

บทความวิจัย

การปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการบรรเทาอาการปวดศีรษะหลังการบาดเจ็บศีรษะ: กรณีศึกษาผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย*

สุพรรณพรณ์ กิจบรรยงเลิศ** วังจันทร์ เพชรพิเชษฐเชิธร***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปรากฏการณ์ทางการพยาบาล เกี่ยวกับอาการปวดศีรษะหลังบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย และประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ รวมถึงเสนอแนะแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะหลังบาดเจ็บศีรษะ

แบบการวิจัย: กรณีศึกษา

วิธีการศึกษา: การศึกษานี้เป็นการนำเสนอให้เห็นกระบวนการของการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปสู่การปฏิบัติงาน นำมาประเมินคุณค่างานวิจัย สังเคราะห์ และวิเคราะห์ กำหนดเป็นข้อเสนอแนะในการบรรเทาอาการปวดศีรษะหลังการบาดเจ็บศีรษะแบบไม่ใช้ยา ซึ่งประกอบด้วยแนวทางการรักษาทางชีวภาพ คือ การใช้ความเย็น การนวด และการปรับความคิดและพฤติกรรม โดยการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การทำสมาธิ โยคะ และนำไปปฏิบัติกับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย 4 ราย ที่มีอาการปวดศีรษะตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยปวดศีรษะ (*The International Classification of Headache Disorders-II [ICHD-II]*) ของสมาคมปวดศีรษะสากล ประเมินผลความรุนแรงของอาการปวดศีรษะโดยใช้มาตรวัดแบบตัวเลข (*Numeric Rating Scale [NRS]*) วัดก่อน-หลังการให้กิจกรรมพยาบาล

ผลการศึกษาและการนำไปใช้: ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย 4 ราย มีอาการปวดศีรษะหลังการบาดเจ็บ แบบตึงเครียด 3 ราย และปวดแบบปวดคอร่วมกับปวดศีรษะ 1 ราย ผลการบรรเทาอาการปวด พบว่า การประคบเย็น และการนวดสามารถบรรเทาอาการปวดได้ดี จึงสามารถสรุปได้ว่าการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการปวดศีรษะหลังการบาดเจ็บ นอกจากใช้ยาบรรเทาปวดแล้ว พยาบาลยังสามารถใช้วิธีที่ไม่ใช้ยาร่วมด้วย เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

คำสำคัญ: อาการปวดศีรษะหลังบาดเจ็บศีรษะ; บาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุ

* การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาองค์ความรู้เพื่อสถานวิจัยระบบการดูแลและเยียวยาผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินและสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

** นักศึกษาพยาบาลมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์, ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

ความเป็นมาของปัญหา

อาการปวดศีรษะหลังการบาดเจ็บศีรษะ (posttraumatic headache [PTH]) เป็นอาการที่พบได้บ่อยหลังการบาดเจ็บศีรษะที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย (อนันต์, ศุภางค์, และ ตักนัน, 2552) แม้ไม่เป็นอันตรายแก่ชีวิต แต่รบกวนการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ทั้งทางด้านอารมณ์ สติปัญญา และสังคม ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง (Erickson & Theeler, 2012) ลักษณะอาการปวดศีรษะที่ปรากฏไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนพบมากที่สุดคือ ปวดศีรษะแบบไมเกรนทั้งที่มีอาการนำและไม่มีอาการนำ รองลงมาคือ ปวดศีรษะแบบตึงเครียด และปวดศีรษะแบบกลุ่มเป็นช่วง (Lucas, Hoffman, Bell, Walker, & Dikmen, 2012; Theeler, Flynn, & Erickson, 2012) อาการ PTH พบได้ ประมาณ ร้อยละ 70-90 ของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะทั้งหมด หรือ 100-300 รายต่อประชากร 100,000 รายต่อปี (Cancelliere, et al., 2012) และพบได้มากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีสมองชอกช้ำหลังการบาดเจ็บศีรษะ (post concussion syndrome) (Lucas, 2011)

