

การพยาบาลผู้ป่วยสมองขาดเฉียบร่วมกับมีภาวะเลือดออก เหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก

ธัญรัตน์ ปิยวัชรเวลา¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์การดูแล การรักษาพยาบาล ในผู้ป่วยสมองขาดเฉียบร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก ที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างเดือน มกราคม-กันยายน พ.ศ. 2562 เก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มเวชระเบียน แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และแนวทางการสัมภาษณ์ญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วย นำข้อมูลที่ได้วิเคราะห์เนื้อหาโดยกำหนดประเด็นความครอบคลุมการดูแล ทั้งในระยะวิกฤติ และฉุกเฉิน ระยะพักฟื้น และฟื้นฟู และการดูแลระยะยาว ทั้งการดูแลรักษาทางการแพทย์ ปัญหาทางการพยาบาล และความต่อเนื่องในการดูแลต่อที่บ้าน และชุมชน ผลการศึกษาพบว่า การดูแลในระยะวิกฤติและฉุกเฉิน ต้องได้รับการประเมินที่รวดเร็ว แม่นยำ รวมถึงต้องได้รับการส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษาขั้นสูงเพื่อให้ได้รับยาและผ่าตัดรักษาอย่างเร่งด่วน การบริการตามมาตรฐาน และใช้เครื่องมือประเมินที่ไวต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิต หรือลดภาวะทุพพลภาพได้ การให้การพยาบาลโดยใช้หลักวิชาการที่เป็นไปตามแนวทางเวชปฏิบัติ การประเมินสภาพผู้ป่วย และระบุปัญหาและความต้องการที่สอดคล้อง ทั้งในระยะวิกฤติและฉุกเฉิน ระยะฟื้นฟู และระยะยาว จะทำให้สามารถลดความรุนแรงของโรค ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะคุกคามต่อชีวิต ข้อเสนอแนะจากการศึกษาต่อระบบบริการสาธารณสุขอาจต้องพัฒนาแนวทางประเมินกลุ่มผู้ป่วยขาดเฉียบที่ศีรษะที่ไวต่ออาการทางสมองที่เปลี่ยนแปลง แนวปฏิบัติที่เฉพาะ รวดเร็วเป็นพิเศษ และการพัฒนาฟื้นฟูทักษะความเชี่ยวชาญของบุคลากรทุกระดับในการดูแล ช่วยเหลือในทุกระยะการเจ็บป่วยต่อเนื่อง นโยบายการจัดการความปลอดภัยในการใช้รถ ใช้ถนนปัจจุบันซึ่งควรบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด ร่วมกำหนดมาตรการทางสังคมร่วมกัน และสื่อสารธรรมาภิบาลในลักษณะเตือนภัย ปลุกฝังวินัยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ

คำสำคัญ : การพยาบาล , ภาวะสมองขาดเฉียบ , ภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น

Corresponding Author: Thanyaras Piyawatchwela , Email: p.thanyaras@gmail.com

NURSING CARE OF TRAUMATIC BRAIN INJURY PATIENT WITH EPIDURAL HEMATOMA

Thanyaras Piyawatchwela¹

ABSTRACT

This study aims to analyze nursing care of traumatic brain injury patient with epidural hematoma who were admitted at emergency room in KhonKaen hospital during January-September 2019. Data were collected from medical record, patient record form, and caregiver's interview form. The data were analyzed using content analysis covering the critical care, emergency care, recovery, rehabilitation, and long term care including medical treatment, nursing care, and continuing care at home and community. The results revealed that nursing care in critical and emergency period must be evaluated immediately and accurately. Moreover, referring to advanced medical care for receiving urgent medicine and operation, providing standard services, and utilizing sensitivity assessment tools could be enhancing survival and reducing disability rate. Likewise, providing nursing care based on principle, practice guidelines, patient condition, and problem & need identifying during critical and emergency stage, rehabilitation, and long term period could be decrease the severity and harmful condition of patient. The suggestion to public health system should be develop specifically and rapidly evaluating guideline for traumatic brain injury patient who sensitive for neuro change. Also, the development and refreshing skill and competency among health care providers and relevant key actors to capable in all stage of illness should be manipulated. Especially, promoting the policy of safety management and law enforcement on safety driving should be contribute as the social measures, warning public media, and discipline construction.

