



การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่สมองระดับรุนแรง
ร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอกในระยะฉุกเฉิน : กรณีศึกษา
(Nursing Care of severe Traumatic Brain Injury
with epidural hematoma in emergency stage: A Case Study)

ขวัญเรือน เขียวบุรี*

Khwanruan keawburi

(Received: October 10, 2023; Revised: October 25 , 2023; Accepted: November 6 , 2023)

บทคัดย่อ

บทนำ การบาดเจ็บที่สมองระดับรุนแรงในระยะฉุกเฉิน โดยเฉพาะการมีเลือดออกในเนื้อสมองหรือเยื่อหุ้มสมอง เป็นระยะที่มีความสำคัญต่อชีวิตผู้ป่วยอย่างยิ่ง การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองในห้องฉุกเฉินถือเป็นช่วงเวลาสำคัญที่สุดของการดูแลหากผู้ป่วยได้รับการประเมินและการรักษาล่าช้า อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือพิการได้

วิธีการศึกษา ศึกษาจากผู้ป่วย ที่มีภาวะบาดเจ็บที่สมองระดับรุนแรงร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก ในระยะฉุกเฉิน ที่เข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินจำนวน 1 รายโดยใช้กระบวนการพยาบาลและแนวทางเวชปฏิบัติกรณีบาดเจ็บที่สมอง เป็นแนวทางสำคัญในการศึกษา

ผลการศึกษา ผู้ป่วยชายอายุ 38 ปี ถูกนำส่งโรงพยาบาลด้วยอุบัติเหตุศีรษะเฉี่ยวชนกับรถยนต์ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นสมองได้รับบาดเจ็บรุนแรงร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก ได้รับการประเมินและดูแลรักษาเบื้องต้น ร่วมกับการใส่ท่อช่วยหายใจและส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

บทสรุป พยาบาลในห้องฉุกเฉินและพยาบาลผู้ประสานงานการส่งต่อต้องมีความรู้ในการคัดกรองผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองเพื่อแบ่งระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วย มีความเข้าใจในแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ รวมทั้งมีทักษะการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน การประสานงานในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง ทันเวลา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตและลดความพิการได้

คำสำคัญ การพยาบาล บาดเจ็บที่สมองระดับรุนแรง เลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก



Abstract

Introduction: Severe Traumatic Brain Injury with epidural hematoma in emergency stage is a life-threatening condition. Caring for a patient with traumatic brain injury in the emergency room is one of the most critical moments of care if the patient's evaluation and treatment are delayed, it may result in death or disability.

Methods: Investigated a case report, admitted to emergency department. Data were collected from interviews, observations and medical records. Nursing process and Clinical Practice Guidelines for Traumatic Brain Injury were used for this study.

Results: A 38-year-old male patient was taken to the hospital by motorcycle accident. Diagnosed with severe traumatic brain injury with epidural hematoma. Receive initial evaluation by Nursing process and Clinical Practice Guidelines for Traumatic Brain Injury and transfer to a hospital with higher level.

Conclusions: Nurses in emergency department and referral nurse coordinators must have knowledge in screening Traumatic Brain Injury patients to stratify the patient's emergency level and understanding of guidelines for caring patients with Traumatic Brain Injury, including skills in using the nursing process. Coordinating the transfer of patients to higher level hospital to receive appropriate treatment, which will help patients survive and reduce disability.

Keywords Nursing care Traumatic Brain Injury epidural hematoma

บทนำ

ปัญหาการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นปัญหาสำคัญทั่วโลก มีอุบัติการณ์สูงเนื่องจากสัมพันธ์กับการบาดเจ็บจากการจราจร จากข้อมูลของศูนย์อุบัติเหตุ¹ พบว่าการบาดเจ็บจากการจราจรใน ปีพ.ศ. 2558 มีผู้เสียชีวิต 11,389 ราย ปีพ.ศ. 2559 มีผู้เสียชีวิต 9,815 รายและปีพ.ศ.2560 มีผู้เสียชีวิต 15,256 ราย ส่วนผู้บาดเจ็บก็มีจำนวนเพิ่มขึ้นมาโดยตลอดจาก 660,888 รายในปีพ.ศ. 2558 เป็น 831,118 รายในปีพ.ศ. 2559 และล่าสุด ปี



พ.ศ. 2560 มีจำนวนทั้งสิ้น 1,002,193 ราย ในปีพ.ศ. 2560 ประเทศไทย เป็นประเทศที่มีอัตราการตายจากอุบัติเหตุจราจรสูงเป็นอันดับ 1 ของโลกคือ มีอัตราการเสียชีวิต 36.2 ต่อประชากร 100,000 คน^{2,3}

