบาลประเมินอาการแรกพบ (Primary survey) ผู้ป่วยหมดสติ ไม่รู้สีกตัว หายใจครืดคราด หายใจเสียงเบา มีเลือดออกจากปากและหูข้างซ้าย แผลถลอกที่ตักงมูก 2x2 เซนติเมตร ไม่มีผิดรูป แผลถลอกเหนือริมฝีปากบน 1x1 เซนติเมตร และแผลถลอกริมฝีปากล่าง 1x1 เซนติเมตร ภายในช่องปากไม่มีฟันหัก ศีรษะข้างซ้ายบวมขนาด 2x2 เซนติเมตร แต่ไม่พบบาดแผล มีแผลถลอกฟกซ้ำที่หน้าอกซ้ายขนาด 5x5 เซนติเมตร มีแผลฉีกขาดที่ต้นแขนซ้ายขนาด 5x1 เซนติเมตร มีแผลถลอกฟกซ้ำที่สะโพกซ้ายขนาด 3x5 เซนติเมตร การประเมินทางระบบประสาท Glasgow coma scale (GCS) E1V2M1 รุนานตาขยาย 3 มิลลิเมตร การตอบสนองต่อแสงช้า ตรวจวัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 138/94 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 136 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ค่าความอิ่มตัว Spinal board โดยยึดตรึงกระดูกไหปลาร้า ขณะเคลื่อนย้ายขึ้นรถมีเลือดออกปากและงมูก Suction clear airway ใส่ poral ของออกซิเจนในกระแสเลือดส่วนปลาย 95% สวมเสื้อคอแบบแข็ง (Hard collar) เคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วย Airway hold Ambu bag ปิดแผลห้ามเลือดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และห่มผ้าให้ความอบอุ่นร่างกาย นำส่งโรงพยาบาลบ้านโพธิ์

เวลา 11.47 นาฬิกา แรกพบที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว E1V2M1 Pupil 3 มิลลิเมตร สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 124/66 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 104 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที ผู้ป่วยหายใจเสียงครืดคราด ร่วมกับเสียงหายใจเบาที่ทรวงอกด้านซ้าย คลำพบ Subcutaneous emphysema วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดส่วนปลาย 93% ดูแลช่วยหายใจด้วย Ambu bag ตรวจประเมินอาการซ้ำตามระบบ (Secondary survey) ส่ง X-ray Chest, Skull series, C-spine, Pelvis, Humerus

เวลา 12.05 นาฬิกา แพทย์ตรวจเย็บ Ultrasound FAST negative ใส่ท่อช่วยหายใจ (ET tube) No 7.5 ลึก 20 เซนติเมตร และประเมินผล X-ray พบกระดูกซี่โครงหัก Fracture left ribs 2nd - 5th with left pneumothorax ดูแลช่วยแพทย์ใส่ท่อระบายทรวงอกข้างซ้าย ลึก 8 เซนติเมตร ต่อลงขวดได้ลมดูด แพทย์พิจารณาให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9 % NSS 1000 มิลลิลิตร อัตรา 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ใส่สายสวนคาปัสสาวะ (Retain foley 's catheter) ได้ปัสสาวะสีเหลืองใสคาสาย สวมเฝือกคอแบบแข็ง (Hard collar) ยึดตรึงผู้ป่วยด้วย Spinal board โดยยึดตรึงกระดูกให้หนึ่งขณะเคลื่อนย้าย เอกซเรย์ซ้ำ แพทย์ดู Film พบท่อช่วยหายใจอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม

เวลา 12.20 นาฬิกา ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 117/66 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 104 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดส่วนปลาย 98 %

เวลา 12.35 นาฬิกา เย็บแผลที่ต้นแขนซ้าย 7 เข็ม เพื่อหยุดเลือด (Stop bleed) รายงานแพทย์ ใส่สายทางปาก (OG) ระบายลมได้ ประสานศูนย์ส่งต่อโรงพยาบาลพุทธโสธร เตรียมพร้อมผู้ป่วยก่อนส่งต่อ ตรวจสอบบาดแผล ประเมินสัญญาณชีพ การประเมินทางระบบประสาท ดูแลท่อระบายทรวงอกให้อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง ดูแลท่อหลอดลมคอและดูดเสมหะตามความเหมาะสม ประสานงานกับทีมพยาบาลแม่ข่าย โดยส่งเวรให้รับทราบถึงอาการปัจจุบันเพื่อ เตรียมรับผู้ป่วย แจ้งให้ญาติทราบถึงความจำเป็นที่ต้องส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่าย

