การประเมินกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ในผู้ที่มีสมองบาดเจ็บระดับไม่รุนแรง

Assessment of post-concussion syndrome in person with mild traumatic brain injury

สุพรรณิการ์ ปิยะรักษ์

Supannika Piyarak

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

Adult Nursing, Boromarajonani College of Nursing Chiang Mai

บทคัดย่อ

ผู้ที่มีสมองบาดเจ็บระดับไม่รุนแรงเป็นผู้ป่วยกลุ่มใหญ่ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล แต่ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักไม่มีอาการรุนแรงและอาการที่เกิดขึ้นมักฟื้นหายได้เองในช่วงระยะเวลานานนับสัปดาห์หรือเป็นเดือนหลังการบาดเจ็บ แต่มีบางรายที่อาการไม่ฟื้นหายและพัฒนาต่อไปเป็นกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ทำให้ต้องกลับเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ ปัจจุบัน มีแบบประเมิน 2 ชนิดที่นิยมใช้ประเมินกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ได้แก่ 1) The Rivermead Post-Concussion Symptom Questionnaire (RPQ) ครอบคลุม 16 อาการ เพื่อประเมินความรุนแรงของกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ระยะเวลาในการประเมินคือทันทีหลังการบาดเจ็บ สองสัปดาห์ หนึ่งเดือน สามเดือน หกเดือน และหนึ่งปีหลังการบาดเจ็บ และ 2) The Rivermead Head Injury Follow Up Questionnaire (RHFUQ) เพื่อประเมินประสบการณ์การทำหน้าที่และสังคมของผู้ป่วยภายหลังสมองบาดเจ็บและเปรียบเทียบอาการของผู้ป่วยก่อนและหลังการบาดเจ็บ ซึ่งควรประเมินทันทีหลังการบาดเจ็บ สามเดือนและหกเดือนหลังการบาดเจ็บเนื่องจากกลุ่มอาการดังกล่าวเกิดขึ้นได้ในระยะยาว หากพยาบาลและทีมสุขภาพสามารถประเมินอาการผิดปกติและให้การดูแลรักษาโดยเร็วจะส่งผลให้ผู้ป่วยกลับไปทำงานได้เร็วขึ้น มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นและลดภาระค่าใช้จ่าย

คำสำคัญ: กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน, สมองบาดเจ็บระดับไม่รุนแรง, การประเมิน

Abstract

The patients with mild traumatic brain injury (mTBI) are the vast majority of patients admitted in hospital. They usually have no severe symptoms and can be recovered over weeks or months after injury. Some unrecovered

Corresponding author E-mail: supannigar@bcnc.ac.th

วันที่รับบทความ: 18 มกราคม 2564 วันที่แก้ไขบทความ; 15 กันยายน 2564 วันที่ตอบรับบทความ: 4 กันยายน 2564

patients with mTBI develop post-concussion symptoms and have to readmit in hospital. Currently, there are two instruments widely used for assessing the patients with mTBI. 1) The Rivermead Post-Concussion Symptom Questionnaire (RPQ) which is used to assess the severity of post-concussive symptoms including 16 signs and symptoms at two weeks, one month, three months, six months and one year. 2) The Rivermead Head Injury Follow Up Questionnaire (RHFUQ) which is used to assess the experience of mTBI patients who have functional and social outcomes following traumatic brain injury as well as to compare pre and post injury symptoms. They should be assessed immediately, at three and six months after injury due to a prolonged occurrence of post-concussive symptoms. If nurses and other health care professionals can evaluate the symptoms and provide treatment immediately, it will result in patients returning to work, having a good quality of life, and reducing the cost of treatment.

