

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. **ชื่อผลงาน** การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกซี่โครงหักร่วมกับมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด
2. **ระยะเวลาที่ดำเนินการ** 12 วัน (ตั้งแต่วันที่ 31 กรกฎาคม 2553 ถึงวันที่ 11 สิงหาคม 2553)
3. **ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดในการดำเนินงาน**

ความรู้ทางวิชาการ

กายวิภาคศาสตร์และพยาธิสภาพของภาวะกระดูกซี่โครงหักร่วมกับมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด

การบาดเจ็บที่ทรวงอกเป็นการบาดเจ็บที่พบได้บ่อย และยังพบว่าเป็นสาเหตุการตายมากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ (สุกษม อัตนวานิช, 2542) ซึ่งความรุนแรงมีตั้งแต่ซี่โครงหักธรรมดา ไปจนถึง ภาวะอกรวน และบาดแผลทรวงอกแบบเปิด (open chest wound) มีการบาดเจ็บของหลอดเลือดที่ผนังทรวงอก (intercostals artery) ซึ่งอาจเสียเลือดได้ 30 - 100 cc ในแต่ละซี่ที่หักหากมีการบาดเจ็บของหลอดเลือดขนาดใหญ่ขึ้น เช่น pulmonary artery หรือ vein หรือ aortic injury ปริมาณเลือดที่เสียก็จะออกมากในเวลาอันรวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยมีอาการได้เร็วและรุนแรง การวินิจฉัยได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว จะทำให้สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยและป้องกันความพิการที่จะเกิดกับผู้ป่วยได้ (ชุมพร พงษ์นุ่มกุล, 2544)

พยาธิสรีรวิทยากระดูกซี่โครงหัก (Fractures of ribs)

กระดูกซี่โครงอาจหัก 1 - 2 ซี่ ซึ่งมักพบว่ากระดูกซี่โครงซี่ที่ 5 - 9 หักได้มากที่สุด ผลจากกระดูกหักทำให้อวัยวะภายในทรวงอกได้รับบาดเจ็บ อาจมีการหักของกระดูกซี่โครงที่มเข้าไปในเนื้อปอด จนทำให้มีการฉีกขาดของเส้นเลือดหรือเนื้อปอดมีเลือดออกมาอยู่ในช่องเยื่อหุ้มปอด มีการฉีกขาดของถุงลม เกิดลมเข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอด และถ้าถ้ายันตรงนั้นทำให้มีการหักของกระดูกซี่โครงหลายซี่ คือตั้งแต่ 3 ซี่ ขึ้นไป หรือมากกว่า โดยที่แต่ละซี่หักตั้งแต่ 2 ตำแหน่งทำให้ส่วนที่หักสามารถแยกออกจากผนังทรวงอก ซึ่งผนังทรวงอกนี้ จะเคลื่อนไหวตรงกันข้ามกับที่ควรจะเป็นระหว่างการหายใจ เรียกว่า paradoxical movement มีผลให้กลไกการหายใจผิดปกติไป เรียกว่า ภาวะอกรวน ทำให้ประสิทธิภาพของปอดในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง จึงทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนได้ (สุกษม อัตนวานิช, 2542)

การวินิจฉัยภาวะกระดูกซี่โครงหัก

1. ประวัติ หลังบาดเจ็บผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บทรวงอกบริเวณที่กระดูกซี่โครงหัก การเจ็บจะเป็นมากขึ้นเมื่อมีการเคลื่อนไหว เช่น ไอ หรือหายใจแรงๆ
2. การตรวจร่างกาย อาจพบร่องรอยของการบาดเจ็บที่ผนังทรวงอก ทรวงอกด้านที่มีกระดูกซี่โครงหักเคลื่อนไหวน้อย กดเจ็บบริเวณกระดูกซี่โครงหัก บางครั้งอาจคลำได้ crepitation หรือปลายกระดูกซี่โครงที่หักเสียงหายใจด้านที่มีกระดูกซี่โครงหักเบา
3. การตรวจพิเศษ ได้แก่ การถ่ายภาพรังสีทรวงอก สามารถเห็นกระดูกซี่โครงที่หักได้แต่ไม่ทั้งหมด ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ แต่อย่างไรก็ตามการถ่ายภาพรังสีทรวงอกก็มีประโยชน์อย่างมากในการที่จะช่วยให้พบภาวะที่เกิดร่วมด้วย เช่น การมีลมรั่วในปอดและการมีเลือดออกในปอด

การรักษาภาวะกระดูกซี่โครงหัก

กระดูกซี่โครงหักจะเจ็บปวดมากที่สุดภายในสัปดาห์แรก หลังจากนั้นจะค่อยๆ ลดลงและหายไป การรักษาสำหรับซี่โครงหักธรรมดา คือให้ยาแก้ปวดให้เพียงพอ ซี่โครงข้างเคียงที่อยู่ขนานกันจะทำหน้าที่ตามซี่โครงที่หักไปในตัว ซี่โครงหักจะต่อติดกันเองตามธรรมชาติ เมื่อกระดูกซี่โครงที่หักติดกันแล้ว กระดูกซี่โครงที่หักจะติดกันเองประมาณ 3-4 สัปดาห์ ส่วนกระดูกอ่อนซี่โครงหักจะติดกันประมาณ 5-6 สัปดาห์ (ชมพร พงษ์น่วมกุล, 2544)

พยาธิสรีรวิทยาภาวะที่มีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด (Hemothorax)

ปกติในโพรงระหว่างเยื่อหุ้มปอดทั้งสองชั้นมีความดันเป็นลบระหว่าง 10 - 20 มิลลิเมตรปรอท ทำให้ปอดขยายตัวได้สะดวกในระหว่างการหายใจ เมื่อมีรูทะลุจากภายนอกเข้าไปในโพรงเยื่อหุ้มปอดแล้วยังมีโลหิตในระหว่างโพรงเยื่อหุ้มปอด หรือมีทั้งโลหิตและลม (pneumothorax) ทำให้ความดันลบในโพรงเยื่อหุ้มปอดลดลงเรื่อยๆ จะมากขึ้นเรื่อยๆ ขึ้นอยู่กับปริมาณโลหิตในโพรงเยื่อหุ้มปอด ถ้ามีโลหิตในโพรงเยื่อหุ้มปอดมากปอดจะแฟบ ผู้ป่วยจะมีอาการขาดออกซิเจน อาการเสียโลหิตอาจช็อคหมดสติได้ และอาการแสดงผู้ป่วยจะมีการแน่นหน้าอก หายใจลำบาก กระสับกระส่าย ชีตแห้งออกตัวเย็น ความดันโลหิตลดลงช็อคเนื่องจากปริมาณโลหิตลดลง ภาวะที่มีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดแบ่งได้เป็น 3 ระดับดังนี้

