

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองเฉียบพลัน
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 21 มิถุนายน 2564 - 25 มิถุนายน 2564
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การบาดเจ็บศีรษะ หมายถึง การที่ศีรษะได้รับการกระทบกระเทือนโดยมีแรงมากระทำเป็นผลให้หนังศีรษะกะโหลกศีรษะ เนื้อเยื่อภายในกะโหลกศีรษะ สมองเกิดรอยฟกช้ำ เป็นแผล มีการฉีกขาดของเนื้อเยื่อ จนกระทั่งมีเลือดออกในสมอง ทั้งที่เกิดจากการแตกของกะโหลกศีรษะ หรือไม่มีการแตกของกะโหลกศีรษะ หมดสติหรือไม่หมดสติ ซึ่งจะส่งผลต่อการทำหน้าที่ของสมอง อาจเกิดความผิดปกติด้านร่างกาย ทำให้ร่างกายพิการ การรับรู้ สติสัมปชัญญะ อารมณ์ พฤติกรรม และระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงไป อาจเป็นได้ทั้งชั่วคราว หรือถาวร

พยาธิสภาพของโรค

การบาดเจ็บศีรษะ สามารถอธิบายตามลักษณะที่เกิดการบาดเจ็บแบ่งได้เป็น 2 ระยะ ดังนี้

1.การบาดเจ็บปฐมภูมิ หรือการบาดเจ็บระยะแรก (Primary Head Injuries) เป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นทันทีที่มีแรงกระทบต่ออวัยวะส่วนต่างๆ ของศีรษะดังนี้

1.1หนังศีรษะ (Scalp) เป็นชั้นที่มีหน้าที่ช่วยป้องกัน และลดอันตรายที่จะเกิดกับกะโหลกศีรษะและสมอง หากไม่มีหนังศีรษะหุ้ม เมื่อถูกกระแทกด้วยแรงเพียง 40 ปอนด์ต่อตารางนิ้วก็ทำให้กะโหลกแตกกร้าวได้ แต่เมื่อมีหนังศีรษะหุ้ม แรงกระแทกที่มีผลให้กะโหลกร้าวเพิ่มเป็น 400-900 ปอนด์ต่อตารางนิ้ว บาดแผลที่เห็นจะเป็นเพียงการบวมช้ำหรือโน (Contusion) การฉีกขาดของหนังศีรษะจากการถูกกระแทกของวัตถุที่ไม่มีคม (Abrasion) เป็นการหลุดของหนังกำพร้าจากการฉีกขาด (Laceration) เป็นแผลที่เกิดจากวัตถุมีคม แผลจะมีขอบเรียบ แผลที่เกิดจากวัตถุที่ไม่มีคมขอบแผลจะไม่เรียบ และหนังศีรษะอาจฉีกขาดหลุดออกไปได้ (Avulsion)

1.2 กะโหลกศีรษะ (Skull) จะประกอบด้วยกระดูกหลายชิ้นเชื่อมติดกัน จะติดสนิทในวัยผู้ใหญ่จึงไม่สามารถยืดขยายได้ ภายในโพรงกะโหลกศีรษะมีช่องเปิดที่สำคัญ บริเวณกระดูกท้ายทอย (Occipital bone) ชื่อ Foramen Magnum เป็นทางที่ประสาทไขสันหลังติดต่อกับแกนสมอง บริเวณที่บางที่สุดของกะโหลกศีรษะจะเป็นบริเวณด้านข้าง (Temporal Bone) จะมีผิวที่ขรุขระทั้งด้านใน และด้านนอก ซึ่งทำให้สมองส่วนข้างเกิดการบาดเจ็บได้บ่อย

1.2.1 กะโหลกศีรษะแตกกร้าวเป็นแนว (Linear Skull Fracture) พบได้ร้อยละ 80 ของกะโหลกแตกทุกชนิด การแตกจะทำให้หลอดเลือดของเยื่อหุ้มสมองส่วนนอก (Dura Mater) และเนื้อสมองส่วนที่ถูกกระแทก ฉีกขาดทำให้เกิดเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองและใต้ชั้นเยื่อหุ้มสมองส่วนนอก (Epidural Hematoma, Acute Subdural Hematoma) สมองเกิดรอยฟกช้ำ (Brain Contusion) ควรรับไว้สังเกตอาการในโรงพยาบาลอย่างน้อย 24 ชั่วโมง

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

1.2.2 ฐานกะโหลกศีรษะแตกกร้าว (Basilar Skull Fracture หรือ Skull Base Fracture) จะพบว่าชนิดนี้ จะมีการแตกกร้าวของกะโหลกร่วมด้วย เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดช่องทางติดต่อระหว่างโพรงอากาศ (Sinuses) กับ ช่องว่างใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง (Arachnoid Mater) อาจมีผลขัดขวางการส่งกระแสประสาทของสมอง การถ่ายภาพรังสี อาจไม่พบว่าการแตก แต่สามารถรู้ได้จากอาการแสดง เช่น รอยเขียวช้ำบริเวณหลังหู (Battle's Sign) แก้วหูฉีกขาด เลือดออกหลังแก้วหู มีน้ำหรือเลือดไหลออกจากจมูก (Rhinorrhea) หรือทางหู (Otorrhea) ผิวน้ำรอบตาเขียวช้ำ (Raccoon's Eyes) เป็นต้น

1.2.3 กะโหลกศีรษะแตกแบบแผลปิด (Closed Depressed Skull Fracture) ระวังอาจเกิดเลือดออกนอกเยื่อหุ้มสมอง (Epidural Hematoma) หรือเลือดออกในสมอง (Intracerebral Hemorrhage) ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลทุกราย ตัวบ่งชี้ในการรักษาโดยการผ่าตัดต้องดูว่ามีขนาดก้อนเลือดที่ออกใหญ่กะโหลกที่แตก มีโอกาสที่จะไปทิ่มเนื้อสมองได้มาก มีโอกาสที่ผู้ป่วยจะแย่งลง

1.2.4 กะโหลกศีรษะแตกแบบแผลเปิด (Compound Depressed Skull Fracture) ซึ่งต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลและต้องทำการผ่าตัดเกือบทุกราย เนื่องจากกระดูกที่แตกกดเบียดเนื้อสมองทำให้เกิดอาการปวดศีรษะทันที

1.2.5 เนื้อสมองช้ำ (brain contusion) เป็นภาวะที่มีเลือดแทรกอยู่ระหว่างเซลล์สมองใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นใน (Subpial Space) ตำแหน่งที่พบได้บ่อยจะเป็นบริเวณรอยต่อของกลีบสมองส่วนหน้าและกลีบข้าง (Frontotemporal) สาเหตุจากอุบัติเหตุและมีประวัติหมดสติชั่วคราวประมาณ 5- 10 นาที เมื่อฟื้นจะเป็นปกติทุกอย่างแต่จะจำเหตุการณ์ก่อนเกิดเหตุไม่ได้ถ้าทำการตรวจวินิจฉัยด้วยการตรวจสมองโดยใช้คอมพิวเตอร์ Computerized Tomography Scan (CT Brain) จะพบว่าปกติ อาการที่พบ อาจบ่นปวดศีรษะ ง่วง เพ้อ สับสน เวียนศีรษะ กระสับกระส่าย ตาพร่ามัว เดินเซ ไข้สูง สับสน การหายใจผิดปกติ รูม่านตาและการกลอกตาผิดปกติ อาการนี้อาจเกิดนานเป็นวัน หรือถึงสัปดาห์

1.2.6 การบาดเจ็บทั่วไปของสมองส่วนสีขาว (Diffused White Matter Injury) มักเกิดในผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บศีรษะอย่างรุนแรง หมดสติทันทีทันใด และมีแขนขาบิดเกร็งสองข้าง (Bilateral Decerebration) จนถึงขั้นเสียชีวิตได้ จะพบมีการฉีกขาดของเนื้อสมองส่วนสีขาวทั่วเนื้อสมอง ตำแหน่งที่พบการบาดเจ็บเป็นบริเวณขม่อม และรอบๆขม่อมเป็นผลจากการบาดเจ็บ มีการกระจายสู่สมองใหญ่ทั้งสองซีกและแกนสมอง

1.2.7 เนื้อสมองฉีกขาด (Brain Laceration) มีการฉีกขาดของเนื้อสมองร่วมกับการฉีกขาดของเยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง และเยื่อหุ้มสมองชั้นในจากการแตกของกะโหลกศีรษะเป็นแนว หรือมีการแตกยุบ ทำให้เกิดอันตรายต่อเนื้อสมอง และเยื่อหุ้มสมองโดยตรง

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

2.การบาดเจ็บทุติยภูมิ หรือการบาดเจ็บระยะที่สอง (Secondary Head Injuries) เป็นภาวะแทรกซ้อนของการบาดเจ็บที่ต่อเนื่องจากการบาดเจ็บระยะแรก ซึ่งการบาดเจ็บอาจเกิดขึ้นที่หรือหลังบาดเจ็บนับเวลาเป็นชั่วโมงหรือนานกว่านั้น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บระยะนี้จะพบว่าการหายใจอุดกั้น พร่องออกซิเจน ความดันโลหิตต่ำ ช็อค ความไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย สมองบวม ความดันในกะโหลกศีรษะสูง

การบาดเจ็บที่พบได้ในระยะนี้มักมีเลือดออกในส่วนต่างๆของสมอง และมีการบาดเจ็บที่รุนแรง พบได้ ดังนี้

2.1 เลือดออกภายในกะโหลกศีรษะ (Intracranial Hematoma) แบ่งตำแหน่งของการเกิดการบาดเจ็บ ดังนี้

2.1.1 เลือดออกนอกเยื่อหุ้มสมอง (Epidural Hematoma: EDH) เป็นก้อนเลือดที่ออกจากหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำรวมกัน เกิดจากการบาดเจ็บจากการกระแทกอย่างแรงและมีการผิดรูปของกะโหลกศีรษะ ทำให้เส้นเลือดที่ไปเลี้ยงสมองเกิดการฉีกฉีกขาด พบบ่อยในรายที่มีกะโหลกศีรษะแตก (Skull Fracture) ตำแหน่งที่พบบ่อยเป็นบริเวณด้านข้างของสมอง (Temporal Bone) อาจพบว่าเมื่อเกิดอุบัติเหตุแล้วสลบไปหลังจากตื่นเป็นปกติดี แต่หลังจากนั้นจะสลบอีกครั้ง อาการที่พบ ปวดศีรษะ อาเจียน ชัก อัมพาตครึ่งซีก การเคลื่อนไหวแขนขาผิดปกติ ม่านตาขยาย และไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง มีอาการที่เลวลงอย่างรวดเร็วในเวลาต่อมาจนกระทั่งเสียชีวิตได้

