การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง: กรณีศึกษา

Nursing care of patients with Severe head: Case study

อารยา แก้วประดับ*

บทคัดย่อ

การบาดเจ็บที่ศีรษะ เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทุกประเภท ในการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นการได้รับอันตรายจากแรงกระทบจากภายนอกบริเวณศีรษะ ทำให้กะโหลกศีรษะ สมองและเส้นประสาทของสมองได้รับความกระทบกระเทือน เกิดเป็นบาดแผล และมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว หรือเลือดออกในสมอง ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองอย่างรุนแรงร่วมกับมีกะโหลกศีรษะแตกจะมีผลเสียทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วยได้

จากการศึกษากรณีศึกษาพบว่า ผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุจากขับรถกะบะตกน้ำ จมน้ำ เรียกไม่รู้สึกตัว เมื่อถึงโรงพยาบาล จุดคัดกรองมีการประเมินผู้ป่วยใช้ MOPH E.D. Triage ประเมิน Airway, Breathing, Circulation, Disability และใช้หลัก AVPU ตามลำดับ ให้การรักษาและช่วยชีวิตผู้ป่วยในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยเป็นการนำหลักการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินมาใช้ในการปฏิบัติงานประกอบด้วยการแก้ไขภาวะวิกฤต การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะเสี่ยงต่อการเสียชีวิต การบรรเทาความวิตกกังวลให้แก่ญาติ โดยมีการเฝ้าระวัง ติดตามอย่างใกล้ชิด ตลอดระยะเวลาที่ดูแลจนกระทั่งส่งต่อไปยังห้องผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการโดยสามารถส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องได้ทันเวลา

คำสำคัญ: บาดเจ็บที่ศีรษะ, กะโหลกศีรษะแตก

---

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช

บทนำ

การบาดเจ็บที่ศีรษะ (Head injury) เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทุกประเภท แม้ว่ารัฐบาลจะพยายามกำหนดนโยบายและกฎหมายต่าง ๆ เพื่อแก้ไขปัญหาของอุบัติเหตุ แต่จำนวนของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองกลับมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น[1] ในการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นการได้รับอันตรายจากแรงภายนอกมากระทบที่บริเวณหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ และเนื้อเยื่อที่เป็นส่วนประกอบภายในกะโหลกศีรษะ สมอง และเส้นประสาทสมอง โดยมีประวัติแน่นอนว่าศีรษะถูกกระทบกระเทือน มีการตรวจพบมีบาดแผลที่หนังศีรษะหรือหน้าผาก หรือมีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกตัวแม้เพียงชั่วขณะ อีกทั้งยังตรวจพบการบาดเจ็บที่ใบหน้า กระดูกใบหน้าแตก เลือดกำเดาไหล หรือเลือดออกหูได้[2] เมื่อผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองจะมีผลเสียทั้งทางด้านร่างกาย ส่งผลให้โครงสร้างและการทำหน้าที่ของสมองเกิดการเปลี่ยนแปลงไป ดังนั้นการประเมินผู้ป่วยอย่างถูกต้องและให้การรักษาที่รวดเร็วในกรณีที่มีเลือดออกในกะโหลกศีรษะก่อนที่อาการจะเลวลงจนไม่สามารถให้การผ่าตัดได้หรือการผ่าตัดมีความล่าช้าลง จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือเกิดความพิการตามมา[3]

ปัจจุบันผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุในประเทศไทยมีจำนวนมากขึ้น ข้อมูลการบาดเจ็บจากการจราจรของประเทศไทยในปีพ.ศ. 2559 – 2560 มีผู้เสียชีวิต 9,815 และ 15,256 คน ผู้บาดเจ็บก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 831,118 และ 1,002,193 คน จากข้อมูลของ worldatlas.com2 ประเทศไทยมีอัตราตายจากอุบัติเหตุจราจร 36.2 ต่อแสนประชากรสูงเป็นอันดับ 1 ของโลก[4] ข้อมูลของห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช มีผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในปี 2563-2565 มีจำนวน 1,273 1,187 และ 1,072 คน มีผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 1,174 1,042 และ 9344 คน และผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมองจำนวน 99, 145 และ 138 คน คิดเป็นร้อยละ 7.78, 12.22 และ 12.87 ตามลำดับ[5] และจากข้อมูลพบว่า สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุทางจราจร ขับรถจักรยานยนต์ ไม่สวมหมวกกันน็อค และขับรถด้วยความเร็ว นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีประวัติสลบในที่เกิดเหตุ

จากปัญหาดังกล่าว ผู้จัดทำเล็งเห็นความสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรงที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เนื่องจากปัจจุบันผู้ป่วยมีจำนวนมาก หากให้การรักษาไม่ถูกต้อง จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ ดังนั้นเพื่อให้การพยาบาลมีความถูกต้องและได้มาตรฐาน จึงจัดทำการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง เพื่อจะได้นำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ทันเวลา และจัดการกับสถานการณ์ได้ทันท่วงที ให้ผู้ป่วยเกิดความเกิดปลอดภัย ลดอัตราการตายและความพิการให้ได้มากที่สุด