Key words: Nursing care , Traumatic Brain Injury , Epidural Hematoma

¹ Registered Nurse Professional Level , Emergency Department , KhonKaen Hospital

บทนำ (Introduction)

จากรายงานสถานการณ์โลกด้านความปลอดภัยทางถนน ปีพ.ศ. 2561 (Global Report on Road Safety 2018) โดยองค์การอนามัยโลก พบว่า การบาดเจ็บและสูญเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา พบอัตราผู้เสียชีวิตบนท้องถนนสูงถึง 1.25 ล้านคนต่อปี และจะเพิ่มเป็น 1.35 ล้านคนในอีกสามปี หรือเฉลี่ย 3,700 คนต่อวัน สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากรถยนต์ รถจักรยานยนต์ และคนเดินถนน ตามลำดับ¹ ประเทศไทยมีอุบัติการณ์ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรปีพ.ศ. 2560-2562 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แม้อัตราตายในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มลดลง แต่อัตราเฉลี่ย 6 ปี ยังมีสัดส่วนที่สูง และเป็นอันดับสองของโลก อันดับหนึ่งของเอเชีย² สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ 3 ใน 4 ของการอุบัติเหตุทั้งหมดเกิดจากรถจักรยานยนต์ รองลงมาเป็นรถยนต์ และคนเดินเท้า ตามลำดับ ผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดกับผู้ประสบเหตุมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการปะทะ และการมีอุปกรณ์ป้องกัน การบาดเจ็บโดยเฉพาะการบาดเจ็บที่สมอง ซึ่งเป็นเกิดจากแรงปะทะจากภายนอกส่งผลให้เนื้อสมองได้รับบาดเจ็บ ประเมินจากลักษณะการเกิดอุบัติเหตุ ความรุนแรงการปะทะ มีอาการแสดงถึงการสูญเสียความรู้สึกตัว สูญเสียความทรงจำ ความผิดปกติทางระบบประสาท³ มีระดับ

ความรุนแรงที่ต่างกัน การบริการทางการแพทย์ประเมินและจัดระดับความรุนแรงและการบาดเจ็บที่สมองจากการประเมิน Glasgow Coma Scale (GCS) โดย (1) ระดับรุนแรงคะแนนประเมิน $GCS \leq 8$ พบร้อยละ 10 (2) ระดับปานกลางคะแนนประเมิน $GCS = 9-12$ พบร้อยละ 15 และ (3) ระดับเล็กน้อย $GCS = 13-15$ พบร้อยละ 75 คะแนนที่ประเมินอาจสอดคล้องกับอาการและอาการแสดง แต่ความเสี่ยงที่เกิดจากการบาดเจ็บที่สมองยังคงต้องเฝ้าระวังอาการทางสมองอย่างใกล้ชิดอย่างน้อย 24 ชั่วโมง ผลจากการเฝ้าระวัง ดูแลอย่างใกล้ชิดทุกระดับความรุนแรงพบว่า ผู้ประสบเหตุเสียชีวิตร้อยละ 5.1 ต้องเข้ารับการรักษด้วยการผ่าตัดร้อยละ 13.39 เกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 70 ภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอกหรือภาวะเลือดออกที่ผิวสมอง (Epidural hematoma หรือ Extradural hemorrhage) เป็นอีกภาวะหนึ่งที่พบบ่อยเกิดจากการฉีกขาดของหลอดเลือดสมองบริเวณเยื่อหุ้มสมอง หรือหลอดเลือดระหว่างกะโหลกศีรษะและเยื่อหุ้มสมองชั้นดورا ส่งผลให้เนื้อสมองถูกกดเบียดทำให้เกิดอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ อาเจียน ชัก อัมพาตครึ่งซีก พูดไม่ชัด แขนขา เคลื่อนไหวผิดปกติ หรือหมดสติได้⁴ การเกิดหลอดเลือดฉีกขาดทำให้เกิดก้อนเลือดมีสาเหตุจากการผิดรูปของกะโหลกศีรษะในขณะที่มีแรงมากระทบทำให้หลอดเลือดที่แตกแขนงไปเลี้ยงกะโหลก