Keywords: Post-Concussion Syndrome, Mild Traumatic Brain Injury, Assessment

ความนำ

การบาดเจ็บที่ศีรษะ (head injury) เป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุข เนื่องจากเป็นสาเหตุของการตายและความพิการ การบาดเจ็บศีรษะมีสาเหตุจากอุบัติเหตุทางถนนในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 45 ปี การตกจากที่สูง และการถูกทำร้ายร่างกาย (Nardin, 2020) ใน พ.ศ. 2561-2562 พบว่า ศีรษะเป็นอวัยวะที่บาดเจ็บบ่อยที่สุดภายหลังการเกิดอุบัติเหตุ ในผู้ป่วยที่เกิดอุบัติเหตุจำนวน 172,006 ราย มีผู้ที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะและลำคอ จำนวน 58,283 คน (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2563) ความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะแบ่งได้ 3 ระดับ คือ ระดับรุนแรง ระดับปานกลาง และระดับไม่รุนแรงซึ่งมีอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 80 ของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ (Faul, 2010) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักเกิดภาวะกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน (post-concussion syndrome) เช่น อาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ เห็นภาพซ้อน นอนไม่หลับ และอาการสั่น (Hickey, 2014) ตามมาภายหลังการบาดเจ็บ กลุ่มอาการนี้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะการทำหน้าที่ที่ลดลงของผู้บาดเจ็บศีรษะทั้งด้านร่างกายและด้านจิตสังคม การทำงาน การจัดการงานบ้าน การนอนหลับ และการพักผ่อน (อินทิรา ทาเอื้อ, เกศรินทร์ อุทริยประสิทธิ์, ปรางทิพย์ ฉายพุทธ, และบรรพต สิทธินามสุวรรณ, 2553) แม้ว่าผู้บาดเจ็บศีรษะระดับไม่รุนแรงส่วนมากมีระดับความรู้สึกตัวค่อนข้างดี แต่มักมีอาการผิดปกติตามมาภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนซึ่งส่งผลต่อการทำงานและการดำเนินชีวิต บทความนี้มุ่งนำเสนอ แนวคิดของภาวะสมองบาดเจ็บ กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน และการประเมินกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน เพื่อนำไปใช้ในการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับไม่รุนแรง และใช้เป็นข้อมูลเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว

แนวคิดของภาวะสมองบาดเจ็บ

การบาดเจ็บที่ศีรษะ หรือ สมองบาดเจ็บ (head injury or traumatic brain injury) หมายถึง การบาดเจ็บที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมองหรือเกิดพยาธิสภาพในสมองอันเนื่องจากมีแรงภายนอกสมองมา

กระทบ (นครชัย เผื่อนปฐม, และธีรเดช ศรีกิจวิไลกุล, 2562) ส่วนมากการประเมินผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาทมักใช้แบบประเมิน Glasgow coma score (GCS) เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของผู้ป่วยและแบบประเมินดังกล่าวยังใช้เป็นเกณฑ์ในการแบ่งผู้ป่วยสมองบาดเจ็บอีกด้วย ดังนี้

ผู้ป่วยสมองบาดเจ็บระดับไม่รุนแรง มี GCS 13 -15 คะแนน ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มนี้ ผู้ป่วยมักตื่นรู้ตัวอาจมีอาการสับสนในบางรายแต่ยังสามารถสื่อสารและทำตามคำสั่งได้

ผู้ป่วยสมองบาดเจ็บระดับปานกลาง มี GCS 9-12 คะแนน ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีอาการง่วงซึมแต่ยังสามารถลืมตาได้เมื่อถูกกระตุ้นจากความเจ็บปวด และมักมีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการเปลี่ยนแปลงได้มากจึงต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด

ผู้ป่วยสมองบาดเจ็บระดับรุนแรง มี GCS 3-8 คะแนน ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักอยู่ในขั้นวิกฤต ไม่เคลื่อนไหวตามคำสั่ง มักเกิดความเสียหายของโครงสร้างทางสมองและสมองสูญเสียหน้าที่ และมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดการบาดเจ็บต่อสมองระดับทุติยภูมิ (secondary brain injury) (Katz, Cohen, & Alexander, 2015)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization[WHO]) ได้ให้คำอธิบายของผู้ป่วยสมองบาดเจ็บระดับไม่รุนแรงว่าคือ ผู้ป่วยที่ประเมิน GCS ได้ 13-15 คะแนน หลังการบาดเจ็บ 30 นาที ผู้ป่วยไม่หมดสติหรือหมดสติหลังได้รับบาดเจ็บเป็นระยะเวลาน้อยกว่า 30 นาที และผู้ป่วยสามารถจำเหตุการณ์ในช่วงก่อนเกิดอุบัติเหตุได้หรือสูญเสียความจำน้อยกว่า 24 ชั่วโมง (นครชัย เผื่อนปฐม, และธีรเดช ศรีกิจวิไลกุล, 2562; Katz et al., 2015; Zollman, 2016)

ผู้ป่วยสมองบาดเจ็บระดับไม่รุนแรงเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่พบมากที่สุดภายหลังการเกิดอุบัติเหตุและพบว่าเป็นกลุ่มผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน (Chakroun-Walha et al., 2017) โดยพยาธิสภาพของผู้ป่วยในกลุ่มนี้พบว่าเมื่อเกิดอุบัติเหตุหรือมีแรงปะทะบริเวณศีรษะอย่างรวดเร็วจะส่งผลทำให้สมองสูญเสียหน้าที่และการทำงานอย่างเฉียบพลัน ทำให้ผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงหรืออาจจำเหตุการณ์ก่อนเกิดอุบัติเหตุไม่ได้ (Katz et al., 2015) แม้ความรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับผู้ป่วยระดับปานกลางและรุนแรง แต่จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีผลกระทบในด้านอื่น ๆ ที่เพิ่มสูงขึ้น เช่น ผลกระทบทางร่างกาย การรับรู้ เป็นต้น โดยเฉพาะการเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นอาจเกิดยาวนานเป็นช่วงสัปดาห์ เป็นเดือน หรือเป็นปี (Katz et al., 2015; Daneshvar et al., 2011)

กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน

Marshall, Bayley, McCullagh, Velikonja และ Berrigan (2012) ได้แจกแจงกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ไว้ดังนี้

1. อาการที่เกิดจากความผิดปกติทางด้านร่างกาย ได้แก่ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ ไวต่อเสียง เหนื่อยเพลีย เดินเซ อาเจียน ไวต่อแสง ปวดต้นคอ มองเห็นภาพซ้อน มองเห็นภาพไม่ชัด หรืออาเจียน มองเห็นภาพซ้อน รู้สึกไวต่อเสียง สู้แสงไม่ได้ และมองเห็นภาพไม่ชัด

2. อาการด้านการรับรู้ความเข้าใจ (cognition) ได้แก่ มึนงง คิดช้า สับสน หลงลืมง่าย และสมาธิสั้นลง

3. อาการด้านพฤติกรรม ได้แก่ ซึมเศร้า วิตกกังวล กระวนกระวาย/กระสับกระส่าย และโกรธง่ายหรือหงุดหงิดง่าย

นอกจากนี้อาจแบ่งอาการจากกลุ่มอาการนี้ตามระยะเวลาการเกิดได้ดังนี้ (Katz et al., 2015)

1. กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นในช่วงแรกหลังการบาดเจ็บ อาการเหล่านี้คงอยู่นานเป็นวันหรือสัปดาห์และอาการจะขึ้นอยู่กับความรุนแรงของสมองที่ได้รับบาดเจ็บ ได้แก่

อาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ สูญเสียการทรงตัว อ่อนเพลีย มีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ และการรับรู้ความเข้าใจบกพร่อง (impaired cognition)

2. กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นในช่วงท้ายหลังการบาดเจ็บ กลุ่มอาการในช่วงนี้มักพัฒนามาจากอาการที่เกิดขึ้นในช่วงแรกซึ่งอาจจะคงอยู่นานเป็นเดือนหรือเป็นปี เป็นอาการที่เกิดขึ้นได้ทั้งจากความผิดปกติของร่างกาย อารมณ์ และการรับรู้ความเข้าใจ โดยความผิดปกติที่เกิดขึ้นมีอิทธิพลอย่างมากจากปัจจัยด้านจิตสังคม โดยไม่เฉพาะเจาะจงกับการบาดเจ็บ

กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนนี้เกิดขึ้นได้ทั้งในระยะสั้น และอาการอาจคงอยู่นานในช่วงสองสัปดาห์ สามเดือน หกเดือนหรือแม้กระทั่งหนึ่งปีหลังการบาดเจ็บ โดยในระยะยาวจะพบว่าการเกิดอาการมีผลต่อความล่าช้าในการกลับเข้าทำงาน มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และส่งผลให้เกิดค่าใช้จ่ายทางสังคมและเศรษฐกิจตามมา (Daneshvar et al., 2011)

การประเมินกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน

ผู้ป่วยสมองบาดเจ็บระดับไม่รุนแรงเป็นผู้ป่วยกลุ่มใหญ่ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล แต่ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักไม่มีอาการที่รุนแรงและอาการที่เกิดขึ้นมักฟื้นหายได้เองในช่วงระยะเวลานานเป็นสัปดาห์หรือไม่กี่เดือนหลังบาดเจ็บ แต่พบสัดส่วนสำคัญในผู้ป่วยบางรายที่อาการดังกล่าวไม่ฟื้นหายและพัฒนาต่อไปเป็นกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน (Plass et al., 2019) ดังนั้นการประเมินกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนจึงมีความสำคัญมากในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อเป็นการคัดกรองและวางแผนในการให้การพยาบาลต่อไป จากการทบทวนวรรณกรรมฐานข้อมูล CINAHL และ ScienceDirect ในช่วงพ.ศ. 2562- 2563 กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น ได้แก่ Post-concussion syndrome, Mild head injury, Assessment tool, Assessment, Evaluation, และ Measurement พบแบบประเมินที่ใช้ประเมินอาการด้านต่าง ๆ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่อยู่ในกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน เช่น แบบประเมินทางอารมณ์ แบบประเมินทางจิตใจ เป็นต้น แต่พบว่าแบบประเมินที่นิยมใช้อย่างแพร่หลายในการประเมินกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนซึ่งครอบคลุมอาการที่เกี่ยวข้อง มี 2 แบบประเมิน ได้แก่

1. แบบประเมิน The Rivermead Post-Concussion Symptoms Questionnaire (RPQ) เป็นแบบประเมินที่ครอบคลุมอาการในกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน โดยประเมินอาการ 16 อาการ ได้แก่ 1) ปวดศีรษะ 2) เวียนศีรษะ 3) คลื่นไส้ และ/หรืออาเจียน 4) รู้สึกไวต่อเสียง 5) ความผิดปกติของการนอน 6) อ่อนเพลียเหนื่อยง่าย 7) หงุดหงิดหรือโกรธง่าย 8) รู้สึกซึมเศร้า 9) รู้สึกคับข้องใจ ไม่อดทน 10) หลงลืมง่าย 11) สมาธิสั้นลง 12) ความคิดช้า 13) มองเห็นภาพไม่ชัด 14) สู้แสงไม่ได้ 15) มองเห็นภาพซ้อน 16) กระวนกระวาย/กระสับกระส่าย และข้อคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับอาการเพิ่มเติมที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอีก 2 ข้อคำถาม โดยแบ่งคำถามเป็น 2 ส่วน ส่วนแรกเป็นคำถามใน 3 ข้อแรก และส่วนที่สอง คือ 13 ข้อที่เหลือ หากคะแนนในส่วนแรกสูงให้ทำการประเมินซ้ำและติดตามอย่างใกล้ชิดสำหรับคะแนนที่สูงขึ้น แบบประเมินนี้สอบถามการเกิดอาการ ณ ขณะนั้นเทียบกับก่อนการเกิดอาการ แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ 0 ถึง 4 โดย 0 หมายถึง ไม่เคยมีอาการก่อนและหลังการบาดเจ็บ 1 หมายถึง มีอาการแต่ไม่รู้สึกว่าเป็นปัญหา 2 หมายถึง มีอาการและรู้สึกว่าเป็นปัญหาเล็กน้อย 3 หมายถึง มีอาการและรู้สึกว่าเป็นปัญหาปานกลาง 4 หมายถึง มีอาการและรู้สึกว่าเป็นปัญหามาก King, Crawford, Wenden, Moss และ Wade (1995) ได้หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสหสัมพันธ์สเปียร์แมนได้ค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ 0.91 ($p < .001$) และนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่นภายในกับ

ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ 46 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 การใช้แบบประเมิน RPQ ในการประเมินกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนในผู้ป่วยสมองบาดเจ็บระดับไม่รุนแรงนั้นค่อนข้างมีความแม่นยำ เนื่องจากสามารถประเมินอาการได้ค่อนข้างครอบคลุมและง่ายต่อการใช้ ระยะเวลาที่เหมาะสมในการประเมิน คือ สองสัปดาห์ หนึ่งเดือน สามเดือน หกเดือน และหนึ่งปีหลังเกิดการบาดเจ็บ เนื่องจากกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนมีอาการคงอยู่นานนับปี และพบการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินโดยใช้แบบประเมินนี้อย่างแพร่หลาย ผลการศึกษาพบว่าการใช้แบบประเมินนี้ทดสอบอาการผิดปกติด้านร่างกายและอารมณ์มีผลที่ค่อนข้างเชื่อถือได้แต่ด้านความรู้การเข้าใจอาจอยู่ในระดับที่ยังไม่จำเพาะในการประเมิน (นครชัย เผื่อนปฐม, และธีรเดช ศรีกิจวิไลกุล, 2562; Potter, Leigh, Wade, & Fleminger, 2006)

2. แบบประเมิน The Rivermead Head Injury Follow Up Questionnaire (RHFUQ) เป็นแบบประเมินเพื่อติดตามและเปรียบเทียบความแตกต่างของปัญหาและการเผชิญปัญหาของผู้ที่มีสมองบาดเจ็บระดับไม่รุนแรงภายหลังได้รับบาดเจ็บ แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม คือ 1) ความสามารถในการร่วมสนทนากับบุคคลหนึ่งคน 2) ความสามารถในการร่วมสนทนากับบุคคล 2 คนหรือมากกว่าสองคนขึ้นไป 3) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำ 4) ความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม 5) ความรู้สึกเพลิดเพลินในการทำกิจกรรมยามว่าง 6) ความสามารถในการรักษามาตรฐานการทำหน้าที่ 7) ความเหนื่อยจากการทำงานมากขึ้น 8) ความสัมพันธ์กับเพื่อน 9) ความสัมพันธ์กับคู่ครอง และ 10) ความสามารถรับมือกับความต้องการของครอบครัว นอกจากนี้ยังมีข้อคำถามปลายเปิดอีก 2 ข้อเกี่ยวกับปัญหาที่ผู้บาดเจ็บกำลังประสบ โดยข้อคำถามทั้ง 12 ข้อ ผู้บาดเจ็บจะประเมินตนเองและให้คะแนน 0-4 คะแนน ซึ่ง 0 หมายถึง ก่อนการบาดเจ็บและขณะติดตามไม่มีการเปลี่ยนแปลง 1 หมายถึง ไม่มีการเปลี่ยนแปลงแต่มีความยาก 2 หมายถึงมีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย 3 หมายถึงมีการเปลี่ยนแปลงระดับปานกลาง และ 4 หมายถึงมีการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างมาก แบบประเมินดังกล่าว Crawford Wenden และ Wade (1996) ได้พัฒนาและนำไปใช้พบว่าแบบประเมินดังกล่าวมีความเชื่อมั่น สอดคล้องกับงานวิจัยอื่นที่พบว่าเครื่องมือมีความไว 75% และมีความจำเพาะ 67.2% (Kasch & Jensen, 2019) โดยสามารถใช้ติดตามผู้บาดเจ็บศีรษะระดับไม่รุนแรงในช่วงสามเดือนและหกเดือนหลังการบาดเจ็บโดยมีข้อดีคือสามารถติดตามได้ทางไปรษณีย์หรือทางโทรศัพท์ และอาจแนะนำญาติให้เข้าใจเกี่ยวกับการใช้แบบประเมิน และให้ญาติใช้ประเมินผู้ป่วยตามช่วงเวลาดังกล่าวข้างต้นเพื่อประเมินอาการผิดปกติและความรุนแรงและใช้ข้อมูลดังกล่าวในการพิจารณาให้การช่วยเหลือหรือนำส่งโรงพยาบาลหรือปรึกษาทีมสาธารณสุขใกล้บ้านต่อไป ทั้งนี้พบการนำเครื่องมือไปใช้ในการวิจัยแพร่หลายตัวอย่างเช่น ความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดศีรษะ อาการอ่อนล้า และความแปรปรวนของการนอนหลับกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย ภายหลังบาดเจ็บ 24 ชั่วโมง 1 สัปดาห์ และ 2 สัปดาห์ โดยผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้เหมือนเดิมภายหลังได้รับการบาดเจ็บ แต่รู้สึกว่าปฏิบัติได้ยากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับบาดเจ็บ (อริยาวรรณ วรรณสีทอง, นิภาวรรณ สามารถกิจ และเขมารดี มาสิงบุญ, 2559)