การบาดเจ็บที่ศีรษะ

การบาดเจ็บที่ศีรษะ (Head injury) คือ การได้รับความกระทบกระเทือนทำให้เกิดพยาธิสภาพต่อศีรษะ ซึ่งนับรวมทั้งอวัยวะอันได้แก่ Scalp, Skull, Dura mater, Arachnoid mater, Pia mater, Cerebral vessels และ Brain parenchyma ทั้งนี้การบาดเจ็บที่ศีรษะมักมีความสัมพันธ์หรือพบร่วมกัน

กับการบาดเจ็บของบริเวณใบหน้า (Maxillofacial injury) และการบาดเจ็บกระดูกต้นคอ (Cervical spine injury)[6]

พยาธิกำเนิดและลักษณะทางคลินิก

1. Epidural hematoma Epidural space เป็นชองวางที่อยู่ระหว่าง Dura และ Periosteum ของกะโหลกศีรษะ ซึ่งในภาวะปกติ Dura จะเชื่อมติดกับ periosteum ของกระดูกกะโหลกศีรษะ ภาวะ Epidural hematoma มักจะสัมพันธ์กับการแตกหักของกระดูกกะโหลกศีรษะ (Skull fracture) ทำให้เกิดการฉีกขาดของหลอดเลือด Middle meningeal artery ซึ่งเป็นหลอดเลือดที่อยู่ในชองดังกล่าว ในชวงแรกหลังจากที่มีภาวะเลือดออก ผู้ป่วยจะยังไม่มีอาการใด ๆ เมื่อภาวะเลือดออกมีปริมาณมากขึ้น จะทำให้ความดันภายในกะโหลกศีรษะเพิ่มมากขึ้น ความดันในกะโหลกศีรษะที่สูงขึ้นจะกดทับ Venous sinus ทำให้การไหลเวียนของเลือดชาลง (Stasis) เกิดอาการอันเนื่องมาจากการขาดเลือดและขาดออกซิเจนของสมอง เมื่อปริมาณของเลือดมีมากขึ้น จะเริ่มมีการกดเบียดของสมองให้เลื่อนออกจากตำแหนงปกติ ส่งผลกระทบต่อสมองส่วนต่างๆ ได้ ภาวะ Epidural hematoma นี้ หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ภายใน 24 ถึง 48 ชั่วโมง[7]

2. Subdural hematoma เป็นภาวะที่มีเลือดออกใน Subdural space ซึ่งเป็น Potential space เชนเดียวกัน อยู่ระหว่าง Dura mater และ Outer arachnoid layer ภาวะนี้เกิดจากการฉีกขาดของ Bridging vein โดยเมื่อศีรษะได้รับการกระแทกจะทำให้สมองซึ่งลอยอยู่ใน Cerebrospinal fluid เคลื่อนที่ไปมาอยู่ภายในกะโหลก สงผลให้ Arachnoid ซึ่งอยู่ติดกับสมอง และ Dura ซึ่งอยู่ติดกับกะโหลกศีรษะ มีการเลื่อนออกจากกันและทำใหมีการฉีกขาดของ Bridging vein ซึ่งอยู่ระหว่าง 2 ชั้นนี้ในภาวะ Acute subdural hematoma เนื่องจากภาวะนี้เป็นเลือดออกจากหลอดเลือดดำจึงสามารถหยุดเองได้[7]

3. Subarachnoid hemorrhage เป็นภาวะที่มีเลือดออกใน Subarachnoid space ซึ่งอาจพบได้ในการได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะจากอุบัติเหตุแต่ไม่บ่อยนัก ประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยเกิดจากการแตกของ Aneurysm อีกประมาณร้อยละ 10 เกิดจากการแตกของ Arteriovenous malformation ที่เหลือจะเป็นผลมาจากความผิดปกติของเลือดและสวนประกอบของเลือด (Blood dyscrasia) การติดเชื้อการอักเสบของหลอดเลือด และเนื้องอกต่าง ๆ[7]

ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ

ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะแบ่งโดยใช้ Glasgow Coma Scale (GCS) โดยใช้การประเมินพฤติกรรม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 การลืมตา (Eye Opening) ด้านที่ 2 การเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด (Best Motor Response) และด้านที่ 3 การพูดที่ดีที่สุด (Best Verbal Response) โดยมีระดับคะแนน[8] คือ

ระดับคะแนน 13-15 คะแนน แสดงถึง การบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย (Minor Head Injury) อาจมีการสูญเสียระดับความรู้สึกตัว หรือจำเหตุการณ์ไม่ได้ (Amnesia) น้อยกว่า 30 นาที ไม่มีการแตกของกะโหลกศีรษะหรือการชอกช้ำของเนื้อสมอง (Cerebral contusion) และไม่มีก้อนเลือด(Hematoma) เกิดภายใต้กะโหลกศีรษะ