2.1.2 เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง (Subdural Hematoma: SDH) เป็นก้อนเลือดที่รวมตัว จากการฉีกขาดของหลอดเลือดดำใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก อาจแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1) เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองเฉียบพลัน (Acute Subdural Hematoma) เป็นการเกิดก้อนเลือดอย่างรวดเร็วและมีขนาดใหญ่เกิดอาการภายใน 48 ชั่วโมง จากการเคลื่อนที่ไม่ได้สัดส่วนกันอย่างรุนแรงของชั้นของสมองและหลอดเลือดดำทำให้เกิดการฉีกขาดพร้อมกันหลายเส้น มักพบร่วมกับมีการฉีกขาดของเนื้อสมองบริเวณที่พื้นผิวด้านในของกะโหลกศีรษะ เมื่อเกิดการบาดเจ็บในชนิดนี้โอกาสเสียชีวิตมีมาก

2) เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองรองจากระยะเฉียบพลัน (Subacute Subdural Hematoma) เป็นการเกิดก้อนเลือดใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอกที่ทำให้เกิดอาการภายใน 2 วันถึง 2 สัปดาห์ เกิดจากการฉีกขาดของหลอดเลือดดำเพียงไม่กี่เส้นและอยู่เฉพาะที่ มักไม่พบว่ามีอาการชักและฉีกขาดของสมอง

3) เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองเรื้อรัง (Chronic Subdural Hematoma) เป็นการเกิดก้อนเลือดใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก มักมีการบาดเจ็บศีรษะมานานกว่า 2 สัปดาห์ และมักพบในผู้ป่วยที่มีอายุมาก

2.2 สมองบวม (Cerebral Edema) เป็นภาวะที่สมองเพิ่มปริมาตรจากการบวมน้ำหลังการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ อาจมีการเพิ่มของจำนวนน้ำทั้งในและนอกเซลล์ หรือการที่เลือดหล่อเลี้ยงสมองมากขึ้น และการมีก้อนเลือดในเนื้อสมอง ซึ่งแบ่งการบวมของสมองเป็น 2 ชนิด คือ

2.2.1 อาการบวมน้ำ (Vasogenic Edema) เกิดจากการทำลายการทำหน้าที่ของ การไหลเวียนเลือดในสมอง (Blood Brain Barrier) ทำให้เกิดการรั่วของน้ำและโปรตีนเข้าสู่ช่องว่างระหว่างเซลล์

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

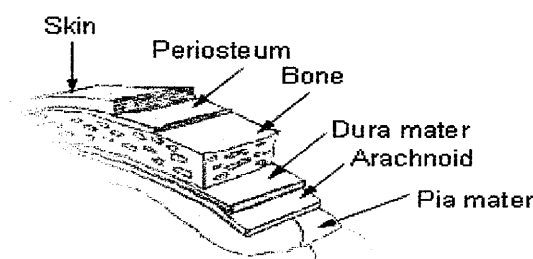
2.2.2 บวมจากภาวะความเป็นพิษหรือไม่สมดุลของสารน้ำ (Cytotoxic Edema) เกิดจากการเสียหายที่ในการขับโซเดียมออกนอกเซลล์ ทำให้น้ำและโซเดียมอยู่ในเซลล์มาก มักไม่พบบ่อยนัก อาจเกิดร่วมกับอาการบวมน้ำจะทำให้เกิดความดันโลหิตสูงอย่างเฉียบพลัน

2.3 ความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased Intracranial Pressure) เป็นภาวะที่มีความดันของ ของเหลวในช่องเวเนทริเคิล (Ventricular Fluid Pressure) ประมาณ 15 มิลลิเมตรปรอท หรือ 200 มิลลิเมตรน้ำขึ้นไป

2.4 ภาวะสมองเคลื่อน (Brain Displacement หรือ Brain Herniation) เป็นภาวะที่สมองเคลื่อนไปตำแหน่งที่ไม่ใช่ตำแหน่งปกติของสมองหลังการบาดเจ็บศีรษะ จากการมีก้อนเลือดการบวมกดเบียดเนื้อสมองจนเข้าไปสู่ช่องเปิดภายในกะโหลกศีรษะตามตำแหน่งต่างๆ (ไสว นรสาร , 2560)

กายวิภาคเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก

เยื่อ dura หรือ เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก (Dura Mater) เป็นเยื่อหุ้มสมองชั้นนอกสุด ที่แข็ง หยาบ และไม่ยืดหยุ่นที่หุ้มสมองและไขสันหลังโดยมีเยื่อหุ้มสมองชั้นอื่นๆ คือเยื่อเพีย (Pia Mater) และเยื่ออะแรนอยด์ (Arachnoid Mater) อยู่ด้านใต้ลึกลงไป เยื่อ dura จะไม่แนบสนิทกับไขสันหลัง โดยยื่นเลยผ่านไขสันหลังที่ระดับกระดูกสันหลังส่วนบั้นเอวชั้นที่ 2 ถึงประมาณกระดูกสันหลังส่วนกระเบนเหน็บชั้นที่ 2 (ร่ำแพน พรเทพเกษมสันต์ , 2561)



Meninges of the CNS

ภาพที่ 1 แสดงกายวิภาคเยื่อหุ้มสมอง

(ที่มา: Wikimedia. Meanings of the CNS , 2565)

สาเหตุของการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะที่พบได้บ่อย

1. อุบัติเหตุจากการจราจรในท้องถนน พบมากที่สุดจากจักรยานยนต์ชนกัน พลิกคว่ำ ชนคนข้ามถนน พลัดตกจากจักรยานยนต์และยานยนต์อื่นๆ รถชนสิ่งมวลชนและรถบรรทุกชนกัน
2. การตกจากที่สูง เช่น ตกจากตึกที่กำลังก่อสร้าง ตกบ้าน ตกต้นไม้
3. การถูกทำร้ายร่างกาย เช่น ถูกตีที่ศีรษะ วัตถุต่างๆ หล่นใส่ศีรษะ
4. การเมาสุรา สิ้นสติ การปะทะชนกันในการเล่นกีฬา

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

อาการและอาการแสดง ภาวะเลือดออกในสมองเกิดขึ้นได้หลากหลาย ขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่มีเลือดออก ความรุนแรงและจำนวนเนื้อเยื่อที่ได้รับผลกระทบ ผู้ป่วยอาจแสดงอาการขึ้นทันทีหรือใช้เวลาหลายสัปดาห์ แล้วจึง แ่ลงอย่างรุนแรง อาการบ่งบอกมีดังนี้ ขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่มีเลือดออก ความรุนแรงและจำนวนเนื้อเยื่อที่ได้รับผลกระทบ อาการบ่งบอกมีดังนี้

1. ปวดหัวรุนแรงขึ้นมาเฉียบพลัน
2. มีอาการชัก โดยไม่เคยมีประวัติโรคลมชักมาก่อน
3. คลื่นไส้หรืออาเจียนอย่างรุนแรง
4. แขนหรือขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
5. หมดสติ ไม่รู้สึกตัว สับสน เพ้อ ไม่ตอบสนอง มีการตื่นตัวน้อยลง เชื่องซึม
6. สูญเสียการทรงตัวและการประสานงานกันของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย
7. ตาพร่ามัว การตอบสนองของรูม่านตาไม่เท่ากัน
8. พูดสื่อสารไม่รู้เรื่องหรือไม่เข้าใจสิ่งที่ผู้อื่นพูด มีปัญหาในการเขียนหรืออ่านหนังสือ
9. กลืนลำบาก ลิ้นรับรสชาติผิดแปลกไปจากปกติ
10. เวียนศีรษะ
11. ความดันโลหิตสูงขึ้น
12. อาการปวดคล้ายเข็มทิ่มหรือชา
13. การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อเล็กมีปัญหา เช่น มีอาการมือสั่น (ราตรี ชิมฉลอง , 2561)

ผลกระทบของการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองเฉียบพลันต่อผู้ป่วย

สมองเป็นอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย ซึ่งทำหน้าที่ในการควบคุมการทำงานของอวัยวะทุกระบบ เมื่อสมองได้รับการบาดเจ็บจึงก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านความรู้สึกตัว การทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านความจำ การรู้คิดและการรับรู้ ด้านอารมณ์ ด้านพฤติกรรม ด้านติดต่อสื่อสาร เพื่อก่อให้เกิดความเข้าใจอย่างชัดเจน จึงแยกผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองต่อบุคคลไว้เป็นประเด็นดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย(Physical Problem)

ผลกระทบด้านร่างกายของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองจะรุนแรงมากน้อยเพียงใดจะขึ้นกับตำแหน่งและความรุนแรงของการบาดเจ็บที่สมอง ซึ่งผู้ป่วยอาจมีความผิดปกติเพียงด้านเดียวหรือหลายๆด้านร่วมกัน โดยความผิดปกติ นั้นๆ อาจเกิดขึ้นเพียงช่วงระยะเวลาหนึ่ง หรืออาจเป็นความผิดปกติที่จะคงอยู่ไปตลอดชีวิตผู้ป่วยก็ได้ ซึ่งความผิดปกติทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นกับผู้บาดเจ็บที่สมองด้านต่างๆ ได้แก่

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

1.1. การเคลื่อนไหวผิดปกติ เป็นสิ่งที่พบได้ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองโดยความผิดปกติที่เกิดขึ้นอาจเป็นการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อหรือเป็นอัมพาต (Paralysis) กล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน (Ataxia) มีอาการสั่น (Tremor) การแข็งเกร็งของกล้ามเนื้อ (Rigidity) ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติบริเวณส่วนกลางของ Frontal Lobe จะมีอาการอ่อนแรงครึ่งซีก การทำงานไม่ประสานกันของกล้ามเนื้อ (Ataxia) เกิดจากผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่บริเวณ Cerebellum และ Vestibular System อาการสั่น (Tremor) เกิดจากผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่บริเวณ Basal Ganglia และส่วนการแข็งเกร็งของกล้ามเนื้อ (Rigidity) เป็นความผิดปกติที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง และส่วนใหญ่มักพบในระยะเฉียบพลัน (Acute Phase) ซึ่งผลกระทบจากการบกพร่องในการเคลื่อนไหวจะส่งผลถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

1.2. อาการชัก (Post-Traumatic Seizures) เป็นความผิดปกติที่พบได้ในผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่สมอง อัตราความเสี่ยงของการเกิดอาการชักหลังการบาดเจ็บที่สมองจะเพิ่มขึ้นตามระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ การชักหลังจากการได้รับบาดเจ็บทางสมองแบ่งได้เป็น 2 ระยะ คือ

1.2.1. การชักในช่วงแรกหลังจากการบาดเจ็บ (Early Posttraumatic Seizure) เป็นการชักที่เกิดขึ้นในช่วง 7 วันแรกหลังจากการได้รับบาดเจ็บ ซึ่งเกิดขึ้นจากการถอดรหัสพันธุกรรมใหม่ (New Gene Transcription) และการเปลี่ยนแปลงของโปรตีนที่ตัวรับสารสื่อประสาท และ Ion Channel ต่างๆ พบได้ประมาณร้อยละ 4-25 หากไม่ได้รับการป้องกัน