เวลา 12.50 นาฬิกา วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 120/77 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 86 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดส่วนปลาย 98 เปอร์เซนต์การประเมินทางระบบประสาท (Glasgow coma scale) = E2VTM3

เวลา 13.05 นาฬิกา วัดสัญญาณชีพซ้ำ ความดันโลหิต 122/81 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดส่วนปลาย 100% การประเมินทางระบบประสาท = E2VTM3 เวลา 13.25 นาฬิกาส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลพุทธโสธร รวมระยะเวลาที่อยู่ใน ความดูแล 1 ชั่วโมง 38 นาที

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. ผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการหายใจไม่มีประสิทธิภาพจากการบาดเจ็บที่ทรวงอกและมีลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดร่วมกับระดับความรู้สึกตัวลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

1. สัญญาณชีพ พบว่า อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดส่วนปลายวัดได้ 93 เปอร์เซนต์ ผู้ป่วยหายใจหอบ ปีกจมูกบาน ใช้กล้ามเนื้อทรวงอกหายใจ และหายใจไม่สะดวก คลำพบ Subcutaneous emphysema

2. Film Chest X-ray พบ Fracture Left ribs at 2nd – 5th with left pneumothorax

3. Glasgow coma scale (GCS) E1V2M1 รูม่านตาขยาย 3 มิลลิเมตร การตอบสนองต่อแสงซ้ำ

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพื่อไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายได้อย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. อัตราการหายใจอยู่ในช่วงปกติ 16 - 20 ครั้งต่อนาที

2. รูปแบบการหายใจสม่ำเสมอ ไม่มีการใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจเพิ่มเติม

3. ผู้ป่วยไม่มีอาการหายใจลำบาก (Dyspnea) หรืออาการหายใจสั้น (Shortness of breath)

4. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดส่วนปลายมากกว่า 95 เปอร์เซ็นต์
5. ไม่มีอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ หอบเหนื่อย อาการ Cyanosis ผิวหนัง หรือริมฝีปากมีสีเขียวคล้ำ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ หอบเหนื่อย อาการ Cyanosis ผิวหนัง หรือริมฝีปากมีสีเขียวคล้ำ ประเมินลักษณะและอัตราการหายใจ และฟังเสียงลมผ่านปอดเพื่อประเมินความผิดปกติ ประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ประเมินระดับออกซิเจนในเลือดให้อยู่ในระดับมากกว่าเท่ากับ 95 เปอร์เซ็นต์

2. เตรียมอุปกรณ์และช่วยเหลือแพทย์ในการใส่ท่อระบายทรวงอก (Intercostal chest Drain, ICD) โดยประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยก่อนและหลังทำหัตถการ ตรวจสอบระบบท่อระบายทรวงอกให้เป็นระบบปิด ไม่หักพับหรืออุดตัน และจัดวางขวดระบายให้อยู่ต่ำกว่าระดับทรวงอก สังเกตการแฉ่งของระดับน้ำในระบบระบาย การมีลมรั่ว และติดตามปริมาณ สี และลักษณะของสิ่งระบายออก พร้อมบันทึกผลอย่างต่อเนื่อง หากพบลมรั่วต่อเนื่องผิดปกติ ปริมาณเลือดหรือสิ่งระบายออกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากมากขึ้น ค่าระดับออกซิเจนในเลือดลดลง หรือมีสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง ให้รายงานแพทย์ทันที

3. เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมและช่วยเหลือแพทย์ในการใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal intubation) พร้อมติดตามและประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ค่าออกซิเจนในเลือด และลักษณะการหายใจอย่างต่อเนื่อง ภายหลังใส่ท่อช่วยหายใจ ตรวจสอบตำแหน่งและความมั่นคงของท่อ ประเมินเสียงหายใจทั้งสองข้าง และติดตามภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนและการช่วยหายใจอย่างเหมาะสม