ระดับคะแนน 9-12 คะแนน แสดงถึง การบาดเจ็บที่ศีรษะปานกลาง (Moderate Head Injury) อาจพบการแตกของกะโหลกศีรษะผู้ป่วยอาจมีการเปลี่ยนแปลงทางสัญญาณชีพ มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวลดลงได้ภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งนำไปสู่การเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 50 ของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ

ระดับคะแนน 3-8 คะแนน แสดงถึง การบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง (Severe Head Injury) มีการสูญเสียระดับความรู้สึกหรือจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้มากกว่า 24 ชั่วโมง ร่วมกับมีการชอกช้ำฉีกขาดของเนื้อสมอง หรือมีก้อนเลือดในสมอง ผู้ป่วยมีความรู้สึกตัวน้อยมาก ไม่สามารถทำตามคำสั่งได้ มีการเคลื่อนไหวแขนขาหนี งอหรือเหยียดในท่าที่ผิดปกติ

การวินิจฉัยโรค

ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทุกรายที่มายังห้องฉุกเฉิน ควรได้รับการตรวจประเมิน Primary survey และช่วยเหลือขั้นต้นโดยเฉพาะการหยุด External bleeding จากนั้นจึงดำเนินการตามแนวทางการรักษาของ ATLS ร่วมกับการประเมินการบาดเจ็บที่กระดูกสันหลังระดับคอด้วยเสมอ เมื่อภายหลังจากสัญญาณชีพคงที่ จึงพิจารณาประเมินผู้ป่วยอีกครั้งว่ามีการบาดเจ็บที่สมองร่วมด้วยหรือไม่[9]

ในกรณีที่ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่สมองรุนแรงน้อย Glasgow Coma Scale 13-15 แนะนำให้พิจารณาปัจจัยเสี่ยงร่วม ควรติดตามหรือสังเกตอาการที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงจากเดิมอย่างใกล้ชิด ได้แก่ อาการกระสับกระส่าย บ่นปวดศีรษะมาก สับสน พูดจาผิดปกติ โวยวาย อาเจียน หรือซึมลง มีการตอบสนองช้าลงไปจากเดิม ควรให้การรักษาด้วยยาในทันทีที่สงสัยเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ และพิจารณาส่งตรวจ CT brain สำหรับผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่สมองรุนแรง มี Glasgow Coma Scale <13 ต้องให้การดูแลรักษาในโรงพยาบาลทุกราย และควรปรึกษาประสาทศัลยแพทย์ในทันที กรณีผู้ป่วยเมาสุราหรือใช้สารเสพติดที่มีผลต่อจิตประสาท ควรรับไว้สังเกตอาการในโรงพยาบาล และพิจารณาส่งตรวจ CT brain และกรณี Low risk ควรให้รักษาตามอาการ หรืออาจแนะนำให้เฝ้าสังเกตอาการทางระบบประสาทที่บ้าน กรณี Moderate risk ให้พิจารณารับผู้ป่วยไว้สังเกตอาการในโรงพยาบาลอย่างน้อย 6 ชั่วโมง หรือพิจารณาส่งตรวจ CT[9]

การพยาบาล

1. การพยาบาลในระยะวิกฤตและฉุกเฉิน (critical and emerging care nursing) ระยะนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและรอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่สมอง และเพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการเข้ารับการผ่าตัด และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ซึ่งปัญหาหลักของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในระยะนี้คือ ปัญหาทางระบบประสาท และปัญหาทางระบบหายใจ[10]

2. การพยาบาลในระยะต่อเนื่องและการฟื้นฟูสภาพ (continuing and recovery care nursing) หลังจากที่ภาวะสมองบวม การมีน้ำไขสันหลังคั่งในโพรงสมอง และการติดเชื้อได้รับการแก้ไขแล้ว แพทย์จะพิจารณาทำการผ่าตัดตกแต่งเพื่อปิดกะโหลกศีรษะ ดังนั้น ในระยะการดูแลต่อเนื่องและการฟื้นฟูสภาพนี้ พยาบาลจึงต้องคำนึงถึงผลกระทบจากการเจ็บป่วย และให้การช่วยเหลือฟื้นฟู เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้โดยมีคุณภาพชีวิตที่ดี[10]

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง

2. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรงที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

3. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพในสาขาอื่น สามารถนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรงไปประยุกต์ใช้ได้

วิธีดำเนินการศึกษา

1. ศึกษา ค้นคว้าเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง แนวทางการวินิจฉัย แผนการรักษา และนำความรู้ที่ได้มาวางแผนการพยาบาล

2. คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 1 ราย จากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง เข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตั้งแต่เดือนสิงหาคม ถึงตุลาคม 2566

3. เก็บรวบรวมข้อมูล อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการแพ้ยา การประเมินสภาพผู้ป่วย แผนการรักษาของแพทย์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการตรวจพิเศษ นำมาวิเคราะห์ปัญหา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ประเมินผล สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 36 ปี ผิวสีแทน รูปร่างอ้วน สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุธ การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย มีอาชีพรับจ้าง