1.2.2. การชักในช่วงปลายหลังจากการบาดเจ็บ (Late Posttraumatic Seizure) เป็นการชักที่เกิดขึ้นหลังจาก 7 วัน นับจากเกิดการบาดเจ็บ มีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของเซลล์ประสาทในบริเวณที่เกิดความเสียหายจากการบาดเจ็บ พบได้ประมาณร้อยละ 9-42 หากไม่ได้รับการป้องกัน

ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการชักหลังจากการบาดเจ็บทางสมอง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มี Glasgow Coma Score น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 คะแนน ผู้ป่วยที่เพิ่งเกิดการชักมา ผู้ป่วยที่สูญเสียความทรงจำไปนานเกิน 30 นาที หลังการบาดเจ็บ ผู้ป่วยที่มีการแตกหักของกะโหลกศีรษะ ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บจากการถูกตีแทงไปในเนื้อสมอง (Penetrating Head Injury) ผู้ป่วยที่มีเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมอง ใต้เยื่อหุ้มสมอง หรือในเนื้อสมอง ผู้ป่วยที่มีรอยช้ำที่เนื้อสมอง ผู้ป่วยที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี และผู้ป่วยที่ดื่มสุราเรื้อรัง

นอกจากนี้หากผู้ป่วยเกิดการชักซ้ำขึ้นอีกครั้งหลังจากได้รับบาดเจ็บทางสมองไปแล้วเกิน 7 วัน จะเรียกภาวะนี้ว่าโรคลมชักหลังการบาดเจ็บ (Post Traumatic Epilepsy) ซึ่งพบในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางสมองรุนแรงและเคยเกิด Early Posttraumatic Seizure ในช่วงที่อยู่วงพยาบาลผู้ป่วยที่มีเลือดออกหรือมีรอยช้ำที่เนื้อสมอง ผู้ป่วยที่สูญเสียความทรงจำไปนานเกิน 24 ชั่วโมงหลังการบาดเจ็บ ผู้ป่วยที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี และผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคซึมเศร้ามาก่อน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

1.3. ความผิดปกติในการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ (Loss of Bowel and Bladder Control) ความผิดปกติในการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะเป็นความผิดปกติทางร่างกายที่เป็นสาเหตุสำคัญส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาทางด้านจิตใจตามมา ซึ่งความผิดปกติอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วย มีพยาธิสภาพที่สมองส่วนที่ควบคุมการขับถ่าย หรือการที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะไม่รู้สึกรู้ตัว หรือมีความบกพร่องในการติดต่อสื่อสารทำให้ไม่สามารถบอกให้ผู้อื่นทราบถึงความต้องการในการขับถ่ายได้ ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองบริเวณ Right Superior Prefrontal Lobe จะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ชั่วคราว แต่ถ้าผู้ป่วยมีพยาธิสภาพเกิดขึ้นทั้ง 2 ด้าน จะทำให้ มีความผิดปกติในการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะอย่างถาวร

1.4. ภาวะแทรกซ้อนจากการนอนท่าเดียวนานๆ หรือเคลื่อนไหวร่างกายน้อย ได้แก่ ปอดบวม ปอดแฟบ แผลกดทับ การอุดตันของหลอดเลือดดำส่วนลึก ความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า ข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อลีบ เป็นต้น ในช่วงเวลา 2-4 วันแรกภายหลังการบาดเจ็บที่สมองในระดับรุนแรง จะมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นจากความผิดปกติเกี่ยวกับปอด หัวใจ หลอดเลือด การแข็งตัวของเลือด ความไม่สมดุลของอิเล็กโตรลัยต์ การติดเชื้อที่ปอดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุด นอกจากนี้ยังพบภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร ตับ และ ไต อีกด้วย

1.5. กลุ่มอาการหลังได้รับการบาดเจ็บ (Post Traumatic Syndrome) คือ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ มึนงง มีความรู้สึกไวต่อเสียงและแสง และมองเห็นไม่ชัด ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่พบได้บ่อย จะส่งผลกระทบต่อสภาวะอารมณ์ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพ และรวมถึงความสามารถในการกลับเข้าทำงานของผู้ป่วย

2. ผลกระทบทางด้านการรู้คิดและการรับรู้ (Cognitive/Perceptual)

ความผิดปกติทางด้านการรู้คิดและการรับรู้ จะสะท้อนให้เห็นในรูปแบบของความบกพร่องในการสื่อสาร ความสนใจ สมาธิ ความคิด ความจำ การมองเห็น การรับรส การรับกลิ่น และการรับรู้ความรู้สึกต่างๆ ซึ่งความผิดปกติทางด้านการรู้คิดและการรับรู้มีรายละเอียดดังนี้

2.1 ความจำบกพร่อง (Memory Deficits) เป็นความผิดปกติที่พบบ่อยในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ซึ่งมีทั้งการสูญเสียความทรงจำที่เพิ่งผ่านมา (Recent Memory) ซึ่งเกิดจากการมีพยาธิสภาพที่สมองซีกขวาผู้ป่วยบางรายจำในสิ่งที่ผ่านมาหรือในอดีตไม่ได้ (Remote memory) ซึ่งเกิดจากพยาธิสภาพกระจายทั่วไปในสมองทั้ง 2 ซีกผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับรุนแรงที่มีพยาธิสภาพที่ Frontal Lobe โดยเฉพาะบริเวณ Prefrontal Area จะมีปัญหาความจำบกพร่อง

2.2. ความสนใจหรือสมาธิสั้นลง (Attention /Concentration) ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บบริเวณ Brain Stem หรือส่วนที่เชื่อมกันของ Prefrontal Area จะมีสมาธิในการทำกิจกรรมต่างๆ ไม่ดี ความอดทนต่อสิ่งรบกวนต่างๆ ลดลง หักเหความสนใจได้ง่าย การให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง ไม่สนใจตนเอง โดยในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับเล็กน้อยความผิดปกตินี้จะค่อยๆ ลดลงและหมดไปภายในเวลา 6 เดือน หลังการบาดเจ็บ ส่วนใหญ่กลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับรุนแรง ความผิดปกตินี้อาจจะคงอยู่ตลอดไป

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

2.3. ความผิดปกติในการรับรู้สื่อสาร (Communication Deficits) โดยความบกพร่องในการติดต่อสื่อสาร มีทั้งความผิดปกติในการรับรู้ภาษา (Receptive) และความผิดปกติในการแสดงออก (Expressive Aphasia)

2.3.1 ความผิดปกติในการรับรู้ภาษา ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่ Wernicke's Area บริเวณ Temporal Lobe หรือ Parietal Lobe จะมีความบกพร่องด้านการฟังและการอ่าน ผู้ป่วยจะได้ยินเสียงพูดแต่ไม่สามารถแปลความหมายของคำพูดที่ได้ยิน ผู้ป่วยสามารถพูดได้ แต่เรื่องที่พูดอาจไม่สัมพันธ์กับเรื่องที่ได้ยิน

2.3.2 ความผิดปกติในการแสดงออก กรณีที่มีพยาธิสภาพบริเวณ Motor Speech Area ในซีกตรงข้ามกับมือข้างที่ถนัด จะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถเปล่งเสียงออกเป็นคำพูดได้ หรือ พูดได้แต่ไม่ถูกต้อง แต่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจสิ่งที่ได้ยินได้ ส่วนผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่บริเวณ Brain Stem และ Cerebellum จะมีความบกพร่องในการพูด เช่น พูดลำบาก (Dysphasia) พูดตะกุกตะกักหรือติดอ่าง (Dysarthria) ใช้คำพูดไม่ถูกต้อง (Paraphasia) พูดโดยไม่มีจังหวะหรือไม่มีเสียงสูงต่ำ (Dysprosodies) พูดไม่ออก (Dysphonia)

2.4. ความผิดปกติในการรับรู้ (Perceptual Problem) พบได้ในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่บริเวณ Parietal Lobe ทำให้เกิดความบกพร่องในการรับรู้สัมผัสเจ็บปวด การสัมผัส อุณหภูมิ และยังรวมถึงความบกพร่องในการรับกลิ่น ที่เกิดจากการมีพยาธิสภาพที่บริเวณ Olfactory Nerve ความผิดปกติในการมองเห็น (Post Trauma Vision Syndrome) ที่เกิดจากการมีพยาธิสภาพที่บริเวณ Optic Nerve การสูญเสีย การได้ยินจากการมีพยาธิสภาพที่บริเวณ Vestibular ซึ่งมีความบกพร่องนี้ จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆ ช้าลง

2.5. ความผิดปกติทางด้านสติปัญญา (Intellectual Deficits) อาจเกิดจากผู้ป่วยมีปัญหาด้านความจำ ความสนใจ สมาธิ ทำให้เรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ลดลง การตัดสินใจเสียไป ขาดเหตุผล การแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวันลดลง

3. ผลกระทบทางด้านอารมณ์และจิตใจ (Emotional/Psychological Problem)

การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจเป็นความผิดปกติที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ซึ่งอาจเป็นผลจากการมีพยาธิสภาพที่สมอง ผลกระทบจากสิ่งแวดล้อม และผลกระทบจากความบกพร่องการทำงานของร่างกายในด้านต่างๆ ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้คุณค่าในตนเองลดลง พบว่าการสูญเสียความสามารถในการควบคุมอารมณ์เป็นความผิดปกติที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง โดยผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมาทั้งทางด้านการพูดและการกระทำ นอกจากความผิดปกติในการควบคุมอารมณ์แล้ว ยังพบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง จะมีภาวะซึมเศร้าหลังการบาดเจ็บ (Post Traumatic Depressive) สูง ซึ่งการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังการบาดเจ็บนั้น มีความสัมพันธ์กับการมีพยาธิสภาพที่บริเวณ Anterior Frontal หรือ Basal Ganglia ใน Left Hemisphere และ Parietal-Occipital Lesions ใน Right Hemisphere นอกจากผลจากการมีพยาธิสภาพที่สมองแล้ว การที่ผู้ป่วยมีความคับข้องใจจากการที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ การรับรู้เกี่ยวกับระดับความพิการของตนเอง ความกลัวในสิ่งต่างๆ เช่น กลัวต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิต กลัวการถูกทอดทิ้ง การได้รับการช่วยเหลือลดลง สภาวะทางเศรษฐกิจจะเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าได้ และเมื่อมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นกับผู้ป่วยจะมีการแสดงออกที่แตกต่างกัน บางรายอาจมีพฤติกรรมก้าวร้าว โกรธง่าย หดหู่ เหินห่าง แยกตัวหรือปฏิเสธการมีส่วนร่วมในสังคมหรือบางรายอาจคิดฆ่าตัวตาย