4. ดูแลเสมหะ สังเกต จำนวน ลักษณะ และจัดทำผู้ป่วยศีรษะสูง โดยป้องกันการเกิด C-spine injury เนื่องจากผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุ (Trauma) พร้อมให้ออกซิเจนตามแผนการรักษาโดยการบีบ Ambu bag

5. ส่งตรวจและติดตามผล X-ray

ประเมินผล

ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และท่อระบายทรวงอก พบว่ามีลมผุดในขวดจากท่อระบายทรวงอก ความดันโลหิต 117/66 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 104 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที หายใจสม่ำเสมอและลึกเพียงพอ ไม่มีการใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดส่วนปลาย 98 เปอร์เซ็นต์ ไม่มีอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ อาการ Cyanosis ผิวหนัง หรือริมฝีปากมีสีเขียวคล้ำ

2. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะคุกคามต่อชีวิตเนื่องจากมีการบาดเจ็บหลายระบบ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยหมดสติ ไม่รู้สึกตัว
2. มีเลือดออกในช่องปากและหูข้างซ้าย ศีรษะด้านซ้ายบวมโนขนาด 2x2 เซนติเมตร
3. หน้าอกข้างซ้ายมีรอยฟกช้ำขนาด 5x5 เซนติเมตร Film Chest พบ Fracture left ribs at 2nd – 5th with left pneumothorax
4. สัญญาณชีพ พบว่า ความดันโลหิต 128/84 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 136 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที หายใจหอบลึก ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดส่วนปลาย 93 เปอร์เซ็นต์

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขปัญหาคือการคุกคามชีวิตอย่างทันท่วงที

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยได้รับการตรวจประเมินครบตามเกณฑ์ ATLS ได้รับการแก้ไขให้พ้นภาวะคุกคามต่อชีวิต
2. สัญญาณชีพระดับความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100/60–130/90 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ ≤ 37.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 80-90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18-20 ครั้งต่อนาที ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย หายใจลำบาก ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดส่วนปลาย 98 เปอร์เซ็นต์ Room air และ Capillary refill <2 วินาที
3. GCS ≥ 13 คะแนน หรือลดลงจากเดิมไม่เกิน 2 คะแนน
4. Urine output มากกว่า 30 ml/hr.

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมิน Airway maintenance การดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง และใส่ semirigid collar เพื่อป้องกัน C-spine เนื่องจากอาจมีกระดูกต้นคอบาดเจ็บได้
2. ประเมิน Breathing and ventilation ประเมินการหายใจของผู้ป่วย โดยตรวจสอบการหายใจทั้งอัตราการหายใจ ลักษณะการหายใจ ความลึก ความแรง เสียงการหายใจ การขยายตัวของทรวงอกทั้ง 2 ข้าง มีภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดหรือไม่ ถ้ามีให้เตรียมใส่ท่อระบายทรวงอก
3. ประเมิน Circulation with hemorrhagic control ประเมินสัญญาณชีพ การไหลเวียน สีผิว ถ้าพบเบาเร็ว ความดันโลหิตตัวบนต่ำ อุณหภูมิผิวหนังต่ำ Capillary refill time มากกว่า 2 วินาที โดยประเมินร่วมกับอาการของผู้ป่วยร่วมด้วยเพื่อวินิจฉัยภาวะช็อค ถ้าพบให้การรักษาดูแลด้วยสารน้ำทางหลอดเลือดดำทันที ในรายผู้บาดเจ็บรุนแรงประเมินว่าผู้ป่วยมีบาดแผลฉีกขาดบริเวณศีรษะหรือไม่
4. ประเมิน Disability and CNS emergencies เป็นการประเมินความผิดปกติของระบบประสาท การตรวจ Focused neurological exam ได้แก่ Glasgow coma score ค่าคะแนนทางระบบประสาท ขนาดของรูม่านตา และกำลังแขนขาทั้งสองข้าง
5. ประเมิน Exposure and environmental control เป็นการประเมินการบาดเจ็บทั้งร่างกาย รวมทั้งบาดแผลที่ศีรษะ ปฏิบัติการเพื่อตรวจประเมินทั้งร่างกาย โดยถอดเสื้อผ้าผู้บาดเจ็บออกทั้งหมด ตรวจทั้งด้านหน้า ด้านข้าง และด้านหลัง โดยพลิกตัวแบบท่อนซุง (Log roll) ขณะเดียวกันต้องระวังป้องกันไม่ให้เกิดอุณหภูมิร่างกายต่ำ
6. การเตรียมช่วยแพทย์ในการทำหัตถการและเตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพ ช่วยเตรียมผู้ป่วยให้แพทย์ FAST ส่งผู้ป่วย X-ray ตามแผนการรักษาของแพทย์
7. ตรวจวัดสัญญาณชีพและการเฝ้าระวังทางระบบประสาท เพื่อการตัดสินใจช่วยเหลืออย่างถูกต้อง และทันเวลาที่โดยวัดสัญญาณชีพและ GCS ทุก 15 นาที 4 ครั้ง 30 นาที 2 ครั้ง ถ้าคงที่ทุก 1 ชั่วโมง พร้อมรายงานแพทย์เมื่อมีการเปลี่ยนแปลง
8. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ ยา และการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ ตามแผนการรักษา