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

เรียกไม่รู้สึกตัว 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บปัจจุบัน

30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยขับรถกะบะตกน้ำ จมน้ำ เรียกไม่รู้สึกตัว พลเมืองดีเรียก EMS ออกรับ แรกรับ ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว Glasgow Coma Scale E1V1M5 Pupil 3 mm. Slow reaction to light both eyes. อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 122/78 มิลลิเมตรปรอท EMS นำส่งโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยาและสารอาหาร

ผู้ป่วยมีประวัติสูบบุหรี่วันละ 10 มวน ประมาณ 20 ปี

การตรวจร่างกายตามระบบ

ผู้ป่วยรูปร่างอ้วน น้ำหนัก 90 กิโลกรัม ส่วนสูง 180 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย 27.78 กิโลกรัมต่อตารางเมตร สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 133/89 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือด 95%

ศีรษะและใบหน้า: แผลฉีกขาดบริเวณศีรษะด้านขวาขนาด 1x10 เซนติเมตร ลึกถึงกะโหลกศีรษะ Pupil 3 mm. Fix dilate both eyes.

จมูก: รูปร่างสมมาตรกัน ไม่มีบาดแผล ไม่มีสารคัดหลั่ง

ปากและลำคอ: ริมฝีปากไม่มีแผล ต่อมทอนซิลไม่โต เส้นเลือดที่คอไม่โป่ง ต่อมน้ำเหลืองที่คอไม่โต

ระบบทางเดินหายใจและทรวงอก: หายใจไม่เหนื่อย หายใจสม่ำเสมอ ไม่มีอกบุ๋ม ฟังปอดพบเสียง Crepitation ทั้งสองข้าง

ระบบหัวใจและหลอดเลือด: ฟังเสียงไม่พบเสียง Murmur Capillary refill <2 วินาที

ระบบทางเดินอาหาร: ท้องนุ่ม ไม่มีความผิดปกติ ไม่พบบาดแผล คลำไม่พบตับโต

ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ: ไม่พบลักษณะของข้อและแขนผิดปกติ ไม่มีอาการปวด

ระบบประสาท: ผู้ป่วยเรียกไม่รู้สึกตัว ไม่ทำตามสั่ง ยกแขนขาได้เองเป็นพัก ๆ ประเมิน Glasgow coma scale E1V1M4

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC พบ Hematocrit 42.5% Hemoglobin 14.7%, WBC 16,700 cell/uL, Platelet count 297,000 cell/uL, Neutrophils 82%, Lymphocyte 12%, Monocyte 6%

BUN 10.1 mg/dL Creatinine 0.91 mg/dL EGFR 108.04 ml/min/1.73m^2

Electrolyte พบ Sodium 138.7 mmol/L, Potassium 4.1 mmol/L, Chloride 99 mmol/L, CO_2 24.2 mmol/L

PT 11.2 seconds, PTT 19.4 seconds, INR 0.96

LFT พบ Total protein 8.3 g/gL, Globulin 3.3 g/dL, Albumin 5.0 g/dL, Total bilirubin 0.94 mg/dL, Direct bilirubin 0.39 mg/dL, SGOT 56 U/L, SGPT 145 U/L, Alkaline phosphatase 97 U/L

SARS coronavirus 2 Ag (Antigen test kit) Negative

ผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์

- Comminuted depressed skull fracture at frontal bone with diffuse SAH at frontal region and left sylvian fissure.
- Fracture of sphenoid bone involving inferior aspect of sphenoid sinus.
- Comminuted nasal bone fracture, comminuted fracture at superior, medial and inferior right orbital walls, superomedial and inferior left orbital walls, both maxillae, both maxillary sinuses walls, nasal septum, and both ethmoid air-cells.
- No cervical spine fractures

การวินิจฉัยโรคครั้งแรก

Severe Head Injury with Open fracture skull with Near drowning

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย

Brain contusion with Open fracture skull

การผ่าตัด

Craniotomy with Clot removal with Decompression of skull fracture right frontal with Suture wound at forehead

การรักษาของแพทย์

แพทย์ที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีการซักประวัติและตรวจร่างกาย ให้ On Endotracheal tube No 7.5 depth 23 cm ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ CXR portable. FAST Negative เจาะเลือด ATK for COVID-19 พร้อมกับส่งทำ CT brain with C-spine. มีการปรึกษาศัลยแพทย์ระบบประสาท ให้ส่งทำผ่าตัด Bilateral frontal craniotomy ทันที

หลังทำผ่าตัด ผู้ป่วย On ET tube แต่ผู้ป่วยมีอาเจียน ทำให้ ET tube หลุด On HFNC ขณะผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยตื่นดี ช่วยเหลือตัวเองได้ หายใจไม่เหนื่อย ฟังปอดไม่พบเสียงแทรกทั้งสองข้าง แผลที่ศีรษะไม่มีสารคัดหลั่งซึม On radivac drain content ไม่ออกเพิ่ม แพทย์ให้ Off radivac drain และเปลี่ยนยาเป็นยารับประทาน และแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ พร้อมกับนัดตรวจดูอาการ 2 สัปดาห์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1