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

5. ผลกระทบทางด้านสังคม

จากผลกระทบด้านต่างๆที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ หรือพฤติกรรมล้วนส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสังคมได้ทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเป็นด้านการมีส่วนร่วมในสังคม ด้านการฟื้นฟูสภาพ และการกลับเข้าทำงานของผู้ป่วย

6. ผลกระทบต่อญาติและครอบครัว

ผลกระทบที่เกิดจากการบาดเจ็บที่สมองนั้นไม่เพียงแต่เกิดกับตัวผู้ป่วยดังที่กล่าวมาแล้วในข้างต้น ครอบครัวของผู้ป่วยก็ได้รับผลกระทบจากการบาดเจ็บที่สมองด้วยเช่นกัน ทั้งนี้เนื่องจากหลังได้รับบาดเจ็บที่สมอง ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพอย่างเต็มที่แล้วก็ตาม แต่ผู้ป่วยยังคงมีความพิการหรือความบกพร่องทางระบบประสาทหลงเหลืออยู่ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นในหลายๆด้าน ครอบครัวจึงต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยด้านต่างๆ เพื่อตอบสนองด้านความต้องการของผู้ป่วย (สมบัติ มุ่งทวีพงษา , 2562)

การวินิจฉัยโรค

1. การชักประวัต้อย่างรวดเร็ว จากผู้ป่วย ญาติหรือผู้เห็นเหตุการณ์เกี่ยวกับสาเหตุการบาดเจ็บ ลักษณะของการเกิดการบาดเจ็บ การหมดสติ ลำดับของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น อาการอื่นๆ เช่น อาการชาของแขนขา ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว อาเจียน มีบาดแผลและการบาดเจ็บของอวัยวะอื่นๆร่วมด้วย
2. อาการทางระบบประสาท (Neurological Signs) เพื่อทราบความผิดปกติของระบบประสาทตลอดจนความรุนแรงของการบาดเจ็บสิ่งที่ต้องประเมินเรียงลำดับดังนี้

2.1 ระดับความรู้สึกตัว (Level of Consciousness) ถือว่าเป็นตัวบ่งชี้สำคัญมากในการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง เพราะว่าผู้ป่วยมีรอยโรคในโพรงกะโหลกศีรษะ จะมีระดับความรู้สึกตัวลดลงเป็นประการแรก นอกจากนั้นระดับความรู้สึกตัวจะเป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงการเกิดการบาดเจ็บระยะที่สองหรือระยะต่อมาตลอดจนสถานะดีขึ้นหรือเลวลงของผู้ป่วย แบบประเมินความรู้สึกตัวของกลาสโกว (Glasgow Coma Score) จะประเมินพฤติกรรมตอบสนองของผู้ป่วย 3 ด้านดังนี้ การลืมตา การเคลื่อนไหว การใช้คำพูด ผลรวมของคะแนนตามพฤติกรรมที่แสดงทั้ง 3 ด้าน จะบอกระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะดังนี้คือ

2.1.1. ระดับ 13-15 คะแนน แสดงถึงการบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย (Minor Head Injury) คือผู้ป่วยจะรู้สึกตัวดี สามารถลืมตาได้เองหรือเมื่อถูกเรียก ทำตามคำสั่ง และตอบคำถามได้ถูกต้องทันที หรือใช้เวลาเล็กน้อยหรือสับสนบ้างเป็นบางครั้ง

2.1.2. ระดับ 9-12 คะแนน แสดงถึงการบาดเจ็บที่ศีรษะปานกลาง (Moderate Head Injury) คือผู้ป่วยที่มีความรู้สึกตัวลดลงและสับสน มักหลับเกือบตลอดเวลา จะตื่นเมื่อถูกปลุกหรือได้รับความเจ็บปวด สามารถทำตามคำสั่งหรือตอบคำถามง่ายๆ ได้ถูกต้อง โดยใช้เวลานานกว่าปกติ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

2.1.3. ระดับ 3-8 คะแนน แสดงถึงการบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง (Severe Head Injury) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกตัวน้อยมาก หรือไม่รู้สีกตัวเลย ไม่สามารถทำตามคำสั่งใดๆทั้งสิ้น อาจส่งเสียงไม่เป็นคำพูดเมื่อได้รับความเจ็บปวด หรือเคลื่อนไหวแขนขาหนี หรืองอ หรือเหยียดในท่าผิดปกติ หรือไม่เคลื่อนไหวเลย

ตาราง Glasgow Coma Scale

การตรวจประเมิน assessment	การตอบสนอง response	คะแนน score
การลืมตา (Eye Opening, E)	ลืมตาเอง (Spontaneous)	4
	ลืมตาเมื่อได้ยินเสียง (Speech)	3
	ลืมตาเมื่อถูกทำให้เจ็บ (Pain)	2
	ไม่ลืมตาเลย (None)	1
การเคลื่อนไหว (Motor Response, M)	เคลื่อนไหวได้ปกติเมื่อสั่งให้ทำ (Obey)	6
	เคลื่อนไหวได้เหมาะสมเมื่อทำให้เจ็บ (Localized Pain)	5
	หดงอหรือกระตุกแขนขาหนีเมื่อทำให้เจ็บ (Flexion Withdrawal)	4
	แขนงอเกร็งแนบตัว (Decorticate Rigidity)	3
	แขนขาเหยียดเกร็ง (Decerebrate Rigidity)	2
	ไม่มีการเคลื่อนไหวเลย (None)	1
การพูด (Verbal, V)	พูดได้ปกติ (Oriented)	5
	พูดจาสับสนไม่ปะติดปะต่อ (Confused Conversation)	4
	พูดเป็นคำแต่ไม่สื่อความหมายมาก (Inappropriate)	3
	ส่งเสียงแต่ไม่เป็นภาษา	2
	ไม่พูดเลย (Incomprehensible)	1

(กรรณา ชูกิจ , 2562)

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

2.2 ขนาดรูม่านตาและปฏิกิริยาต่อแสงสว่าง รูม่านตาขนาดปกติมีเส้นผ่าศูนย์กลาง ประมาณ 3-4 มิลลิเมตร การประเมินของรูม่านตาสามารถตรวจพบได้ดังนี้

2.2.1 ปกติ คือ รูม่านตาจะหดเล็กลงทันทีที่ได้รับแสงสว่าง พบในคนปกติทั่วไป

2.2.2 ช้ากว่าปกติ คือ รูม่านตาจะค่อยๆหดเล็กลง ช้ากว่าในคนปกติ เนื่องจากมีสาเหตุที่ทำให้เกิดการกดประสาทสมองคู่ที่ 3 เช่นระยะเริ่มแรกของสมองเคลื่อนย้อยผ่านเทนต์อเรียม สมองบวม

2.2.3 รูม่านตาขยายโตเท่ากับหรือมากกว่า 6 มิลลิเมตร และไม่มีปฏิกิริยาต่อแสงสว่าง มักพบในผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต เป็นลักษณะที่พบร่วมกับมีการกดประสาทสมองคู่ที่ 3 จากสมองเคลื่อนย้อยผ่านเทนต์อเรียม ภาวะสมองขาดออกซิเจน และเนื้อสมองขาดเลือดหล่อเลี้ยง

2.3 การเคลื่อนไหว จะเน้นเฉพาะแขนและขาเท่านั้น ในผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดีสามารถตรวจพบแม้กระทั่งกล้ามเนื้อที่อ่อนแรงเพียงเล็กน้อย โดยสังเกตจากการทำงานของกล้ามเนื้อของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยทำตามคำสั่ง ในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวไม่สามารถตรวจได้อย่างละเอียด จะเป็นเพียงการสังเกตการเคลื่อนไหวของแขนขาข้างที่ดีที่สุดของผู้ป่วย เมื่อถูกกระตุ้นด้วยความเจ็บปวด จะแสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเจ็บปวดมี 5 ลักษณะดังนี้

2.3.1 การตอบสนองถูกต้องหรือปกติ (Localizes to Pain) คือ ผู้ป่วยแสดงปฏิกิริยาที่บ่งให้ทราบถึงตำแหน่งที่เจ็บปวดเช่นปิดมือผู้ตรวจหรือยกมือขึ้นถึงระดับคางเมื่อถูกกดบริเวณข้อเข่าส่วนบน

2.3.2 การตอบสนองโดยการขยับหรือชักแขนขาหนีความเจ็บปวด (Withdraws to Pain)

2.3.3 การตอบสนองโดยมีแขนงผิดปกติ (Abnormal Flexion) เมื่อได้รับความเจ็บปวด ผู้ป่วยจะงอแขนบิดวางบนอกและเหยียดปลายเท้า (Decortication)

2.3.4 การตอบสนองโดยมีแขนเหยียดผิดปกติ (Abnormal Extension) เมื่อผู้ป่วยได้รับความเจ็บปวดจะเหยียดเกร็งแขนบิดเข้าด้านในชิดลำตัวและเหยียดปลายเท้า (Decerebration)

2.3.5 ไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองความเจ็บปวด (No Response) ผู้ป่วยจะไม่มีอาการเคลื่อนไหวหรือขยับเขยื้อนอวัยวะใดๆเลย แม้ถูกกระตุ้นความเจ็บปวดอย่างรุนแรง

3. ประเมินสัญญาณชีพ (Vital Signs) สัญญาณชีพเป็นเครื่องบ่งชี้การเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนโลหิต ระบบหายใจ เช่นเดียวกับอาการทางระบบประสาทที่เป็นเครื่องบอกการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทและที่สำคัญสัญญาณชีพเป็นข้อมูลที่บอกถึงคุณภาพและปริมาณของหน้าที่สำคัญต่างๆภายในร่างกายโดยเฉพาะ ในผู้ป่วยที่หมดสติ การสังเกตและการประเมินค่าสัญญาณชีพจะช่วยเป็นตัวบ่งชี้ถึงการเปลี่ยนแปลงของสภาวะผู้ป่วย โดยที่สัญญาณชีพแต่ละค่า ได้แก่ การหายใจ ชีพจร ความดันโลหิตและอุณหภูมิจะมีความสัมพันธ์ต่อกันเสมอ อย่างไรก็ตามการยึดค่าสัญญาณชีพมากนักในการชี้บ่งการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทระยะแรก การเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนของสัญญาณชีพมักพบในระยะหลังของภาวะความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูงหรือของการบาดเจ็บที่สมอง พยาบาลซึ่งต้องประเมินสัญญาณชีพเป็นระยะอยู่แล้ว จึงไม่ควรรอให้เกิดการตอบสนองของคุชชิง (Cushing's Response) แล้วจึงจะเริ่มให้การพยาบาลเพื่อควบคุมภาวะความดันในโพรงกะโหลกศีรษะ เพราะหมายถึงการช้าเกินไปสำหรับการช่วยเหลือผู้ป่วย สิ่งที่ต้องประเมินการเกิด Cushing's Response ได้แก่