ประเมินผล

การประเมินแรกเริ่ม Primary survey พบว่าผู้ป่วยหมดสติ ไม่รู้สึกตัว หายใจครืดคราด ร่วมกับเสียงหายใจเบาที่ทรวงอกด้านซ้าย ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดส่วนปลาย 93 เปอร์เซ็นต์ มีเลือดออกจากปากและหูซ้ายซ้าย ภายในช่องปากไม่มีฟันหัก แผลถลอกที่ตักจมูก 2x2 เซนติเมตร ไม่มีผิวดูผิดปกติ ข้างซ้ายบวมโนขนาด 2x2 เซนติเมตร แต่ไม่พบบาดแผล มีแผลถลอกฟกซ้ำที่หน้าอกซ้ายขนาด 5x5

เซนติเมตร มีแผลฉีกขาดที่ต้นแขนซ้ายขนาด 5x1 เซนติเมตร มีแผลถลอกฟกช้ำที่สะโพกซ้ายขนาด 3x5 เซนติเมตร การประเมินทางระบบประสาท = 4 คะแนน (E1V2M1) รูม่านตาขยาย 3 มิลลิเมตร การตอบสนองต่อแสงช้า ตรวจวัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 138/94 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 118 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที สวมเสื้อคอแบบแข็ง (Hard collar) นอนบน Spinal board โดยยึดตรึงกระดูกไหปลาร้า มีเลือดออกปากและจมูก Suction clear airway ใส่ Poral airway hold Ambu bag ให้ 0.9 % NSS 1000 มิลลิตร อัตรา 100 มิลลิตรต่อชั่วโมง ใส่ Nasogastric tube มี Content เป็นน้ำลายปนเลือดเล็กน้อย และ Foley's catheter ปัสสาวะออกประมาณ 200 ml. สีเหลืองใส ไม่มีเลือดปน แพทย์ตรวจ FAST ผล Negative film chest พบ Fracture left ribs at 2nd – 5th with left pneumothorax

3. เสี่ยงต่อความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น เนื่องจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ศีรษะข้างซ้ายบวมขนาด 2X2 เซนติเมตร
2. ผู้ป่วยหมดสติ ไม่รู้สึกตัว มีเลือดออกในช่องปาก และหูข้างซ้าย

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะความดันในกะโหลกสูง

เกณฑ์การประเมินผล

1. Glasgow coma ไม่ลดลงจากคะแนนเดิม ไม่ชักเกร็ง
2. Motor power ระดับ 5 ทั้งหมด หรือไม่แย่ง
3. ไม่มีอาเจียน หรืออาเจียนพุ่ง
4. Pupil หรือ Motor response ไม่มีการเปลี่ยนแปลง
5. ความดันโลหิตอยู่ช่วง 90/60-139/90 มิลลิเมตรปรอท หายใจสม่ำเสมออัตรา 16-20 ครั้งต่อนาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนโดยใส่ Philadelphia collar จัดให้ศีรษะอยู่ในแนวตรงหลีกเลี่ยงการงอของศีรษะ หรือมีการกดทับบริเวณลำคอ เนื่องจากจะทำให้หลอดเลือดดำ Jugular ตีบแคบ เป็นการขัดขวางการไหลกลับของเลือดดำจากสมอง ทำให้ความดันในโพรงกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น ห้ามจัดท่านอนศีรษะต่ำกว่าปลายเท้าให้ผู้ป่วย เพราะจะทำให้เกิดการคั่งของเลือดดำภายในโพรงกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้นและจัดให้นอนเข่าราบเพื่อลดแรงดันในช่องท้อง ทำให้มีผลต่อการไหลกลับของเลือดดำ ร่วมกับการใช้ Spinal board และ Head immobilizer เพื่อ Protection C-spine ป้องกันการบาดเจ็บของกระดูกสันหลัง

2. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ใส่ท่อช่วยหายใจ เบอร์ 7.5 ลึก 21 เซนติเมตร ต่อ Ambu bag O2 10 มิลลิตรต่อนาที บีบ Ambu bag 12 ครั้งต่อนาที ดูดสารคัดหลั่งและเลือดในท่อช่วยหายใจ และช่องปากให้โล่ง ดูแลให้ท่อช่วยหายใจอยู่ในระดับที่เหมาะสม ไม่เลื่อนหลุด หัก พับ งอ และ monitoring ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดส่วนปลาย

3. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9 % NSS 1000 มิลลิตร อัตรา 100 มิลลิตรต่อชั่วโมง เพื่อรักษาระดับ Blood pressure ให้อยู่ในระดับปกติ

4. สังเกตอาการชักเกร็ง และตรวจร่างกายทางระบบประสาท เพื่อให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และบันทึกเวลาที่ บันทึกอาการทางระบบประสาทและสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที ต่อมาทุก 30 นาที จนกระทั่งส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาโรงพยาบาลแม่ข่ายอย่างปลอดภัย

5. ดูแลงดน้ำและอาหาร เพื่อป้องกันการสำลัก และเตรียมความพร้อมของร่างกาย เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน สามารถให้การช่วยเหลือได้ทันที

6. บันทึกปริมาณสารน้ำและของเหลวที่ได้รับ และขับออกจากร่างกาย เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย

ประเมินผล

การประเมินทางระบบประสาท GCS E2VTM3 รูม่านตาขยาย 3 มิลลิเมตร ช้างซ้ายการตอบสนองต่อแสงช้า สัญญาณชีพ พบค่าความดันโลหิต 117/66 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 104 ครั้งต่อนาที หายใจ 18 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดส่วนปลาย 98 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยไม่มีอาการอาเจียน และไม่มีอาการชักหรือเกร็งของแขนขา

4. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะส่งต่อ เนื่องจากบาดเจ็บหลายระบบ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีเลือดออกในช่องปากและหูข้างซ้าย ศีรษะด้านซ้ายบวมขนาด 2x2 เซนติเมตร
2. ไม่รู้สึกตัว E2VTM3
3. ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจและให้ออกซิเจนผ่านทาง Ambu bag
4. Film Chest X-ray พบ Fracture left ribs at 2nd – 5th with left pneumothorax

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยส่งต่อไปโรงพยาบาลแม่ข่ายได้อย่างปลอดภัย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ความดันโลหิต มากกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดส่วนปลายมากกว่า 95 เปอร์เซ็นต์
2. ท่อระบายทรวงอก ท่อช่วยหายใจอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ญาติมีความเข้าใจถึงความเสี่ยงระหว่างนำส่ง ได้แก่ ภาวะสมองได้รับการกระทบกระเทือน กระดูกซี่โครงหักหลายซี่ และมีภาวะลมในช่องเยื่อหุ้มปอด
2. เตรียมความพร้อมของเครื่องมือ อุปกรณ์ในรถพยาบาลให้พร้อมต่อการส่งต่อ และเตรียมพยาบาลที่มีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติระหว่างเดินทางไปโรงพยาบาลแม่ข่าย
3. ดูแลท่อหลอดลมคอ สายให้อาหารน้ำ สายทางปาก (OG) สายสวนปัสสาวะ สายท่อระบายทรวงอก (Intercostal chest Drain, ICD) วางในตำแหน่งที่เหมาะสม ไม่หัก พับ งอ
4. ดูแลจัดวางขวดเก็บสารเหลวอยู่ต่ำกว่าระดับทรวงอก เพื่อป้องกันการไหลย้อนกลับของสารเหลว ซึ่งทำให้เกิดการติดเชื้อได้
5. ตรวจสอบสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ปริมาณสารน้ำที่ได้รับ เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลง

การประเมินผล

ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลแม่ข่ายได้อย่างปลอดภัย โดยมีทีมการพยาบาลของโรงพยาบาลแม่ข่ายรับผู้ป่วย เข้ารับการรักษาต่อไป ผู้ป่วยยังไม่รู้สึกตัว GCS=E2VTM3 ความดันโลหิต 122/81 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดส่วนปลาย 100 เปอร์เซ็นต์ ท่อระบายทรวงอก ท่อช่วยหายใจอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม อาการผู้ป่วยคงที่ เคลื่อนย้ายผู้ป่วยเพื่อส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลพุทธโสธร เวลา 13.25 น.

5. ญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการบาดเจ็บของผู้ป่วยและขาดความเข้าใจแผนการรักษาของแพทย์ เนื่องจากการเจ็บป่วยเฉียบพลันและรุนแรง

ข้อมูลสนับสนุน

ญาติมีสีหน้าวิตกกังวล จากการสอบถามพบว่ากลัวจะรักษาแล้วไม่หาย ไม่เป็นปกติเหมือนเดิม หรือพิการ วัตถุประสงค์

เพื่อคลายความวิตกกังวลแก่ญาติ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้นและคลายความกังวลใจ
2. ญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล

1. เปิดโอกาสให้ญาติผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลแผนการรักษาจากแพทย์
2. ดูแลให้ข้อมูล คำแนะนำ และเป็นพี่ปรึกษา เพื่อประกอบการตัดสินใจในการส่งต่อ ผู้ป่วยไปรับการรักษายังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูง
3. ดูแลให้ความช่วยเหลือเป็นกำลังใจเปิดโอกาสให้ญาติได้เข้ามาดูแล เพื่อคลายความกังวล
4. ดูแลอธิบายแผนการรักษาและการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ เช่นการให้สารน้ำ ส่วนประกอบของเลือด อธิบายแก่ญาติเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงที่มีโอกาสเกิดขึ้นในระหว่างการรักษาและส่งต่อ

ประเมินผล

ญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้นและคลายความกังวลใจ และญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลหลังจากได้รับทราบอาการของผู้ป่วย แผนการรักษาปัจจุบัน และการส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลพุทธโสธร

สรุปผล

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 58 ปี ได้รับอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ ณ จุดเกิดเหตุหมดสติ ไม่รู้สึกตัว (GCS=E1V2M1) รูม่านตาขยาย 3 มิลลิเมตร ตอบสนองต่อแสงช้า มีเลือดออกทางปากและหูซ้าย ศีรษะซ้าย โน หายใจลำบาก สัญญาณชีพแรกรับ ชีพจร 136 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 128/84 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที และ SpO2 95 เปอร์เซ็นต์ ทีมกู้ชีพทำการยึดตรึงกระดูกสันหลังส่วนคอ (Hard collar) และลำตัว (Spinal board) เปิดทางเดินหายใจและช่วยหายใจด้วย Ambu bag เมื่อส่งต่อถึงห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลบ้านโพธิ์ รวมระยะเวลาดูแล 1 ชั่วโมง 38 นาที ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก (Stridor) เสียงหายใจข้างซ้ายเบาลง คลำพบภาวะมีลมในชั้นใต้ผิวหนัง (Subcutaneous emphysema) ผลภาพถ่ายรังสีทรวงอกพบกระดูกซี่โครงซ้ายซี่ที่ 2-5 หัก ร่วมกับภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดข้างซ้าย (Left pneumothorax) ผลตรวจ FAST เป็นลบ การรักษาพยาบาลวิกฤตที่ได้รับประกอบด้วย การใส่ท่อช่วยหายใจ (ET tube No. 7.5) การใส่ท่อระบายทรวงอกข้างซ้าย (ICD) การให้สารน้ำ 0.9% NSS และการเย็บแผลห้ามเลือดที่ต้นแขนซ้าย หลังได้รับการจัดการภาวะวิกฤตเฉียบพลัน ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพคงที่ ชีพจร 88 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 122/81 มิลลิเมตรปรอท SpO2 100 เปอร์เซ็นต์ ระดับความรู้สึกตัวดีขึ้น GCS (E3VTM3) และได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลพุทธโสธรอย่างปลอดภัย