บาดเจ็บที่ศีรษะ (head injury) เป็นคำที่ใช้กันโดยทั่วไป หมายถึงการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นต่อศีรษะจากหนังศีรษะที่อยู่ภายนอกสุดเข้าไปจนถึงแกนสมอง (brain stem) ที่อยู่กึ่งกลางศีรษะส่วนบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury; TBI) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมอง หรือการพบว่ามีพยาธิสภาพในสมอง จากหลักฐานเชิงประจักษ์อื่นใด โดยมีสาเหตุจากแรงภายนอก⁴ แนวทางเวชปฏิบัติกรณีบาดเจ็บที่สมอง (Clinical Practice Guidelines for Traumatic Brain Injury) แบ่งความรุนแรงของการบาดเจ็บที่สมองเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับรุนแรง 2) ระดับปานกลาง 3) ระดับน้อย โดยมีรายละเอียด ดังนี้ 1) บาดเจ็บที่สมองระดับรุนแรง (severe TBI) หมายถึง ผู้บาดเจ็บที่มีค่าผลรวมของคะแนนตารางกลาสโกว์ (GCS) ≤ 8 หลังกระบวนการกู้ชีพแบบไม่ผ่าตัด (nonsurgical resuscitation) เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การให้ mannitol และการให้สารน้ำหรือผู้บาดเจ็บที่มีอาการเลวลงจนค่าผลรวมจากตารางกลาสโกว์ (GCS) เหลือ ≤ 8 คะแนน ทั้งนี้ จะต้องอยู่ใน 48 ชม.หลังการบาดเจ็บ 2) บาดเจ็บที่สมองระดับปานกลาง (Mild TBI) หมายถึงการบาดเจ็บที่สมองจากพลังงานกลที่กระทำต่อศีรษะจากแรงภายนอกโดยมีข้อกำหนด ดังต่อไปนี้คือ 2.1 มีอาการอย่างหนึ่งอย่างใดหรือมากกว่าของอาการดังต่อไปนี้ - Confusion หรือ disorientation - สูญเสียความรู้สึกตัวเป็นเวลา 30 นาทีหรือน้อยกว่า - Post-traumatic amnesia น้อยกว่า 24 ชั่วโมง และ/หรือ - อาการผิดปกติทางระบบประสาทอื่น ๆ ที่เป็นอยู่ชั่วคราวเช่น focal signs, อาการชักรอยโรคภายในกะโหลกที่ไม่ต้องการการผ่าตัด และ 2.2) มีผลรวมของตารางกลาสโกว์เป็น 13-15 คะแนน หลังจากการบาดเจ็บ 30 นาที ทั้งนี้ต้องไม่มีผลจากยา แอลกอฮอล์การบาดเจ็บที่ระบบอื่นหรือโรคที่เป็นอยู่ก่อนการบาดเจ็บ 3) บาดเจ็บที่สมองระดับน้อย (Mild TBI) หมายถึง ผู้บาดเจ็บที่มีค่าผลรวมของคะแนนตารางกลาสโกว์ (GCS) ระหว่าง 9-12 คะแนน⁵ ราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย (2562) ได้แบ่งแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ออกเป็นหลายแนวทางตามการระดับของการบาดเจ็บ เช่น แนวทางเวชปฏิบัติกรณีบาดเจ็บที่สมองรุนแรง แนวทางเวชปฏิบัติกรณีบาดเจ็บที่สมองไม่รุนแรงระดับความเสี่ยงสูง เป็นต้น⁶

การบาดเจ็บที่ศีรษะหรือการบาดเจ็บที่สมอง ทำให้เกิดเลือดออกในสมองได้ หลายตำแหน่ง ซึ่งแต่ละตำแหน่งจะมีอาการและอาการแสดงที่แตกต่างกันออกไป ภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก (Epidural hemorrhage) คือ ภาวะที่มีเลือดออกระหว่างกะโหลกศีรษะและเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก (Dura) โดยเกิดจากการฉีกขาดของหลอดเลือดบริเวณเยื่อหุ้มสมอง หรือหลอดเลือดระหว่างกะโหลกศีรษะและเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก เนื่องจากเยื่อหุ้มสมองชั้นดुरาเป็นเยื่อหุ้มสมองที่อยู่ชั้นนอกสุดและแยกออกจากผิวด้านในของกะโหลกได้ง่าย



กว่า เมื่อกะโหลกศีรษะถูกกระทบกระเทือนจากแรงภายนอกที่มากกระทบจะทำให้หลอดเลือดที่แตกแขนงไปเลี้ยงกะโหลกศีรษะถูกดึงรั้งจนฉีกขาด การที่เลือดออกจากหลอดเลือด จะทำให้เกิดก้อนเลือดอยู่ระหว่างกะโหลกศีรษะและเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก เมื่อเลือดออกเพิ่มขึ้น ก้อนเลือดจะมีขนาดใหญ่ขึ้น โดยก้อนเลือดจะกดเบียดและเซาะหลอดเลือดออกจากกะโหลกศีรษะ ทำให้มีการฉีกขาดของ หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงกะโหลกศีรษะเพิ่ม เกิดจุดเลือด ออกมากขึ้น ก้อนเลือดขยายใหญ่ขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการเลวลงอย่างรวดเร็วในเวลาต่อมา^{7,8}

การวินิจฉัยภาวะที่มีเลือดออกระหว่างกะโหลกศีรษะและเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก จากประวัติ เช่น ประวัติการได้รับอุบัติเหตุ การกระทบกระเทือนที่ศีรษะ อาการและอาการแสดงจะพบว่า ผู้ป่วยมีคาฬรวมของคะแนนตารางกลาสโกว์ (GCS) ลดลงจากปกติหรือลดลงจากเดิม โดยจะมีระดับความรู้สึกตัวที่เปลี่ยนแปลงไป หรือซีมลงจนกระทั่งไม่รู้สีกตัว อาจมีอาการปวดศีรษะ อาเจียน รูม่านตาข้างเดียวกับที่มีก้อนเลือดขยายโตขึ้น แขนขา ด้านตรงข้ามกับศีรษะด้านที่มีก้อนเลือดจะอ่อนกำลังลง การหายใจเริ่มไม่สม่ำเสมอ นอกจากนั้นอาจพบว่าผู้ป่วยจะหมดสติไปชั่วคราว แล้วกลับมารู้สึกตัวดี อาจมีระยะเวลาเป็นชั่วโมงหรือเป็นวันแล้วแต่ความรุนแรงของการบาดเจ็บ แล้วผู้ป่วยอาจหมดสติไปอีกครั้งหนึ่ง ช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยฟื้นคืนสติกลับมารู้สึกตัวดี จนกระทั่งหมดสติไปอีกครั้งหนึ่ง เรียกว่า เป็นระยะพักแจ่มใส (Lucid interval) ซึ่งเป็นอาการแสดงที่สำคัญของการมีเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก ส่วนการวินิจฉัยที่แม่นยำ คือการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT scan) ส่วนแนวทางการรักษามี 2 วิธี คือการรักษาทางยา ในกรณีก้อนเลือดมีขนาดไม่ใหญ่และการรักษาด้วยการผ่าตัดในกรณีก้อนเลือดมีขนาดใหญ่^{9,10}