1. ภาวะที่มีเลือดออกน้อย (Minimal hemothorax) คือภาวะที่มีเลือดอยู่ในช่องเยื่อหุ้มปอดไม่เกิน 350 มิลลิลิตร เป็นการเสียเลือด grade I จึงมักไม่มีอาการและอาการแสดง

2. ภาวะที่มีเลือดออกปานกลาง (Moderate hemothorax) คือ ภาวะที่มีเลือดอยู่ในช่องเยื่อหุ้มปอดตั้งแต่ 360 - 1,500 มิลลิลิตร ผู้ป่วยจะมีอาการของการเสียเลือดตามจำนวนที่เสียไปและเลือดเข้าไปอยู่ในช่องเยื่อหุ้มปอด จะกดปอดทำให้ผู้ป่วยหายใจลำบากมากหรือน้อยแล้วแต่จำนวนเลือดนั้น

3. ภาวะที่มีเลือดออกมาก (Massive hemothorax) คือ ภาวะที่มีเลือดอยู่ในช่องเยื่อหุ้มปอดมากกว่า 1,500 มิลลิลิตร หรือมากกว่าร้อยละ 40 ของปริมาตรเลือดในระบบไหลเวียน ผู้ป่วยจะมีอาการช็อคและเลือดนั้นเข้าไปอยู่ในช่องเยื่อหุ้มปอดก็จะกดปอดทำให้หายใจลำบาก (ชมพร พงษ์น่วมกุล, 2544)

การวินิจฉัยภาวะที่มีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด

1. ประวัติ ภาวะที่มีเลือดออกน้อย มีการบาดเจ็บที่ทรวงอก แต่มักไม่ค่อยมีอาการอย่างอื่น ภาวะที่มีเลือดออกมาก หลังการบาดเจ็บที่ทรวงอกมีอาการของการเสียเลือดและการแน่นอึดอัด หายใจไม่ค่อยสะดวก ภาวะที่มีเลือดออกมาก หลังการบาดเจ็บที่ทรวงอก มีอาการช็อคและหายใจลำบาก

2. การตรวจร่างกาย ภาวะที่มีเลือดออกน้อย เนื่องจากมีเลือดอยู่ในช่องเยื่อหุ้มปอดจำนวนน้อย จึงมักตรวจไม่พบอาการแสดงที่ผิดปกติชัดเจน ภาวะที่มีเลือดออกปานกลาง อาจพบบาดแผลที่ผนังทรวงอก ทรวงอกข้างนั้นเคลื่อนไหวน้อยลง ถ้าผู้ป่วยนอนจะเคาะทึบ และฟังได้ยินเสียงหายใจเบาลงทางด้านล่างของทรวงอก ภาวะที่มีเลือดออกมาก พบร่องรอยการบาดเจ็บ เช่น บาดแผลที่ผนังทรวงอก ทรวงอกด้านที่มีเลือดออกมากเคลื่อนไหวน้อยลง เคาะทึบ เสียงหายใจเบาลง หายใจลำบาก มีอาการเขียว เส้นเลือดดำที่คอโป่ง เนื่องจากเมดิแอสติเนียม และหลอดลมคอคูกัดแน่นไปยังด้านตรงข้าม (สุกษม อัดนวนานิช, 2542)

3. การตรวจพิเศษ ได้แก่ การถ่ายภาพรังสีทรวงอกในท่ายืน (upright) จะสามารถประมาณจำนวนของเลือดที่อยู่ในช่องเยื่อหุ้มปอดได้ โดยแบ่งปริมาณของเลือดที่ออกเป็น 3 ระดับ

3.1 ระดับปริมาณเลือดออกน้อย (Minimal hemothorax) จะเห็นจากภาพถ่ายรังสีทรวงอกว่าปริมาณรอยต่อระหว่างผนังทรวงอกด้านในกับกระบังลมที่เรียกว่า costophrenic angle มีลักษณะไม่เป็นมุมแหลม เนื่องจากเป็นส่วนที่ต่ำที่สุดทำให้เลือดเข้าไปตกอยู่บริเวณนั้น ปริมาณของเลือดที่เห็นลักษณะดังกล่าวจะมีพบได้ตั้งแต่ ประมาณ 200 – 500 มิลลิลิตร แต่การถ่ายภาพรังสีทรวงอกในท่านอน อาจจะไม่สามารถสังเกตเห็นปริมาณเลือดจำนวนดังกล่าวได้

3.2 ปริมาณเลือดออกปานกลาง (Moderate hemothorax) จะเห็นจากภาพถ่ายรังสีว่าเงาของกระบังลมหายไป แต่จะเห็นระดับของเลือดที่ออกแทนที่ปริมาณเลือดที่ออก ในกรณีนี้พบได้ตั้งแต่ 500 มิลลิลิตรขึ้นไป จนถึง ประมาณ 1,500 มิลลิลิตร และการถ่ายภาพรังสีทรวงอกในท่านอน จะสามารถเห็นความผิดปกติได้ เนื่องจากปริมาณเลือดจะฉาบอยู่ทางด้านหลัง ทำให้เห็นเป็นเงาทึบเทียบกับด้านปกติ แต่บางครั้งก็อาจจะสังเกตเห็นได้ไม่ชัดเจนในระยะแรก

3.3. ปริมาณเลือดออกมาก (Massive hemothorax) จะเห็นจากภาพถ่ายรังสีว่าเงาของระดับเลือดเพิ่มขึ้นเกิน 50 เปอร์เซ็นต์ของปริมาณของทรวงอกด้านนั้น ปริมาณเลือดที่ออกในกรณีนี้มีได้ตั้งแต่ 1,500 มิลลิลิตรขึ้นไป ซึ่งสามารถเห็นได้ชัดเจนด้วยทั้งในการถ่ายภาพรังสีทรวงอกในท่านอน ซึ่งปริมาณเลือดดังกล่าวถ้ามากจะสามารถดันเมดิแอสติנםไปทางด้านตรงกันข้ามได้ ซึ่งสังเกตเห็นได้จากการถ่ายภาพรังสีเช่นกัน (สุกษม อุตนวนานิช, 2542)

การรักษาภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด

การรักษาผู้บาดเจ็บที่มีภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด ขึ้นอยู่กับปริมาณเลือดที่ออก โดยหลักการแล้วมุ่งการรักษาไปที่จุดใหญ่ 2 ประการ ประการแรก คือ แก้ไขภาวะการเสียเลือด ประการที่สอง คือ พยายามเอาเลือดออกจากช่องเยื่อหุ้มปอดเพื่อให้ปอดในส่วนนั้นสามารถที่จะขยายตัวออกมาได้ ทำให้การหายใจดีขึ้น การรักษาขึ้นอยู่กับปริมาณเลือดที่ออก ซึ่งแบ่งการรักษาได้ดังนี้