อภิปรายผล

จากการศึกษาและให้การพยาบาลกรณีศึกษาผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ (Multiple trauma) ที่มีภาวะบาดเจ็บรุนแรงทางสมองร่วมกับภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดเฉียบพลัน พบว่าการประเมินสภาพที่รวดเร็วและการตัดสินใจช่วยเหลือเพื่อกู้คืนสัญญาณชีพอย่างทันท่วงทีตามแนวทางช่องทางด่วนอุบัติเหตุ (Trauma fast track) มีความสำคัญต่อการป้องกันการทรุดลงของผู้ป่วยและเพิ่มโอกาสในการรอดชีวิต การดำเนินการอย่างเป็นระบบ รวดเร็ว แม่นยำ และอาศัยการตัดสินใจทางคลินิกที่เหมาะสม ช่วยให้สามารถค้นหาและจัดการภาวะคุกคามชีวิตได้อย่างทันท่วงที สำหรับกรณีศึกษารายนี้ การมีภาวะบาดเจ็บสมองรุนแรงร่วมกับภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด ทำให้จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการประเมินระบบทางเดินหายใจและการไหลเวียนโลหิตควบคู่กับการประเมินระดับความรู้สึกตัว และต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน พยาบาลมีบทบาทในการเตรียมอุปกรณ์และช่วยเหลือแพทย์ในการระบายลมและเตรียมใส่ท่อระบายทรวงอก ตลอดจนให้ผู้บาดเจ็บได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ (โสพรรณ โปะทะยะ และพรจิรา จันทรโรจนกิจ, 2564)

ในส่วนพยาธิสภาพทางสมอง ผู้ป่วยรายนี้มีระดับความรู้สึกตัวลดลงอย่างวิกฤต (GCS=E1V2M1) รุนแรงตาขยายและตอบสนองช้า ร่วมกับมีเลือดออกทางหู ซึ่งบ่งชี้ถึงภาวะบาดเจ็บรุนแรงทางสมองและการเพิ่มขึ้นของความดันในกะโหลกศีรษะ (Increased Intracranial Pressure, IICP) การจัดการทางการพยาบาลที่เน้นการป้องกันภาวะบาดเจ็บทางสมองระยะที่สอง (Secondary brain injury) ด้วยการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอผ่านการใส่ท่อช่วยหายใจทันที จึงช่วยลดภาวะสมองขาดออกซิเจนและป้องกันเนื้อสมองตายเพิ่มขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของ ราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย (2562) ที่ย้ำว่าการรักษาความมั่นคงของระบบทางเดินหายใจและความดันโลหิตในระยะแรกเริ่ม เป็นปัจจัยกำหนดผลลัพธ์การรอดชีวิตของผู้บาดเจ็บทางสมอง

นอกจากนี้ พยาธิสภาพที่ทรวงอกซึ่งพบกระดูกซี่โครงซ้ายหักหลายซี่ร่วมกับภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด (Left pneumothorax) ส่งผลโดยตรงให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนอย่างรุนแรง (Hypoxemia) และเพิ่มแรงดันในช่องอกขัดขวางการขยายตัวของปอดและการไหลเวียนเลือดกลับสู่หัวใจ การที่ทีมพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถวินิจฉัยจากการฟังเสียงปอดที่ลดลงและภาวะลมใต้ผิวหนัง (Subcutaneous emphysema) นำไปสู่การใส่ท่อระบายทรวงอก (ICD) ได้อย่างรวดเร็ว สามารถลดแรงดันในช่องอกและกู้คืนประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนแก๊สได้ทันที การดำเนินการดังกล่าวสอดคล้องกับหลักการดูแลผู้บาดเจ็บที่เน้นการประเมินและจัดการภาวะคุกคามชีวิตอย่างรวดเร็วตามลำดับความสำคัญ โดยเฉพาะการประเมินทางเดินหายใจและการหายใจ รวมทั้งการแก้ไขภาวะที่ส่งผลต่อการหายใจและการไหลเวียนโลหิตโดยไม่ล่าช้า (ACS COT, 2018; โสพรรณ โปะทะยะ และพรจิรา จันทรโรจนกิจ, 2564) ภายหลังได้รับการระบายลมและการดูแลระบบหายใจ ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพคงที่มากขึ้น ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนเพิ่มขึ้นเป็น 100 เปอร์เซ็นต์ และระดับความรู้สึกตัวดีขึ้นก่อนทำการส่งต่ออย่างปลอดภัยภายในเวลาที่กำหนด