เสี่ยงภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากศูนย์ควบคุมการหายใจถูกรบกวนจากมีการบาดเจ็บที่สมอง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีประวัติขับรถกะบะตกน้ำ จมน้ำ เรียกไม่รู้สึกตัว E1V1M5 Pupil 3 mm RTLBE

2. วัดสัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจ 82 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 133/89 มิลลิเมตรปรอท O2 saturation 95%

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีภาวะของ Cyanosis เช่น ริมฝีปากเขียว ปลายมือปลายเท้าเขียว

2. หายใจไม่เหนื่อย ไม่มีภาวะหายใจลำบาก

3. สัญญาณชีพปกติ

4. ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดมากกว่า 90%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการกระสับกระส่าย รวมทั้งประเมินริมฝีปาก ผิวหนัง และเล็บ

2. วัดสัญญาณชีพ รวมทั้งค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดทุก 10 – 15 นาที

3. ช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจเบอร์ 7.5 ลึก 23 เซนติเมตร ตรวจสอบตำแหน่งของท่อช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม และติดพลาสเตอร์ตรงตำแหน่งของมุมปากด้านในด้านหนึ่ง

4. ต่อเครื่องช่วยหายใจ Mechanical ventilator Mode Pressure Assist control FiO_2 0.6 Flow 16 bpm PEEP 5 cmH_2O ตามแผนการรักษาของแพทย์

5. ดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจและในปากตามความจำเป็น

6. ติดตามผลการตรวจ Chest X-ray ตามแผนการรักษา

7. จัดท่านอนศีรษะสูง เพื่อให้ออกซิเจนเข้าสู่ปอดได้ดีขึ้น

การประเมินผล

ผู้ป่วยเรียกไม่รู้สึกตัว On ET tube with Bird’s respirator หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี ฟังปอดมีเสียง Crepitation ทั้งสองข้าง ดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจได้เป็นน้ำเล็กน้อย และในปากเป็นน้ำลาย วัดสัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 151/91 มิลลิเมตรปรอท O2 saturation 100%

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2

เสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เนื่องจากมีเลือดออกในสมองร่วมกับกะโหลกศีรษะแตกจากอุบัติเหตุ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีประวัติขับรถกะบะตกน้ำ จมน้ำ เรียกไม่รู้สึกตัว EMS นำส่งโรงพยาบาล

2. ผู้ป่วย E1VTM4 Pupil 3 mm. Fix dilate both eyes. On ET tube ต่อกับเครื่องช่วยหายใจ

3. วัดสัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจ 82 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 133/89 มิลลิเมตรปรอท O2 saturation 95%

4. CT brain non contrast with C-spine พบ Comminuted depressed skull fracture at frontal bone with diffuse SAH at frontal region and left sylvian fissure. No cervical spine fractures.

5. แพทย์ศัลยกรรมระบบประสาทให้ส่งทำผ่าตัด Bilateral frontal craniotomy ทันที

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของความดันในกะโหลกศีรษะสูง

2. อาการทางระบบประสาทของผู้ป่วยไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิม

3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. บันทึกอาการทางระบบประสาทและสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ปฏิกิริยาของรูม่านตา และการเคลื่อนไหว หาก Glasgow Coma Scale ลดลงจากเดิมมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน รายงานแพทย์

2. ต่อเครื่องช่วยหายใจ Mechanical ventilator Mode Pressure Assist control FiO_2 0.6 Flow 16 bpm PEEP 5 cmH2o ตามแผนการรักษาของแพทย์

3. ดูดเสมหะเท่าที่จำเป็น เพื่อป้องกันการเกิดความดันในกะโหลกที่ศีรษะที่เพิ่มขึ้น

4. จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา และจัดให้ศีรษะลำคออยู่ในแนวเดียวกับลำตัว

5. ให้สารน้ำ 0.9% NSS 1,000 ml IV drip 80 ml/hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์

6. โกนศีรษะของผู้ป่วยทั้งหมด เพื่อเตรียมตัวในการผ่าตัด

7. เจาะเลือดตามแผนการรักษา พร้อมทั้งติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

8. อธิบายเกี่ยวกับผลดีและผลเสียของการผ่าตัด และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังทำผ่าตัด

9. ให้ญาติเซ็นต์ชื่อยินยอมในใบยินยอมการผ่าตัด

การประเมินผล

ผู้ป่วยเรียกไม่รู้สึกตัว ประเมิน Glasgow coma scale E1VTM4 Pupil 3 mm. Fix dilate both eyes. ไม่มีอาการชักเกร็ง ไม่มีอาเจียน วัดสัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 151/91 มิลลิเมตรปรอท O2 saturation 100%

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3

เสี่ยงต่อการกำซาบของเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงสมองลดลง เนื่องจากมีภาวะเลือดออกในสมอง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีประวัติขับรถกะบะตกน้ำ จมน้ำ เรียกไม่รู้สึกตัว EMS นำส่งโรงพยาบาล

2. ผู้ป่วยเรียกไม่รู้สึกตัว ประเมิน Glasgow coma scale E1V1M4 Pupil 3 mm. Fix dilate both eyes. มีแผลฉีกขาดบริเวณศีรษะด้านขวาขนาด 1x10 เซนติเมตร ลึกถึงกะโหลกศีรษะ

3. สัญญาณชีพที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อุณหภูมิ 36.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 82 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 133/89 มิลลิเมตรปรอท O2 saturation 95%

4. CT brain non contrast with C-spine พบ Comminuted depressed skull fracture at frontal bone with diffuse SAH at frontal region and left sylvian fissure. No cervical spine fractures.