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

3.1. การหายใจไม่สม่ำเสมอ

3.2. การเต้นของหัวใจหรือชีพจร คือ ชีพจรเต้นช้า

3.3. ความดันโลหิตสูง

3.4. Pulse Pressure กว้าง

4. ประเมินความผิดปกติอื่นๆ ได้แก่

4.1. บาดเจ็บของกระดูกสันหลังส่วนคอ (Cervical Spine)

4.2. บาดแผลบริเวณศีรษะและหน้าผาก

4.3. มีเลือดหรือน้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลังซึมทางจมูก (Rhinorrhea) และ/หรือทางหู (Otorrhea)

4.4. อาการเวียนหรือมึนศีรษะ ปวดศีรษะ อาการอาเจียน

4.5. อาการชักเกร็ง หรือกระตุก

4.6 ความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็น

5. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ที่มารับการตรวจที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลควรได้รับการตรวจเลือดและปัสสาวะ เพื่อหาความผิดปกติที่เกิดจากการได้รับบาดเจ็บ และเพื่อป้องกันอันตรายที่เกิดแก่เซลล์สมองเพิ่มขึ้นดังต่อไปนี้

5.1 ปริมาณก๊าซในหลอดเลือดแดง (Arterial Blood Gases) ได้แก่ ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์และก๊าซออกซิเจนซึ่งมีความสำคัญต่อการทำหน้าที่ตามปกติของเซลล์สมองเนื่องจากภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่งและภาวะขาดออกซิเจนจะเป็นสาเหตุสำคัญของการทำให้เพิ่มความดันภายในกะโหลกศีรษะ

5.2 Hemoglobin และ Hematocrit เป็นการหาค่าตัวนำออกซิเจนว่าเพียงพอต่อการนำออกซิเจนไปเลี้ยงเซลล์สมองหรือไม่ เนื่องจากการบาดเจ็บอาจเกิดการเสียเลือด ทำให้ระดับฮีโมโกลบินลดลง

5.3 Electrolytes เป็นการหาระดับเกลือแร่ที่สำคัญของร่างกาย ในภาวะที่ร่างกายได้รับการบาดเจ็บ เช่น โซเดียม โพแทสเซียม คลอไรด์และแคลเซียม ซึ่งมีผลต่อการทำหน้าที่ตามปกติ ของเซลล์สมองและกล้ามเนื้อ

5.4 ยูเรียไนโตรเจนในเลือด (Blood Urea Nitrogen) เป็นค่าของระดับของเสียในร่างกายถ้ามีปริมาณสูงจะเป็นผลเสียต่อการทำงานของเซลล์สมอง ทำให้ระดับความรู้สึกตัวลดลง

5.5 Creatinine เป็นการตรวจหาระดับของเสียที่คั่งในร่างกายหลังได้รับการบาดเจ็บมักประเมินควบคู่กับ ยูเรียไนโตรเจน

5.6 ระดับกลูโคส (Glucose) เป็นการตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด เนื่องจากในรายที่มีระดับน้ำตาลต่ำจะทำให้เซลล์สมองขาดน้ำตาลไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ

5.7 หมู่เลือด (Blood Typing and Crossmatching) ในรายที่เสียเลือดมากหรือช็อค อาจต้องได้รับเลือดทดแทนจึงต้องหาหมู่เลือดและขอเลือดเตรียมพร้อมไว้

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

5.8 ตรวจปัสสาวะ (Urinalysis) เพื่อตรวจหาระดับเม็ดเลือด ไข่ขาว ความถ่วงจำเพาะ ความเป็นกรด ต่างในปัสสาวะเพื่อประเมินการติดเชื้อของผู้บาดเจ็บและการบาดเจ็บร่วมของระบบทางเดินปัสสาวะ

5.9 ค่าอื่นๆ เช่นระดับแอลกอฮอล์ในเลือด อาจตรวจในรายที่มีแอลกอฮอล์ เนื่องจากมีผลการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางและเป็นหลักฐานสำหรับผู้บาดเจ็บ

6. การตรวจทางรังสี ผู้บาดเจ็บบาดเจ็บสมองที่ได้รับการช่วยเหลือขั้นต้นในแผนกฉุกเฉินจนมีอาการคงที่ หรือได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจเรียบร้อยแล้ว แพทย์ก็มีแผนการรักษา ให้ส่งตรวจทางรังสีเพื่อตรวจวินิจฉัยตำแหน่งของการบาดเจ็บภายในโพรงกะโหลก ก่อนให้การรักษารักษาต่อไป (อะเคื่อ อุณหเลขกะ, 2556)

การรักษา

1. การรักษาแบบประคับประคอง ได้แก่ การให้สารน้ำ สารอาหาร การดูแลทางเดินหายใจ และการช่วยหายใจโดยใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อคงไว้ซึ่งการไหลเวียนและปริมาณออกซิเจนที่ไปเลี้ยงสมองอย่างเพียงพอ

2. การรักษาด้วยยา

2.1. Diuretic drug

2.1.1 20% Mannitol 0.25 - 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม หวังผลให้มีการดึงน้ำจากรอบๆ หลอดเลือดในสมองเข้ามา

2.2.2 Furosemide 0.5 - 1 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมประมาณ 30 นาที ทำให้มีการขับปัสสาวะเพิ่มขึ้น ผลของยาทั้งสองชนิดนี้ทำให้สมองยุบวมได้แต่ต้องระวังผลข้างเคียงเรื่อง Hypovolemia และ Electrolyte Imbalance โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Hypokalemia ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย

2.2. Steroid เป็นยาที่มักใช้ลดสมองบวม ยาในกลุ่มนี้ที่รู้จักกันดี คือ Dexamethasone, Prednisolone หรือ Methylprednisolone สำหรับยา Methylprednisolone เป็นยาที่ใช้ใน ผู้ป่วย Acute Spinal Cord Injury บางราย กลไกการออกฤทธิ์ของยาในกลุ่มนี้ คือ การซ่อมแซม Blood-Brain Barrier และยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ Phospholipase - A2

3. การรักษาโดยผ่าตัด เพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะสูง หลังจากได้รับการรักษาด้วยยา แล้วไม่ได้ผลหรือในรายที่ต้องทำผ่าตัด เช่น มีก้อนเลือด การผ่าตัดที่นิยมทำมีดังนี้

3.1. Burr hole เป็นการผ่าตัดโดย เจาะกะโหลกศีรษะด้วยสว่านชนิดพิเศษ เพื่อระบายเลือดหรือของเสียจากใต้เยื่อหุ้มสมองชั้น หรือเพื่อที่จะทำ Ventriculostomy, Craniotomy หรือ Craniectomy ต่อไป

3.2. Craniotomy เป็นการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อนำก้อนเลือดออกเสร็จแล้วเย็บปิดกะโหลกศีรษะและ ไขเหมือนเดิม

3.3. Craniectomy เป็นการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อนำก้อนเลือดออกเมื่อเสร็จแล้วเย็บปิดหนังศีรษะไว้ โดยตัดกะโหลกศีรษะบางส่วนออกไม่เย็บปิดกะโหลกศีรษะ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

3.4. Ventriculostomy เป็นการทำ Burr hole แล้วต่อท่อเข้าไปในโพรงสมอง ระบายน้ำไขสันหลังลงสู่ถุงรองรับน้ำไขสันหลังภายนอกร่างกาย

3.5. Shunting คือการผ่าตัดเปลี่ยนเส้นทางเดินของน้ำไขสันหลังจากโพรงสมอง ไปสู่เยื่อหุ้มสมอง หรือ ช่องเยื่อหุ้มหัวใจ

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองเฉียบพลัน

จุดมุ่งหมายการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองนี้ จะควบคู่ไปกับการประเมินสภาพทั่วไป และการประเมินอาการทางระบบประสาทที่ได้กล่าวอย่างละเอียดไว้แล้ว โดยยึดหลักการสำคัญ คือ การเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทและการป้องกันการบาดเจ็บที่สมองระยะที่ 2 หรือการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากการกระทบกระเทือนที่สมองอย่างรุนแรงจนอาจทำให้มีการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง เซลล์สมองขาดเลือด ขาดออกซิเจนมีผลให้เกิดภาวะสมองบวม ความดันภายในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้นหรือเกิดภาวะสมองเคลื่อน รวมทั้งการขยายใหญ่ของก้อนเลือดภายในกะโหลกศีรษะ อันจะเป็นสาเหตุทำให้เกิดการสูญเสียชีวิต การเสียหายที่ทางระบบประสาทหรือเกิดการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆของร่างกาย ส่งผลให้เกิดความพิการ ทุพพลภาพ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวลดลง

จุดมุ่งหมายในการวางแผนการพยาบาลมีดังต่อไปนี้

1. ประเมินอาการทางระบบประสาทร่วมกับระบบอื่นๆ ของร่างกาย เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับเปรียบเทียบอาการในระยะถัดไป และสำหรับเป็นแนวทางในการวินิจฉัยโรคของแพทย์
2. ดูแลและจัดทางเดินหายใจให้โล่ง ให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ป้องกันการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์
3. คงค่าเฉลี่ยความดันเลือดแดงให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือคงที่ เพื่อจะมีเลือดไปเลี้ยงสมองได้อย่างเพียงพอ
4. ดูแลสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรลัยทในร่างกายให้อยู่ในระดับขาดน้ำเล็กน้อย
5. ดูแลรักษาสมดุลกรดด่างของร่างกายให้เป็นปกติ
6. ช่วยให้ผู้ป่วยได้ลดความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ได้รับการพักผ่อนและได้ผ่อนคลาย
7. ดูแลรักษาสมดุลของภาวะโภชนาการของร่างกาย
8. ดูแลการขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะให้เป็นปกติ
9. ป้องกันการติดเชื้อของร่างกาย ตลอดจนรักษาอุณหภูมิร่างกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ
10. ป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระบบต่างๆเนื่องจากขาดความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย ได้แก่ ระบบหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบทางเดินอาหาร ระบบขับถ่ายปัสสาวะ ระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ และระบบท่อหุ้มร่างกาย
11. ประคับประคองจิตใจผู้ป่วย ญาติและบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองเฉียบพลันในระยะวิกฤต

การพยาบาลใน 24 – 48 ชั่วโมง หลังได้รับการบาดเจ็บผู้ป่วยในภาวะอันตราย ต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด และต่อเนื่องจนกว่าผู้ป่วยจะปลอดภัยและรู้สึกตัวดี และการรักษาด้วยการผ่าตัด มีข้อบ่งชี้คือ มีชั้นเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองหนามากกว่า 10 มิลลิเมตรและก้อนเลือดนั้นมีการกดเบียดร่องกลางของสมองให้เคลื่อนไปจากตรงกลาง (Midline Shift) มากกว่า 5 มิลลิเมตร นอกจากนี้ ถ้าผู้ป่วยมีระดับการรู้สึกตัวแย่ง Glasgow Coma Score ลดลงจากเดิมมากกว่า 2 คะแนน หรือ รุนานตาขยายโตมากก็ควรรีบตัดสินใจผ่าตัดในทันที แบ่งการดูแลเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองเฉียบพลันก่อนการผ่าตัด

