

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับมีภาวะเลือดออก เหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care of patient acute epidural hemorrhage: Case study 2 case

เพชรินทร์ ภูมิภักดิ์

Petcharin Poomipuk

บทคัดย่อ

ความเป็นมา : การบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับการมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก เป็นภาวะฉุกเฉินที่เมื่อได้รับการวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว ผ่าตัดทันเวลา ได้รับการพยาบาลที่เหมาะสมมีประสิทธิภาพ จะสามารถทำให้ผู้ป่วยหายเป็นปกติ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก

วิธีการดำเนินงาน : การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม จากเดือนตุลาคม 2560 ถึงเดือนมกราคม 2561 จำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ญาติและการสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบ แบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษาระยะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาลในระยะวิกฤต ระยะการดูแลต่อเนื่อง และระยะการวางแผนจำหน่าย

ผลการศึกษา : เปรียบเทียบผู้ป่วยผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก 2 ราย

รายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทยวัย 15 ปี อาการสำคัญ ได้รับอุบัติเหตุเข่าชนรถจักรยานยนต์ชนรถบรรทุกอ้อย ปวดศีรษะ พุดสับสน ปวดขาและแขนซ้าย เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 5 ชั่วโมงได้รับการวินิจฉัย Acute epidural hematoma, Opened fracture left tibia และ Closed fracture left olecranon

รายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 47 ปี อาการสำคัญ ชี้นิ้วรถจักรยานยนต์ล้มเอง ปวดศีรษะ พุดสับสน เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมงได้รับการวินิจฉัย Acute epidural hematoma ,Hospital acquired pneumonia (HAP) และAlcoholic withdrawal syndrome

สรุป : การศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก จะมีอาการทรุดลงและแสดงอาการของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงอย่างชัดเจน ต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและรักษาด้วยการผ่าตัดด่วนเพื่อเอาก้อนเลือดออก พยาบาลต้องใช้ความรู้ความสามารถในการประเมิน รวมทั้งเฝ้าระวังอาการผิดปกติอย่างใกล้ชิดและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างรวดเร็วทันเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ : บาดเจ็บที่ศีรษะ ภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก



ABSTRACT

Background : Head injuries with acute epidural hemorrhage are the emergency symptoms that can be cured if patients have diagnosis, surgeries and nursing care on time. This entire process can help patients survives and prevent them from complication that might occur.

Objective : The purpose of study to nursing care of patients were head injuries with acute epidural hemorrhage.

Methods : This study was comparisons of two cases of patients with head injuries with acute epidural hemorrhage. Of two cases were admitted at Department of Semi- ICU Surgery, Maha Sarakham hospital during October 2017 to January 2018. The data collections were from medical records, interview there relative and patient observation. The data analysis were compared functional health pattern, clinical, sign and symptom, increased intracranial pressure treatment, problem and nursing diagnosis, nursing care of patients with critical period, continuing care and discharge planning.

Results: comparisons of two cases of patients with head injuries with acute epidural hemorrhage.

Cases one, female patient age 15 years and have accident by a motor-cycle hit a truck. The important symptoms 5 hours before came to hospital were headache, confused, pain at left side of leg and arm. The diagnosis of this patient was the acute epidural hematoma, Opened fracture left tibia and closed fracture left olecranon.

Case two, male patient age 47 years and have accident by a motor-cycle. The important symptoms 2 hours before came to hospital were headache and confused. The diagnosis of this patient was the acute epidural hematoma, hospital acquired pneumonia (HAP) and alcoholic withdrawal syndrome

Conclusion : This study revealed that patients with head injuries with acute epidural hemorrhage were have increased intracranial pressure. All of them need to used of endotracheal tube and have emergency surgeries to remove blood clotted. The nurses need to have the knowledge to evaluated patients and observation about abnormal symptoms and can help them on time and to prevent the complication of patient.

Keywords : head injuries, epidural hemorrhage

บทนำ

การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ที่ส่งผลต่อบุคคล ครอบครัวและสังคม สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุทางจราจร รายงานสถานการณ์โลกด้านความปลอดภัยทางถนนพ.ศ. 2558 การเสียชีวิตจากการจราจรทางถนนมีจำนวนค่อนข้างคงที่มาตั้งแต่ปี 2550 โดยในปี 2556 มีผู้เสียชีวิต 1.25 ล้านคน¹สำหรับประเทศไทยปี 2559 พบ อัตราตายของอุบัติเหตุ

จากการคมนาคมขนส่งทางบก 23.8 คน ต่อประชากร 100,000 คนพบเป็นอันดับ 5 รองจากโรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอักเสบ และโรคหัวใจขาดเลือดตามลำดับ อุบัติเหตุทางถนนมีความสูญเสียและพิการมากที่สุด ในผู้ป่วยเพศชาย² เนื่องจากโดยมากการขับขี่จักรยานยนต์โดยไม่สวมหมวกนิรภัย ซึ่งการเกิดอุบัติเหตุมีความรุนแรงถึงชีวิตหรือพิการ ผู้ป่วยอยู่ในสภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นไปตลอดชีวิต³ การบาดเจ็บที่รุนแรงมักทำให้เกิดภาวะเลือด