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีระดับของ Glasgow Coma Scale ไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิม

2. ผู้ป่วยไม่มีแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น ชักเกร็ง แขนขาอ่อนแรงเพิ่ม

3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. บันทึกสัญญาณชีพ พร้อมทั้งประเมินระดับความรู้สึกตัว หากมีอาการผิดปกติ ให้รายงานแพทย์

2. ช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจเบอร์ 7.5 ลึก 23 เซนติเมตร ตรวจสอบตำแหน่งของท่อช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม พร้อมต่อเครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษาของแพทย์

3. ให้ Diazepam 10 mg IV ก่อนใส่ท่อช่วยหายใจ พร้อมทั้งสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ

4. ดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจและในปาก เพื่อป้องกันสารคัดหลั่งติดอยู่ในท่อและในปากผู้ป่วย

5. ส่งผู้ป่วยถ่ายภาพรังสีทรวงอก เพื่อดูตำแหน่งของท่อช่วยหายใจและความผิดปกติของทรวงอก

6. ส่งผู้ป่วยทำ CT brain non contrast with C-spine และมีพยาบาลนำส่ง หากมีอาการผิดปกติให้รายงานแพทย์

7. เจาะเลือดตามแผนการรักษา พร้อมทั้งติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การประเมินผล

ผู้ป่วย E1VTM4 Pupil 3 mm. Fix dilate both eyes. On ET tube NO. 7.5 ต่อกับเครื่องช่วยหายใจ หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี วัดสัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจ 112 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 150/103 มิลลิเมตรปรอท O2 saturation 99%

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4

เสี่ยงต่อภาวะช็อค เนื่องจากการเสียเลือดมาก

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีประวัติขับรถกะบะตกน้ำ

2. ผู้ป่วยมีแผลฉีกขาดบริเวณศีรษะด้านขวาขนาด 1x10 เซนติเมตร ลึกถึงกะโหลกศีรษะ แผลมีเลือดออกจำนวนมาก

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันภาวะช็อค

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

2. แผลไม่มีเลือดออกเพิ่ม

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินตำแหน่งของแผล ขนาด และปริมาณของเลือดที่ออกจากแผล

2. เย็บแผลโดยใช้ Nylon 4/0 บริเวณหน้าผาก โดยยึดหลักสะอาดปราศจากเชื้อ

3. ปิดแผลด้วยก๊อสและปิดซ้ำด้วย Fixomull เพื่อป้องกันการเกิดเลือดออกจากแผล

การประเมินผล

แผลบริเวณหน้าผาก suture จำนวน 10 stitch ไม่มีเลือดออกเพิ่ม วัดสัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 151/91 มิลลิเมตรปรอท O2 saturation 100% ความเข้มเลือด 42.5%

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5

ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ญาติมีสีหน้าวิตกกังวล

2. ญาติสอบถามเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย

3. ญาติสอบถามเกี่ยวกับการผ่าตัด

วัตถุประสงค์

เพื่อลดความวิตกกังวลของญาติ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น

2. ญาติตอบคำถามเกี่ยวกับการผ่าตัดได้

3. ญาติยินดีให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับญาติผู้ป่วย พร้อมทั้งประเมินระดับของความวิตกกังวลของญาติ

2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการและอาการแสดง แผนการรักษาของแพทย์และพยาบาล และข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด รวมทั้งการเตรียมตัวของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

3. รับฟังปัญหา และเปิดโอกาสให้ญาติซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ เพื่อลดความวิตกกังวล

การประเมินผล

ญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น คลายความวิตกกังวลลง และยินดีให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามแผนการรักษา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6

เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนขณะเคลื่อนย้ายไปห้องผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วย E1VTM4 On ET tube NO. 7.5 ต่อกับ Ambu bag

2. ผู้ป่วยไม่มีอาการชักเกร็ง ไม่มีอาเจียน

2. วัดสัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจ 92 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 132/99 มิลลิเมตรปรอท O2 saturation 100%

3. CT brain non contrast with C-spine พบ Comminuted depressed skull fracture at frontal bone with diffuse SAH at frontal region and left sylvian fissure. No cervical spine fractures

4. แพทย์ศัลยกรรมระบบประสาท สั่งการรักษาให้ส่งทำผ่าตัด Bilateral frontal craniotomy stat.