บทสรุป

ผู้ที่มีสมองบาดเจ็บระดับไม่รุนแรง ส่วนมากไม่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หากไม่มีการบาดเจ็บในระบบอื่นร่วม แต่ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีบางรายต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยอาการในกลุ่มอาการสมองได้รับการกระทบกระเทือน ดังนั้นการประเมินกลุ่มอาการ

ภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องเพื่อให้ความช่วยเหลือหรือให้การดูแล รักษาผู้ป่วยได้เร็วจึงมีความสำคัญ การใช้แบบประเมิน RPQ เพื่อประเมินกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนมีความเหมาะสมในการนำมาใช้เพื่อประเมินเนื่องจากมีความครอบคลุมในการประเมินอาการของกลุ่มอาการดังกล่าว ซึ่งควรประเมินทันทีหลังเกิดการบาดเจ็บและประเมินทุกสองสัปดาห์ หนึ่งเดือน สามเดือน หกเดือน และหนึ่งปีหลังเกิดการบาดเจ็บ และการใช้แบบประเมิน RHFUQ เพื่อประเมินเปรียบเทียบความแตกต่างในการเผชิญปัญหาของผู้ที่มีสมองบาดเจ็บระดับไม่รุนแรง ก่อนการบาดเจ็บและหลังได้รับการบาดเจ็บ จะเป็นประโยชน์ในการติดตามปัญหาการทำหน้าที่และกิจกรรมด้านสังคมของผู้ป่วยซึ่งควรประเมินทันทีหลังเกิดการบาดเจ็บและประเมินช่วงสามเดือน และหกเดือนหลังการบาดเจ็บเพื่อช่วยให้พยาบาลและทีมสุขภาพสามารถประเมินปัญหาดังกล่าวและวางแผนการดูแลที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

นครชัย เผื่อนปฐม, และธีรเดช ศรีกิจวิไลกุล. (บ.ก.). (2562). *แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ (Clinical practice guidelines for traumatic brain injury).* กรุงเทพมหานคร: พรอสเพอรัสพลัส.

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2563). *รายงานสถิติการแพทย์ฉุกเฉิน.* สืบค้นเมื่อ 1 เมษายน 2563, จาก http://ws.niems.go.th/ITEMS_DWH/

อริยาวรรณ วรรณสีทอง, นิภาวรรณ สามารถกิจ, และเขมารดี มาสิงบุญ. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดศีรษะ อาการอ่อนล้า และความแปรปรวนของการนอนหลับกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 34*(2), 152-163.