การบรรเทาอาการ PTH มีหลายวิธี การรักษาด้วยยาเป็นการรักษาที่สำคัญที่สุด การใช้ยาขึ้นอยู่กับชนิดของอาการปวดศีรษะ โดยทั่วไปแพทย์มักให้ยาในกลุ่มยาต้านการอักเสบ เช่น อินโดเมทาซิน (indomethacin) กลุ่มทริปแทน (sumatriptan) หรือเออร์กอต (ergotamine) ซึ่งใช้รักษาอาการปวดศีรษะจากไมเกรน กลุ่มยาแก้อาเจียน เช่น เมโทคลอพรามิด (metoclopramide) และยากันชัก เช่น กรดวาลโปรอิก (valproic acid) (Watanabe, Bell, Walker, & Schomer, 2012) ซึ่งพบว่าแม้จะให้ยาในการรักษาแล้ว อาการปวดศีรษะของผู้ป่วยก็ยังคงมีอยู่และส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย จึงจำเป็นต้องนำวิธีการดูแลที่ไม่ใช่ยาเข้ามาผสมผสาน เพื่อให้การดูแลลดอาการปวดศีรษะมีประสิทธิภาพมากขึ้น และเกิดผลข้างเคียง

น้อยที่สุด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า วิธีจัดการกับอาการ PTH ที่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้อย่างทันทั่วทั้งที่ และมีหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยสนับสนุน ได้แก่ การบรรเทาความปวดทางชีวภาพ เช่น การทำไอบีโอพิดแบค การทำกายภาพ การนวดบำบัด การใส่กายอุปกรณ์ กำจัดการเคลื่อนไหว การประคบเย็น และการรักษาโดยการปรับความคิด และพฤติกรรม เช่น การให้ความรู้ หรือการใช้เทคนิคผ่อนคลาย โดยการทำสมาธิ นอกจากนี้ยังมีวิธีการอื่นๆ ที่ต้องปฏิบัติโดยแพทย์หรือพยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมมาเป็นพิเศษ เช่น การฝังเข็ม เป็นต้น

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษาการบรรเทาอาการ PTH มุ่งเน้นการบรรเทาความปวดแบบไม่ใช้ยา ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์งานวิจัยที่ผ่านมารองรับ ควบคู่ไปกับการใช้ยาแก้ปวด และจัดทำเป็นแนวทางการบรรเทาอาการปวดศีรษะ แล้วนำสู่การปฏิบัติกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีปรากฏการณ์ดังกล่าว เพื่อนำผลการศึกษามาพัฒนา เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

การศึกษาปรากฏการณ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ประเมินและวินิจฉัยอาการ PTH
2. จัดการอาการ PTH ตามแนวทางการบรรเทาอาการปวดศีรษะที่จัดทำขึ้น
3. ติดตามผลลัพธ์การบรรเทาอาการ PTH
4. เสนอแนะแนวทาง/ ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วย PTH

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าศึกษา

1. ผู้ป่วยทุกช่วงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556

2. มีประวัติบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย คะแนนกลาสโกว (Glasgow coma score [GCS]) = 14-15 ภายในระยะเวลา 3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล

3. มีอาการปวดศีรษะ

4. มีอาการตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัย PTH โดยอ้างอิงตามเกณฑ์ของ International Classification of Headache Disorders-II: [ICHD-II] ของ สมาคมโรคปวดศีรษะสากล (International Headache Society)

วิธีการศึกษา

1. ทบทวนวรรณกรรม เพื่อศึกษาปรากฏการณ์ PTH และวิธีจัดการอาการปวดดังกล่าวตามกระบวนการ คือ กำหนดประเด็นปัญหา สืบค้นวรรณกรรม คัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ ประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้มา โดยผู้ศึกษารวบรวมงานวิจัยที่เป็นการศึกษาแบบบรรยาย 1 เรื่อง (รมณัฎติ, ม.ป.ป) ทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (RCT) 1 เรื่อง (ชาธิปัตย์, อุไรวรรณ, วิชัย, และกรรณิการ์, 2554) และศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ 2 เรื่อง (Chaibi &

Russell, 2012; Watanabe et al., 2012) และจัดทำเป็นแนวทางการบรรเทาอาการปวดศีรษะหลังบาดเจ็บศีรษะแบบไม่ใช้ยา

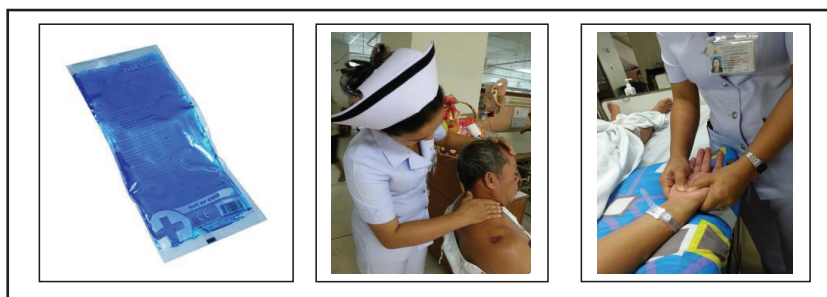
2. นำแนวทางลงสู่การปฏิบัติกับผู้ป่วยตามขั้นตอน คือ