1. ภาวะเลือดออกน้อย ถ้าปริมาณเลือดที่ออกน้อยกว่า 200 มิลลิลิตร ไม่จำเป็นต้องให้การรักษา เนื่องจากเลือดจำนวนดังกล่าวจะถูกดูดกลับอย่างรวดเร็วโดยเยื่อหุ้มปอด ซึ่งจะปกติภายใน 10 – 14 วัน อย่างไรก็ตามในกรณีมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดน้อย แต่มีลมรั่วร่วมด้วยแนะนำให้ใส่ท่อระบายได้

2. ภาวะปริมาณเลือดออกปานกลาง ในทางปฏิบัติแนะนำให้ใส่ท่อระบายทรวงอก เพราะเป็นการเอาเลือดออกจากช่องเยื่อหุ้มปอดได้หมดแล้ว ยังสามารถติดตามดูปริมาณเลือดที่ออกว่ามีเพิ่มขึ้นเร็วมากน้อยเพียงใด ทำให้สามารถตัดสินใจให้การรักษาได้อย่างถูกต้องต่อไป

3. ภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดมาก จะต้องรีบทำการรักษาด้วยการให้สารละลายเกลือแร่และเลือดเพื่อทดแทนปริมาณเลือดที่สูญเสียเข้าไปภายในช่องเยื่อหุ้มปอด จากนั้นตามด้วยการใส่ท่อระบายทรวงอกเพื่อดูปริมาณเลือดที่ออก ถ้ามีปริมาณมากกว่า 1,500 มิลลิลิตร ภายในระยะเวลา 1 ชั่วโมง มากกว่า 400 มิลลิลิตร ใน 1 ชั่วโมง หรือ 200 – 300 มิลลิลิตร ในระยะเวลา 2 – 3 ชั่วโมง ติดต่อกัน หรือมีเลือดออกมากกว่า 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เป็นเวลา 4 – 6 ชั่วโมงติดต่อกัน ให้ถือว่าเป็นข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัด

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทรวงอก

1. การดูแลผู้ป่วยให้หายใจอย่างมีประสิทธิภาพ การแลกเปลี่ยนก๊าซในถุงลมปอดอยู่ในภาวะปกติ ร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอ โดยให้การพยาบาล ดังนี้ ประเมินลักษณะการหายใจ จังหวะ และความลึกของการหายใจ การขยายตัวของทรวงอก และอาการหายใจถูกกด ประเมินภาวะพร่องของออกซิเจน และภาวะคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ ช่วยเหลือโดยยึดหลัก ABC รายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ เช่น หายใจตื้น เร็วหรือช้าผิดปกติ หายใจลำบาก เหนื่อย หอบ มีเสียงหายใจผิดปกติ มีอาการเขียวตามปลายมือ ปลายเท้า เพื่อช่วยเหลือภาวะพร่องของออกซิเจน ได้ทัน จัดทำผู้ป่วยให้หายใจได้สะดวกโดยจัดท่านอนศีรษะสูง ให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา ตั้งเกณฑ์ระดับความรู้สึกตัว และอาการกระสับกระส่าย ถ้ามีอาการแสดงถึงภาวะ ลมอัดแน่นในช่องปอด เตรียมอุปกรณ์เพื่อช่วยแพทย์ในการใส่ท่อระบายทรวงอก เพื่อระบายอากาศ และสารเหลวออกจากช่องเยื่อหุ้มปอดและให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่

2. การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับปริมาณโลหิตในระบบไหลเวียนมีแนวโน้มจะลดลงทำให้การกำซาบเนื้อเยื่อ ไม่เพียงพอ เสียเลือด เกิดภาวะช็อคขาดสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ช่วยในการห้ามเลือดหากมีเลือดออกมา ภายนอกและป้องกันภาวะช็อคโดยต้องคำนึงถึงเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด จึงควรให้การช่วยเหลือโดยเร็ว วัตถุประสงค์ทุก 15 - 30 นาที ควรรายงานแพทย์ถ้าผู้ป่วยความดันโลหิตลดลง ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ อย่างเพียงพอตามแผนการรักษา จองเลือดเพื่อให้เลือดทดแทน

3. การดูแลเพื่อลดความปวดจากการบาดเจ็บทรวงอก การผ่าตัด หรือการระคายเคืองจากท่อระบาย ทรวงอก ประเมินระดับความเจ็บปวดโดยการซักถาม การสังเกตอาการแสดง อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสาเหตุ ของความเจ็บปวด และวิธีปฏิบัติที่ถูกต้องในการลดความเจ็บปวดให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาและให้ความรู้ เกี่ยวกับการออกฤทธิ์ของยา เพื่อบรรเทาความเจ็บปวด พร้อมทั้งให้ยาด้วยความระมัดระวัง ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย การให้การพยาบาลด้วยท่าทีที่เต็มใจ การอยู่เป็นเพื่อน และให้เวลา แก่ผู้ป่วยในการระบายความรู้สึก ให้ความเห็นอกเห็นใจ ความจริงใจ การสัมผัสที่นุ่มนวล และการแสดง ให้ผู้ป่วยรู้ว่าพยาบาลเข้าใจถึงความทุกข์ทรมานที่เขากำลังเผชิญอยู่ สิ่งเหล่านี้จะช่วยเพิ่มความอบอุ่นใจ ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยรายงานแพทย์ถ้าอาการปวดไม่ดีขึ้น

4. การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากการบาดเจ็บและการผ่าตัด ได้แก่ ภาวะปอดแฟบ ภาวะติดเชื้อ และการอุดตันของเส้นเลือดดำที่บริเวณปลายขาและข้อไหล่ติดแข็ง สอน แนะนำให้ผู้ป่วย ออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด โดยดูแลให้มีการฝึกหัด ทำให้ถูกต้องก่อนการผ่าตัด ได้แก่ การหายใจเข้าออกลึกๆ ยาว ๆ การไออย่างมีประสิทธิภาพ แนะนำให้ผู้ป่วย พลิกตะแคงตัวไปมาทุก 2 ชั่วโมง การออกกำลังกายเพื่อกระตุ้นการไหลกลับของเลือดจากส่วนปลายเป็นไปได้ ขึ้นการให้ลุกเดินโดยเร็วหลังผ่าตัด (early ambulation)

5. การดูแลผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับความวิตกกังวลจากอาการของโรคและการบาดเจ็บ สร้างสัมพันธภาพ ที่ดีและเป็นมิตรกับผู้ป่วย ให้การพยาบาลด้วยท่าทีที่เต็มใจ ให้เวลาแก่ผู้ป่วยในการระบายความรู้สึก ให้ความเห็นอกเห็นใจ ความจริงใจ อธิบายเกี่ยวกับลักษณะสิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล และเครื่องมือ อุปกรณ์ที่ต้องติดกับตัวของผู้ป่วยตลอด อธิบายถึงภาวะเจ็บป่วยและบอกให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งเมื่อทำกิจกรรม