ในด้านการพยาบาล ผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่ศีรษะอาจมีการบาดเจ็บระบบอื่นร่วมด้วย เมื่อผู้ป่วยมาถึงพยาบาลต้องรีบทำการประเมินขั้นต้น และให้การช่วยเหลือฉุกเฉิน (primary survey) ตามแนวทางการรักษาของ Advanced traumatic life support (ATLS) ทันที¹¹

โรงพยาบาลสิงห์บุรี เป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดสิงห์บุรี มีจำนวนเตียงรับผู้ป่วย 282 เตียง สำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่ต้องได้รับการผ่าตัด จะถูกส่งตัวไปโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยประสานงานผ่านศูนย์ส่งต่อในปีงบประมาณ 2565 ที่ผ่านมา มีผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากห้องฉุกเฉินไปโรงพยาบาลแม่ข่าย จำนวน 167 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรงต้องได้รับการผ่าตัด จำนวน 31 ราย¹² ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลแผนกฉุกเฉินจึงสนใจที่จะศึกษาผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรงที่ต้องได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลแม่ข่ายโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

วิธีการศึกษา: ศึกษาผู้ป่วยโดยตรงร่วมกับการค้นคว้าจากเอกสาร ตำราทางวิชาการ งานวิจัยและจากการศึกษารายกรณีที่ผ่านมา ร่วมกับแนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บและการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลใน



การดูแลผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่สมอง โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะแรกรับที่ห้องฉุกเฉิน 2) ระยะเตรียมส่งต่อไปโรงพยาบาลแม่ข่าย และ 3) ระยะระหว่างการส่งต่อ

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 46 ปี ถูกนำส่งโรงพยาบาลด้วยรถมูลนิธิเมื่อวันที่ 15 มกราคม 2566 เวลา 13.55 น. ด้วยอุบัติเหตุขักรถจักรยานยนต์ล้มเอง มูลนิธิแจ้งว่า ณ สถานที่เกิดเหตุผู้ป่วยพูดจาสับสน

ข้อมูลจากญาติ มีโรคประจำตัวเป็นโรคลมชัก รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ชักครั้งสุดท้ายประมาณ 1 ปีก่อน ปฏิเสธการแพ้ยา สารเคมีและอาหาร

แรกรับที่ห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยตื่นกระสับกระส่าย สีมตามือเรียก พูดสับสน ทำตามคำสั่งได้ Glasgow coma score 13 คะแนน (E3V4M6) ความดันโลหิต 144/78 mmHg ชีพจร 94 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 37.6 องศาเซลเซียส O₂ Saturation 96 % Pupil ข้างซ้ายและข้างขวา เส้นผ่าศูนย์กลาง 2.5 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงดีทั้ง 2 ข้าง DTX 91 mg% ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน มีแผลฉีกขาดที่หน้าผาก ความยาว 5 เซนติเมตร Suture แผลและ pressure dressing ให้ มีแผลลอกที่แก้มขวาและปลายคางข้างขวา มีเลือดซึมเล็กน้อยเล็กน้อย แขนขา 2 ข้างยกยับได้ดี ไม่มีบาดแผลตามร่างกายส่วนอื่นๆ ฟังปอดได้ยินเสียงลมผ่านปอดเท่ากันทั้งสองข้าง แพทย์ตรวจเยื่ออาการ ให้การรักษา On O₂ mask with bag 8 LPM ให้ 0.9% NSS IV drip 80 cc./Hr. ใส่ Nasogastric tube มี Content เป็นน้ำลายปนเลือดเล็กน้อย และ Foley catheter ปัสสาวะออกประมาณ 200 cc. สีเหลืองใส ไม่มีเลือดปน แพทย์ตรวจ Focused Assessment with Sonography in Trauma (FAST) พบ Negative วินิจฉัยว่า Mild Traumatic Brain Injury และส่งไปรับการตรวจ Brain CT scan เวลา 14.15 น.

14.45 น. กลับจากห้องตรวจ Brain CT scan มาที่ห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยซึมลง สีมตามือเจ็บ พูดเป็นคำๆ แขน 2 ข้างเกร็งงอเข้าหาตัวเมื่อถูกกระตุ้น Glasgow coma score E2V3M3 (8 คะแนน) ความดันโลหิต 147/71 mmHg ชีพจร 84 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16 ครั้ง/นาที O₂ Saturation 95 % Pupil ข้างซ้ายเส้นผ่าศูนย์กลาง 3 มิลลิเมตร ข้างขวาเส้นผ่าศูนย์กลาง 2.5 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงดีทั้ง 2 ข้าง ผล Brain CT scan พบ Acute Epidural hematoma Lt. Temporoparietal ขนาด 3.6 x 2.3 เซนติเมตร รายงานแพทย์ให้เตรียมใส่ท่อช่วยหายใจ เวลา 14.50 น.ช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ เบอร์ 8 ลึก 22 เซนติเมตร ต่อ ambubag O₂ 10 LPM หายใจตามแรงบีบ ambu bag 12 ครั้ง/นาที O₂ Saturation 98 % หลังได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจแล้ว Glasgow coma score E2VTM3 (5T คะแนน) เวลา 14.55 น. ผู้ป่วยมีอาการชักเกร็งประมาณ 15 วินาที ได้รับ Phenytoin 750 mg + 0.9% NSS 100 cc. IV drip in 1 Hr. เวลา 15.00 น.