อินทิรา ทาเอื้อ, เกศรินทร์ อุทริยประสิทธิ์, ปรางทิพย์ ฉายพุทธ, และบรรพต สิทธินามสุวรรณ. (2553). ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนกับภาวการณ์ทำหน้าที่ในผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย. *วารสารสภาการพยาบาล, 25*(2), 39-53.

Chakroun-Walha, O., Rejeb, I., Boujelben, M., Chtara, K., Mtibaa, A., Ksibi, H., . . . Rekik, N. (2017). Post-concussive syndrome after mild head trauma: Epidemiological features in Tunisia. *European Journal of Trauma & Emergency Surgery, 43*(6), 747-753. doi:10.1007/s00068-016-0656-7

Crawford, S., Wenden, F. J., & Wade, D. T. (1996). The Rivermead head injury follow up questionnaire: A study of a new rating scale and other measures to evaluate outcome after head injury. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, 60*(5), 510-514. doi:10.1136/jnnp.60.5.510

Daneshvar, D. H., Riley, D. O., Nowinski, C. J., McKee, A. C., Stern, R. A., & Cantu, R. C. (2011). Long-term consequences: Effects on normal development profile after concussion. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America, 22*(4), 683-700, ix. doi:10.1016/j.pmr.2011.08.009

Faul, M., Xu, L., Wald, M. M., & Coronado, V. G. (Eds.). (2010). *Traumatic brain injury in the United States: Emergency department visits, hospitalizations, and deaths, 2002-2006*. Atlanta GA: National Center for Injury Prevention and Control and Centers for Disease Control and Prevention.

Hickey, J. V. (2014). *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing* (7th.ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

Kasch, H., & Jensen, L. L. (2019). Minor head Injury symptoms and recovery from Whiplash injury: A 1-year prospective study. *Rehabilitation Process and Outcome, 8*, 1-6. doi:10.1177/1179572719845634

Katz, D. I., Cohen, S. I., & Alexander, M. P. (2015). Chapter 9 - Mild traumatic brain injury. In J. Grafman & A. M. Salazar. (Eds.). *Handbook of Clinical Neurology* Volume 127 (pp. 131-156). Boston: Elsevier.

King, N. S., Crawford, S., Wenden, F. J., Moss, N. E., & Wade, D. T. (1995). The Rivermead Post Concussion Symptoms Questionnaire: A measure of symptoms commonly experienced after head injury and its reliability. *Journal of Neurology, 242*(9), 587-592. doi:10.1007/bf00868811

Marshall, S., Bayley, M., McCullagh, S., Velikonja, D., & Berrigan, L. (2012). Clinical practice guidelines for mild traumatic brain injury and persistent symptoms. *Canadian Family Physician, 58*(3), 257-267.

Nardi, J. (2020). Increasing brain derived neurotrophic factor with traumatic brain injuries. *Nutritional Perspectives: Journal of the Council on Nutrition, 43*(2), 20-21.

Plass, A. M., Praag, D. V., Covic, A., Gorbunova, A., Real, R., Steinbuechel, N. V, & Dutch and Flemish CENTER TBI investigators (2019). The psychometric validation of the Dutch version of the Rivermead Post-Concussion Symptoms Questionnaire (RPQ) after traumatic brain injury (TBI). *PLOS ONE, 14*(10), e0210138-e0210138. doi:10.1371/journal.pone.0210138

Potter, S., Leigh, E., Wade, D., & Fleminger, S. (2006). The Rivermead Post Concussion Symptoms Questionnaire: A confirmatory factor analysis. *Journal of Neurology, 253*(12), 1603-1614. doi:10.1007/s00415-006-0275-z

Zollman, F. S. (Ed.). (2016). *Manual of traumatic brain injury: Assessment and management* (2nd.ed.). New York: demosMedical.