ออกในกะโหลกศีรษะ อาการและอาการแสดงขึ้นอยู่กับตำแหน่งและปริมาณเลือดที่ออก ภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอกหรือภาวะเลือดออกที่ผิวสมอง (Epidural hematoma หรือ Extradural hematoma หรือ Epidural hemorrhage หรือ Extra dural hemorrhage) เป็นอีกภาวะหนึ่งที่เกิดจากการฉีกขาดของหลอดเลือดบริเวณเยื่อหุ้มสมองหรือหลอดเลือดระหว่างกะโหลกศีรษะและเยื่อหุ้มสมองชั้นดราส่งผลให้เนื้อสมองมีการถูกกดเบียดจึงทำให้เกิดอาการผิดปกติเช่น ปวดศีรษะอาเจียน ชัก อัมพาตครึ่งซีก พูดไม่ชัดแขนขาเคลื่อนไหวผิดปกติ หรือหมดสติได้ การได้รับการรักษาที่ประสาทศัลยแพทย์อย่างทันท่วงที ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดมากขึ้น และลดระดับความพิการ⁴ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยต้องได้รับการจัดการใน ICU อย่างมีประสิทธิภาพ⁵ พยาบาล จะต้องมีความเชี่ยวชาญในการใช้กระบวนการพยาบาล ประเมินวิเคราะห์ปัญหา รวมถึงสามารถทำนายแนวโน้มความรุนแรงที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ตามสมรรถนะของพยาบาลเฉพาะทางระบบประสาทศัลยศาสตร์⁶

โรงพยาบาลมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 580 เตียงสถิติผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะปี 2558, 2559 และ 2560 เป็น 2,133, 2,366 และ 2,319 ราย ตามลำดับ ยังพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ GCS $\geq$ 9 เสียชีวิตปี 2558, 2559 และ 2560 เสียชีวิต 3 ราย, 3 รายและ 2 ราย⁷ ตามลำดับโดยร้อยละ 12.5 (1 ราย) มีสาเหตุจากการประเมินและดูแลรักษาล่าช้า ซึ่งอาจเกิดความเสี่ยงหรือเรื่องร้องเรียนตามมา โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีเลือดออกนอกชั้นดรา (Epidural hematoma) ถ้าวินิจฉัยได้เร็วและผ่าตัดทัน จะช่วยให้หายเป็นปกติได้ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถพูด

คุยและให้ประวัติตัวเองได้ในระยะแรก แต่อาจเสียชีวิตได้ถ้ารักษาไม่ทัน บางครั้งจึงเรียกผู้ป่วยกลุ่มนี้ว่า “ talk and die” ซึ่งเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องมากที่สุดเนื่องจากญาติรับไม่ได้เพราะขณะที่มาถึงโรงพยาบาลผู้ป่วยยังปกติดี⁸ ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก และนำกระบวนการพยาบาลที่ได้มาตรฐานมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก : กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการดำเนินงาน

เป็นการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม ระหว่างเดือนตุลาคม 2560 ถึงเดือนมกราคม 2561จำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ญาติและการสังเกตการวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบ แบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษาภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาลในระยะวิกฤต ระยะการดูแลต่อเนื่อง และระยะการวางแผนจำหน่าย ข้อมูลผู้ป่วย



ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
เพศ	หญิง	ชาย
อายุ	15 ปี	47 ปี
ศาสนา	พุทธ	พุทธ
ระดับการศึกษา	มัธยมปีที่3	มัธยมปีที่3
สถานภาพสมรส	โสด	คู่
อาชีพ	นักเรียน	รับจ้าง
สิทธิการรักษา	ประกัน พรบ./บัตรประกันสุขภาพ	ประกัน พรบ./บัตรประกันสังคม
ภูมิลำเนา	อ.เชียงยืน จ.มหาสารคาม	อ.เชียงยืน จ.มหาสารคาม
ผู้ดูแล	บิดาและมารดา	ภรรยา/พี่สาว
วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	8 พฤศจิกายน 2560	20 มกราคม 2561
วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	15 พฤศจิกายน 2560	27 มกราคม 2561
การวินิจฉัยโรค	1. Acute epidural hematoma left frontal region 2. Opened fracture distal sharft left tibia 3. Closed fracture left olecranon	1. Acute epidural hematoma left parieto-temporal region 2. Hospital acquired pneumonia (HAP) 3. Alcoholic withdrawal syndrome
การผ่าตัด	1. Lt. frontal craniotomy with clot removal วันที่ 9 พฤศจิกายน 2560 2. Debridement with external fixation left tibia ,ORIF with TBW left olecranon วันที่ 11 พฤศจิกายน 2560	1. Lt. parieto-temporal craniectomy with clot removal with drain วันที่ 21 มกราคม 2561

ตาราง 2 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	ข้อศอกหักซ้ายขณะยืนรถบรรทุกอ้อยปวดศีรษะ ปวดส้นสัน ปวดบริเวณขาและแขนซ้าย เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 5 ชั่วโมง	หลังดื่มสุราขับขีรถจักรยานยนต์ล้มเอง ปวดศีรษะ ปวดส้นสัน เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	5 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล (เวลาประมาณ 18.00น. วันที่ 8 พฤศจิกายน 2560) ข้อศอกหักซ้ายขณะยืนรถบรรทุกอ้อย สลบ จำเหตุการณ์ไม่ได้ ปวดศีรษะ ส้นสัน กระสับกระส่าย มีแผลที่ขาซ้าย ปวดบริเวณขาและแขนซ้าย ญาติพาไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลเชียงใหม่ทำ Splint แขนและขาข้างซ้าย ให้ 0.9% NSS 1000 ml. IV drip 80 ml./hr และส่งตัวเข้ารับการรักษาคือที่โรงพยาบาลมหาสารคาม	2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล(เวลาประมาณ 19.30 น. วันที่ 20 มกราคม 2561) ขับขีรถจักรยานยนต์ล้มเอง สลบ จำเหตุการณ์ไม่ได้ ปวดศีรษะ ปวดส้นสัน เข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลเชียงใหม่ ให้ 0.9% NSS 1000 ml. IV drip 80 ml./hr และส่งตัวเข้ารับการรักษาคือที่โรงพยาบาลมหาสารคาม
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต/ในครอบครัว	ปฏิเสธการเจ็บป่วยในอดีต/ในครอบครัว	ปฏิเสธการเจ็บป่วยในอดีต/ในครอบครัว
โรคประจำตัว	ปฏิเสธโรคประจำตัว	ปฏิเสธโรคประจำตัว
ประวัติการแพ้ยา	ปฏิเสธประวัติการแพ้ยา	ปฏิเสธประวัติการแพ้ยา
อาการแรกเริ่ม	Admitted เวลา 23.20 น. รู้สึกตัวสับสน สัญญาณทางระบบประสาทแรกเริ่ม ที่ward E3V4M5 Pupil 3 mm. reaction to light both eyes อุณหภูมิ 37.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 112 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 113/90 มิลลิเมตรปรอท ผล CT พบ Acute. Epidural hematoma left frontal region, Midline shift to the right 0.6 cm ,subfalcine brain herniation. ผลเอกซเรย์ส่วนรยางค์พบ Opened fracture distal shaft left tibia and close fracture left olecranon	Admitted เวลา 22.30 น. ผู้ป่วย ง่วงซึม ปลุกตื่น พูดคุยไม่รู้เรื่อง ได้กลิ่นสุราจากลมหายใจ สัญญาณทางระบบประสาทแรกเริ่ม ที่ward E2V2M5 Pupil Rt. 4 mm. reaction to light ,Lt.7 mm sluggish reaction to light อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส ชีพจร 50ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20ครั้ง/นาที ความดัน โลหิต 147/84มิลลิเมตรปรอท มีภาวะ Hypokalemia K=3.4 m mol/L ผล CT พบAcute epidural hematoma left parieto-temporal region, subdural hematoma ,Midline shift to the right 9 cm,Subfalcine and uncus herniation.