Consult แพทย์ศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลแม่ข่าย แพทย์ให้ส่งผู้ป่วยไปรับการผ่าตัด เวลา 15.20 น. ส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลแม่ข่าย ก่อนออกจากห้องฉุกเฉิน Glasgow coma score ลดลง เหลือ E1VTM3 (4T คะแนน) โดยไม่ลืมตา แขน 2 ข้างเกร็งงอขณะอยู่บนรถ refer Glasgow coma score ไม่เปลี่ยนแปลง เวลา 15.50 น. ถึงโรงพยาบาลแม่ข่ายส่งต่ออาการและการรักษาพร้อมผลตรวจพิเศษต่างๆแก่แพทย์และพยาบาลห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลแม่ข่าย

การพยาบาลระยะแรกรับที่ห้องฉุกเฉิน (15 มกราคม 2566 13.55 น. -14.15 น.)

เป้าหมายของการพยาบาลในระยะนี้ คือประเมินปัญหาที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วยให้ได้อย่างครบถ้วน และให้การช่วยเหลือฉุกเฉิน (primary survey) ตามแนวทางการรักษาของ Advanced traumatic life support (ATLS) (ราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, 2562)

จากการประเมินผู้ป่วย พบว่าในระยะแรกรับที่ห้องฉุกเฉิน มีข้อวินิจฉัยการพยาบาล ดังนี้

1) เสี่ยงต่อการบาดเจ็บหลายระบบ โดยเฉพาะการบาดเจ็บที่สมอง

ข้อมูลสนับสนุน ถูกนำส่งโรงพยาบาล ด้วยอุบัติเหตุซักรถจักรยานยนต์ล้มเอง

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขปัญหาที่คุกคามชีวิตอย่างทันที่

การพยาบาล ประเมินปัญหาที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วย ตามแนวทาง Primary survey ได้แก่

- A: Airway maintenanceการดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง และใส่ semirigid collar เพื่อป้องกัน C-spine เนื่องจากอาจมีกระดูกต้นคอ บาดเจ็บได้
- B: Breathing and ventilation ประเมินการหายใจของผู้ป่วย ทั้งอัตราการหายใจ ลักษณะการหายใจ ความลึก ความแรง เสียงการหายใจ การขยายตัวของทรวงอกทั้ง 2 ข้าง
- C: Circulation with hemorrhagic control ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินการไหลเวียน สีผิว ประเมิน O₂ saturation ประเมินว่าผู้ป่วยมีบาดแผลฉีกขาดบริเวณศีรษะหรือไม่
- D: Disability ตรวจ focused neurological exam ได้แก่ Glasgow coma score ค่าคะแนนทางระบบประสาท, ขนาดของรูม่านตา และกำลังแขนขาทั้งสองข้าง
- E: Exposure and environmental control ประเมินการบาดเจ็บทั้งร่างกายรวมทั้งบาดแผล ที่ศีรษะ

1. เมื่อแก้ไขสภาวะคุกคามต่อชีวิตแล้ว ช่วยแพทย์ประเมินผู้ป่วยเพิ่มเติม (secondary survey) ตามแนวทาง Adjunct to primary survey ได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจ ถ้า GCS \leq 8 การใส่สาย Catheter (Foley/Gastric) การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจ Focused Assessment with Sonography in Trauma (FAST) Extended Focused Assessment with Sonography in



Trauma (eFAST) and/or Diagnostic Peritoneal Lavage (DPL) Chest x-ray pelvic x-ray เป็นต้น

2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ ยา และการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ ตามแผนการรักษา

ประเมินผล

Primary survey การประเมินแรกพบ พบว่าผู้ป่วยตื่นกระสับกระส่าย สับสนเมื่อเรียก พูดสับสน ทำตามคำสั่งได้ Glasgow coma score E3V4M6 (13 คะแนน) ความดันโลหิต 144/78 mmHg ชีพจร 94 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจสม่ำเสมอ 18 ครั้ง/นาที ทรวงอกทั้งสองข้างขยายตัวเท่ากันดี ฟังปอดได้ยินเสียงลมผ่านปอดเท่ากันดีทั้งสองข้าง O₂ Saturation 96 % Pupil ข้างซ้ายและข้างขวา เส้นผ่าศูนย์กลาง 2.5 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงดีทั้ง 2 ข้าง แขนขา 2 ข้างยกขยับได้ดี ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน DTX 91 mg% มีแผลฉีกขาดที่หน้าผาก ความยาว 5 เซนติเมตร มีแผลถลอกที่แก้มขวาและปลายคางข้างขวา มีเลือดซึมเล็กน้อย เล็กน้อย ได้รับการ suture แผลที่หน้าผาก stitches และใช้ pressure dressing ไว้ ไม่มีบาดแผลตามร่างกายส่วนอื่นๆ

Secondary survey แพทย์ตรวจเย็บมอการ ให้การรักษา On O₂ mask with bag 8 LPM ให้ 0.9% NSS IV drip 80 cc./Hr. ใส่ Nasogastric tube มี Content เป็นน้ำลายปนเลือดเล็กน้อย และ Foley catheter ปัสสาวะออกประมาณ 200 cc. สีเหลืองใส ไม่มีเลือดปน แพทย์ตรวจ Focused Assessment with Sonography in Trauma (FAST) ผล Negative วินิจฉัยว่า Mild Traumatic Brain Injury และส่งไปรับการตรวจ Brain CT scan เวลา 14.15 น.

2) ครอบครัวและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการผู้ป่วยและแนวทางการรักษา

ข้อมูลสนับสนุน ครอบครัวและญาติผู้ป่วยเฝ้ารอน้ำห้องฉุกเฉิน มีสีหน้าวิตกกังวล สอบถามถึงอาการของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล เพื่อบรรเทาความวิตกกังวลของครอบครัวและญาติผู้ป่วย

การพยาบาล (รุ่งนภา เขียวขำ, 2559)

ให้ข้อมูลเบื้องต้นแก่ครอบครัวและญาติผู้ป่วย ถึงอาการและแนวทางการรักษาพยาบาลเบื้องต้นและการตรวจพิเศษต่างๆ เช่น Brain CT scan ประสานงานให้ครอบครัวและญาติผู้ป่วยได้รับข้อมูลจากแพทย์โดยตรง เปิดโอกาสให้ครอบครัวและญาติผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย แนวทางการรักษาพยาบาล การใช้สิทธิการรักษา



ประเมินผล

ครอบครัวและญาติผู้ป่วยเข้าใจแนวทางการรักษาพยาบาล รับรู้ว่าผู้ป่วยยังมีอาการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลงได้ ต้องรอผลการตรวจเพิ่มเติม

การพยาบาลระยะต่อเนื่อง (15 มกราคม 2566 14.15 -15.00 น.)

เป้าหมายของการพยาบาลในขณะนี้ คือ ดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บที่อาจเกิดขึ้นและได้รับการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็วทันต่ออาการเปลี่ยนแปลง จากการประเมินผู้ป่วย พบว่าในขณะนี้ มีข้อวินิจฉัยการพยาบาล ดังนี้

1) เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน

ข้อมูลสนับสนุน

- หลังกลับจากห้องตรวจ Brain CT scan มาที่ห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยซึมลง สีมตามือเจ็บ พูดเป็นคำๆ แขน 2 ข้างเกร็งงอเข้าหาตัวเมื่อถูกกระตุ้น Glasgow coma score E2V3M3 (8 คะแนน)
- ความดันโลหิต 147/71 mmHg ชีพจร 84 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16 ครั้ง/นาที ไม่สม่ำเสมอ ฟังเสียงลมผ่านปอดได้ลดลง O₂ Saturation 95 % Pupil ข้างซ้ายเส้นผ่าศูนย์กลาง 3 มิลลิเมตร ข้างขวาเส้นผ่าศูนย์กลาง 2.5 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงดีทั้ง 2 ข้าง
- ผล Brain CT scan พบ Acute Epidural hematoma Lt. Temporoparietal ขนาด 3.6 x 2.3 x 2.7 เซนติเมตร

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

การพยาบาล

- ปฏิบัติตามแนวทาง Secondary survey รายงานแพทย์ เมื่อ Glasgow coma score ลดลง
- เตรียมอุปกรณ์และช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ เบอร์ 8 ลึก 22 เซนติเมตร ต่อ ambu bag O₂ 10 LPM บีบ ambu bag 12 ครั้ง/นาที
- ประเมินสีผิว O₂ Saturation ลักษณะการหายใจ ภายหลังการใส่ท่อช่วยหายใจ
- ประเมินสัญญาณชีพ ประเมิน Glasgow coma score ภายหลังได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจแล้ว

ประเมินผล

หลังได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ สีผิวแดงดี หายใจสัมพันธ์กับการบีบ ambu bag O₂ Saturation 98 % Glasgow coma score E2VTM3 (5T คะแนน) Pupil ข้างซ้ายเส้นผ่าศูนย์กลาง 3 มิลลิเมตร ข้างขวาเส้นผ่าศูนย์กลาง 2.5 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงดีทั้ง 2 ข้าง



2) มีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก

ข้อมูลสนับสนุน ผล Brain CT scan พบ Acute Epidural hematoma Lt. Temporoparietal ขนาด
3.6 x 2.3 x 2.7 เซนติเมตร

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการมีเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอกและ
เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาผ่าตัดที่โรงพยาบาลแม่ข่ายอย่างรวดเร็ว

การพยาบาล

1. รายงานผล Brain CT scan แพทย์

2. ปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่ทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น โดยให้การพยาบาล ดังนี้ (ไสว
นรสาร, 2565; Advanced Critical Care, 2021)

2.1 จัดท่านอนศีรษะสูงประมาณ 15 องศา จัดให้อยู่ในท่าที่สบาย ไม่งอคอ งอขา

2.2 หลีกเลี่ยงการกระตุ้นต่างๆ ที่จะทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น เช่น การ
กระตุ้นให้ผู้ป่วยไอหรือการดูดเสมหะโดยไม่จำเป็น

2.3 ไม่บีบ Ambu bag เร็วเกินไปและไม่ตั้งเครื่องช่วยหายใจเร็วเกินไป ตั้งเครื่องช่วย
หายใจ 12-14 ครั้ง/นาที และไม่ทำ hyperventilation ผู้ป่วย

2.4 ดูแลให้ทางเดินหายใจโล่งอยู่ตลอดเวลาเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการคั่งค้างของ
คาร์บอนไดออกไซด์ เนื่องจากจะทำให้สมองบวมเพิ่มขึ้น

3. ติดตามและประเมินอาการที่จะแสดงว่าผู้ป่วยมีความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น ดังนี้
(ไสว นรสาร, 2565; Advanced Critical Care, 2021)

3.1 ประเมิน Glasgow coma score ทุก 5-10 นาที เพื่อประเมินความเปลี่ยนแปลง ถ้ามี
อาการเปลี่ยนแปลงในทางที่เลวลง เช่น Glasgow coma score ลดลง ≥ 2 คะแนนหรือ motor power ลดลง 1
คะแนน ต้องรายงานแพทย์ทันที

3.2 ประเมินเส้นผ่าศูนย์กลางและปฏิกิริยาต่อแสงของรูม่านตาทั้งสองข้าง ถ้าผิดปกติ เช่น ข้างใด
ข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้างขยายโตขึ้นหรือไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง ต้องรายงานแพทย์ทันที

3.3 สังเกตอาการกระสับกระส่าย อาเจียนพุ่ง pulse pressure กว้างขึ้น ชีพจรช้าลง ซึ่ง
แสดงว่าก้อนเลือดขยายโตขึ้นกดเบียดสมอง ต้องรายงานแพทย์ทันที