การรักษาพยาบาล อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงสภาพของผู้ป่วย อาการ แนวทางการรักษา ให้กำลังใจ แก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อจะได้ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล จัดหาโอกาสให้ญาติได้พบกับแพทย์เพื่อซักถามอาการ รวมทั้งข้อสงสัยต่างๆ เปิดโอกาสให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ตัดสินปัญหาที่สำคัญเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย ให้ข้อมูลและอธิบายถึงภาวะเจ็บป่วยแก่ญาติและบุคคลสำคัญเป็นระยะๆ

แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

กรอบแนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีการดูแลตัวเองของโอเร็ม (Orem) การรักษาไว้ซึ่งชีวิตและสุขภาพนั้น บุคคลต้องกระทำการดูแลตนเอง แต่เมื่อบุคคลไม่สามารถดูแลตนเองได้ ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวและเมื่อสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถช่วยเหลือได้ พยาบาลสามารถให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมโดยการกระทำแทนหรือกระทำให้กับผู้ป่วย การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน ให้กำลังใจ และการปรับสิ่งแวดล้อม การกระทำเหล่านี้พยาบาลกระทำร่วมกับผู้ป่วย และครอบครัว โดยมุ่งช่วยเหลือให้การดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ หรือให้สุขภาพกลับดีขึ้นและอยู่ได้อย่างปกติสุข

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินงาน

สรุปสาระสำคัญของเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกซี่โครงหักร่วมกับมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด ปัจจัยหลักสำคัญเกิดจากอุบัติเหตุจราจร ตกจากที่สูง หกล้ม ถูกทำร้ายร่างกาย เช่น ถูกตี ถูกยิง ถูกแทง เป็นต้น มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินหายใจ ระบบการทำงานของหัวใจ การไหลเวียนโลหิต ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่ ผู้บาดเจ็บอาจจะเสียชีวิตได้ ดังนั้นพยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ ความชำนาญ ประสบการณ์จึงจะสามารถประเมินสภาพผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ และจัดลำดับการช่วยเหลือตามความจำเป็นก่อน-หลัง ได้ ทำให้ผู้ป่วยสามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤต มีสภาพสมบูรณ์ดังเดิม และสามารถกลับไปดำเนินชีวิตในสังคมปกติได้

กรณีศึกษา ผู้ป่วยชายไทย อายุ 45 ปี สถานภาพสมรส คู่ สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย อาชีพรับจ้าง มาตรวจรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วันที่ 31 กรกฎาคม 2553 เวลา 21.00 น. โดยการนำส่งของเจ้าหน้าที่ตำรวจ ให้ประวัติว่าเวลาประมาณ 20.30 น. ผู้ป่วยขณะเดินทางกลับบ้านถูกวัยรุ่นชาย 3 คน รุมทำร้ายร่างกาย ชกต่อยตามใบหน้าและใช้เท้ากระแทกบริเวณหน้าอกอย่างแรง ตำรวจสายตรวจผ่านมาพบจึงนำส่งโรงพยาบาล แกร็บที่ตึกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประเมินอาการ ชักประวัติ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง เจ็บหน้าอกด้านซ้าย หายใจไม่สะดวก กระสับกระส่าย เล็บมือเล็บเท้าซีด แพทย์ตรวจร่างกาย พบรอยฟกช้ำบริเวณใบหน้า ตาข้างซ้ายบวมปิดสนิท กดเจ็บบริเวณหน้าอกด้านซ้าย เคาะได้ยินเสียงทึบ ขณะหายใจเข้า เสียงหายใจเบา ทรวงอกด้านซ้ายเคลื่อนไหวได้น้อย จากภาพถ่ายรังสีทรวงอก แพทย์วินิจฉัยว่ามีกระดูกซี่โครงด้านซ้ายซี่ที่ 5-7 หัก ร่วมกับมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด แพทย์ให้การรักษาโดยใส่ท่อระบายทรวงอกต่อท่อลงใต้น้ำชนิดสองขวด มีเลือดออก 500 มิลลิลิตร ให้ออกซิเจนแคนดูลา 3 ลิตรต่อนาที ให้สารน้ำเป็น 0.9%NSS 1,000 มิลลิลิตร หยอดเข้าทางหลอดเลือดดำในอัตรา 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้ยาฉีด pethidine 25 มิลลิกรัม เข้าทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา รายงานแพทย์ที่ปรึกษาทางศัลยกรรม ให้รับไว้เป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลพบว่าไม่มีภาวะแทรกซ้อน ไม่มีหอบเหนื่อย เจ็บหน้าอกเล็กน้อย ช่วยเหลือตัวเองได้ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน

วันที่ 11 สิงหาคม 2553 รวมระยะเวลาที่รักษาในโรงพยาบาล 12 วัน และนัดมาตรวจอีกครั้งในวันที่ 18 สิงหาคม 2553 จากการดูแลผู้ป่วย ติดตามและประเมินผลการพยาบาลเป็นเวลา 12 วัน และเยี่ยมจำนวน 3 ครั้ง พบว่า ปัญหาทั้งหมด 7 ปัญหาได้รับการแก้ไขทั้งหมด ให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านแก่ผู้ป่วยและญาติ เรื่องการปฏิบัติตัว และการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด ผู้ป่วยและญาติเข้าใจดี แนะนำให้มาตรวจตามแพทย์นัด