2.1 ประเมินอาการปวดศีรษะ โดยใช้แบบประเมินเพื่อคัดกรองผู้ป่วย PTH โดยอ้างอิงตามเกณฑ์ของ ICHD-II และใช้แบบประเมินอาการปวดศีรษะของ พัชรี (2551) ที่ปรับปรุงมาจากงานของ มิเชล และคณะ ซึ่งใช้ในการประเมินเพื่อคัดกรองผู้ป่วยไมเกรน

2.2 นำลงสู่การปฏิบัติ โดยการ

- ขออนุญาตและขอความร่วมมือจากผู้ป่วย

- เลือกใช้วิธีการบรรเทาความปวดแบบไม่ใช้ยา มี 2 แนวทางคือ (1) การรักษาทางชีวภาพ (biologically based interventions) ด้วยการใช้ความเย็น การนวด โยคะ และ (2) การปรับความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral interventions) ด้วยเทคนิคการผ่อนคลาย ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยพิจารณาจากความปลอดภัยและความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก (ภาพ 1)



ภาพ 1 การบรรเทาอาการ PTH ด้วยวิธีไม่ใช้ยาวิธีต่างๆ คือ ประคบเย็น นวดไทย นวดฝ่ามือ

2.3 ประเมินผลอาการปวดศีรษะ โดยใช้แนวทางการประเมินอาการปวดศีรษะที่ปรับปรุงมาจากแบบบันทึกอาการปวดศีรษะและการปฏิบัติโยคะประจำวัน ของ พัทรี (2551) ซึ่งดัดแปลงมาจาก migraine diary และประเมินจากอาการปวดศีรษะของผู้ป่วย โดยใช้ NRS (0-10 คะแนน) ร่วมกับความสบาย และความพึงพอใจ

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่ทำการศึกษทั้งหมดเป็นเพศชาย อายุระหว่าง 32-56 ปี ภูมิลำเนาจังหวัดสงขลานครินทร์ ประกอบอาชีพทำสวน รับจ้าง ลูกจ้างประจำ และพนักงานธนาคาร ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ทุกรายได้รับการวินิจฉัยว่ามีการบาดเจ็บศีรษะ (traumatic brain injury [TBI])

และมีสาเหตุจากอุบัติเหตุจราจร ขณะเกิดอุบัติเหตุ ส่วนใหญ่รู้สึกตัว มี 1 ราย มีอาการหมดสติประมาณ 30 นาที ทุกรายมีการบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย (mild traumatic brain injury) GCS 14-15 คะแนน โดยครึ่งหนึ่งมีอาการสมองชกซ้ำ (cerebral concussion) ได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองทุกราย พบว่า มีเลือดออกในสมอง 2 ราย ผู้ป่วยสามในสี่รายมีการบาดเจ็บร่วมหลายระบบ (multiple injury) โดยพบบาดเจ็บช่องอก 2 ราย และบาดเจ็บกระดูกใบหน้า 1 ราย สำหรับประเภทของอาการปวดศีรษะ พบว่า 3 ราย มีอาการปวดศีรษะแบบตึงเครียด (tension-type headache [TTH]) และ 1 ราย ปวดแบบปวดคอร่วมกับปวดศีรษะ (cervicogenic headache [CEH]) จำนวนวันนอนโรงพยาบาล 3-8 วัน (ตาราง 1)

ตาราง 1 ลักษณะอาการปวดศีรษะหลังการบาดเจ็บศีรษะและปัจจัยส่งเสริมของผู้ป่วย

ผู้ป่วย รายที่	ลักษณะอาการปวดศีรษะ				ปัจจัยส่งเสริม		
	ตำแหน่ง	ระยะเวลา	ความรุนแรง	ประเภท	บาดเจ็บร่วม	ภาวะจิตใจ	โรคประจำตัว
1	ท้ายทอย	3-5 นาที/ ครั้ง 4-5 ครั้ง/ วัน	3-6	CEH	-fracture left orbit -abrasion wound at face	- มีการรยาดูแล	-
2	ขมับ 2 ข้าง ร่วมกับมีน ศีรษะ	ตลอดเวลาที่ เคลื่อนไหว ร่างกาย	4-5	TTH	-	-	Hyperthyroid
3	ปวดตื้อๆ ตั้งแต่ ต้นคอ ท้ายทอย	2-3 นาที/ ครั้ง 3-4 ครั้ง/ วัน	2-3	TTH	-fracture right 4 th rib -fracture sternum	-	-
4	ปวดตื้อๆ ที่ ต้นคอและขมับ ร่วมกับมีน ศีรษะ	2-3 นาที/ ครั้ง 3-4 ครั้ง/ วัน (ทุกครั้งที่ถูก จากเตียง)	7	TTH	-thin SDH -fracture left 3 rd - 5 th rib	-	-