3.4 ประเมินสัญญาณชีพ ถ้าผิดปกติ เช่น ความดันโลหิตสูงขึ้นหรือต่ำลง ชีพจรเร็วขึ้นหรือช้าลง
อุณหภูมิสูงขึ้น การหายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ต้องรายงานแพทย์ทันที



ประเมินผล

หลังจากได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ Glasgow coma score เท่าเดิม ยังไม่มีอาการและอาการแสดงที่บ่งบอกว่าจะมีความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น

3) อาจเกิดอันตรายจากการชัก

ข้อมูลสนับสนุน

- มีอาการชักเกร็งประมาณ 15 วินาที
- มีโรคประจำตัวเป็นโรคลมชัก รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ชักครั้งสุดท้ายประมาณ 1 ปีก่อน

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล เพื่อป้องกันอันตรายจากการชัก (รุ่งนภา เขียวช่อ, 2559; Advanced Critical Care, 2021)

การพยาบาล

1. เฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจนขณะชัก ดูแลให้ทางเดินหายใจโล่ง ดูแลตำแหน่งท่อช่วยหายใจ และ oropharyngeal airway
2. ยกไม้กั้นเตียงไว้เสมอและเฝ้าระวังอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น ตกเตียง แขนขาได้รับบาดเจ็บ
3. ประเมินสีผิว O₂ Saturation ลักษณะการหายใจ ภายหลังการชัก
4. ประเมินสัญญาณชีพ ประเมิน Glasgow coma score ภายหลังการชัก
5. ดูแลให้ได้รับ Phenytoin 750 mg + 0.9% NSS 100 cc. IV drip in 1 Hr.

ประเมินผล

ระหว่างการชักและภายหลังการชักไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน ภายหลังการชักครั้งแรกและระหว่างการได้รับยา Phenytoin IV drip อย่างต่อเนื่อง ไม่มีการชักซ้ำ Glasgow coma score ไม่เปลี่ยนแปลง

การพยาบาลระยะเตรียมส่งต่อไปโรงพยาบาลแม่ข่าย (15.00 น. -15.20 น.)

เป้าหมายของการพยาบาลในระยะนี้ คือ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมการส่งต่อตาม แผนการรักษา โดยผู้ป่วยยังคงได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน โดยดำเนินการ ดังนี้

1. ด้านการประสานงาน

1.1 โทรประสานโรงพยาบาลแม่ข่ายแจ้งชื่อ นามสกุลผู้ป่วย เลขประจำตัวประชาชน อายุ ที่อยู่ ชื่อ บิดมารดา เบอร์โทรศัพท์เพื่อทำ OPD card



1.2 โทรประสานงานกับโรงพยาบาลแม่ข่าย แจ้งประวัติการเจ็บป่วย โรคประจำตัว อาการที่นำมาโรงพยาบาล ประวัติและกลไกการบาดเจ็บ ระยะเวลาที่เกิดเหตุจนถึงปัจจุบัน สัญญาณชีพ อาการแสดงทางระบบประสาท Glasgow coma score ค่าคะแนนทางระบบประสาท ผลการตรวจพิเศษต่างๆ

1.3 ส่งผลการตรวจพิเศษต่างๆ เช่น ผล Brain CT scan ผล Chest X-ray ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ เช่น CBC PT PTT INR HIV BS ตามแนวปฏิบัติในการส่งต่อของโรงพยาบาลแม่ข่าย

1.4 ส่งต่ออาการ การเปลี่ยนแปลงทั้งหมดตั้งแต่แรกเริ่ม รวมทั้งการรักษาทั้งหมดที่ได้รับและปัญหาที่เกิดขึ้น

2. ด้านการเตรียมรถส่งต่อ อุปกรณ์ในการช่วยชีวิต ยาและเวชภัณฑ์ต่างๆ

2.1 ประสานพนักงานขับรถ แจ้งให้ทราบถึงโรงพยาบาลปลายทางที่ต้องไปส่งผู้ป่วย

2.2 ตรวจสอบเครื่องช่วยหายใจ ออกซิเจนประจํารถ เครื่องดูดเสมหะให้พร้อมใช้

2.3 ตรวจสอบเครื่องวัดสัญญาณชีพ เครื่องติดตามการเต้นของหัวใจ เครื่องวัด O₂ saturation อุปกรณ์ในการประเมินอาการทางระบบประสาท เช่น ไฟฉาย เป็นต้น

2.4 ยาและเวชภัณฑ์ต่างๆในการช่วยชีวิตรวมถึงยากันชัก

3. ด้านการเตรียมผู้ป่วย

3.1 ดูแลท่อหรือสายต่างๆ ให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม เช่น ท่อช่วยหายใจ สายให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ สายสวนปัสสาวะ เป็นต้น

3.2 ตรวจวัดสัญญาณชีพและสัญญาณทางระบบประสาททุก 5-10 นาที เพื่อประเมินความเปลี่ยนแปลง ถ้ามีอาการเปลี่ยนแปลงในทางที่เลวลง เช่น Glasgow coma score ลดลง ≥ 2 คะแนนหรือ motor power ลดลง 1 คะแนน ต้องรายงานแพทย์ทันทีและแจ้งให้โรงพยาบาลแม่ข่ายทราบ

3.3 เตรียมพยาบาลวิชาชีพที่จะไปส่งผู้ป่วย

4. การเตรียมด้านจิตใจแก่ครอบครัวและญาติผู้ป่วย

4.1 ให้อัฒมูลเบื้องต้นแก่ครอบครัวและญาติผู้ป่วย ถึงอาการและแนวทางการรักษาพยาบาลเบื้องต้น

4.2 ประสานงานให้ครอบครัวและญาติผู้ป่วยได้รับข้อมูลจากแพทย์โดยตรง

4.3 เปิดโอกาสให้ครอบครัวและญาติผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย แนวทางการรักษาพยาบาล การใช้สิทธิการรักษา

4.4 ให้อัฒมูลเกี่ยวกับโรงพยาบาลแม่ข่าย เช่น สถานที่ตั้ง การเดินทาง เป็นต้น



การพยาบาลระยะส่งต่อไปโรงพยาบาลแม่ข่าย (15.20 น. -15.50 น.)