ข้อเสนอแนะ

ควรนำแนวทางการประเมินสภาพผู้บาดเจ็บหลายระบบ (Multiple trauma) ร่วมกับการดูแลแบบองค์รวม และทฤษฎีระบบการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมดของโอเร็ม มาจัดทำเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Nursing Practice Guidelines, CNPG) ในห้องฉุกเฉิน โดยเน้นการประเมินและเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตจากการบาดเจ็บทรวงอกอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการตรวจหาภาวะลมในชั้นใต้ผิวหนัง (Subcutaneous emphysema) และการฟังเสียงหายใจที่ผิดปกติ เพื่อให้พยาบาลสามารถค้นพบความผิดปกติได้ตั้งแต่วินาทีแรก

รายงานอาการและประสาทร่วมแพทย์ในการทำหัตถการช่วยชีวิตขั้นวิกฤตได้อย่างรวดเร็ว รวมถึงเตรียมและให้การช่วยเหลือในการทำหัตถการเพื่อแก้ไขภาวะคุกคามชีวิต เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจและการใส่ท่อระบายทรวงอก (ICD) ได้อย่างทัน่วงที

เอกสารอ้างอิง

- กรมทางหลวง สำนักอำนวยความสะดวกภัย. (2568). *สรุปผลการดำเนินงาน ด้านอำนวยความสะดวกความปลอดภัย ช่วงเทศกาลสงกรานต์ 2568*. https://bhs.doh.go.th/files/Carnival/Songkran/report_songkran2568.pdf
- ไชยพร ยุกเซ็น, ธาวิณี ไตรณรงค์สกุล และยุเรศมคษฐ์ สิทธิชาญปัญญา. (2561). *Emergency care the pocket guide book* (พิมพ์ครั้งที่ 6). คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ (Clinical practice guidelines for traumatic brain injury)*. พรอสเพอริสพลัส จำกัด.
- ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ เพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน. (2569). *การเปรียบเทียบสถิติการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ในประเทศไทย*. <https://www.thairsc.com/data-compare>
- ไสว นรสาร. (2563). *การพยาบาลผู้บาดเจ็บ ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 เล่ม 1 = Trauma nursing 1st revision, volume 1*. โครงการตำรา รามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โสพรรณ โพทะยะ และ พรจิรา จันทรโรจนกิจ. (2564). การตรวจประเมินผู้บาดเจ็บเบื้องต้นและการจัดการทางพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 22(3), 53–62.
- American College of Surgeons Committee on Trauma. (2018). *Advanced trauma life support (ATLS) student course manual* (10th ed.). American College of Surgeons.
- Bouzat, P., Raux, M., David, J. S., Tazarourte, K., Galinski, M., Desmettre, T., Garrigue, D., Ducros, L., Michelet, P., Freysz, M., Savary, D., Rayeh-Pelardy, F., Laplace, C., Duponq, R., Monnin Bares, V., D'Journo, X. B., Boddaert, G., Boutonnet, M., Pierre, S., ... Vardon, F. (2017). Chest trauma: First 48 hours management. *Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine*, 36(2), 135–145. <https://doi.org/10.1016/j.accpm.2017.01.003>
- Galgano, M., Toshkezi, G., Qiu, X., Russell, T., Chin, L., & Zhao, L. R. (2017). Traumatic brain injury: Current treatment strategies and future endeavors. *Cell Transplantation*, 26(7), 1118–1130. <https://doi.org/10.1177/0963689717714102>