การดูแลผู้ป่วยก่อนรับการผ่าตัดเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญ ในบทบาทของพยาบาล และ ทีมสุขภาพสามารถปฏิบัติได้ คือการซักประวัติการเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษา ประวัติการแพ้ยา การใช้ยา เพราะมีผลต่อการรักษาโดยการผ่าตัด เช่น ยาแอสไพริน ซึ่งจะ มีผลต่อการแข็งตัวของเลือด ประวัติการดื่มสุรา และสามารถจัดเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆ ดังนี้

1.1. การเตรียมทางด้านจิตใจ เพราะเมื่อผู้ป่วย และญาติรับรู้ว่าจะต้องรับการผ่าตัด มักจะเกิดความวิตกกังวล และกลัว ซึ่งความกลัวจะมีในลักษณะที่แตกต่างกันออกไป เช่น กลัวไม่ พ้นจากการผ่าตัด กลัวความพิการ กลัวผลที่เกิดหลังการผ่าตัดของญาติ เป็นต้น พยาบาลควรต้องสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงพยายามแก้ปัญหา เพื่อช่วยคลายความวิตกกังวล อาจทำได้โดยการพูดคุย ปลอบโยน หรือตอบข้อข้องใจต่างๆ

1.2. การเตรียมทางด้านร่างกายการทำความสะอาดบริเวณที่จะผ่าตัดเพื่อป้องกันการติดเชื้อขณะผ่าตัด ควรโกนผมก่อนผ่าตัดไม่เกิน 6 ชั่วโมง

1.3. การเตรียมความพร้อมในด้านอื่นๆ ก่อนการผ่าตัด เช่น การงดอาหารและน้ำ การเตรียมเลือด การเตรียมเอกสารในการรักษา การให้ยาก่อนไปห้องผ่าตัด มีการบันทึกสัญญาณชีพ และอาการทางระบบประสาทตามแบบประเมินของ Glasgow Coma Scale

1.4. การเตรียมสิ่งแวดล้อมเพื่อรับผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด จัดให้ผู้ป่วยอยู่ใน ห้องที่เงียบสงบ อากาศ ถ่ายเทดี ปราศจากเสียงรบกวน และเป็นห้องที่อยู่ใกล้ห้องทำงานของพยาบาล เตรียมเครื่องมือให้พร้อม เช่น เครื่องดูดเสมหะ ออกซิเจน ไม้กั้นเตียง เป็นต้น

2. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองเฉียบพลันหลังการผ่าตัด

การดูแลในระยะหลังการผ่าตัดสามารถให้การดูแลได้ ดังนี้

2.1. การดูแลทางเดินหายใจ ปัญหาที่พบ คือ การอุดตันของทางเดินหายใจ (Airway obstruction) หรือ การหายใจไม่เพียงพอ (Hypoventilation) บางครั้งอาจต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง และสามารถช่วยดูดเสมหะออกได้ (นิภาวรรณ สามารถกิจ , 2561)

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

2.2.1 การพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ

- 1.) ประเมินสภาพผู้ป่วย
- 2.) ตรวจสอบบันทึกข้อมูลของการตั้งเครื่องช่วยหายใจ
- 3.) ดูแลเครื่องช่วยหายใจให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ
- 4.) ดูแลท่อช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมและไม่ให้สายดึงรั้ง เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ
- 5.) Suction clear airway โดยใช้หลัก Aseptic Technique
- 6.) ดูแล Mouth care อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง
- 7.) ประเมินสภาพและป้องกันการติดเชื้อของทางเดินหายใจ
- 8.) สังเกตลักษณะสีและกลิ่นของเสมหะ
- 9.) ติดตามผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-ray) (ประภาดา คิดอ่าน , 2564)

2.2. ตรวจสอบประเมินอาการทางระบบประสาท การตรวจวัดสัญญาณชีพ เพื่อติดตามระดับความรู้สึกตัวโดยประเมินทุก 15-30 นาที นาน 2 ชั่วโมง จากนั้นทุก 1 ชั่วโมงใน 3 ชั่วโมง

2.3. การจัดท่านอนยกศีรษะสูง 30 องศา ในกรณีที่ไม่มีอาการบาดเจ็บของกระดูกสันหลังร่วมด้วย เพื่อลดการกดเบียดเนื้อสมองทำให้มีช่องว่างในสมอง ลดความดันในกะโหลกศีรษะ

2.4. ความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรลัยทใน 2-3 วันแรกของการผ่าตัดร่างกายอาจมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการผ่าตัด โดยการหลั่งฮอร์โมนวาโซเพรสซินมากกว่าปกติ มีผลให้ร่างกายเก็บโซเดียมและน้ำทำให้ปัสสาวะออกน้อยลงแม้จะให้สารน้ำทางหลอดเลือดเพิ่ม อาจเกิดภาวะน้ำเป็นพิษ (Water Intoxication) และสมองบวมได้ ถ้าพบค่าโซเดียมในเลือดอยู่ระดับ 130-150 mEq/L หรือต่ำกว่านี้

2.5. การตรวจสอบบาดแผลหลังการผ่าตัดและเฝ้าระวังเรื่องของการเกิดเลือดออกซ้ำ โดยการสังเกตผู้ป่วยบ่อยๆ

2.6. การดูแลท่อระบายต่างๆ ให้อยู่ในระบบปิด ป้องกันการเกิดการติดเชื้อ และลดการคั่งค้างของเลือดที่สมอง

2.7. การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น นอนนานอาจเกิดแผลกดทับได้ง่าย การพลัดตกหกล้ม ซึ่งเตียงควรจัดให้มีไม้กั้นทุกเตียง ช่วยการดูแลพลิกตะแคงตัวในกรณีที่อาการหนัก (นิภาวรรณ สามารถกิจ , 2561)

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 36 ปี มาโรงพยาบาลชลบุรี วันที่ 20 มิถุนายน พ.ศ. 2564 เวลา 04.05 น. ด้วยอาการ 13 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล สลบ เรียกไม่รู้สีกตัวพูดจาสับสน ที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน Glasgow Coma Score 8 (E2M5V1) รูม่านตาขนาด 4 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงดีทั้งสองข้าง กำลังแขนและขาทั้งสองข้างด้านแรงได้ปกติ (Motor Power grade 5) วัดค่าความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดขณะหายใจเอง 91เปอร์เซ็นต์ แพทย์จึงพิจารณาให้ใส่หน้ากากออกซิเจนแบบมีถุงลม อัตรา 10 ลิตรต่อนาที แพทย์ส่งตรวจ CT- Brain พบ Left Subdural Hematoma with Midline Shift แพทย์พิจารณาให้ผู้ป่วยเข้ารับรักษาตัวในหอผู้ป่วยสามัญชาย ชลบทศ 1

วันที่ 20 มิถุนายน พ.ศ. 2564 เวลา 05.20 น. ผู้ป่วยเกิดการชักทั้งตัวประมาณ 2 นาที แพทย์ให้ยา Valium 10 มิลลิกรัม ยา Dilantin 750 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำทันที และเฝ้าระวังไม่ให้เกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบหลังได้รับยากันชักที่มีความเสี่ยงสูง จากนั้นประเมินอาการซ้ำ Glasgow Coma Score 3 (E1M1V1) รูม่านตาขนาด 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงขาทั้งสองข้างกำลังแขนและขาทั้งสองข้างไม่มีการเคลื่อนไหว (Motor Power Grade 0) ไม่มีอาการไม่พึงประสงค์หลังได้รับยา ไม่มีหลอดเลือดดำอักเสบ แพทย์จึงพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ เบอร์ 7.5 ลึก 24 เซนติเมตร ดูแลให้ดื่มน้ำดอาหาร ให้สารน้ำ 0.9% NaCl 1000 ml อัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และ Set OR Craniotomy Emergency ส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดเวลา 13.00 น. แพทย์ผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อนำก้อนเลือดออกโดยไม่ใส่แผ่นกะโหลกศีรษะกลับคืน (Craniotomy with Clot Remove) เสียเลือดในห้องผ่าตัด 500 มิลลิลิตร ใช้เวลาผ่าตัด 2 ชั่วโมง 30 นาที หลังผ่าตัด Glasgow Coma Score 3 (E1M1V1) รูม่านตาขนาด 2 มิลลิเมตร ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสงทั้งสองข้าง กำลังกล้ามเนื้อแขนและขาทั้งสองข้างไม่มีการเคลื่อนไหว (Motor Power Grade 0) แผลที่ศีรษะไม่มีเลือดซึม ใส่สายระบาย Drain 1 เส้น ประเมินสารคัดหลั่งที่ระบายออกมีปริมาณปกติ มีสีแดงเข้ม ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูงโดยการจัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา ติดตามความเข้มข้นของเลือดและควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

วันที่ 21 มิถุนายน 2564 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวเพิ่มขึ้น ลืมตาเมื่อเรียก ทำตามคำสั่งได้ ยังใช้เครื่องช่วยหายใจอยู่ Glasgow Coma Score 10 (E3M6V1) รูม่านตาขนาด 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงดีทั้งสองข้าง กำลังแขนและขาทั้งสองข้างด้านแรงได้น้อยกว่าปกติ (Motor Power Grade 4) ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ Cefazolin 1 กรัมทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมงได้รับยากันชัก Dilantin 100 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง ยาลดกรด Losec 40 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำวันละ 1 ครั้ง ยาบรรเทาปวด Fentanyl 1000 ไมโครกรัมผสมใน 0.9% NaCl 100 มิลลิลิตร อัตรา 5 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยงดน้ำงดอาหาร ให้สารน้ำทดแทน 0.9 % NaCl 1000 มิลลิลิตร อัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษาของแพทย์ และเฝ้าประเมินหลังผู้ป่วยได้รับยา ไม่พบอาการไม่พึงประสงค์ หรือผลข้างเคียงหลังได้รับยา และเฝ้าระวังการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงหรือเลือดออกในสมองซ้ำ โดยประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง เมื่อคงที่ประเมินทุก 1 ชั่วโมง ซึ่งไม่พบอาการ หรือ สัญญาณชีพที่ผิดปกติ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

วันที่ 22 มิถุนายน 2564 ผู้ป่วยล้มตาเมื่อเรียก ทำตามคำสั่งได้ ยังใช้เครื่องช่วยหายใจอยู่ Glasgow Coma Score 10 (E3M6VT) รูม่านตาขนาด 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงดีทั้งสองข้าง กำลังแขนและขาทั้งสองข้างด้านแรงได้ปกติ (Motor Power Grade 5) จึงได้เริ่มให้อาหารทางสายยาง BD (1:1) 300 มิลลิลิตรวันละ 4 มื้อ หลังผู้ป่วยได้รับอาหารมื้อแรก ไม่มีท้องอืด ไม่มีแน่นท้องไม่มีถ่ายเหลว

