



บทบรรณาธิการ

## การบาดเจ็บศีรษะที่รุนแรงน้อย (Mild Traumatic Brain Injury) แต่ปัญหาไม่น้อย

พศ.พญ.ยุวเรศมศฐ์ สิกธิษณุกัญญา

ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นภาวะที่พบบ่อยของผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน สาเหตุที่พบบ่อยของการบาดเจ็บในศีรษะในสหรัฐอเมริกา ที่พบบ่อยที่สุดคือ การพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 35.2 รองลงมาได้แก่ อุบัติเหตุมอเตอร์ไซด์ ร้อยละ 17.3 บาดเจ็บจากอุปกรณ์การเรียน (พบบ่อยในเด็กอายุน้อยกว่า 14) ร้อยละ 16.5 และถูกทำร้ายร่างกายร้อยละ 10<sup>(1)</sup> จากข้อมูลของสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในปี 2550 พบมีผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงจากทุกสาเหตุ 163,917 ราย เป็นการบาดเจ็บที่ศีรษะ 39,911 ราย (ร้อยละ 29.86) เสียชีวิต 7,759 ราย (ร้อยละ 4.73) โดยสาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุจากการจราจร 4,852 ราย (ร้อยละ 62.53) ส่วนใหญ่เสียชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยเฉพาะการบาดเจ็บที่ศีรษะที่รุนแรง<sup>(2)</sup>

ในปัจจุบันการแบ่งระดับความรุนแรงที่ศีรษะ อาศัยคะแนนระดับความรู้สึกตัว GCS (Glasgow Coma Scale) เป็นหลัก โดยผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะที่รุนแรง (Severe Head Injury) มีคะแนน GCS < 8, กลุ่มบาดเจ็บศีรษะปานกลาง (Moderate Head Injury) มีคะแนน GCS 9-12 และกลุ่มบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงน้อย มีคะแนน GCS 13-15<sup>(3,4)</sup> อย่างไรก็ตามสำหรับผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนความรู้สึกตัวที่ดีเมื่อแรกรับและจัดอยู่ในกลุ่มที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีความรุนแรงน้อยส่วนหนึ่ง มีพยาธิสภาพที่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงซ่อนอยู่และทำให้ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวและการพยากรณ์โรคที่แย่งในภายหลังได้หากไม่ได้รับการรักษาที่ทันทั่วถึง

สำหรับการบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีความรุนแรงระดับปานกลางขึ้นไปจนถึงรุนแรงมาก ผู้ป่วยทุกรายมักจะได้รับการตรวจ

เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง เพื่อช่วยในการวินิจฉัยตำแหน่งและความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ และเพื่อวางแผนในการรักษา รวมถึงการรับไว้รักษาหรือส่งต่ออาการในโรงพยาบาล มากกว่าการจำหน่ายผู้ป่วยกลับไปสังเกตอาการที่บ้าน ซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีความรุนแรงน้อย ที่การตัดสินใจในการส่งตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมหรือการรับไว้ในสังเกตอาการในโรงพยาบาลยังมีความแตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาลที่มีขนาดและศักยภาพในการตรวจรักษาที่แตกต่างกันได้มาก ตั้งแต่ได้รับการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง และรับไว้สังเกตอาการในโรงพยาบาล ไม่ว่าจะมีความผิดปกติจากผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองหรือไม่ทุกราย, มีการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองและรับไว้สังเกตอาการหากพบความผิดปกติจากภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง และจำหน่ายกลับไปสังเกตอาการที่บ้าน หากไม่มีความผิดปกติจากภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง, ไม่มีการส่งตรวจ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง แต่รับผู้ป่วยไว้สังเกตอาการจนมั่นใจว่าปลอดภัย จนกระทั่งไม่มีการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง และจำหน่ายผู้ป่วยกลับไปสังเกตอาการที่บ้าน ซึ่งในกรณีสุดท้ายเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนในภายหลังก็มักจะก่อให้เกิดความล่าช้าในการรักษาพยาบาลและการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยที่แย่งหากไม่สามารถกลับมารับการรักษาได้ทันทั่วถึงและก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจของผู้ป่วยและญาติจนนำไปสู่ปัญหาการฟ้องร้องได้ เนื่องจากความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติที่เชื่อว่าหากแพทย์ให้ผู้ป่วยกลับไปสังเกตอาการที่บ้านได้ผู้ป่วยก็น่าจะไม่มีความปลอดภัยเพียงพอและไม่ควรเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง หรือถึงแก่ชีวิตได้ การจะพิจารณาการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์

สมอง, การตัดสินใจการรักษาและการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า จึงเป็นข้อควรพิจารณาที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะที่ถือว่ารุนแรงน้อยเมื่อแรกได้รับบาดเจ็บด้วย ระดับความรู้สึกตัว GCS โดยเฉพาะในโรงพยาบาลขนาดเล็ก เช่น โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีความจำกัดทั้งบุคลากรผู้เชี่ยวชาญและ การส่งตรวจที่สำคัญคือ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง และหากจะต้องส่งต่อผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีความรุนแรงน้อยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าทุกราย ก็อาจจะเป็นการเพิ่มภาระแก่ผู้ป่วย และญาติ และโรงพยาบาลปลายทางซึ่งมักเป็นโรงพยาบาลจังหวัด หรือโรงพยาบาลศูนย์ซึ่งมักมีความแออัดอยู่ค่อนข้างมากเนื่องจากเป็นจุดรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนทั้งจังหวัดหรือจังหวัดใกล้เคียง จะเห็นได้ว่าการบาดเจ็บที่ศีรษะที่รุนแรงน้อยก่อให้เกิดปัญหาแก่การตัดสินใจในการรักษาไม่น้อยเลยทีเดียว

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่าการประเมินระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะเบื้องต้น โดยใช้คะแนนระดับความรู้สึกตัว GCS เพียงอย่างเดียวอาจก่อให้เกิดปัญหาในการตัดสินใจในการดูแลรักษาของทีมบุคลากรทางการแพทย์ การมีเครื่องมืออื่น ๆ ที่จะช่วยประกอบในการพิจารณาตัดสินใจ

ใจส่งตรวจเพิ่มเติม จะช่วยให้แพทย์ผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยเฉพาะแพทย์ฉุกเฉิน มีความมั่นใจในการดูแลรักษาผู้ป่วยมากขึ้น และลดความเสี่ยงต่อผู้ป่วย และทีมผู้ดูแลรักษาเอง การศึกษาเรื่องการใช้ Mild Traumatic Brain Injury Risk Score (MTBI Risk Score) ในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางศีรษะกลุ่มความเสี่ยงสูงสามารถช่วยประเมินความเสี่ยงของการตรวจพบความผิดปกติทางภาพถ่ายเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองได้หรือไม่ เป็นการศึกษาที่น่ารังเกียจในท้องฉุกเฉินโรงพยาบาลรามาธิบดี ที่พยายามจะหาคำตอบหรือทางออกที่ดีให้กับทุกฝ่าย ในการดูแลรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่รุนแรงน้อยเมื่อประเมินด้วยระดับคะแนนความรู้สึกตัว GCS แรกเริ่ม โดยการให้ความสำคัญกับปัจจัยร่วมอื่นๆ ที่อาจช่วยในการพิจารณา ระดับความเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละราย และพิจารณาการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่ปะปนอยู่ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการตรวจรักษาที่เหมาะสมทันที และไม่เป็นการสิ้นเปลืองทรัพยากร หรือเพิ่มความเสี่ยงจากการเอกซเรย์ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำกว่าโดยแพทย์ผู้ดูแลมีความมั่นใจมากขึ้นว่าผู้ป่วยจะไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมาหากไม่ได้รับการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง หรือเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

## เอกสารอ้างอิง

1. Faul M, Xu L, Wald MM, Coronado VG. Traumatic brain injury in the United States: emergency department visits, hospitalizations, and deaths. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2010
2. สถิติการบาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุขนส่ง พ.ศ.2550 (Severe Injury due to Transport accident 2007). โรงพยาบาลเครือข่ายเฝ้าระวังการบาดเจ็บรุนแรง 28 แห่ง สำนักกระบาด กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข:2550.
3. Teasdale G, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. *Lancet* 1974;2:81-4.
4. Rimel RW, Giordani B, Boll TJ, Jane JA. Disability caused by minor head injury. *Neurosurg* 1981;9:221-8.