ตาราง 3 ข้อมูลแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	ผู้ป่วยมีการรับรู้และเข้าใจภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของตนเอง การเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อการเรียนรู้ ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล	ผู้ป่วยมีอาการสับสน การรับรู้สภาวะการเจ็บป่วยไม่ครบถ้วน การเจ็บป่วยมีผลต่อรายได้ของครอบครัวเนื่องจากผู้ป่วยมีอาชีพรับจ้าง แต่มีพี่สาวให้การช่วยเหลือในเบื้องต้น
2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	ผู้ป่วยไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่ รับประทานอาหารเป็นเวลา วันละ 3 มื้อ ที่โรงพยาบาล แพทย์ให้ดื่มน้ำและอาหาร ให้ 0.9% NSS 1000 ml. IV drip 80 ml./hr หลังผ่าตัดอาการดีขึ้นผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารธรรมดาได้ตามปกติ	ผู้ป่วยดื่มเหล้าทุกวันๆละ 2-3 แก้ว สูบบุหรี่ประมาณวันละ 10 มวนรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ที่โรงพยาบาลแพทย์ให้ดื่มน้ำและอาหาร ให้ 0.9% NSS 1000 ml. IV drip 80 ml./hr หลังผ่าตัดได้ 2 วันได้รับ BD 1:1 300 ml x 4 feed และส่งปรึกษานักกิจกรรมบำบัด ประเมินการกลืนและฝึกกลืน
3. การขับถ่าย	ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระปกติ วันละ 1 ครั้ง และปัสสาวะได้ปกติ วันละ 4-5 ครั้ง เมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ หลังผ่าตัด 2 วันสามารถถอดสายสวนปัสสาวะได้และผู้ป่วยสามารถปัสสาวะได้เอง	ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระปกติ วันละ 1 ครั้ง และปัสสาวะได้ปกติ วันละ 5-6 ครั้ง เมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ หลังผ่าตัด 3 วันสามารถถอดสายสวนปัสสาวะได้และผู้ป่วยสามารถปัสสาวะได้เอง
4. กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย	ทำกิจกรรมประจำวันต่างๆด้วยตนเอง ชอบขับรถจักรยานยนต์เกี่ยวกับเพื่อน วัยรุ่นไม่ชอบสวมหมวกนิรภัย เมื่ออยู่โรงพยาบาลได้รับการผ่าตัด Craniotomy, External fixation Lt.tibia และ ORIF with TBW Lt. olecranon การทำกิจกรรมต่างๆลดลง ต้องให้เจ้าหน้าที่หรือญาติผู้ดูแลช่วยในบางกิจกรรม	ทำกิจกรรมประจำวันต่าง ๆ ด้วยตนเอง ชอบสังสรรค์และดื่มสุรากับเพื่อนหลังเลิกงานและขับรถจักรยานยนต์หลังดื่มสุรา โดยไม่สวมหมวกนิรภัย เมื่ออยู่โรงพยาบาลได้รับการผ่าตัด Craniectomy ต่อมาผู้ป่วยมีภาวะ Alcohol withdrawal กระสับกระส่าย สื่อสารไม่ได้ตามปกติ มีญาติช่วยในบางกิจกรรม
5. การพักผ่อนนอนหลับ	นอนหลับประมาณ 8-10 ชั่วโมงต่อวัน ไม่มีปัญหาในการนอน เมื่อมารับการรักษา ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในโรคที่เป็นกลัวไม่หาย กลัวการผ่าตัด ทำให้การพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ	นอนหลับประมาณ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน ไม่มีปัญหาในการนอน ที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการ Alcohol withdrawal กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ ได้รับยา Lorazepam(2mg.) 1 เม็ดวันละ 1 ครั้งก่อนนอนทำให้ผู้ป่วยหลับพักผ่อนได้มากขึ้น

ตาราง 3 ข้อมูลแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (ต่อ)