เป้าหมายของการพยาบาลในระยะนี้ คือ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะรุนแรงเพิ่มขึ้น และส่งต่อไปโรงพยาบาลแม่ข่ายอย่างปลอดภัย

จากการประเมินผู้ป่วย พบว่าในระหว่างการส่งต่อไปโรงพยาบาลแม่ข่าย มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลเพิ่มเติมดังนี้ คือ

- 1) เสี่ยงต่อความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น เนื่องจากการมีเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก ทำให้การกำซาบเลือดในสมองลดลง

ข้อมูลสนับสนุน หลังจากทำ Brain CT scan ผู้ป่วยล้มตาเมื่อเจ็บ พูดเป็นคำ ๆ แขน 2 ข้างเกร็งงอเข้าหาตัวเมื่อถูกกระตุ้น Glasgow coma score E2V3M3 (8 คะแนน) เมื่อได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจแล้ว Glasgow coma score E2VTM3 (5T คะแนน) ก่อนการส่งต่อ Refer ผู้ป่วยมี Glasgow coma score ลดลงเหลือ E1VTM3 (4T คะแนน) โดยไม่ล้มตา แขน 2 ข้างเกร็งงอ

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล ผู้ป่วยมีการกำซาบเลือดในสมองอย่างเพียงพอ

การพยาบาล (รุ่งนภา เขียวชะอ่ำและชดช้อย วัฒนนะ, 2560; ไสว นรสาร, 2565; Advanced Critical Care, 2021)

1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอตลอดการเดินทาง โดยดูแลให้ท่อช่วยหายใจอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูแลเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ ปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษา Pressure control mode, Pi 14, Respiratory rate 14 /min, FiO₂ 0.4 ประเมินความเพียงพอของออกซิเจน โดยดูจากลักษณะการหายใจว่าสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจหรือไม่ สังเกตลักษณะการหายใจ อัตราการหายใจ สีผิว และ O₂ Saturation
2. ติดตามอาการและอาการแสดงทางระบบประสาท โดยประเมินจาก Glasgow coma score อย่างต่อเนื่อง ทุก 5-10 นาที ระหว่างการเดินทาง
3. Monitor EKG ตลอดการเดินทาง ติดตามสัญญาณชีพ โดยวัดความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ ทุก 5-10 นาที
3. ติดตามอาการและอาการแสดงต่างๆที่แสดงว่ามีความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น ได้แก่ อาเจียนหรือ อาเจียนพุ่ง ชัก รูม่านตาทั้งสองข้างหรือข้างใดข้างหนึ่งขยายโตขึ้น เป็นต้น
4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ Phenytoin 750 mg + 0.9% NSS 100 cc. IV drip อย่างต่อเนื่อง และสังเกตอาการชักซ้ำ พร้อมทั้งดูแลให้ได้รับ 0.9% NSS IV drip 80 cc./Hr. ตามแผนการรักษา



5.บันทึกอาการและอาการแสดง Glasgow coma score O₂ Saturation หรืออาการอื่นๆที่พบในแบบประเมินผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อ

ประเมินผล ระหว่างการส่งต่อจนถึงโรงพยาบาลแม่ข่าย ผู้ป่วยยังไม่รู้สึกตัว ไม่ลืมตา แขน 2 ข้างเกร็งงอเข้าหาตัวเมื่อถูกกระตุ้น Glasgow coma score 4T คะแนน (E1VTM3) Pupil ข้างซ้าย เส้นผ่าศูนย์กลาง 3 มิลลิเมตร ข้างขวา เส้นผ่าศูนย์กลาง 2.5 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงดีทั้ง 2 ข้าง หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ O₂ Saturation อยู่ระหว่าง 97- 98% ไม่มีอาการชักหรืออาเจียน วัดสัญญาณชีพ Systolic blood pressures อยู่ระหว่าง 130-140 mmHg Diastolic blood pressure อยู่ระหว่าง 75-89 mmHg อัตราการเต้นของชีพจร 100-120 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจตามเครื่องช่วยหายใจ 12 ครั้ง/นาที

2) เสี่ยงต่อการชักซ้ำ

ข้อมูลสนับสนุน ญาติให้ประวัติผู้ป่วยเป็นโรคลมชัก รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง หลังรับไว้ที่ห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยมีอาการชักอีก 1 ครั้ง นานประมาณ 15 วินาที

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีการชักซ้ำ

การพยาบาล

1.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ Phenytoin 750 mg + 0.9% NSS 100 cc. IV drip in 1 Hr.

2.ติดตามอาการทางระบบประสาทอย่างต่อเนื่อง โดยประเมินจาก Glasgow coma score ถ้าลดลง ≥ 2 คะแนนหรือ Motor power ลดลง ≥ 1 คะแนน ต้องรายงานแพทย์ทันที

3.ติดตามสัญญาณชีพ โดยวัดความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจทุก 5-10 นาที

4. ดูแลไม่ให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนถ้ามีอาการชัก โดยการใส่ Oropharynxgeal airway และดูแลทางเดินหายใจให้โล่งตลอดเวลา

5.ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา เผื่อระวังอันตรายที่จะเกิดขึ้นกรณีเกิดการชัก เช่น การบาดเจ็บกับแขนขาเป็นต้น

ประเมินผล ระหว่างเตรียมการส่งต่อ ผู้ป่วยไม่มีอาการชักซ้ำ

สรุป

การบาดเจ็บที่สมองระดับรุนแรงร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก เป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้อง รวดเร็วและทันเวลา การทำงานในลักษณะสหสาขาวิชาชีพ จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่รวดเร็ว เช่น เจ้าหน้าที่มูลนิธิที่ประสบเหตุ ณ จุดเกิดเหตุ พนักงานเปล พยาบาลห้องฉุกเฉิน แพทย์ประจำห้องฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการต่างๆ เช่น เจ้าหน้าที่ห้องตรวจ Brain CT scan