หมายเหตุ CEH = cervicogenic headache; TTH = tension-type headache

ในด้านการจัดการอาการ PTH ผู้ศึกษาใช้วิธีประคบเย็นกับผู้ป่วย 2 ราย ที่มีอาการปวดศีรษะในระยะไม่เกิน 3 วันหลังอุบัติเหตุ ประเภท

การปวดศีรษะเป็น CEH และ TTH ผลพบว่าอาการปวดก่อนให้การพยาบาลอยู่ในช่วง 5-6 คะแนน หลังให้การพยาบาล ความปวดลดลง

เหลือ 4 คะแนน ทั้งหมดยังได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา วันละ 1 ครั้ง ส่วนด้านการจัดการอาการปวดด้วยการนวด ผู้ศึกษาได้ให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 4 ราย ด้วยวิธีการนวด 2 แบบ คือ นวดฝ่ามือ ซึ่งได้นำไปใช้กับผู้ป่วย 3 ราย พบว่า อาการปวดก่อนให้การพยาบาลอยู่ในช่วง 3-5 คะแนน และหลังให้การพยาบาล ความปวดลดลงเหลือ 1-4 คะแนน สำหรับการจัดการอาการปวดด้วยการนวดไทยบริเวณกล้ามเนื้อคอและหัวไหล่ ผู้ศึกษา

ได้นำไปใช้กับผู้ป่วย 3 ราย ที่มีอาการปวดศีรษะแบบ TTH พบว่า อาการปวดก่อนให้การพยาบาลอยู่ในช่วง 3-7 คะแนน และหลังให้การพยาบาล ความปวดลดลงเหลือ 1-6 คะแนน ทั้งหมดยังได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา วันละ 1 ครั้ง นอกจากนี้แล้วผู้ป่วยทุกรายมีความพึงพอใจ และรู้สึกสบายจากการให้การพยาบาลด้วยวิธีดังกล่าว (ตาราง 2)

ตาราง 2 การจัดการอาการปวดศีรษะและผลการประเมินอาการปวดศีรษะของผู้ป่วยแต่ละราย

ผู้ป่วย รายที่	การจัดการความปวด		ผลการประเมิน		
	Intervention	วิธีปฏิบัติ	NRS		ความพึงพอใจ/ความสบาย
			ก่อน	หลัง	
1	ประคบเย็น	- นำเจลประคบเย็น (cold pack) ห่อด้วยผ้าขาวประคบตำแหน่งต้นคอ นาน 30 นาที	6	4	“รู้สึกสบาย อาการปวดถึงต้นคอดีขึ้น”
	นวดฝ่ามือ	- จัดทำผู้ป่วยให้สบาย (ผู้ป่วยสามารถนั่งได้) - ใช้น้ำมันหอมระเหยและโลชั่นนวดฝ่ามือตามขั้นตอน 6 ท่า ช้างละ 10 นาที 2 ข้าง พร้อมสอนญาติ	3	1	“ส้นเท้าสดชื่น ยิ้มแย้ม”
2	ประคบเย็น	- นำเจลประคบเย็นห่อด้วยผ้าขาวประคบตำแหน่งหน้าผากและขมับ นาน 30 นาที - จัดทำให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งสบายๆ ไม่เกร็งกล้ามเนื้อ	5	4	“ดีมาก ทำให้อาการมีศีรษะลดลง” (แต่ต้องร่วมกับการนอนพักนิ่งๆ บนเตียง)
	นวดกล้ามเนื้อคอและหัวไหล่	- ใช้น้ำมันหอมระเหยและโลชั่น นวดบริเวณต้นคอ กล้ามเนื้อไหล่ และหลัง 10 นาที	4	2	“ทำให้สบาย ผ่อนคลาย อยากหลับตา”
3	นวดฝ่ามือ	- จัดทำผู้ป่วยให้สบาย (ผู้ป่วยสามารถนั่งได้) - ใช้น้ำมันหอมระเหยและโลชั่น นวดฝ่ามือตามขั้นตอน 6 ท่า ช้างละ 10 นาที 2 ข้าง	3	2	“รู้สึกสบาย น้ำมันนวดมีกลิ่นหอมถูกใจ แต่ยังมีอาการปวดหน้าอกมากกว่า”
	นวดกล้ามเนื้อคอและหัวไหล่	- จัดทำให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งสบายๆ ไม่เกร็งกล้ามเนื้อ - ใช้น้ำมันหอมระเหยและโลชั่นนวดบริเวณต้นคอ กล้ามเนื้อไหล่ และหลัง 10 นาที - ระวังท่าในการยกแขนขวา เพราะผู้ป่วยมีกระดูกซี่โครงด้านขวาหัก	3	1	“รู้สึกสบาย เบาตัว ไม่หนักคอมาก อาการเจ็บซี่โครงลดลง”