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
6. สถิติปัญหา และการรับรู้	ผู้ป่วยกำลังเรียนชั้นมัธยมปีที่ 3 อ่านออกเขียนได้ตามปกติ หลังเกิดอุบัติเหตุผู้ป่วยจำเหตุการณ์ ไม่ได้ สับสน สัญญาณทางระบบประสาทแรกเริ่ม E3V4M5 หลังได้รับ การรักษาและผ่าตัด สัญญาณทางระบบประสาทก่อนจำหน่าย E4V5M6	ผู้ป่วยเรียนจบชั้นมัธยมปีที่ 3 อ่านออกเขียนได้ตามปกติ หลังเกิดอุบัติเหตุผู้ป่วยจำเหตุการณ์ ไม่ได้ ง่วงซึม แต่ปลุกตื่น สัญญาณทางระบบประสาท แรกเริ่ม E2V2M5 หลังได้รับการรักษาและผ่าตัดผู้ป่วยมีสัญญาณทางระบบประสาทก่อนจำหน่าย E4V3M6
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	ผู้ป่วยคิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้เกิดจากความประมาท หลังผ่าตัดใส่ External fixation ผู้ป่วย รู้สึกกังวลกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป แต่ยอมรับการเจ็บป่วยของตนเองได้	ไม่สามารถประเมินการรับรู้ตนเองของผู้ป่วยได้เนื่องจากยังสื่อสารไม่รู้เรื่อง
8. บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว	ผู้ป่วยยังเรียนหนังสืออยู่ชั้นมัธยม 3 อาศัยอยู่กับบิดาและมารดาซึ่งมีอาชีพทำนา เข้ารับการรักษาโดยใช้สิทธิประกัน พรบ.	เป็นหัวหน้าครอบครัวอาศัยอยู่กับภรรยา ไม่มีบุตร มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ขณะรักษาตัวทำให้ขาดรายได้ แต่มีพี่สาวซึ่งมีอาชีพค้าขายคอยช่วยเหลือ รักษาโดยใช้สิทธิประกัน พรบ.
9. เพศและการเจริญพันธุ์	ผู้ป่วยเริ่มมีประจำเดือนเมื่ออายุ 12 ปี ประจำเดือนมาตามปกติเดือนละ 1 ครั้ง พฤติกรรมทางเพศเหมาะสม	พฤติกรรมที่แสดงออกเหมาะสมกับเพศของตนเอง ความสัมพันธ์กับภรรยาเป็นไปด้วยดี
10. การปรับตัว และการเผชิญความเครียด	ปกติเมื่อมีเรื่องเครียดจะเล่าและระบายให้เพื่อนฟังการเจ็บป่วยครั้งนี้สามารถปรับตัวได้และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลดี	การเจ็บป่วยครั้งนี้ผู้ป่วยมีภาวะ Alcohol withdrawal ร่วมด้วย รวมทั้งมีอาการสับสน บางครั้งอะละเวียด้วยภาวะโรค
11. ความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อเรื่องสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เข้าวัดบ้างตามโอกาส	เชื่อในศาสนาพุทธและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เข้าวัดบ้าง ตามโอกาส



ผลการศึกษา

เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 ราย

ตาราง 4 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
1. แบบแผนสุขภาพ	หญิงไทย 15 ปี ไม่ดื่มเหล้า ชอบขับซิ่งรถจักรยานยนต์ เที่ยวกับเพื่อน อุบัติเหตุ ครั้งนี้ผู้ป่วยไม่ได้ สวมหมวกนิรภัย	ชายไทย อายุ 47 ปี ชอบดื่มสุราและสังสรรค์ กับเพื่อน ดื่มสุรา ทุกวัน ๆ ละ 2-3 แก้ว อุบัติเหตุครั้งนี้ ไม่ได้สวมหมวกนิรภัย	สาเหตุการบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วยทั้งสองราย เกิดจากการไม่สวมหมวกนิรภัย เหตุผลการไม่ สวมหมวกนิรภัยของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย คือ เดิน ทางในระยะใกล้ ๆ สอดคล้องกับการสำรวจ พฤติกรรมของผู้ขับขี่และผู้โดยสารรถจักรยานยนต์ โดยมูลนิธิไทยโรดส์และเครือข่ายเฝ้าระวังฯ ⁸ พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ของการไม่สวมหมวกนิรภัย ของผู้ใช้รถจักรยานยนต์ ทั้งผู้ขับขี่และผู้โดยสาร ใน 3 อันดับแรก คือ เดินทางระยะใกล้ ไม่ได้ขับขี่ ออกถนนใหญ่ และเร่งรีบ ตามลำดับ นอกจากนี้ ผู้ป่วยรายที่ 2 ยังมีการดื่มสุราร่วมด้วย การดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เพิ่มความเสี่ยงใน การเกิดอุบัติเหตุต่างๆ โดยเฉพาะอุบัติเหตุจาก การขับซิ่งรถยนต์ซึ่งพบได้บ่อยทำให้เกิดการ กระทบกระเทือนบริเวณศีรษะ และเลือดออก ในสมอง ⁹
2. พยาธิสภาพของ อาการและอาการแสดง	ที่ ER เวลา 21.00 น. E3V4M6 ที่ ward เวลา 00.10 น. ซีมลง E2V3M5 Pupil 3 mm. reaction to light both eyes CT พบ Acute Epidural hematoma left frontal region, Midline shift to the right 0.6 cm , subfalcine brain herniation,	ที่ ER เวลา 21.45 น. E4V4M6 ที่ ward เวลา 22.30 น. E2V2M5 Pupil Rt. 4 mm. reaction to light, Lt. 7 mm sluggish reaction to light P= 50 ครั้ง/min R= 20 ครั้ง/min BP=147/84 mmHg CT พบ Acute epidural hematoma left parieto-temporal region, subdural hematoma ,Midline ลดลง 3 คมแนน	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นว่ามี การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย (Mild head injury) ผลเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ผู้ป่วยรายที่ 1 มี Epidural hematoma ร่วมกับ Subfalcine herniation ซึ่งสาเหตุการเคลื่อนของสมองชนิด นี้เกิดจากมีพยาธิสภาพที่ซีกใดซีกหนึ่งของสมอง กลีบหน้า (Frontal lobe) สมองเคลื่อนชนิดนี้มี ความสำคัญทางคลินิกน้อยเนื่องจากในระยะแรก ไม่มีอาการแต่จะทรบได้จากการตรวจด้วย เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมองหรือคลื่นแม่เหล็ก ไฟฟ้า ¹⁰ อาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลก ศีรษะสูงในผู้ป่วยรายที่ 1 ใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง (GCS จาก 13 คะแนน เหลือ 10 คะแนน ลดลง 3 คมแนน) ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ผลเอ็กซเรย์