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะเคลื่อนย้าย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่เกิดการตกเตียง

2. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ท่อช่วยหายใจไม่เลื่อนหลุด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบสภาพผู้ป่วยให้พร้อมก่อนการเคลื่อนย้าย เช่น ชื่อ-นามสกุล สัญญาณชีพ สิ่งที่ติดตัวผู้ป่วย เช่น สายให้น้ำเกลือ ท่อช่วยหายใจ และสายสวนปัสสาวะ

2. เตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นในระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เช่น Ambu bag, Portable pulse oxygen meter

3. ติดต่อประสานงานกับห้องผ่าตัดเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย และอุปกรณ์ที่ต้องเตรียมรับผู้ป่วย

4. มีการเคลื่อนย้ายอย่างระมัดระวังและนุ่มนวล พร้อมทั้งยกราวกั้นเตียงขึ้นทั้ง 2 ข้าง และตรวจสอบอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้เรียบร้อย

5. บีบ Ambu bag 8 - 10 ครั้งต่อนาที ตั้งแต่เคลื่อนย้ายผู้ป่วยจนถึงห้องผ่าตัด

6. ขณะส่งต่อ ให้พยาบาลผู้ติดตามดูแลอย่างใกล้ชิด พร้อมทั้งประเมินอาการ สัญญาณชีพที่จำเป็น และค่าอิ่มตัวของออกซิเจน (Saturation Oxygen) เป็นระยะ ๆ ตามความเหมาะสม

7. รายงานอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และรายงานสัญญาณชีพที่ผิดปกติให้กับเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด

การประเมินผล

ผู้ป่วย E1VTM4 On ET tube NO. 7.5 ลึก 21 เซนติเมตร หายใจไม่เหนื่อย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ขณะนำส่งไปห้องผ่าตัด วัดสัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจ 72 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที O2 saturation 100%

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 36 ปี มาโรงพยาบาลด้วย 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยขับรถกะบะตกน้ำจมน้ำ เรียกไม่รู้สึกตัว พลเมืองดีเรียก EMS ออกรับ ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยาและสารอาหาร และมีประวัติสูบบุหรี่วันละ 10 มวน ประมาณ 20 ปี แรกรับ ณ ที่เกิดเหตุ ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว Glasgow Coma Scale E1V1M5 ความดันโลหิต 122/78 มิลลิเมตรปรอท EMS นำส่งโรงพยาบาล มีการใส่ Cervical collar ร่วมกับ Head immobilizer ยึดตรึงกับ Spinal board และเปิด O2 mask with bag 10 LPM เมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล จุดคัดกรองประเมินผู้ป่วยอยู่ในกลุ่ม Resuscitation นำส่งห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้รับการตรวจรักษาทันที แรกรับที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยเรียกไม่รู้สึกตัว ประเมิน Glasgow coma scale E1V1M4 Pupil 3 mm. Fix dilate both eyes. มีแผลฉีกขาดบริเวณศีรษะด้านขวาขนาด 1x10 เซนติเมตร ลึกถึงกะโหลกศีรษะ วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 82 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 133/89 มิลลิเมตรปรอท O2 saturation 95% แพทย์ประเมินและตรวจร่างกายผู้ป่วย ให้ใส่ท่อช่วยหายใจเบอร์ 7.5 ลึก 23 เซนติเมตร with safe C-spine ให้ Diazepam 10 mg IV ก่อนใส่ท่อช่วยหายใจ ให้ 0.9% NSS 1,000 ml IV drip 80 ml/hr. เจาะ CBC, BUN, Creatinine, Electrolyte, Coagulogram, Anti-HIV, Group match for PRC ทำ CXR portable ทำ U/S FAST ผล Negative และส่งทำ CT brain non contrast with C-spine การพยาบาลที่สำคัญ วัดสัญญาณชีพ ประเมิน Glasgow coma scale ทุก 10-15 นาที ช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ ดูดเสมหะในเวลาที่จำเป็น ใส่สายสวนปัสสาวะ และส่งทำ CT brain with C-spine ตามแผนการรักษาของแพทย์ ขณะทำ CT brain non contrast with C-spine มีการเคลื่อนย้ายอย่างระมัดระวัง ผล CT brain non contrast with C-spine พบ Comminuted depressed skull fracture at frontal bone with diffuse

SAH at frontal region and left sylvian fissure. No cervical spine fracture แพทย์ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินรายงานผล CT กับแพทย์ศัลยกรรมระบบประสาท ให้ส่งทำผ่าตัด Bilateral frontal craniotomy ทันที มีการอธิบายเกี่ยวกับผลดีและผลเสียของการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนและหลังทำผ่าตัด สิ่งที่ติดตัวหลังทำผ่าตัด พร้อมทั้งให้ญาติเซ็นต์ชื่อยินยอมในใบยินยอมการผ่าตัด และมีการติดต่อประสานงานกับห้องผ่าตัดเพื่อเตรียมความพร้อมในการผ่าตัด อาการของผู้ป่วยก่อนส่งทำผ่าตัด ผู้ป่วยเรียกไม่รู้สึกตัว ประเมิน Glasgow coma scale E1VTM4 Pupil 3 mm. Fix dilate both eyes. ไม่มีอาการชักเกร็ง ไม่มีอาเจียน Retain Foley’s catheter Urine สีเหลืองเข้ม 400 มิลลิลิตร วัดสัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 151/91 มิลลิเมตรปรอท O2 saturation 100%

การติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ผู้ป่วยหลังผ่าตัด Craniotomy with Clot removal with Decompression of skull fracture right frontal with Suture wound at forehead ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Pupil 2 mm Reaction to light both eye. หายใจไม่เหนื่อย On HFNC Flow 60 LPM $FioO_2$ 0.6 ไอนานๆ ครั้ง มีแผลที่ศีรษะปิดก๊อสและ Fixomull ไม่มีสารคัดหลั่งซึม On radivac drain content เป็นเลือดออก 60 มิลลิลิตร วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 74 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 109/66 มิลลิเมตรปรอท O2 saturation 98% และขณะนอนรักษาตัว ผู้ป่วยตื่นดี ช่วยเหลือตัวเองได้ หายใจไม่เหนื่อย แผลที่ศีรษะไม่มีสารคัดหลั่งซึม สัญญาณชีพปกติ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมรักษาตัวในโรงพยาบาล 6 วัน

ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้พบว่า ผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุจากขับรถกะบะตกน้ำ จมน้ำ เรียกไม่รู้สึกตัว ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตและฉุกเฉินเร่งด่วนที่ต้องได้รับการแก้ไขทันที ดังนั้นการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุ และการช่วยเหลือในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงเป็นสิ่งที่เร่งด่วนและสำคัญมาก มีการประเมินตามหลัก A-B-C-D ใช้หลัก AVPU และการประเมินการตอบสนองของระบบประสาท เพื่อให้การช่วยเหลือทันที นอกจากนี้ผู้ป่วยเรียกไม่รู้สึกตัว ไม่ตอบสนองต่อการเรียก ทำให้ประเมินประวัติต่าง ๆ ได้ยาก แต่ต้องมีการช่วยเหลือโดยใช้หลักการ Universal Precaution ร่วมด้วย

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเรียกไม่รู้สึกตัวตั้งแต่ที่เกิดเหตุ ทำให้ประวัติการเจ็บป่วยมีความซับซ้อนจากคำบอกเล่าของพลเมืองดีว่าขับรถกะบะตกลงไปในน้ำ การให้การรักษาเกี่ยวกับการบาดเจ็บที่ศีรษะต้องนึกถึงภาวะการสำลักน้ำในปอด การประเมินระบบทางเดินหายใจ และการแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง รวมทั้งต้องระมัดระวังเกี่ยวกับการบาดเจ็บของ C-spine ของผู้ป่วย และในสถานการณ์ของการระบาดของเชื้อโควิด19 ทำให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจและระบบไหลเวียนเลือดในบางส่วน ทำให้มีการช่วยเหลือเพิ่มเติมในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินต่อ และการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของปัญหาในระยะวิกฤตมีความยุ่งยากและซับซ้อน รวมทั้งต้องใช้ความรวดเร็วในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ทำให้การตอบโต้ของผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์เป็นไปได้ยาก

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดทำแนวปฏิบัติการในการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง
2. ควรฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับการประเมินและการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง

เอกสารอ้างอิง

1. อัญชลี โสภณ, ผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริรักษ์ และไพรวัลย์ พรมที. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง โดยใช้การจัดการรายกรณี. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2560, 29(3): 126-138.

2. สรยุทธ ชำนาญเวช. การบาดเจ็บที่สมอง หรือ Traumatic brain injury. Ramathibodi Medical Journal. 2010; 33: 33-41.

3. วิบูลย์ เตชะโกศล. ประสิทธิผลของการพัฒนาระบบทางด่วนพิเศษในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. ศรีนครินทร์เวชสาร 2557: 524-529.

4. ศรินทิพย์ บุตราช และสุทธิพร วรบรรณากร. การพัฒนาแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง โรงพยาบาลสกลนคร. วารสาร โรงพยาบาลสกลนคร, 23: 15-27.

5. โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช. ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ. เวชระเบียนผู้ป่วย ปี 2563-2565. สุพรรณบุรี: โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช; 2566.

6. ไกรยศ เกียรติสุนทร. Overview of the head injury. [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 14 กันยายน 2566]; เข้าได้ถึงจาก http://med.swu.ac.th/surgery/images/1_OverviewOfHeadInjury.pdf

7. พีรยุทธ สิทธิไชยากุล. Pathology of the nervous system. อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 14 กันยายน 2566]; เข้าได้ถึงจาก
https://www.yumpu.com/en/document/view/30185240/pathology-of-the-nervous-system-

8. รัชนก ทรงทรัพย์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพและความรู้สึกไม่แน่นอนของสมาชิกครอบครัวขณะรอผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรับการผ่าตัดสมอง. [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 14 กันยายน 2566]; เข้าได้ถึงจาก http://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/47924736/title.pdf

9. สรยุทธ ชำนาญเวช. การบาดเจ็บที่สมอง หรือ Traumatic brain injury. Ramathibodi Medical Journal. 2010; 33: 33-41.

10. รุ่งนภา เขียวชอ่ำ และชดช้อย วัฒนะ. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองแบบองค์รวม. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี. 2560; 129-139.