พยาบาลผู้ประสานงานการส่งต่อตลอดจนพนักงานขับรถส่งต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะพยาบาลในห้องฉุกเฉินและพยาบาลผู้ประสานงานการส่งต่อต้องมีความรู้ในการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อแบ่งระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วย ความเข้าใจในแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ รวมทั้งมีทักษะการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินการประสานงานในการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง ทันเวลา ซึ่งจะช่วยทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตและลดความพิการได้

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ แกร็บที่ห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยตื่นกระสับกระส่าย ลืมตาเมื่อเรียก พุดสับสน ทำตามคำสั่งได้ Glasgow coma score E3V4M6 (13 คะแนน) มีบาดแผลที่บริเวณใบหน้านอกจากจะประเมินผู้ป่วย ตามแนวทางเวชปฏิบัติกรณีผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุแล้ว พยาบาลควรนึกถึงการบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมด้วย จึงต้องประเมินผู้ป่วยตามแนวทางเวชปฏิบัติกรณีผู้ป่วยสมองได้รับบาดเจ็บร่วมด้วย ผู้ป่วยรายนี้มีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก แสดงว่าอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยรายนี้ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรงและมีเลือดออกในสมองแล้ว จึงทำให้ Glasgow coma score แกร็บที่ห้องฉุกเฉินได้ 13 คะแนน (E3V4M6) เมื่อเวลาผ่านไป ผู้ป่วยมีเลือดออกเพิ่มขึ้นทำให้หลังรับไว้ 50 นาที Glasgow coma score ลดลงเหลือ 8 คะแนน (E2V3M3) ผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่ ศีรษะจึงควรได้รับการประเมินและติดตาม Glasgow coma score อย่างต่อเนื่องตลอดเวลา นอกจากนั้นพยาบาลต้องมีความรู้ถึงข้อบ่งชี้ในการรายงานแพทย์ตามแนวทางเวชปฏิบัติกรณีผู้ป่วยสมองได้รับบาดเจ็บ เช่น Glasgow coma score \leq 8 คะแนน ต้องรายงานแพทย์และเตรียมใส่ท่อช่วยหายใจทันที เป็นต้น (ราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, 2562) และเมื่อได้ทราบผล Brain CT scan พยาบาลควรวางแผนเตรียมการเพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลแม่ข่ายทันที ผู้ป่วยรายนี้ใช้เวลาตั้งแต่อยู่ในห้องฉุกเฉินจนกระทั่งได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลแม่ข่ายรวม 1 ชั่วโมง 25 นาทีซึ่งไม่เกินเกณฑ์ตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดว่าผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน level 1,2 อยู่ในห้อง ฉุกเฉินไม่เกิน 2 ชั่วโมงในโรงพยาบาลระดับ A S และ M1 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ซึ่งเป็นช่วงชั่วโมงทองหรือ “Golden Hour” ของผู้ป่วย ซึ่งนับจากเวลาที่เริ่มบาดเจ็บจนถึงเวลาที่เริ่มการรักษาที่เฉพาะเจาะจง เนื่องจากผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมองทุกราย ควรได้รับการผ่าตัดอย่างเร่งด่วน ระยะทางจากแต่ละโรงพยาบาลไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย จึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ต้องคำนึงถึง ซึ่งเราสามารถลดระยะเวลาทั้งหมดได้ โดยพัฒนาระบบในการคัดกรอง ประเมิน วินิจฉัยให้รวดเร็ว มีประสิทธิภาพมากขึ้นระบบการติดต่อประสานงานและส่งต่อให้รวดเร็วยิ่งขึ้น



เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2565). Retrieved February 12, 2023.
<https://www.niems.go.th/1/Ebook?group=21>.
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2566). รายละเอียดตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2566. Retrieved February 12, 2023 <https://www.uckkpho.com/other/3099/>.
3. ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ. (2566). จำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน. Retrieved February 20, 2023 <https://www.thairsc.com/>.
4. ไสว นรสาร. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บ เล่ม 1 . พิมพ์ครั้งที่ 2. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
5. Advanced Critical Care. (2021). Traumatic Brain Injury Update. Retrieved February 14, 2023 <https://aacnjournals.org/aacnacconline/article-abstract/32/1/29/31390/Traumatic-Brain-Injury-Update>.
6. ราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. (2562). แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ. บริษัทพรอสเพอริสพลัส จำกัด.
7. นิภาวรรณ สามารถกิจ. (2561). การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
8. Geijerstam, J.L.; and Britton, M. (2003). Mild head injury-mortality and complication rate: Meta-analysis of finding in a systematic literature review, *Acta Neurochirurgica*, 145, 843-850. 9. Heng, K.W.J.; Tham, K.Y., Foo, J.. S.; Lau, Y. H.; and Li, A.Y.K. (2007). Recall of discharge advice given to patients with minor head injury presenting to a Singapore emergency department. *Singapore Medicine Journal*, 48, 1107-1110.
10. Livingston, D.H., Lavery, R.F., Passannante, M.R., Skurnick, J.H., Baker, S., Fabian, T.C, et al. (2000). Emergency department discharge of patients with negative cranial computed tomography scan after minimal head injury. *Annals of Surgery*, 232, 126-132.
11. รุ่งนภา เขียวชะอำและ ชดช้อย วัฒนนะ. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองแบบองค์รวม. วารสาร วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 28(1), 129-139.
12. งานทะเบียนและสถิติ. (2565). สถิติผู้ป่วยประจำปี 2563- 2565 สิงห์บุรี : โรงพยาบาลสิงห์บุรี.