วันที่ 23 มิถุนายน 2564 แพทย์เยี่ยมอาการ ผู้ป่วยล้มตาเองได้ ทำตามคำสั่งได้ ยังใช้เครื่องช่วยหายใจอยู่ Glasgow Coma Score 11 (E4M6VT) รูม่านตาขนาด 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงดีทั้งสองข้าง กำลังแขนและขาทั้งสองข้างด้านแรงได้ปกติ (Motor Power Grade 5) จึงพิจารณาหยาเครื่องช่วยหายใจ ประเมินความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดเท่ากับ 100 เปอร์เซ็นต์ วัด Rapid Shallow Breathing Index (RSBI) เท่ากับ 51.65 จึงพิจารณาเอาท่อช่วยหายใจออก หลังจากการถอดท่อช่วยหายใจแล้ว ผู้ป่วย Glasgow Coma Score 13 (E4M6V3) รูม่านตาขนาด 2 มิลลิเมตรมีปฏิกิริยาต่อแสงดีทั้งสองข้าง กำลังแขนและขาได้ปกติ (Motor Power Grade 5) จึงได้ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนแบบมีอุ้งลมอัตรา 10 ลิตรต่อนาที กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของกล้ามเนื้อ

วันที่ 24 มิถุนายน 2564 สังเกตอาการผู้ป่วยต่อผู้ป่วยมีอาการคงที่ ล้มตาเองได้ ปฏิบัติตามคำสั่งได้ สื่อสารได้เป็นคำๆ Glasgow Coma Score 13 (E4M6V3) รูม่านตาขนาด 2 มิลลิเมตรมีปฏิกิริยาต่อแสงดีทั้งสองข้าง กำลังแขนและขาได้ปกติ (Motor Power Grade 5) สามารถรับประทานอาหารเองได้ ไม่สำลัก จึงดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารอ่อน เปลี่ยนยาที่ให้ทางหลอดเลือดดำเป็นยารับประทาน และถอดสายสวนปัสสาวะ ผู้ป่วยสามารถปัสสาวะเองได้ สีเหลืองใส

วันที่ 25 มิถุนายน 2564 แพทย์เยี่ยมอาการ ผู้ป่วยล้มตาเองได้ ปฏิบัติตามคำสั่งได้ พูดคุยสื่อสารได้ปกติ Glasgow Coma Score 15 (E4M6V5) รูม่านตาขนาด 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงดีทั้งสองข้าง กำลังแขนและขาได้ปกติ (Motor Power Grade 5) แพทย์พิจารณาให้ย้ายผู้ป่วยไปตึกสามัญชลาทิศ 1

วันที่ 28 มิถุนายน 2564 ผู้ป่วยล้มตาเองได้ ปฏิบัติตามคำสั่งได้ พูดคุยสื่อสารได้ปกติ Glasgow Coma Score 15 (E4M6V5) รูม่านตาขนาด 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงดีทั้งสองข้าง กำลังแขนและขาได้ปกติ (Motor Power Grade 5) สามารถช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของตัวเองได้ รับประทานอาหาร, ปัสสาวะ, อุจจาระเองได้ แต่ยังขาดความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน พยาบาลจึงให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เช่น การรับประทานยา กินช็อกให้ตรงเวลาเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน การรักษาความสะอาดของร่างกาย การทำความสะอาดแผลทุกวัน ที่สถานบริการใกล้บ้าน การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ส่งเสริมการหายใจของแผล หลีกเลี่ยงอาหารหมักดอง งดดื่มสุรา งดสูบบุหรี่หรือสารเสพติดอื่นๆ เป็นต้น การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ เช่น แผลผ่าตัดซึมมาก แผลแยก มีกลิ่นเหม็น ผู้ป่วยปวดศีรษะมาก ไม่สามารถนอนหลับพักผ่อนได้ อาเจียนพุ่งหรืออาการผิดปกติอื่นๆ เป็นต้น สามารถมาพบแพทย์ก่อนวันนัดได้ เมื่อผู้ป่วยและญาติรับทราบข้อมูลที่ได้รับ เข้าใจและปฏิบัติตามได้ แพทย์จึงอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน รวมระยะเวลาที่รับไว้ดูแลทั้งหมด 5 วัน และระยะเวลาที่รับไว้ในโรงพยาบาลทั้งหมด 8 วัน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.2.1 ศึกษาสถิติและคัดเลือกเรื่องที่น่าสนใจจากกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมประสาท กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 1 ราย โดยเลือกเรื่องเกี่ยวกับผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองเฉียบพลัน

4.2.2 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการแพ้ยาและสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ

4.2.3 ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารทางวิชาการ

4.2.4 ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์

4.2.5 นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

4.2.6 ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน รวมทั้งวางแผนจำหน่าย สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล และให้ข้อมูล เสนอแนะแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย

4.2.7 เรียบเรียงผลงานและเขียนรายงาน จัดทำเป็นเอกสารผลงานทางวิชาการ

4.3 เป้าหมายของงาน

4.3.1 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองเฉียบพลัน

4.3.2 เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนทางกาย พร้อมทั้งให้การช่วยเหลือทางด้านจิตสังคม และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/ คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

จากสถิติการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองเฉียบพลัน หอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลชลบุรี ปี 2565 จำนวนทั้งหมด 83 ราย ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดทั้งหมด 75 ราย คิดเป็นร้อยละ 93.36 หลังผ่าตัดเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงหลังการผ่าตัด หรือ มีเลือดออกซ้ำภายใน 48 ชม ทั้งหมด 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 4 ผู้ป่วยที่เสียชีวิตหลังผ่าตัดภายใน 48 ชม ทั้งหมด 0 ราย คิดเป็นร้อยละ 0 กรณีศึกษาได้มาอยู่ในความดูแล ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 21 มิถุนายน 2564 ถึงวันที่ 25 มิถุนายน 2564 รวมระยะเวลาในการดูแล 5 วัน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/ คุณภาพ) (ต่อ)

เชิงคุณภาพ

ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองเฉียบพลัน หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 1 ราย ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงหลังการผ่าตัด, การติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ, การติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ, การเกิดแผลกดทับและการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ จากการได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง ที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคในขณะรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล จนกระทั่งแพทย์จำหน่ายกลับบ้านได้ โดยมีการวางแผนจำหน่าย ตั้งแต่แรกกับผู้ป่วย และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สามารถดูแลตนเองต่อที่บ้านได้ และมีความพึงพอใจในการดูแลรักษาพยาบาล

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ ผลกระทบ

ใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองระยะเฉียบพลัน (Acute Subdural Hematoma) ในหน่วยงาน

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษาพบว่าผู้ป่วยรายนี้ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองเฉียบพลัน เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง จากประวัติที่ได้รับกว่าที่เพื่อนบ้านจะพาไปพบเหตุและนำส่งโรงพยาบาล ใช้เวลาทั้งหมด 13 ชั่วโมง ซึ่งเป็นเวลาที่นานพอสมควร ที่อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการแย่ลงและรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น แพทย์จึงพิจารณาให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเพื่อนำก้อนเลือดในกะโหลกศีรษะออก ทั้งนี้กรณีศึกษาที่มีความจำเป็นที่ต้องใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงทางหลอดเลือดดำหลายตัว ทำให้อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนคือหลอดเลือดดำอักเสบได้ (Phlebitis) หากไม่ได้รับการเฝ้าระวังหรือแก้ไขจะส่งผลให้หลอดเลือดดำมีความเสียหาย ไม่มีการไหลเวียนของเลือดบริเวณหลอดเลือดดำที่มีการให้ยา ทำให้เกิดการตายของเซลล์บริเวณนั้น (Necrosis) ดังนั้นเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดหลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยาความเสี่ยงสูง จึงดำเนินการบริหารยาตามหลักปราศจากเชื้อ ตรวจสอบความเข้มข้นของยาและสารน้ำที่ใช้สำหรับทำละลาย บริหารยาในระยะเวลาที่เหมาะสม และประเมินหลอดเลือดดำบริเวณที่ได้รับยาทั้งก่อนและหลังการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงทุกครั้ง เปลี่ยนเส้นเลือดดำในการให้ยาทุก 3 วัน

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

เนื่องจากสถานการณ์การแพร่กระจายเชื้อ COVID-19 ทางโรงพยาบาลชลบุรีมีนโยบายในการดูแลผู้ป่วยเคร่งครัดขึ้น ก่อนเข้าทำหัตถการกับผู้ป่วยทุกครั้งต้องสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันให้ครบถ้วน แต่อุปกรณ์มีอย่างจำกัด จึงต้องใช้อย่างประหยัดและคุ้มค่าที่สุด ในการทำหัตถการแต่ละครั้งจึงต้องวางแผนให้รอบครอบดูแลผู้ป่วยให้ครบถ้วน และโรงพยาบาลมีนโยบายให้สอบถามอาการทางโทรศัพท์แทนการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ทำให้ญาติผู้ป่วยโทรศัพท์เข้ามาสอบถามอาการหลายครั้งต่อวัน ซึ่งรบกวนการทำงานของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานเป็นอย่างมาก ทางหน่วยงานจึงแก้ไขโดยการให้โทรสอบถามในช่วงเวลาที่กำหนด และให้ข้อมูลกับญาติสายตรงเท่านั้น และผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ การสื่อสารจึงเป็นไปด้วยความยากลำบาก ที่จะเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย แก้ไขโดยการให้ผู้ป่วยเขียนความต้องการของตนเองลงในกระดาษ แทนการสื่อสารด้วยคำพูด ขณะที่ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจอยู่

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

9. ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องพยาธิสรีรวิทยาของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองเฉียบพลัน อาการแสดงของผู้ป่วย แนวทางการรักษา ตลอดจนนวัตกรรมใหม่ๆ ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ปลอดภัยจากภาวะคุกคามของโรค

2. ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองเฉียบพลัน ส่วนมากเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต จำเป็นต้องให้สารน้ำและยาที่มีความเสี่ยงสูงทางหลอดเลือดดำเป็นเวลาหลายวัน จึงควรจัดทำแนวทางการดูแลและป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยาความเสี่ยงสูง ให้แก่พยาบาลและสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

10. การเผยแพร่ผลงาน

-

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาวคนิตตา ไชยชนะ สัดส่วนผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) คนิตตา ไชยชนะ: ผู้ขอประเมิน

(นางสาวคนิตตา ไชยชนะ)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ 19 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566

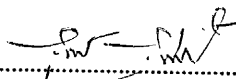
ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวคนิตตา ไชยชนะ	คนิตตา ไชยชนะ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางสาวสุมิตรา สุริยวงศ์)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)