ศีรษะถูกดิ่งรั้งจนฉีกขาดทำให้มีก้อนเลือดขนาดใหญ่ขึ้น มีผลให้ผู้ป่วยมีอาการเลวลงอย่างรวดเร็ว การได้รับการรักษากับประสาทศัลยแพทย์อย่างทันท่วงที จะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตและลดความพิการ⁵ ทุพพลภาพได้ผลกระทบอื่นที่เกิดขึ้นต่อคนในครอบครัวที่เจ็บป่วย หรือเสียชีวิตกะทันหัน ส่งผลขาดรายได้ ไร้อาชีพ ภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ในการดูแลรักษาที่สูงขึ้นทั้งในระยะวิกฤตและฉุกเฉิน ระยะฟื้นฟู และระยะยาว

โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 1,000 เตียง ดูแลรักษาผู้ป่วยทุกสาขา และเป็นศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง โดยเฉพาะสาขาอุบัติเหตุและวิกฤติบำบัด ซึ่งมีระบบบริการการแพทย์ก่อนถึงโรงพยาบาลอย่างเข้มข้น และต่อเนื่อง พัฒนาระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพรวดเร็ว ทันสมัยครอบคลุมทั้งจังหวัด ให้บริการผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุช่วงปี พ.ศ. 2559-2561 เพิ่มขึ้นทุกปี ได้แก่ 25, 445 ราย 25, 293 ราย และ 26,097 รายตามลำดับ แม้อัตราการป่วยที่มีการบาดเจ็บที่สมองร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก (Epidural Hematoma: ICD10 S0640-S0641) จะมีแนวโน้มลดลงคือ จำนวน 254, 204 และ 172 ราย เสียชีวิต 18, 14 และ 8 รายตามลำดับ สาเหตุการเสียชีวิตส่วนหนึ่งเกิดจากพยาธิสภาพ ความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น การประเมินและ

และการดูแลรักษาที่ล่าช้า ซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้ผู้บาดเจ็บเสียชีวิต ผลกระทบที่อาจเกิดในระยะวิกฤตและฉุกเฉิน คือ การเกิดข้อร้องเรียนจากกระบวนการให้บริการ การวินิจฉัยล่าช้า อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อนรุนแรง เสียชีวิต หรือทุพพลภาพได้ ในระยะฟื้นฟูรัฐต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายทางการแพทย์สูง ผู้ป่วยและครอบครัวขาดรายได้ขาดอาชีพ ต้องเฝ้าระวังอาการทางสมอง รวมถึงฟื้นฟูให้ฟื้นหายเป็นปกติ ระยะยาวผู้อาจทุพพลภาพ ไม่สามารถดำรงชีวิตแบบเดิมได้ ครอบครัวต้องปรับตัว ให้การดูแลช่วยเหลือเพิ่มเติมภาระ ค่าใช้จ่ายจึงอาจเพิ่มแบบทวีคูณฉะนั้นการดูแลบริการผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ควรได้รับการประเมินด้วยความเชี่ยวชาญ เครื่องมือที่ใช้มีความไวต่ออาการที่เปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก ได้รับการวินิจฉัยที่รวดเร็ว ให้การบำบัด รักษาด้วยการผ่าตัดทันเวลา จะช่วยให้หายเป็นปกติได้ จึงกำหนดวัตถุประสงค์ในการศึกษานี้เพื่อวิเคราะห์การดูแล การรักษาพยาบาล ในผู้ป่วยสมองบาดเจ็บร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก กำหนดขอบเขตการศึกษาไว้เฉพาะผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินและวิกฤต โรงพยาบาลขอนแก่น โดยเลือกแบบเจาะจง 2 ราย ที่แตกต่างกันทั้งความรุนแรงของอุบัติเหตุ การเข้ารับบริการ พยาธิสภาพ การและผลลัพธ์การบริการเพื่อหาช่องว่างการ