ตาราง 4 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
		shift to the right 9 cm, Subfacine and uncal herniation.	คอมพิวเตอร์ มี Epidural hematoma ร่วมกับ Subfacine and uncal herniation. และมี Midline shift 9 cms มากกว่ารายที่ 1 คือ 0.6 cm ผู้ป่วยรายที่ 2 จึงแสดงอาการของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในเวลาที่ยาวนาน ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง (GCS จาก 13 คะแนน เหลือ 9 คะแนน ลดลง 4 คะแนน) ขนาดก้อนเลือดที่โตขึ้นจะเบียดสมองบริเวณขมับและเบียดลงมากดแกนสมอง ซึ่งผู้ป่วยที่มีเลือดออกนอกชั้นดิวรา (Epidural hematoma) ถ้าวินิจฉัยได้เร็วและผ่าตัดทันจะช่วยให้หายเป็นปกติ ¹⁰
3. การรักษาภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง	- ผ่าตัด craniotomy with clot removal - Dilantin 100 mg + NSS 100 ml. IV drip ทุก 8 ชม. - Transmine 250 mg IV ทุก 8 ชม. X 3 วัน - Vit K 30mg IV OD X 3 วัน IV ทุก 8 ชม. X 3 วัน - Ranitidine 50 mg IV ทุก 8 ชม - Fentanyl 25 mg. IV prn. ทุก 4 ชม.	- ผ่าตัด craniectomy with clot removal with drainage - Dilantin 100 mg + NSS 100 ml. IV drip ทุก 8 ชม. X 3 วัน - Transmine 250 mg ทุก 8 ชม. X 3 วัน - Vit K 30mg IV OD X 3 วัน IV ทุก 8 ชม. X 3 วัน - Ranitidine 50 mg IV ทุก 8 ชม. - Fentanyl 50 mg. IV prn. ทุก 4 ชม.	- การผ่าตัด ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการรักษาภาวะความดัน ในกะโหลกศีรษะสูงโดยวิธีการผ่าตัดเอาก้อน เลือดออก ซึ่งวิธีการผ่าตัดจะแตกต่างกัน ผู้ป่วยรายที่ 1 ผ่าตัดเปิดกะโหลกเพื่อเอาก้อนเลือดออกและเย็บปิดกะโหลกเนื่องจากไม่พบการบวมของสมอง ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ผ่าตัดเอาก้อนบางส่วนของกะโหลกศีรษะออก เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะสมองบวมเพื่อให้สมองได้มีการขยายพื้นที่ออกนอกกะโหลกและลดแรงกดเบียดในสมอง ปริมาณการเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 2 รายมีความแตกต่างกัน รายที่ 1 เสียเลือด ประมาณ 300 ml. รายที่ 2 เสียเลือด 600 ml. ซึ่งผู้ป่วยรายที่ 2 มีพฤติกรรมในการดื่มสุราเป็นประจำ ผู้ป่วยที่ดื่มแอลกอฮอล์เรื้อรัง มักจะพบภาวะความผิดปกติของตับ ทำให้เกิดตับแข็ง ซึ่งจะมีผลทำให้เกิดภาวะแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (Coagulopathy) เป็นปัจจัยให้เกิดเลือดออกในสมองมากขึ้น⁹ - การให้ยา ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย การรักษาตามแนวทางการให้ยาที่จำเป็นต่างๆในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ปกติได้แก่ยาป้องกันการชัก ยาลดกรดในกระเพาะอาหาร นอกจากนั้นยังมียาป้องกันเลือดออกเพิ่ม การแข็งตัวของเลือด ยาระงับปวดหลังผ่าตัด และระงับอาการปวด



ตาราง 4 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
4. ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	1. เกิดการเปลี่ยนแปลงแรงดันกำซาบของเนื้อเยื่อสมอง 2. เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน 3. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล 4. เสี่ยงต่อภาวะความดันภายในโพรงกะโหลก 5. เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากมีแผลผ่าตัด 6. ไม่สุขสบาย เนื่องจากปวดแผลผ่าตัด 7. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด External fixation left tibia 8. พร่องกิจวัตรประจำวันเนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหว 9.เตรียมความพร้อมจำหน่ายตามหลัก M-E-T-H-O-D	1. เกิดการเปลี่ยนแปลงแรงดันกำซาบของเนื้อเยื่อสมอง 2. เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน 3. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล 4. เสี่ยงต่อภาวะความดันภายในโพรงกะโหลกศีรษะสูงหลังผ่าตัด 5. เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากมีแผลผ่าตัด 6. ไม่สุขสบาย เนื่องจากปวดแผลผ่าตัด 7. เฝาระวังภาวะแทรกซ้อนจาก Hypokalemia 8. เฝาระวังภาวะ Hypovolemic shock จากการสูญเสียเลือด 9. เฝาระวังภาวะแทรกซ้อนจากปอดติดเชื้อ 10. เฝาระวังการเกิดอุบัติเหตุจากภาวะ Alcohol withdrawal 11.เตรียมความพร้อมจำหน่ายตามหลัก M-E-T-H-O-D	จากข้อวินิจฉัยการพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยรายที่ 1 และรายที่ 2 มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกันจำนวน 7 ข้อ (ข้อ 1 - ข้อ 6 และข้อสุดท้าย) และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่แตกต่างกันดังนี้ ผู้ป่วยรายที่ 1 มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่แตกต่างจำนวน 2 ข้อ (ข้อ 7 - ข้อ 8) ซึ่งปัญหาที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยรายที่ 1 อาจเกิดจากลักษณะการชนที่เป็นแบบชนปะทะกับรถบรรทุกอ้อย ทำให้มีปัญหาการบาดเจ็บระบบอื่น ๆ ตามมา ผู้ป่วยรายที่ 2 มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่แตกต่างจำนวน 4 ข้อ (ข้อ 7 - ข้อ 10) เป็นจักษุยานยนต์ล้มชนวัตถุที่อยู่นิ่ง ทำให้ร่างกายได้รับอันตรายเฉพาะส่วนศีรษะ แต่ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เพิ่มขึ้นมา เกิดจากพฤติกรรมปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง เช่น ดื่มสุราเป็นประจำและเป็นเวลานานหลายปี ภาวะแข็งตัวของเลือดผิดปกติทำให้มีเลือดออกเพิ่มขึ้น และเสี่ยงต่อการเกิด Hypovolemic shock นอกจากนั้นผู้ป่วยที่มีประวัติดื่มสุราเป็นประจำ เมื่อหยุดดื่มอาจทำให้เกิดอาการขาดแอลกอฮอล์ (Alcohol withdrawal)⁹ ได้