ตาราง 2 (ต่อ)

ผู้ป่วย รายที่	การจัดการความปวด		ผลการประเมิน		
	Intervention	วิธีปฏิบัติ	NRS		ความพึงพอใจ/ความสบาย
			ก่อน	หลัง	
4	นวดฝ่ามือ	- จัดทำผู้ป่วยให้สบาย (ท่านอน) - ใช้น้ำมันหอมระเหยและโลชั่นนวดฝ่า มือตามขั้นตอน 6 ท่า ช้างละ 5 นาที 2 ช้าง พร้อมสอนมารดา	5	4	ผู้ป่วยเคลิ้มหลับไป
	นวด กล้ามเนื้อคอ	- จัดทำให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งสบายๆ ไม่เกร็งกล้ามเนื้อ	7	6	“อาการปวดศีรษะดีขึ้นสบาย ขึ้น รู้สึกเบาสบายทั้งตัว แต่ยัง เจ็บหน้าอกมากขณะขยับตัว”
	และหัวไหล่	- ใช้น้ำมันหอมระเหยและโลชั่นนวด บริเวณต้นคอและกล้ามเนื้อไหล่และหลัง ระวังท่าในการยกแขนซ้ายเพราะผู้ป่วยมี กระดูกซี่โครงด้านซ้ายหัก 10 นาที			

การอภิปรายผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า ปรากฏการณ์ PTH ในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย เป็นอาการที่เกิดขึ้นจริงและพบในผู้ป่วยที่ทำการศึกษาทุกราย ซึ่งสอดคล้องกับที่ ลูคัส (Lucas, 2011) ได้กล่าวว่า อาการปวดศีรษะเป็นอาการที่พบได้มากที่สุดในกลุ่มอาการสมองชอกช้ำหลังการบาดเจ็บศีรษะ โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมโรคปวดศีรษะสากล ที่ระบุว่า เป็นอาการปวดศีรษะที่ไม่มีลักษณะการปวดที่แน่นอน พบในผู้ป่วยที่มีประวัติได้รับอุบัติเหตุ โดยไม่มีอาการหมดสติ หรือหมดสติไม่เกิน 30 นาที มีอาการหรือได้รับการวินิจฉัยว่าสมองชอกช้ำ อาการดังกล่าวจะเกิดภายใน 7 วันหลังอุบัติเหตุ และค่อยๆ ดีขึ้นภายใน 3 เดือนหลังการบาดเจ็บ (International Headache Society, 2004)

สำหรับประเภทของ PTH พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการปวดศีรษะแบบตึงเครียด และปวดคอร่วมกับปวดศีรษะรองลงมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แฮส (Haas, 1996) แต่แตกต่างจากการศึกษาในระยะต่อมา ที่ส่วนใหญ่พบว่า ลักษณะการปวดศีรษะที่เกิดขึ้น เป็นชนิดไมเกรนมากที่สุด

และปวดแบบตึงเครียดรองลงมา (Lucas, Hoffman, Bell, Walker, & Dikmen, 2012; Theeler, Flynn, & Erickson, 2012) ซึ่งอาจเป็นเพราะ การศึกษารั้งนี้ มีจำนวนผู้ป่วยที่ศึกษาน้อยและถูกจำกัดด้วยระยะเวลาและสถานที่

ด้านผลกระทบของการบาดเจ็บ ผู้ป่วยที่ทำการศึกษามีอาการปวดศีรษะในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ทำให้เกิดความไม่สบาย สิ้นหาเครื่องเครียดไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองเช่นลุกเดินหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ และต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน ซึ่ง อนันต์ ศุภางค์ และศักนัน (2552) และ อิริกสัน และทีเลอร์ (Erikson & Theeler, 2012) กล่าวว่า อาการ PTH อาจไม่ทำผู้ป่วยเกิดความพิการทุพพลภาพ แต่ก็ทำให้มีอาการปวดศีรษะรุนแรงค่อนข้างมาก ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมาน รวมทั้งจะส่งผลกระทบต่อร่างกายกว้างขวาง คือ บั่นทอนความสามารถของร่างกาย โดยอาจทำให้ทำงานได้น้อยลง สูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ และทำให้คุณภาพชีวิตแย่ลง แต่ข้อสังเกตประการหนึ่งในการศึกษารั้งนี้คือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการบาดเจ็บร่วมหลายระบบ ผลกระทบจากการบาดเจ็บดังกล่าวจึงอาจสรุปไม่