บริการและให้การดูแล รักษาพยาบาลที่ครอบคลุม รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและครอบครัว

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกรณีศึกษา เลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์ความต่างของการเกิดอุบัติเหตุ การเข้ารับบริการทางการแพทย์ อาการและอาการแสดง และพยาธิสภาพ และผลลัพธ์หลังรับการรักษา และเข้ารับบริการห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างเดือนมกราคม-กันยายน พ.ศ. 2562 จำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ประกอบการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และแนวทางการสัมภาษณ์ญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยในการศึกษา และศึกษาจากเอกสารมือสอง ได้แก่ แบบบันทึกการรับส่งต่อ แพ้มเวชระเบียนผู้ป่วยใน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ความเหมือนความต่างตามแนวทางเวชปฏิบัติใน 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ ความครอบคลุมบริการสาธารณสุข การบำบัดรักษาทาง การแพทย์ และปัญหาและการวินิจฉัยทางการแพทย์ทั้งในระยะฉุกเฉินและวิกฤตและฉุกเฉิน ระยะฟื้นฟู และระยะยาว⁷⁻⁸ และข้อเสนอแนะการจัดระบบบริการสาธารณสุขให้สามารถเติมเต็มช่องว่างการดูแล บำบัดรักษาและให้การพยาบาล ผู้ป่วยสมองบาดเจ็บร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก

ข้อมูลเบื้องต้นการเข้ารับบริการของกรณีศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทยอายุ 54 ปี อาชีพรับราชการ มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดศีรษะหลังเกิดอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ล้ม ก่อนมาโรงพยาบาล 30 นาที ประวัติการเจ็บป่วย ชั่วรถจักรยานยนต์หักหลบรถยนต์ล้ม ไม่สลบ รู้สึกตัวดี มีศีรษะ มีแผลฉีกขาดที่ศีรษะขนาด 1 นิ้ว สวมหมวกนิรภัย ไม่ดื่มสุรา ถูกนำส่งโดยรถกู้ชีพ แกร็บผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ปวดศีรษะ GCS = 15 ($E_4V_5M_6$) pupil 2 mm. reaction both eyes แขน ขา ขยับได้ grade 5 pain score 7 ชีพจร 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 162/85 มิลลิเมตรปรอท หลังได้รับการสังเกตอาการ 2 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีอาการทางระบบประสาทลดลง ประเมิน GCS = 8 ($E_3V_1M_4$) pupil 3 mm. reaction both eyes แขนขาข้างขวาอ่อนแรง grade 4 ผล CT scan brain : Epidural Hematoma at Left Temporoparietal regions ได้รับการผ่าตัด Craniotomy with removal clot พ้นระยะวิกฤต นอนพักรักษาในโรงพยาบาล 19 วัน จำหน่ายและนัดตรวจติดตามการรักษา 6 สัปดาห์

กรณีศึกษารายที่ 2 เด็กชายไทย อายุ 13 ปี รับส่งต่อจากโรงพยาบาลระดับ M2 ประวัติการเจ็บป่วย ขณะเดินถนนถูกรถปิคอัพชน เสียหลักล้ม ไม่สลบ รู้สึกตัวดี บ่นปวดศีรษะ อาเจียน 3 ครั้ง GCS = 15