ตาราง 4 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
5. การปฏิบัติการพยาบาล			
5.1 .ระยะวิกฤต	- ประเมิน อาการทางระบบประสาทและสัญญาณชีพทุก 1/2 - 1 ชั่วโมง จนกว่าจะคงที่ - จัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศา - ช่วยใส่ท่อและใช้เครื่องช่วยหายใจ - เช็ดตัวและให้ยา ลดไข้ - ให้ 0.9%NSS IV - บันทึกสารน้ำเข้าออก ทุก 8 ชั่วโมง - ลดปัจจัยที่ทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น - ให้ยาตามแผนการรักษา - คี้อยาป้องกันการชัก - ยาป้องกันการเลือดออก - ยาเพิ่มการแข็งตัวของเลือด - การเตรียมผ่าตัด และรับผู้ป่วยหลัง ผ่าตัด Craniotomy - การดูแลด้านจิตใจของครอบครัว	- ประเมินอาการทางระบบประสาทและสัญญาณชีพทุก 1/2-1 ชั่วโมง จนกว่าจะคงที่ - จัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศาไม่ทับข้างที่ผ่าตัดเอากะโหลกศีรษะออก - ช่วยใส่ท่อและใช้เครื่องช่วยหายใจ - ให้ 0.9 % NSS+kcl IV drip - บันทึกสารน้ำเข้าออกทุก 8 ชั่วโมง - ลดปัจจัยที่ทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น - ให้ยาตามแผนการรักษา - คี้อยาป้องกันการชัก - ยาป้องกันการเลือดออก - ยาเพิ่มการแข็งตัวของเลือด - การเตรียมผ่าตัด และรับผู้ป่วยหลัง ผ่าตัด Craniectomy - การให้เลือดและสังเกตภาวะช็อกจากการเสียเลือด เอากะโหลก ศีรษะออก - การดูแลด้านจิตใจของครอบครัว	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการพยาบาลในระยะวิกฤตอย่างครอบคลุม เป้าหมายคือลดความดันในกะโหลกศีรษะ ให้ผู้ป่วยได้รับเลือดไปเลี้ยงสมองอย่างเพียงพอ ลดภาวะแทรกซ้อนจากสมองเคลื่อน ดังนั้นพยาบาลต้องสามารถประเมินภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงได้ตั้งแต่เริ่มแรก ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างถูกต้อง จะเป็นการช่วยชีวิตผู้ป่วยหรือป้องกันความพิการที่จะเกิดขึ้นได้ นอกจากนั้นการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยและญาติเป็นเรื่องที่สำคัญเช่นเดียวกันโดยการให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องและให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วม - ผู้ป่วยรายที่ 1 มีไข้สูงหลังผ่าตัด 1 วัน ซึ่งอาจเป็นไข้จาก Open fracture ได้ เช็ดตัวลดไข้ ให้ ATB คือ Cefazolin 2 gms IV ทุก 8 hrs อุณหภูมิร่างกายเป็นปกติหลังจากทำผ่าตัด Debridement with External fixation และ ORIF ได้ 1 วัน - ผู้ป่วยรายที่ 2 K=3.4 m mol/L หลังให้ 0.9%NSS+kcl ค่า K กลับมาเป็นปกติ การผ่าตัด Craniectomy เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น เลือดออกเพิ่มขึ้น สมองบริเวณนั้นถูกกด และซ้ำเนื่องจากไม่มีกะโหลกห่อหุ้มหลอดเลือดที่หนังศีรษะ และติดเชื้อ ¹¹ จึงต้องจัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศาไม่ทับข้างที่ผ่าตัด ภาวะช็อกจากการเสียเลือด เอากะโหลก ศีรษะออก
2. ระยะดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟู	- ให้ยาลดกรดในกระเพาะอาหาร (Ranidine) และ ยาระงับปวด (Fentanyl) ตามแผนการรักษา	- ให้ยาลดกรดในกระเพาะอาหาร (Ranidine) และ ยาระงับปวด (Fentanyl) ตามแผนการรักษา	เมื่อผู้ป่วยพ้นจากระยะวิกฤตแล้ว พยาบาลผู้ดูแลจะต้องใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยให้ต่อเนื่องและฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยให้ครอบคลุมปัญหา และทัน เวลา เพื่อป้องกัน