ได้ว่าเกิดจาก PTH เพียงอย่างเดียว สำหรับด้านภาวะจิตใจ พบว่า ผู้ป่วยครึ่งหนึ่งให้ประวัติว่า มักมีอาการปวดศีรษะเมื่อมีอาการเครียด โกรธหรือวิตกกังวลกับปัญหาส่วนตัว แต่ในขณะที่พักรับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลกับเรื่องอื่นๆ เพียงเล็กน้อยเท่านั้น

ด้านการบรรเทาอาการ PTH ด้วยวิธีประคบเย็น ซึ่งเป็นการรักษาทางชีวภาพ โดยนำถุงน้ำแข็งวางบนตำแหน่งที่มีอาการปวดศีรษะ พบว่า สามารถบรรเทาอาการปวดได้ ซึ่งตรงกับการศึกษาของ วาตานาเบ้ และคณะ (2012) ที่ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมพบว่า วิธีการบรรเทาความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะแบบชีวภาพ คือ ใช้การนวดกระดูกสันหลังร่วมกับการประคบเย็น สามารถลดความปวดได้ดี โดยมีกลไกการลดปวดคือ ความเย็นจะส่งผ่านผิวหนังในชั้นตื้นๆ และใช้กระบวนการนำ (conduction) ในการถ่ายเทความร้อน ทำให้เส้นเลือดบริเวณที่ได้รับความเย็นหดตัว (vasoconstriction) และลดกระบวนการอักเสบในช่วงเฉียบพลัน (วุฒิชัย, 2549) โดยผู้ป่วยรายแรกมีอาการปวดบริเวณต้นคอร่วมด้วย แม้ผลเอกซเรย์ไม่พบการบาดเจ็บที่กระดูกคอ การวางถุงน้ำแข็งบริเวณต้นคอ ทำให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้นสามารถพลิกกลับได้ สำหรับผู้ป่วยอีกรายมีอาการเวียนศีรษะแบบบ้านหมุน (vertigo) หลังจากวางถุงน้ำแข็งบริเวณหน้าผาก ผู้ป่วยรู้สึกเย็นสบายแม้ว่าคะแนนความปวดจะลดลงเพียงเล็กน้อยก็ตาม

ด้านการบรรเทาอาการปวดด้วยการนวด ซึ่งเป็นการรักษาทางชีวภาพ โดยอาศัยกลไกการทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย ทั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำการนวดไปใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะหลังบาดเจ็บศีรษะทุกราย โดยใช้การนวด 2 แบบ คือ การนวดฝ่ามือและการนวดไทยบริเวณกล้ามเนื้อคอและหัวไหล่ พบว่า สามารถบรรเทาอาการปวดศีรษะได้ ซึ่ง นูดีห์ วาทาสะห์ และบาราดารัน (Noudeh, Vatanah, & Baradaran, 2012) ได้อธิบายไว้ว่า

การนวดจะกระตุ้นระบบยับยั้งการปวด (descending inhibitor tract) ใน periaqueductal gray matter และส่งผลเล็กน้อยต่อการเพิ่มปริมาณสารสุข (beta-endorphin) ใน 5 นาทีแรกของการนวด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ซาฮิปัดย์ และคณะ (2554) ที่พบว่า การนวดไทยสามารถบรรเทาอาการปวด ในผู้ป่วยปวดศีรษะแบบตึงเครียด (episodic tension-type headache) ได้ นอกจากนี้ผลด้านการบรรเทาอาการปวดศีรษะแล้ว การนวดยังได้สร้างความพึงพอใจ โดยผู้ป่วยทุกรายบอกว่ารู้สึกสบาย ประกอบกับกลิ่นหอมของน้ำมันหอมระเหยทำให้รู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น

ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดและมีข้อห้ามในการให้การพยาบาลหรือการทำหัตถการ เช่น มีอาการปวดต้นคอ พยาบาลควรมีความระมัดระวังในการปฏิบัติการพยาบาล โดยต้องยึดหลักการไม่ทำอันตรายต่อผู้ป่วย (non-maleficence) สำหรับการให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการ PTH ด้วยวิธีโยคะ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการบาดเจ็บร่วมหลายระบบ ยังไม่สามารถยับยั้งได้เต็มที่ จึงไม่เหมาะสมที่จะนำโยคะมาใช้ในช่วงระหว่างที่ศึกษา ส่วนวิธีการทำสมาธิบำบัด ซึ่งเป็นวิธีการบรรเทาความปวดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม เมื่ออธิบายผู้ป่วยถึงผลดีของการใช้สมาธิ ผู้ป่วยไม่มีความสนใจและปฏิเสธการใช้โยคะเพื่อบรรเทาความปวด จึงยังไม่มีการนำวิธีการนี้มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้เช่นกัน

สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาปรากฏการณ์ PTH ในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย พบว่า ทุกรายมีอาการปวดศีรษะหลังบาดเจ็บศีรษะ แต่ความรุนแรงของอาการปวดอยู่ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ประเภทการปวดศีรษะเป็นแบบตึงเครียดและแบบปวดต้นคอร่วมกับการปวดศีรษะ ในด้านการบรรเทาความปวดศีรษะ ผู้ป่วยทุกรายได้รับการบรรเทา

ความปวดโดยการใช้อาลดปวด ยาแก้ปวดมีนั้รหะ และยาลดกล้ามเนื้อตามอาการ สำหรับการ บรรเทาความปวดโดยไม่ใช่นยาที่นำมาใช้ในการ ศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาครั้งนี้ มี 2 แนวทางคือ การรักษาทางชีวภาพ โดยการใช้ความเย็นและการนวด สามารถบรรเทาอาการปวดศีรษะหลัง บาดเจ็บศีรษะได้ จึงสรุปได้ว่า การบรรเทาอาการ PTH นอกจากใช้อาลดปวดแล้ว พยาบาลยังสามารถ ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยวิธีที่ไม่ใช่นยาาร่วมด้วยได้ เพื่อให้การบรรเทาอาการปวดได้ผลดียิ่งขึ้น

ข้อจำกัดการศึกษาและข้อเสนอแนะ

อาการ PTH เป็นอาการที่พบได้มากที่สุด ในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย แม้จะไม่รุนแรง หรือคุกคามต่อชีวิต แต่ทำให้เกิดความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ตามมาได้ การจัดทำแนวทางการบรรเทาอาการ ดังกล่าวโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เมื่อนำไปปฏิบัติ กับผู้ป่วยพบว่า สามารถบรรเทาอาการปวดศีรษะ

บรรณานุกรม

ชาธิปัตย์ เครือพานิชย์, อุไรวรรณ ชัชวาล, วิชัย อึ้งพินิจพงศ์, และกรณีการ คงบญญเกียรติ. (2554). ผลแบบทันทีของการนวดไทย ในการบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยปวด ศีรษะจากความเครียดแบบ Episodic tension-type headache. วารสารเทคนิค การแพทย์และกายภาพบำบัด, 23, 57-70.

พัชร ภาระโซ. (2551). ความเป็นไปได้ของการ ปฏิบัติโยคะและการควบคุมตนเอง ต่อ อาการปวดศีรษะและคุณภาพการนอน หลับในผู้ป่วยโรคไมเกรน โรงพยาบาล มหาสารคาม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร

ได้จริง จึงเป็นประโยชน์แก่หน่วยงานที่จะนำไปใช้ ในการบรรเทาอาการดังกล่าวได้ แต่เนื่องจากการ ศึกษาครั้งนี้เป็นเพียงกรณีศึกษาจากผู้ป่วย 4 ราย เท่านั้น ผู้ศึกษาจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ในการให้การดูแลผู้ป่วย ควรมีการ วางแผนการให้การพยาบาลเป็นรายบุคคล ทั้งเรื่อง ความเหมาะสมและความต่อเนื่อง มีการบันทึก ความคืบหน้า เป็นระยะๆ เพื่อไม่ให้พลาดข้อมูล สำคัญ

2. การศึกษาอาการ PTH ในผู้ป่วย บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยในครั้งนี้ ศึกษาในหอผู้ป่วย อุบัติเหตุ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการบาดเจ็บหลาย ระบบ ยังไม่พบผู้ป่วยที่มีอาการ PTH ที่ชัดเจน ซึ่งความเป็นจริงผู้ป่วยกลุ่มบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ส่วนใหญ่เมื่อได้รับการตรวจที่ห้องฉุกเฉิน แพทย์ จะให้กลับบ้านไปสังเกตอาการที่บ้าน จึงควรมีการ ศึกษากลุ่มอาการดังกล่าวในกลุ่มผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน และแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน โดยพยาบาลอาจ ให้คำแนะนำวิธีปฏิบัติที่ไม่ใช่นยาแก่ผู้ป่วยและญาติ นำไปปฏิบัติที่บ้านได้

มหำบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

รณฤดี เกลี้ยงดา. (ม.ป.ป). *ประสบการณ์อาการปวดศีรษะ วิธีจัดการอาการและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย*. วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