(E₄V₅M₆) pupil 3 mm. reaction both eyes ความดันโลหิต 152/91 มิลลิเมตรปรอทชีพจร 110 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที pain score 6 ถูกส่งต่อไปโรงพยาบาลระดับ M1เพื่อทำ CT Scan brain ขณะเดินทางเพื่อส่งต่อ อาการทางระบบประสาทลดลง ซึมลง GCS= 7 (E₁V₁M₅) pupil 3 mm. reaction both eyes ความดันโลหิต 177/99 มิลลิเมตรปรอทโรงพยาบาลระดับ M1 ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ และประสานส่งต่อ แกร็บที่รพ.ขอนแก่น GCS= 7 (E₁V₁M₅) pupil 3 mm. not react to light botheyes ชีพจร 62 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 138/90 มิลลิเมตรปรอท ผลตรวจ CTScanbrain พบ Epidural Hematoma at Bilateral Occipital regions with Occipital Bone Fracture ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้น ต้องช่วยฟื้นคืนชีพ และเสียชีวิตในที่สุด

ผลการวิจัย (Result)

ผลจากการเก็บรวบรวมข้อมูลกรณีศึกษาจำนวน 2 ราย โดยเลือกผู้รับบริการตามเกณฑ์ที่กำหนด ศึกษาข้อมูลตั้งแต่แรกรับ จนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สัมภาษณ์ผู้ดูแลในครัวเรือน ได้แก่ ภรรยาผู้ป่วยรายที่ 1 และยายของผู้ป่วยรายที่ 2 พบลักษณะการจัดการดูแลรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องในการดูแลกรณีศึกษาใน 3 ประเด็น ได้แก่ ความครอบคลุมบริการสาธารณสุข การ

บำบัดรักษาทางการแพทย์ และปัญหาและการวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล ครอบครัว 3 ระยะของการดูแลผู้ป่วยคือ ระยะวิกฤตและฉุกเฉิน ระยะฟื้นฟู และระยะยาว

ประเด็นความครอบคลุมการบริการสาธารณสุข

ข้อมูลกรณีศึกษารายที่ 1 เกิดเหตุในเขตเมืองได้รับการดูแลฉุกเฉิน ณ ที่เกิดเหตุตามมาตรฐานโดยหน่วยกู้ชีพ นำส่งถึงห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่นซึ่งเป็นศูนย์เชี่ยวชาญด้านฉุกเฉินและวิกฤติ มีแพทย์พยาบาล ทีมสหวิชาชีพ และเครื่องมือที่ทันสมัยวินิจฉัยใช้เวลาารวมเพียง 20 นาที

รายที่ 2 พื้นที่เกิดเหตุในต่างอำเภอมียาลำดับของความเชี่ยวชาญของหน่วยบริการสุขภาพตามโครงสร้างบริการ และระบบการส่งต่อของบริการสาธารณสุข โดยจากจุดเกิดเหตุมีบริการช่วยเหลือฉุกเฉิน ณ ที่เกิดเหตุ นำส่งโรงพยาบาลชุมชนในเขตพื้นที่ใช้เวลาาำส่งเท่ากัน และมีอาการแสดงเปลี่ยนแปลง หลังอุบัติเหตุใช้เวลาใกล้เคียงกัน แต่ด้วยศักยภาพในการจัดบริการ จึงต้องส่งต่อโรงพยาบาลในระดับสูงขึ้น แต่ยังคงความเชี่ยวชาญทางด้านประสาทศัลยแพทย์ จึงต้องส่งต่อตามลำดับ ใช้เวลารวมจนถึงแผนกฉุกเฉินและวิกฤต รพ.ขอนแก่น รวมเวลา 4 ชั่วโมง 10 นาที ผู้ป่วยจึงอยู่ในระยะวิกฤตยาวนาน การกดยึดของก้อนเลือดที่สมองเป็นเวลา นานส่งผลให้ผู้ป่วยหยุดหายใจ ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ และเสียชีวิตในที่สุด