5. ผู้ร่วมดำเนินการ ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100

กรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกซี่โครงหักร่วมกับมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด
 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 45 ปี สถานภาพสมรส คู่ สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย อาชีพรับจ้าง เลขที่ภายนอก 40628/49 เลขที่ภายใน 14971/53 มาตรวจรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วันที่ 31 กรกฎาคม 2553 เวลา 21.00 น. โดยการนำส่งของเจ้าหน้าที่ตำรวจ ให้ประวัติว่าเวลาประมาณ 20.30 น. ผู้ป่วยขณะเดินทางกลับบ้าน ถูกวัยรุ่นชาย 3 คน รุมทำร้ายร่างกาย ชกต่อยตามใบหน้า และใช้เท้ากระทืบบริเวณหน้าอกอย่างแรง ตำรวจสายตรวจผ่านมาพบจึงนำส่งโรงพยาบาล แรกแรกที่ตีอกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประเมินอาการ ชักประวัติ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง เจ็บหน้าอกด้านซ้าย หายใจไม่สะดวก กระสับกระส่าย เล็บมือเล็บเท้าซีด วัดสัญญาณชีพแรกเริ่ม ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 94 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดจากปลายนิ้วได้ 89 เปอร์เซ็นต์ (ค่าปกติมากกว่า 95 เปอร์เซ็นต์) แพทย์ตรวจร่างกาย พบรอยฟกช้ำบริเวณใบหน้า ตาข้างซ้ายบวมปิดสนิท กดเจ็บบริเวณหน้าอกด้านซ้าย เคาะได้ยินเสียงทึบ ขณะหายใจเข้า เสียงหายใจเบา ทรวงอกด้านซ้ายเคลื่อนไหวได้น้อย จากภาพถ่ายรังสีทรวงอก แพทย์วินิจฉัยว่ามีกระดูกซี่โครงด้านซ้ายซี่ที่ 5-7 หัก ร่วมกับมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด แรกเริ่มผู้ป่วยมีภาวะเชลล์ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากการระบายอากาศใน ถุงลมปอดลดลง ทำให้ผู้ป่วยแน่นหน้าอกหายใจไม่สะดวก กระสับกระส่าย ปลายมือปลายเท้าซีด วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วได้ 89 เปอร์เซ็นต์ ให้การพยาบาลโดย จัดให้ผู้ป่วยนอนหงายศีรษะสูง 30 องศา ให้ออกซิเจนโดยใช้แคนนูลา อัตราการไหล 3 ลิตรต่อนาที หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยกระสับกระส่ายมากขึ้น แพทย์พิจารณาใส่ท่อระบายทรวงอก พยาบาลอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่าแพทย์จำเป็นต้องใส่ท่อระบายเข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอด เพื่อระบายเลือดออกจากช่องเยื่อหุ้มปอด เตรียมอุปกรณ์และช่วยแพทย์ในการใส่ท่อระบายทรวงอก หลังใส่ท่อระบายทรวงอก ผู้ป่วยหายใจสะดวกขึ้น ไม่มีหอบเหนื่อย วัดและจดบันทึกสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที และวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดจากปลายนิ้ว เพื่อประเมินภาวะพร่องออกซิเจน พร้อมทั้งสังเกตลักษณะการหายใจ การขยายตัวของทรวงอก อัตราและความลึกของการหายใจ เสียงของการหายใจว่ามีการหายใจเร็ว หอบเหนื่อยมากขึ้นหรือไม่ สังเกตอาการเขียวตาม ปลายมือ ปลายเท้าริมฝีปาก เพื่อประเมินภาวะพร่องออกซิเจน หลังให้การพยาบาลและผู้ป่วยไม่มีอาการหอบเหนื่อย ไม่มีปลายมือ ปลายเท้าเขียว ริมฝีปากแดงดี ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะชอคเนื่องจากมีการสูญเสียเลือดในช่องเยื่อหุ้มปอด จากการใส่ท่อระบายทรวงอกมีเลือด 500 มิลลิเมตร ดูแลให้สารน้ำ 0.9%NSS 1,000 มิลลิเมตร เข้าทางหลอดเลือดดำ ในอัตรา 120 มิลลิเมตรต่อชั่วโมง ตามแผนการรักษา ประเมินความรู้สึกรู้ตัว

ดูแลให้ออกซิเจนอย่างเพียงพอ เจาะเลือดเพื่อประเมินความเข้มข้นของเลือด (hematocrit) จากการดูแลผู้ป่วย รู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 116/69 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วได้ 98 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยไม่ สุกสบาย เนื่องจากมีเจ็บปวดจากการ ได้รับบาดเจ็บที่ทรวงอก มีกระดูกซี่โครงหักหลายซี่และได้รับการใส่ท่อระบายทรวงอก ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล รวดเร็ว พร้อมทั้งอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงสาเหตุที่ทำให้ไม่ สุกสบาย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก และรับฟังผู้ป่วยเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ถูกต้อง ประเมินระดับความรุนแรงของความเจ็บปวด (pain scor) ได้ 8 หมายถึงปวดมากที่สุด รายงานแพทย์ ให้นิโคตีล Pethidine 25 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ หลังให้ยา 30 นาทีผู้ป่วยมีอาการปวดลดลง ประเมินระดับความรุนแรงของความเจ็บปวด (pain scor) ได้ 4 คือ ปวดปานกลาง พยายามแจ้งให้ผู้ป่วยและญาติ ทราบว่าผู้ป่วยมีกระดูกซี่โครงหักและมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด จำเป็นต้องรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับอาการที่เป็นอยู่และไม่ทราบถึงแผนการรักษา ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ โดยการสร้างสัมพันธภาพ ที่ดีกับผู้ป่วย แนะนำตัว ให้การพยาบาล ที่นุ่มนวลและเต็มใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมั่นใจว่าพยาบาลพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือ อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการ และอาการแสดง การดำเนินของโรคและแผนการรักษาของแพทย์ การปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาลตลอดจน เหตุผลของการรักษาพยาบาลต่างๆที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือในการรักษา ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ ให้ความช่วยเหลือ เปิดโอกาสให้ ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามและมีส่วนร่วมในการรักษา หลังได้รับการอธิบายแล้วผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล ลดลงสีหน้าดูผ่อนคลายลง และให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี รับไว้เป็นผู้ป่วยในที่หอผู้ป่วย ศัลยกรรมชาย วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 116/69 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนจากปลายนิ้วได้ 97 เปอร์เซ็นต์ รวมระยะเวลาที่ ให้การรักษาพยาบาลที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 90 นาที ก่อนการเคลื่อนย้ายพยาบาลได้ดูแลสายออกซิเจน และดึงออกซิเจนให้อยู่ในสภาพที่พร้อมใช้งาน และมีออกซิเจนเพียงพอ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน โดยต่อสายแคนนูลาเข้ากับถังออกซิเจนเคลื่อนย้าย อัตราไหล 3 ลิตรต่อนาที ตลอดเวลาที่เคลื่อนย้าย ติดตามดูแล ผู้ป่วยจนถึงตึกศัลยกรรมชาย เตรียมตัวหนีบ(clamp)ไว้เมื่อเคลื่อนย้ายและป้องกันอุบัติเหตุ เช่น ขวดแตก หรือยางรั่ว จะสามารถช่วยเหลือได้ทันท่วงที และส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

การเยี่ยมครั้งที่ 1 วันที่ 1 สิงหาคม 2353 เวลา 09.00 น. ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียง รู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง ช่วยเหลือตัวเองได้บนเตียง ได้รับสารน้ำ 0.9%NSS 1,000 มิลลิลิตร เข้าทางหลอดเลือดดำ ในอัตรา 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง บริเวณทรวงอกด้านซ้ายมีท่อระบายทรวงอก ต่อท่อลงได้น้ำชนิดสองขวด พบว่ามีน้ำเลือดสีแดงสด 200 มิลลิเมตร แผลบริเวณท่อระบายทรวงอกแห้งดีไม่มีเลือดซึม ได้รับออกซิเจน แคนนูลา 3 ลิตรต่อนาที ความดันโลหิต 129/85 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 94 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดจากปลายนิ้วได้ 97 เปอร์เซ็นต์