ตาราง 4 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	- การเตรียมผ่าตัด และ รับผู้ป่วยหลังผ่าตัด External fixation left tibia และ ORIF left olecranon	- การให้ยา ATB Fortum 2 gm IV ทุก 8 ชม. และ Azithromycin 500 mg IV วันละ 1 ครั้ง รักษาปอด อักเสบ - ให้ยารักษาอาการ Alcohol withdrawal คือ Lorazepam (2 mg.) และ Vitamin B - ผูกมัดผู้ป่วยพร้อมให้ ข้อมูลผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ป่วย ปลอดภัยของผู้ป่วย	ภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น - ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับยาลดกรดในกระเพาะ อาหารและยาบรรเทาอาการปวดที่เหมือนกัน - ผู้ป่วยรายที่ 1 มีปัญหาการบาดเจ็บของระบบ กระดูกร่วมด้วย การพยาบาลก่อนและหลัง ผ่าตัดกระดูกจึงเป็นความสำคัญในลำดับต่อมา - ผู้ป่วยรายที่ 2 เกิดปอดอักเสบจาก การสำลัก เนื่องจากมีความบกพร่องของการกลืน พบได้ ในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพในตำแหน่งก้านสมอง ในบริเวณ medulla และบริเวณ pons ซึ่ง ควบคุมกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืน ถ้าบริเวณ ดังกล่าวถูกกดหรือถูกทำลายจากเส้นเลือดใน สมองแตก จะทำให้เกิดการกลืนผิดปกติหรือ กลืนเนื้อที่ใช้ในการกลืนอ่อนแรงลงส่งผลให้ เกิดความลำบากในการกลืนและการสำลัก ¹² - อาการ Alcohol withdrawal ในผู้ป่วย รายที่ 2 จากพฤติกรรมสุขภาพที่ดื่มสุราเป็น ประจำเมื่อหยุดดื่มทันทีทำให้เกิดอาการขาด แอลกอฮอล์ เนื่องจากผู้ป่วยทั้ง 2 ราย สามารถจำหน่ายออก จากโรงพยาบาลได้ให้กลับมาพบแพทย์ตามนัด ซึ่งผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีปัญหาที่ต้องดูแลต่อ แตกต่างกัน - ผู้ป่วยรายที่ 1 กลับบ้านด้วยสัญญาณชีพและ สัญญาณทางระบบประสาทปกติ E4V5M6 พบ ปัญหาผู้ป่วยยังไม่ ambulation ได้เตรียมความ พร้อมผู้ป่วยและญาติโดยส่งปรึกษานักกายภาพบำบัดมาฝึกเดิน NWB left leg with wheel chair. และทำ Range of motion ฝึก 1 ครั้ง ผู้ป่วยก็สามารถทำได้ด้วยตนเอง อาจ เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในช่วงวัยรุ่น ร่างกายแข็งแรง และไม่มีโรคประจำตัวก่อนเจ็บป่วย
3. ระยะวางแผน จำหน่าย	- ส่งปรึกษานักกายภาพ บำบัดฝึก ambulation NWB left leg with wheel chair - สอนญาติช่วยผู้ป่วย ในการฝึกเดิน - สอนและให้คำแนะนำ ตามหลัก METHOD นัดตรวจที่คลินิก ศัลยกรรมระบบประสาท 1 สัปดาห์ และนัดที่ คลินิกศัลยกรรม กระดูก 2 สัปดาห์	- ส่งปรึกษานักกิจกรรม บำบัดฝึกกลืน - ให้อาหารอ่อนหรือ โจ๊กปั่นเพื่อป้องกันการ สำลัก - ให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ดูแล ในการเฝ้าระวังและ ประเมินอาการผิดปกติ - สอนและให้คำแนะนำ ตามหลัก METHOD นัดตรวจที่คลินิก ศัลยกรรมระบบประสาท 2 สัปดาห์	

ตาราง 4 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
			- ผู้ป่วยรายที่ 2 กลับบ้านด้วยสัญญาณชีพปกติ แต่สัญญาณทางระบบประสาท E4V3M6 พูดได้เป็นค่าแต่ไม่ได้ใจความ จากพยาธิสภาพของสมองที่ถูกกดมากกว่ารายที่ 1 ทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องเรื่องการกลืนและการสำลักได้ส่งปรึกษานักกิจกรรมบำบัดฝึกกลืน วันแรกประเมิน Swallowing test ผ่าน และกลืนได้ดี ไม่สำลัก ได้ให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ดูแลในการเฝ้าระวังและประเมินอาการผิดปกติ 6 อาการที่เสี่ยงต่อการสำลักได้แก่ เสียงแหบ พุดไม่ชัด การขย้อนผิดปกติ การไอผิดปกติ ไอหลังกลืน และเสียงเปลี่ยนหลังกลืนสำคัญ ¹³ ถ้ามีอาการผิดปกติดังกล่าวให้มาพบแพทย์

ผลลัพธ์

ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการดูแลครอบคลุมตามมาตรฐานการพยาบาล ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง สมองไม่มีภาวะขาดออกซิเจน ญาติและผู้ป่วยรับฟังคำแนะนำและให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาเป็นอย่างดี ผู้ป่วยรายที่ 1 พบว่ามีปัญหาของกระดูกหักร้าวร่วมด้วย ทำให้ได้รับการผ่าตัด 2 ครั้ง ผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะแทรกซ้อนจากปอดติดเชื้อ แต่หลังจากให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดและการให้ยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุม ทำให้อาการดีขึ้นตามลำดับ มีอาการสับสน เอะอะโวยวายจาก Alcohol withdrawal จึงมีการผูกมัดในบางครั้งจากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยได้รับการดูแลครบถ้วน มีการประเมินจากสหสาขาวิชาชีพในการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน เพื่อให้กลับไปดำรงชีวิตอย่างปกติสุข โดยผู้ป่วยรายที่ 1 สามารถใช้ไม้ค้ำยันและ Wheel chair ได้ถูกต้อง ผู้ป่วยรายที่ 2 สามารถกลืนอาหารได้เอง จากการดูแลที่ได้มาตรฐานและครอบคลุม ทำให้ผู้ป่วยทั้ง 2 รายปลอดภัยสามารถจำหน่ายกลับไปดำรงชีวิตอยู่ที่บ้านได้ ไม่พิการ โดยผู้ป่วยรายที่ 1