วุฒิชัย เพิ่มศิริวานิชย์. (2549). Physical modalities in pain management: An evidence based practice. ใน ศติกันต์ นิมนานรัชต์ และชัชชัย ปรีชาไว (บรรณาธิการ), *ความปวดและการระงับ*

- ปวด: *Pain & Pain Management* (หน้า 133-196). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- อนันต์ ศรีเกียรติขจร, ศุภางค์ มณีศรี เลอกรอง, และศักนัน พงศ์พันธ์ผู้ภักดี. (2552). *ประสาทวิทยา*. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Cancelliere, C., Cassidy, J. D., Côté, P., Hincapié, C. A., Hartvigsen, J., Carroll, L. J., & Keightley, M. (2012). *Protocol for a systematic review of prognosis after mild traumatic brain injury: An update of the WHO collaborating centre task force findings*. Systematic Reviews, Retrieved from <http://www.systematicreviews-journal.com/content/1/1/17>
- Chaibi, A., & Russell, M. B. (2012). Manual therapies for cervicogenic headache: a systematic review. *Journal Headache Pain*, 13, 351-359.
- Erickson, J. C., & Theeler, B. J. (2012). Post-traumatic headache. In J. W. Tsao (Ed.), *Traumatic Brain Injury* (pp 149-166). doi 10.1007/978-0-387-87887-4_9, Retrieved from http://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-0-387-87887-4_9?LI=true#
- Gurr, B., & Coetzer, B. R. (2005). The effectiveness of cognitive-behavioral therapy for post-traumatic headaches. *Brain Injury*, 19, 481-491.
- Haas, D. C. (1996). Chronic post-traumatic headaches classified and compared with natural headaches. *Cephalalgia*, 16, 486-493.
- International Headache Society. (2004). *The international classification of headache disorders*, Retrieved from http://www.ihs-headache.org/upload/ct_clas/ihc_II_main_no_print.pdf
- Lucas, S. (2011). Headache management in concussion and mild traumatic brain injury. *American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation*, 3, 406-412.
- Lucas, S., Hoffman, J. M., Bell, K. R., Walker, W., & Dikmen, S. (2012). Characterization of headache after traumatic brain injury. *Cephalalgia*, 32, 600-606.
- Noudeh, Y. J., Vatanhah, N. V., & Baradaran, H. R. (2012). Reduction of current migraine headache pain following neck massage and spinal manipulation. *International Journal of Therapeutic Massage and Bodywork*, 5, 5-13.
- Theeler, B. J., Flynn, F. G., & Erickson, J. C. (2012). Chronic daily headache in U.S. soldiers after concussion. *Headache*, 52, 732-738.
- Watanabe, T. K., Bell, K. R., Walker, W. C., & Schomer, K. (2012). Systematic review of interventions for post-traumatic headache. *American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation*, 4, 129-140.

Implementation of Evidence-Based Practice for Relieving Posttraumatic Headache: A Case Study in Patients with Mild TBI*

Supornphan Kitbunyonglert** Wongchan Petpichetchian***

Abstract

Purpose: To explore a nursing phenomenon regarding posttraumatic headache (PTH) after mild traumatic brain injury (TBI) in hospitalized patients and demonstrates an implementation of the evidence-based nursing practice recommendations to reduce PTH after mild TBI.

Design: Case study

Methods: The process of translating evidence into practice was employed. Relevant research evidence was searched, appraised, and synthesized. The recommended statements regarding use of non-pharmacological intervention for pain relief were extracted. These included (1) biologically based interventions such as cold compress, massage, and yoga and (2) cognitive-behavioral interventions such as relaxation techniques and meditation. Implementation of the evidence was planned. Implementation of evidence-based practice to 4 patients with PTH after TBI was performed. The International Classification of Headache Disorders-II (ICHD-II) was used to select the patients diagnosed with PTH. The Headache Numeric Rating Scale (0-10) was used to assess the intensity of PTH before and after intervention.

Results and Implications: Four patients with mild TBI experienced PTH: three of them had tension-type headache (TTH) and one had cervicogenic headache (CEH). Cold compress and massage were reported as the two most efficacious interventions in reducing PTH after TBI. The results from this study provide the evidence and raise an awareness for nurses in using non-pharmacological management to effectively manage PTH after TBI.

Keywords: posttraumatic headache; traumatic brain injury

* This study is a part of knowledge development to the Research Center: Caring and Healing System for People with Trauma, Emergency, and Disaster, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Thailand.

** Master student, Master of Nursing Science, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Thailand

*** Assistant Professor, PhD, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Thailand