จากการเยี่ยมชมพบว่าผู้ป่วยยังคงมีอาการปวดบริเวณหน้าอกด้านซ้าย และปวดบริเวณที่ใส่ท่อระบาย ทรวงอก pain scor ได้ 6 คือ ปวดมาก ได้รับยา dynastat 50 มิลลิกรัมเข้าทางหลอดเลือดดำทุก 12 ชั่วโมง หรือเมื่อมีอาการปวด หลังได้รับยาอาการปวดลดลง pain scor ได้ 2 คือปวดเล็กน้อย นอนหลับพักผ่อนได้ ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังใส่ท่อระบายทรวงอก คุณแลศวรรองรับของเหลว ต้องวางต่ำกว่าระดับ หน้าอกของผู้ป่วย 2 - 3 ฟุต เพื่อป้องกันการไหลย้อนกลับของลม และของเหลวจัดให้ขวดอยู่ในตะกร้า หรือตะแกรงเพื่อป้องกันขวดลึ้ม คุณแลศสายยางที่ต่อลงขวดสุญญากาศ (water seal) ให้ปลายหลอดจุ่มอยู่ในน้ำ ประมาณ 2 - 3 เซนติเมตร เพื่อไม่ให้อากาศไหลเข้าสู่ทรวงอก ตรวจสอบสายท่อระบายตามข้อต่อต่างๆ ว่ามีรอยรั่ว หรือไม่ ถ้าพบรอยรั่ว รายงานแพทย์เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปอดแฟบและการหายใจลึ้มเหลว ระวังสายไม่ให้ หัก พับ บีบรัด ทุก 1 - 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการอุดตัน คุณแลศสายยางที่ต่อกับท่อระบายไม่ให้โค้งงออยู่ข้างเตียง มากเกินไป เพราะจะทำให้เกิดแรงดันย้อนกลับในสายยาง เป็นการขัดขวางการระบายจากช่องเยื่อหุ้มปอด เตรียม clamp 1 - 2 อัน ไว้ข้างเตียงเสมอ เพื่อ clamp เมื่อต้องการเปลี่ยนขวดเมื่อเคลื่อนย้ายและมีอุบัติเหตุสายยาง รั่ว ติด plaster ตามข้อต่อต่างๆป้องกันการหลุดและเป็น close system เสมอ ขณะเปลี่ยนขวดรองรับของเหลว หรือข้อต่อใช้หลักการปลอดเชื้อ กระตุ้นให้ผู้ป่วยไอและหายใจลึกๆเพื่อเพิ่มความดันภายในช่องเยื่อหุ้มปอด ทำให้ปอดขยายตัวได้ดี ไม่เกิดภาวะปอดแฟบ เปิดทำแผลเมื่อเปื้อน สังเกตลักษณะแผลบวมแดงมี discharge ซึม ตรวจสอบวัดไข้ทุก 4 ชั่วโมงเพื่อตรวจสอบว่าร่างกายมีการติดเชื้อหรือไม่ สังเกตและบันทึกสี จำนวน ลักษณะ ของของเหลวที่ออกมาถ้าเป็นเลือดสดมากกว่า 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงติดต่อกัน 3 - 4 ชั่วโมง แสดงว่าผู้ป่วยเกิดภาวะเลือด ออกมาทำให้ปริมาณแพทย์ หลังจากให้การพยาบาลผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอกท่อระบาย ทรวงอกอยู่ในตำแหน่งปกติ ไม่มีรอยรั่ว ข้อต่อไม่มีเลื่อนหลุด ของเหลวที่ระบายออกมาจากช่องเยื่อหุ้มปอด อยู่ในเกณฑ์ปกติคือไม่เกิน 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ไม่มีใช้อุณหภูมิของร่างกาย 37.0 องศาเซลเซียส

การเยี่ยมผู้ป่วย ครั้งที่ 2 วันที่ 5 สิงหาคม 2553 เวลา 15.00น. ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย

ผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียง รู้สึกตัวดี สีหน้าสดชื่นขึ้น บริเวณใบหน้ายังมีรอยฟกช้ำ ไม่มีตาบวม ได้รับสารน้ำ 5%D/N/2 1,000 มิลลิลิตร เข้าทางหลอดเลือดดำในอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง บริเวณทรวงอก ด้านซ้ายมีท่อระบายทรวงอกต่อท่อลงใต้น้ำชนิดสองขวด สารเหลวจากท่อระบายทรวงอกเป็นเลือดสีแดงจาง ลักษณะคล้ายสีน้ำตาลเนื้อประมาณ 60 มิลลิลิตร แผลบริเวณท่อระบายทรวงอกแห้งดีไม่มีเลือดซึม มีอาการเจ็บ บริเวณทรวงอกด้านซ้ายเวลาถอนหายใจ ไม่มีหอบเหนื่อย วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 118/73 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน ในเลือดจากปลายนิ้วได้ร้อยละ 95 อุณหภูมิของร่างกาย 37.3 องศาเซลเซียส

จากการเยี่ยมชมพบว่า ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะปอดแฟบเนื่องจากประสิทธิภาพของการขยายของปอดลดลง อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าภาวะปอดแฟบสามารถเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ทรวงอก กระตุ้นให้ผู้ป่วย เคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อให้ของเหลวในช่องเยื่อหุ้มปอดมีการระบายได้ดีทำให้ปอดขยายตัวได้ดีขึ้น สอนการหายใจเข้า หายใจออกลึกๆยาวและการไอที่ถูกวิธี เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม ไปพร้อมๆกัน ผู้ป่วยเข้าใจและปฏิบัติตามได้ถูกต้อง ฟังเสียงลมผ่านเข้าปอด ชัดเจนและเท่ากันทั้งสองข้าง สังเกตการขยายตัวของทรวงอก ขยายตัวได้ดี และติดตามผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอกพบว่าผู้ป่วยไม่มีภาวะปอดแฟบ

การเยี่ยมผู้ป่วย ครั้งที่ 3 วันที่ 10 สิงหาคม 2553 เวลา 13.00 น. ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย

ผู้ป่วยนั่งอยู่ที่เก้าอี้ข้างเตียง สีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส ยังมีอาการเจ็บบริเวณทรวงอกด้านซ้ายเวลาขยับตัว ไม่มีหอบเหนื่อย แพทย์ถอดท่อระบายทรวงอกออกในวันที่ 10 สิงหาคม 2553 เวลา 9.00 น. ปิดคอซิวไว้ไม่มีเลือดซึม จากภาพถ่ายรังสีทรวงอกไม่พบเลือดในช่องเยื่อหุ้มปอด ปอดทั้งสองข้างมีการขยายตัวได้ดี สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 129/83 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดจากปลายนิ้วได้ 98 เปอร์เซ็นต์