จำหน่ายด้วย GCS = 15 คะแนน ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 จำหน่ายด้วย GCS = 13 คะแนน ใช้เวลารักษาตัวในโรงพยาบาล 7 วัน ทั้ง 2 ราย แพทย์นัดติดตามอาการต่อ 1-2 สัปดาห์

อภิปรายผล

กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุจราจร ผลการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองพบว่า มี Acute Epidural hematoma ร่วมกับมี Midline shift และ Brain herniation ผู้ป่วยรายที่ 1 มี Midline shift 0.6 cm และมี subfalcine herniation แต่ผู้ป่วยรายที่ 2 มี Midline shift 9 cm. และมี Subfalcine and uncal herniation ทำให้มีพยาธิสภาพร้ายแรงกว่ารายที่ 1 และ GCS drop ลงเร็วกว่า การมีเลือดออกในสมองร่วมกับมีภาวะสมองเคลื่อน จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงและทรุดลงเร็วมากต้องใส่ท่อช่วยหายใจและได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดด่วนเพื่อเอาก้อนเลือดออกทั้งแพทย์และพยาบาลต้องใช้ทักษะความรู้ความสามารถในการประเมินและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างรวดเร็วรวมทั้งเฝ้าระวัง



อาการผิดปกติอย่างใกล้ชิดจนผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤตของโรคได้ การเฝ้าระวังและการป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลที่ต้องมีการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการติดตามการเปลี่ยนแปลงอาการแสดงทางระบบประสาทโดยใช้ Glasgow Coma Scale (GCS) ร่วมกับการประเมินขนาดและปฏิกิริยาต่อแสงของรูม่านตากล้างของแขนขาและสัญญาณชีพ นำมาวางแผนการดูแลโดยเฉพาะในช่วงก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ภาวะวิกฤตต้อง early detection ได้ทันเวลา ตัดสินใจรายงานแพทย์รวมทั้งให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องโดยนำความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของการบาดเจ็บที่ศีรษะและแบบแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย มาประกอบการวางแผนการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือพิการตามมาอาจส่งผลให้ญาติผู้ป่วยมีการร้องเรียนได้⁸

การจัดการทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพทั้งด้านระบบการดูแลที่ดี บุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ และอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่เพียงพอ เป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 รายพบว่า แกร็บ ผู้ป่วย Admitted ที่หอผู้ป่วยสามัญและหลังผ่าตัดย้ายเข้าหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรม เป็นหน่วยงานที่มีพยาบาลผ่านการอบรมเฉพาะประสาทศัลยศาสตร์ถึง 5 คน (ร้อยละ 50) ซึ่งพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยมีความเชี่ยวชาญในการใช้กระบวนการพยาบาล ประเมิน วิเคราะห์ปัญหา รวมถึงสามารถทำนายแนวโน้มความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ตามสมรรถนะของพยาบาลเฉพาะทางระบบประสาทศัลยศาสตร์⁶ ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และสามารถกลับไปดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ควรเข้ารับการอบรมฟื้นฟูความรู้การพยาบาลระบบประสาทศัลยศาสตร์ให้ครอบคลุมในหอผู้ป่วยสามัญ
2. ควรมีการจัดหาเครื่องมือที่จำเป็นให้เพียงพอครอบคลุมหอผู้ป่วยสามัญ

3. ควรมีการรณรงค์ เพื่อเป็นการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องการป้องกันอุบัติเหตุกับประชาชนอย่างทั่วถึง และมีการติดตามการใช้กฎหมายจราจรอย่างต่อเนื่องและเข้มงวด

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Report on Global Status Report on Road Safety. Geneva: WHO ; 2015.
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ. 2560. ม.ป.ท.: 2560
3. ไสว นรสาร. บาดเจ็บศีรษะ. ใน ไสว นรสารและพินญา ไสโหม (บรรณาธิการ). การพยาบาล ผู้บาดเจ็บ. นนทบุรี: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด: 101-132; 2559.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะสำหรับบุคลากรทางการแพทย์. ขอนแก่น: เพ็ญพริตติ้ง จำกัด, 2556.
5. อรทัย ขาดกิตติคุณวงศ์. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤต. ใน รัชณี เบญจฉนัง และคณะ (บรรณาธิการ). การพยาบาลศัลยศาสตร์วิกฤต. กรุงเทพฯ: พี.เอ.เอส. จำกัด: 38-61; 2558.
6. จารุยา ขปารังสี. สมรรถนะพยาบาลทางระบบประสาทศัลยศาสตร์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2559.
7. โรงพยาบาลมหาสารคาม. สรุปรายงานตัวชี้วัดกลุ่มงานศัลยกรรม ; 2560.
8. มูลนิธิไทยโรดส์ และเครือข่ายเฝ้าระวังและสะท้อนสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนน. การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ขับขี่รถยนต์ส่วนบุคคล; 2553.
9. วิฑูรย์ จันทรโรทัย. แอลกอฮอล์กับระบบประสาท. ในกลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลชลบุรี. อายุรศาสตร์ 2555 : ชุนกรภาพิก: 66-71 ; 2555



10. ไสว นรสาร. ความดันในกะโหลกศีรษะสูง. ใน ไสว นรสารและพริญา ไสไหม (บรรณาธิการ). การพยาบาลผู้ป่วยเจ็บ. นนทบุรี: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด, 2559: 133-135.
11. Blissitt PA. Controversies in management of adult with severe traumatic brain injury. AACN Adv Crit Care 2012 ; 23:186-203.
12. Spieker M. Evaluating dysphagia. Am Acad Fam Physicians 2000;61:3639-48.
13. นุชสรุ เพชรบุตร. Swallowing Screeningt: Nursing Intervention for Prevent Aspirated Pneumonia . ใน สุภาพ จันทรสมบูรณ์ (บรรณาธิการ). Clinical Nursing Trigger in Surgical Patient. พีเอลิฟวิ่ง จำกัด, 2555: 57-68.
14. Hicky JV. The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.