วันที่ 19 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายแพทย์สุชาณ ปริญญา)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุน (นายแพทย์เชี่ยวชาญ)

วันที่ 19 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณี
ที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียว ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง แนวทางการป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยาความเสี่ยงสูง
2. หลักการและเหตุผล

การเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ (Phlebitis) พบได้บ่อยในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะ มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองเฉียบพลัน เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะวิกฤตของชีวิตมีความจำเป็นต้องให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและมีการบริหารยาความเสี่ยงสูง (High Alert Drug) ในระหว่างการรักษา และการผ่าตัดหรือหลังการผ่าตัด ซึ่งกลุ่มยานี้มีโอกาสสูงที่จะก่อให้เกิดอันตรายรุนแรงแก่ผู้ป่วย เสี่ยงต่อการเกิดความผิดพลาดในการบริหารยา ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น การเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ (Phlebitis) ผู้ป่วยเจ็บปวด ไม่สบาย การติดเชื้อที่กระแสโลหิต ทำให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายสูงขึ้น และอาจทำให้เกิดความไม่พึงพอใจในบริการที่ได้รับ

จากสถิติจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลชลบุรี ปี 2562 - 2564 มีผู้ป่วยที่ได้รับยาความเสี่ยงสูงทางหลอดเลือดดำ 416 , 391 , 307 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ 15 , 27 , 16 ราย คิดเป็น 6.24 , 8.61 , 4.91 ต่อ 1,000 วันให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตามลำดับ ผู้ป่วยที่นอนในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท ส่วนใหญ่มีเลือดออกในสมองเนื่องจากอุบัติเหตุจราจร อาการสำคัญที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย คือ อาการที่เกิดจากความดันในช่องกะโหลกศีรษะสูง ได้แก่ ปวดศีรษะ อาเจียน และตาบวม และอาการที่เกิดจากการสูญเสียหน้าที่เฉพาะส่วนของสมองที่ถูกทำลายหรือถูกกดเบียดโดยก้อนเลือด ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง บุคลิกเปลี่ยนแปลง ชัก อ่อนแรง ซึ่งได้รับยาความเสี่ยงสูงทางหลอดเลือดดำ เช่น Nicardipine , Phenytoin , Norepinephrine , Epinephrine , Potassium Chloride จากสถิติปี 2564 เกิดหลอดเลือดดำอักเสบ 8 , 3 , 2 , 1 , 1 ราย ตามลำดับ ภาวะแทรกซ้อนนี้ ทำให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายสูงขึ้น จึงเห็นความสำคัญในการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาความเสี่ยงสูงทางหลอดเลือดดำ เพื่อลดการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ บุคลากรทางพยาบาลมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยปลอดภัย ลดการเกิดอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์

3. บทวิเคราะห์/ แนวความคิด/ ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ผู้ป่วยที่ได้รับยาความเสี่ยงสูงทางหลอดเลือดดำ มีโอกาสเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ เนื่องจากยามีความเข้มข้นสูงและมีค่า pH แตกต่างจากค่าปกติมาก ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อผนังหลอดเลือด แต่การปฏิบัติยังขาดการบันทึกและเก็บข้อมูลการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ จากการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา พบว่าเจ้าหน้าที่ไม่ได้ตระหนักและไม่ได้ปฏิบัติในการเปลี่ยนตำแหน่งที่ติดสติกเกอร์สี มีการนับวันผิด และเมื่อครบกำหนด วันเปลี่ยนเจ้าหน้าที่ไม่ได้เปลี่ยนตำแหน่งการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลต้องมีความรู้และมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาความเสี่ยงสูงทางหลอดเลือดดำเพื่อลดการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ เพื่อเฝ้าระวัง ป้องกันและดูแลต่อเนื่อง

ในฐานะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมประสาทและได้ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา ความเสี่ยงสูงทางหลอดเลือดดำ ได้มีแนวคิดในการสร้าง “แนวทางการป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับ ยาความเสี่ยงสูง” โดยใช้แนวคิดหลัก Patient Safety Goal : SIMPLE ซึ่งเป็นแนวทางในการกำหนดความ ปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล

ความหมายของ SIMPLE จะประกอบไปด้วย

S คือ Safe Surgery หมายถึง การผ่าตัดปลอดภัย

I คือ Infection Prevent and Control หมายถึง การป้องกันการติดเชื้อ

M คือ Medication and Blood Safety หมายถึง ความปลอดภัยในการให้ยาและการให้เลือด

P คือ Patient Care Process หมายถึง ความปลอดภัยในกระบวนการดูแลผู้ป่วย

L คือ Line Tube Catheter and Laboratory หมายถึง ความปลอดภัยของอุปกรณ์และสายต่างๆที่ สอดใส่เข้าไปในร่างกายผู้ป่วย

E คือ Emergency Response หมายถึง การตอบสนองต่อภาวะวิกฤต

แนวทางการป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยาความเสี่ยงสูง จะเน้นการใช้หลัก

1. Infection Prevent and Control โดยการมี Hygiene Care คือ บุคลากรทำความสะอาดมืออย่าง ถูกต้องและเป็นนิสัยเมื่อทำการตรวจ หรือรักษาพยาบาลผู้ป่วย ซึ่งก่อนการทำหัตถการที่เข้าถึงตัวผู้ป่วยพยาบาล ต้องมีการทำความสะอาดมือก่อนเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ตัวผู้ป่วย และ Peripheral and Central Line-Associated Bloodstream Infection (CLABSI) Prevention คือ ป้องกันการติดเชื้อจากการใช้สายสวน หลอดเลือดดำ ก่อนมีการแทงเข็มบริเวณหลอดเลือดดำให้แก่ผู้ป่วยพยาบาลต้องประเมินหลอดเลือดก่อนมีการแทง เข็ม ควรเลือกหลอดเลือดดำที่มีขนาดใหญ่และตรง เลือกเข็มให้เหมาะกับขนาดของหลอดเลือดดำ เลือกตำแหน่งที่ แขนงเข็มโดยหลีกเลี่ยงบริเวณข้อพับและแขนขาข้างที่อ่อนแรง หรือมีกระดูกหัก ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่ แขนงเข็มด้วย 75% Alcohol มีการกำหนดวันครบเปลี่ยน มีการประเมินหลอดเลือดดำขณะคาเข็มไว้ เมื่อถึงเวลา ครบเปลี่ยนให้รีบเปลี่ยนทันที และเมื่อไม่มีความจำเป็นที่จะต้องคาเข็มไว้ให้รีบเอาออกทันที เพื่อป้องกันไม่ให้เกิด หลอดเลือดดำอักเสบ

2. Medication and Blood Safety โดยเน้นเรื่อง Safe from High Alert Drug คือ ลดความคลาด เคลื่อนของยาความเสี่ยงสูงที่จะก่อให้เกิดอันตรายรุนแรงหากถึงตัวผู้ป่วยและลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ ยาความเสี่ยงสูงโดยกำหนดมาตรฐานการเจือจางที่เหมือนกันทั้งโรงพยาบาลและมีความเข้มข้นสูงสุดสำหรับยาแต่ ละรายการ การเตรียมยาให้ได้ตามความเข้มข้นมาตรฐานที่โรงพยาบาลกำหนดและบริหารยาโดยเลือก Large Peripheral Vein หรือ Central Line โดยให้ผ่าน Infusion Pump และตรวจสอบเครื่อง Infusion Pump สม่า เสมอ อย่างน้อย ทุก 30 นาทีหรือทุกครั้งที่ปรับขนาดยา ห้ามหยุดให้ยาทันทีที่ต้องค่อยๆ ลดขนาดยา ลงมาตาม คำสั่งแพทย์ มีการติดตามหลังการให้ยา เพื่อป้องกันภาวะหลอดเลือดดำอักเสบจากยาความเสี่ยงสูง (สถาบันรับรอง คุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) , 2561)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาความเสี่ยงสูงทางหลอดเลือดดำ ในหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลชลบุรี
2. เพื่อลดการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากการได้รับยาความเสี่ยงสูงทางหลอดเลือดดำ

ระยะเวลาดำเนินการ 1 กันยายน 2564 ถึง 31 สิงหาคม 2565

กลุ่มเป้าหมาย

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท จำนวน 23 คน

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ขั้นเตรียมการ

- 1.1 รวบรวมข้อมูลสถิติผู้ป่วยที่เกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากการได้รับยาความเสี่ยงสูง ตั้งแต่เดือน กันยายน 2564 – ตุลาคม 2564
- 1.2 ศึกษาตำรา ค้นคว้า ทบทวน เอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาความเสี่ยงสูงทางหลอดเลือดดำ ตั้งแต่เดือน กันยายน 2564 – พฤศจิกายน 2564
- 1.3 จัดทำแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูงทางหลอดเลือดดำ เพื่อลดการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ ตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน 2564 – ธันวาคม 2564
- 1.4 สร้างแบบประเมินเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบและแบบติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยาความเสี่ยงสูง ตั้งแต่เดือน มกราคม 2565 – เมษายน 2565
- 1.5 กำหนดระยะเวลาในการทดลองใช้ แนวทางปฏิบัติ ขั้นตอนการดำเนินงาน การประเมินผล ตั้งแต่เดือน พฤษภาคม 2565 – สิงหาคม 2565

2. ขั้นดำเนินการ

- 2.1 เสนอแนวทางการป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยาความเสี่ยงสูงให้แก่หัวหน้า
- 2.2 ประชุมชี้แจงให้ผู้ร่วมงานทราบถึงขั้นตอนการดำเนินงานเพื่อให้ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน
- 2.3 นำแนวทางปฏิบัติไปทดลองใช้ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท โดยใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับยาความเสี่ยงสูง

3. ขั้นประเมินผล

- 3.1 ประเมินการทำงานของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท ตามแบบประเมินที่กำหนดไว้ว่าปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยาความเสี่ยงสูงหรือไม่
- 3.2 เก็บสถิติการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยาความเสี่ยงสูง หลังนำแนวทางการป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยาความเสี่ยงสูงไปใช้ เพื่อประเมินผลว่ามีอัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบลดลงหรือไม่ ได้ผลมากน้อยเพียงใด

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยาความเสี่ยงสูงตามที่แบบประเมินกำหนดไว้

4.2 มีแนวทางสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาความเสี่ยงสูงทางหลอดเลือดดำไปใช้ในแนวทางเดียวกัน เพื่อลดการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบและให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาก่อเกิดความปลอดภัยมากขึ้น

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1 พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท ปฏิบัติตามแนวการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาความเสี่ยงสูงทางหลอดเลือดดำ เพื่อลดการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ ร้อยละ 80

5.2 อัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ เท่ากับ 0

(ลงชื่อ) คนิตตา ไชยชนะ: ผู้ขอประเมิน

(นางสาวคนิตตา ไชยชนะ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ 19 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566.