จากการเยี่ยม พบว่า ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ได้แก่ อาหารที่มีโปรตีน คาร์โบไฮเดรต วิตามินและเกลือแร่ให้ผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น เช่น มีไข้ ไอ หายใจลำบาก แน่นหน้าอก แผลแตก มีหนอง บวมแดงบริเวณที่ใส่ท่อระบายทรวงอก ควรรีบมาพบแพทย์ทันที แนะนำเรื่องการดูแลความสะอาดของแผลที่เคยใส่ท่อระบายทรวงอกทั้งสองข้าง แผลจะแห้งติดกันหลังถอดท่อระบายทรวงอกแล้วประมาณ 2 สัปดาห์ ดูแลความสะอาดของแผลไม่ควรให้แผลถูกน้ำ ถ้าผ้าปิดแผลหลุดหรือแผลมีสิ่งคัดหลั่งซึมให้ไปทำแผลที่โรงพยาบาลหรือศูนย์บริการสาธารณสุขใกล้บ้าน หลีกเลี่ยงการทำงานหนักหรือออกกำลังกายหนักเกินไป หรือทำกิจกรรมที่เพิ่มอัตรา และความลึกของการหายใจ เพราะจะทำให้เกิดรูทะลุและมีลมรั่วเข้าไปในโพรงเยื่อหุ้มปอดได้อีก แนะนำบริหาร การหายใจ ด้วยการหายใจลึกๆ การไออย่างมีประสิทธิภาพ อย่างสม่ำเสมอเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ให้ความรู้เรื่องการใส่ยา และการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง จดสูบบูหรี่ หลีกเลี่ยงการเข้าไปอยู่ที่มีฝุ่นละออง มีควัน มลอากาศเป็นพิษหลีกเลี่ยงสิ่งที่จะทำให้เกิดการระคายเคืองต่อทางเดินหายใจ หลีกเลี่ยงการเข้าไปในแหล่งชุมชนที่แออัดในขณะที่มีการระบาดของโรคระบบทางเดินหายใจ พักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อย วันละ 6 – 8 ชั่วโมง ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้าน ได้ถูกต้อง

แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ วันที่ 11 สิงหาคม 2553 รวมระยะเวลาที่รักษาในโรงพยาบาล 12 วัน แพทย์นัดมาตรวจอีกครั้งที่ห้องตรวจศัลยกรรมทั่วไป วันที่ 18 สิงหาคม 2553 เวลา 10.00 น.

7. ผลสำเร็จของงาน

ได้ให้การพยาบาล ศึกษาติดตามและประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกระดูกซี่โครงหักร่วมกับมีเลือดออกจากช่องเยื่อหุ้มปอดเป็นเวลาวัน 12 วันและเยี่ยมจำนวน 3 ครั้ง ในระหว่างรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาทางการพยาบาล ทั้งหมด 7 ปัญหา ได้แก่

1. ผู้ป่วยมีภาวะเชลล์ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากการระบายอากาศในถุงลมปอดลดลง
2. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะชอกเนื่องจากการสูญเสียเลือดในช่องเยื่อหุ้มปอด
3. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากการเจ็บปวดจากกระดูกซี่โครงหักและได้รับการใส่ท่อระบายทรวงอก
4. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับอาการที่เป็นอยู่และไม่ทราบถึงแผนการรักษา
5. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังใส่ท่อระบายทรวงอก เช่น เกิดภาวะลมในช่องเยื่อหุ้มปอด เกิดการติดเชื้อในระบบ close chest drainage เกิดภาวะเลือดออกมาก
6. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะปอดแฟบเนื่องจากการประสิทธิภาพของการขยายของปอดลดลง
7. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน

ปัญหาทางการพยาบาลทั้งหมดได้รับการแก้ไขโดยพยาบาลซึ่งมีความรู้ความสามารถและทักษะในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย และมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตัวเองเมื่อกลับบ้าน สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้อง

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกซี่โครงหักและมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด
2. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

ภาวะกระดูกซี่โครงหักร่วมกับมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็ว เนื่องจากมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินหายใจ ระบบการทำงานของหัวใจ การไหลเวียนโลหิต ทำให้มีช่วงเวลาในการตัดสินใจให้การดูแลรักษาล้น โดยเฉพาะภาวะปอดแฟบซึ่งเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขทันทีที่ผู้ป่วยเจ็บก็จะเสียชีวิต ดังนั้นพยาบาลประจำห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ความชำนาญ ทราบขั้นตอน อุปกรณ์การแพทย์เป็นอย่างดี เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินได้อย่างปลอดภัย

10. ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรในทีมสุขภาพต้องมีความรู้ในการประเมิน วินิจฉัยและให้การพยาบาลได้อย่างทันที่
 2. จัดทำคู่มือการให้การพยาบาลภาวะปอดแฟบในผู้ป่วยกระดูกซี่โครงหักร่วมกับมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด และทำการทบทวนความรู้อย่างสม่ำเสมอ
 3. ควรจัดแนวทางในการประเมินปฏิบัติการพยาบาลในคลินิก (CNPG) ของการพยาบาลภาวะกระดูกซี่โครงหักร่วมกับมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด
 4. ศูนย์บริการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ที่ได้มาตรฐานจะช่วยลดความรุนแรงของโรคได้
- ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ


ลงชื่อ..... สุจินดา ราษฎร์ชัย

(นางสาวสุจินดา ราษฎร์ชัย)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่..... 20 ก.ย. 2554

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... 

(นางสุภาณี นาควิเชียร)

หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

วันที่..... 20 ก.ย. 2554

ลงชื่อ..... 

(นายประพาสน์ รัชตะสัมฤทธิ์)

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

วันที่..... 20 ก.ย. 2554

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของนางสาวสุจินดา ราญมีชัย

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ รพจ. 754) ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักงานแพทย์

เรื่อง การเพิ่มประสิทธิภาพการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหัก ณ จุดรับผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่
ศูนย์เคลื่อนย้ายผู้ป่วย

หลักการและเหตุผล

ผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหักไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุใดก็ตาม ย่อมทำให้ผู้ป่วยได้รับความเจ็บปวดและถ้าหากการเคลื่อนย้ายผิดวิธี อาจจะทำให้กระดูกส่วนที่หัก เคลื่อนที่มากขึ้น อาจเพิ่มความรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายจนถึงขั้นพิการหรือถึงแก่ชีวิตได้ จากสถิติผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหักที่มารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ตั้งแต่ ปี 2551 มีจำนวน 1,205 ราย ปี 2552 มีจำนวน 1,343 ราย ปี 2553 มีจำนวน 1,358 ราย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งความคาดหวังของผู้มารับบริการก็ต้องการบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน ดังนั้น เจ้าหน้าที่ศูนย์เคลื่อนย้ายผู้ป่วยต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการ อาการแสดง และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ถูกต้อง สามารถปฏิบัติงานภายใต้ความควบคุมของแพทย์ พยาบาลวิชาชีพด้วยความมั่นใจและภาคภูมิใจที่เป็นส่วนหนึ่งในทีมสุขภาพ ที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยลดความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น เช่น ความพิการ ทูพลภาพ สูญเสียชีวิต ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น เวลาในการอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น และสูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษา เป็นต้น

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. เจ้าหน้าที่ศูนย์เคลื่อนย้ายผู้ป่วย มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหักสามารถให้การช่วยเหลือที่ถูกต้องและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละบุคคลได้
2. เจ้าหน้าที่ศูนย์เคลื่อนย้ายผู้ป่วย มีความรู้ความเข้าใจวิธีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหัก และทำการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดและลดความพิการที่อาจเกิดขึ้นขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

จากแนวคิดวิธีการที่เสนอเพื่อปรับปรุงหน่วยงานได้ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของรอย (Roy's adaptation model) มาเป็นกรอบในการวิเคราะห์ ซึ่งให้ความหมายของมนุษย์ว่าเป็นบุคคลเดี่ยว ครอบครัว กลุ่ม องค์กร และชุมชนเป็นระบบการปรับตัวแบบองค์รวม (holistic adaptation system) ระบบของมนุษย์เป็นทั้งหมดในหนึ่งเดียวแสดงถึงพฤติกรรมมีความหมายของมนุษย์ มีความสามารถในการคิด

มีสติและมีความหมายซึ่งจะมีการพิจารณาอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อที่จะทำการเปลี่ยนแปลงคนและสิ่งแวดล้อม จะมึรูปแบบและมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก

จากทฤษฎีของรอยได้แบ่งระดับการปรับตัวออกเป็น 3 ลักษณะคือ

1. ระดับการปรับตัวที่มีการผสมผสานกันได้ดี หมายถึง ระดับของการปรับตัวที่โครงสร้าง และหน้าที่ของร่างกาย สามารถทำงานประสานกันได้อย่างเหมาะสม ตอบสนองความต้องการของบุคคลได้ เช่น สามารถตอบสนองความต้องการของร่างกายได้ เมื่อมีเหตุการณ์ใดเข้ามาสามารถยอมรับได้ บุคคลมีความมั่นคงในด้านร่างกาย จิตใจและสังคมสามารถแสดงบทบาทของตนเองได้อย่างเหมาะสม มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสมและขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นตามความเหมาะสมเช่นกัน

2. ระดับการปรับตัวที่อยู่ในระยะของการชดเชย หมายถึง ระดับที่กลไกการควบคุมและกลไก การคิดรู้ถูกกระตุ้นการทำงานเพื่อที่จะให้เกิดกระบวนการปรับตัวอย่างผสมผสาน

3. ระดับการปรับตัวที่อยู่ภาวะอันตราย/ไม่ดี หมายถึง ระดับการปรับตัวที่ยังไม่เพียงพอที่จะไปถึง ระดับของการปรับตัวที่ผสมผสานกันได้ดีและระดับการปรับตัวในระยะของการชดเชยทำให้เกิดปัญหา การปรับตัวในระยะการปรับตัวที่ไม่ดีนี้ เมื่อสิ่งเร้าที่มากระทบนั้นอยู่ในขอบเขตความสามารถในการปรับตัว ของบุคคล บุคคลจะสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่สิ่งเร้านั้นอยู่นเหนือความสามารถของบุคคล จะเกิดการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งระดับความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคล จะมีลักษณะ เฉพาะตัวและมีขอบเขตจำกัด แต่ถ้าหากบุคคลเคยประสบความสำเร็จในสถานการณ์เช่นนี้มาก่อนแล้ว ขอบเขตระดับความสามารถในการปรับตัวจะกว้างขึ้นในสถานการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้นคล้ายกันหากระดับ การปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพจะส่งผลสะท้อนกลับสู่ระดับการปรับตัวให้เข้าสู่สมดุลของระบบโดยใช้กลไก การเผชิญปัญหาเป็นกระบวนการที่ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้น โดยอัตโนมัติ โดยที่บุคคลไม่ต้องคิด การปรับตัวนั้นอาศัยกลไกที่ทำงาน ประสานกัน 2 กลไก คือ กลไกการควบคุมและกลไกการคิดรู้ โดยใช้วิธีการดำเนินการดังนี้

1. ศึกษาค้นหาข้อมูลความรู้เกี่ยวกับ ลักษณะ อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหัก หลักในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (transporting) ที่ถูกวิธี รวบรวมเป็นรูปเล่ม
2. ขออนุญาตหัวหน้าหน่วยงานเพื่อจัดทำกรอบมให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ศูนย์เคลื่อนย้ายผู้ป่วย
3. ประชุมบุคลากรในหน่วยงานเพื่อขอความร่วมมือและกำหนดแนวทางในการจัดการอบรม ให้ความรู้กับศูนย์เคลื่อนย้ายผู้ป่วย แจงวัน เวลา สถานที่ ที่จัดการอบรม
4. ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ทีมหน่วยแพทย์กู้ชีวิตซึ่งผ่านการอบรมการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย อุบัติเหตุที่ถูกวิธีและมีความเชี่ยวชาญในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เพื่อมาเป็นวิทยากรและสาธิตวิธีปฏิบัติที่ถูกต้อง
5. จัดทำกรอบมให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ศูนย์เคลื่อนย้ายผู้ป่วยเป็นเวลา 1 วัน โดยแบ่งเป็น 2 ทีม ในแต่ละทีมใช้เวลาอบรม 4 ชั่วโมง โดยมีหัวข้อในการอบรมดังนี้

- 5.1 การประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหักเบื้องต้นตามลักษณะอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย
- 5.2 หลักการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกที่ฉีกวิธี
- 5.3 ฝึกปฏิบัติการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหัก
6. จัดทำแบบทดสอบ pre test – post test เพื่อประเมินความรู้หลังได้รับการฝึกอบรม
7. ขั้นตอนการประเมินผลโดยเก็บรวบรวมข้อมูลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ศูนย์เคลื่อนย้ายผู้ป่วย หลังฝึกอบรมเป็นเวลา 30 วัน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อพัฒนาคุณภาพการทำงานของเจ้าหน้าที่ให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ลดความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น เช่น สูญเสียชีวิต ทูพลภาพ ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น เวลาในการอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น และสูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษา เป็นต้น
3. เจ้าหน้าที่ศูนย์เคลื่อนย้ายมีความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ มีความภาคภูมิใจที่เป็นส่วนหนึ่งในทีมสุขภาพที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้นก่อนที่จะได้รับการรักษา อย่างมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. เจ้าหน้าที่ศูนย์เคลื่อนย้ายผู้ป่วยได้รับการอบรมการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหักเบื้องต้น 100 %
2. ผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหัก ที่มารับการรักษาในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยเจ้าหน้าที่ศูนย์เคลื่อนย้ายผู้ป่วย เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการเคลื่อนย้ายที่จุดรับผู้ป่วย 0 ราย

ลงชื่อ..... สุจินดา ราชมีชัย

(นางสาวสุจินดา ราชมีชัย)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่..... 20 ก.ย. 2554