บริการสาธารณสุขระยะวิกฤติและฉุกเฉิน มีบริการฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ซึ่งผู้ปฏิบัติการมีทักษะในการใช้เครื่องมือประเมินระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะและทำการประเมินตามมาตรฐานจึงระบุอาการแสดง และอาการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลจากการกดเบียดที่สมอง บริการสาธารณสุขในระยะนี้มีข้อจำกัดใน 3 ส่วน ได้แก่ (1) ระดับความเชี่ยวชาญของหน่วยบริการในการดูแล รักษาพยาบาล (2) สภาพภูมิประเทศ และระยะทางจากพื้นที่จนถึงหน่วยบริการหลัก หรือหน่วยบริการระดับเชี่ยวชาญ (3) ระบบการส่งต่อที่มีหลายขั้นตอน อาจส่งผลกระทบต่อกลุ่มผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่สมอง และจำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว และต้องได้รับผ่าตัดสมองโดยประสาทศัลยแพทย์ ซึ่งมีเฉพาะในโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลเชี่ยวชาญขั้นสูง

ประเด็นการบำบัดรักษาทางการแพทย์

ข้อมูลกรณีศึกษา รายที่ 1 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่นหลังเกิดเหตุ 20 นาที ผลการประเมินระดับความรุนแรงและการบาดเจ็บที่สมองเปลี่ยนแปลงโดยคะแนนลดลงจาก 15 คะแนน เป็น 8 คะแนน ภายใน 2 ชั่วโมง แสดงถึงการมีเลือดออกในสมอง หรือเนื้อสมองได้รับการบาดเจ็บ จึงพบอาการแสดงระดับความรู้สึกตัวลดลง ความผิดปกติของระบบ

ประสาท ซึ่งต้องได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะอย่างรวดเร็ว จึงจะมีโอกาสรอดชีวิตลดความพิการ ทูพพลภาพได้ **รายชื่อที่ 2** การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกเกิดขึ้นขณะนำส่งจากที่เกิดเหตุ เมื่อถึงโรงพยาบาลขนาด M2 ได้ส่งต่อทันทีแต่เป็นการส่งต่อตามลำดับคือโรงพยาบาลระดับ M1 ซึ่งมีศักยภาพ และความเชี่ยวชาญสูงกว่า พบว่าผู้ป่วยหยุดหายใจเนื่องจากการกดเบียดของก้อนเลือดในสมองเป็นเวลานาน ได้ใส่ท่อช่วยหายใจและแก้ไขภาวะวิกฤตอย่างรีบด่วนรวมระยะเวลาส่งต่อมาที่ รพ.ขอนแก่น ถึงห้องฉุกเฉิน 5 ชั่วโมง 10 นาที แพทย์วินิจฉัยรักษา และวางแผนผ่าตัดทันทีเมื่อผู้ป่วยพร้อม เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้นต้องช่วยฟื้นคืนชีพ และเครื่องช่วยหายใจ ทีมแพทย์ได้ให้ข้อมูลกับญาติถึงพยาธิสภาพอาการแทรกซ้อน และแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องและมีส่วนร่วมต่อมาผู้ป่วยได้เสียชีวิตรวมระยะเวลาตั้งแต่เกิดเหตุถึงเสียชีวิตรวมเวลา 8 ชั่วโมง 35 นาที

การบำบัดรักษาทางการแพทย์ระยะวิกฤติและฉุกเฉิน สำหรับผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมองแล้วไปกดศูนย์ควบคุมการหายใจ ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัวต้องใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ พยาบาลต้องมีความรู้ทักษะในการประเมินอาการทางระบบประสาทและสัญญาณชีพตามมาตรฐานการดูแลระยะวิกฤติและให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีเมื่อพบว่าคะแนนการประเมินทาง

ระบบประสาทลดลง เช่น GCS ลดลง ≥ 2 คะแนน หรือ motormovement ลดลง 1 คะแนน ควรรับปรึกษาประสาทศัลยแพทย์ เพื่อวินิจฉัยรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติ ทั้งการวางแผนเตรียมผ่าตัด หรือ การส่งต่อไปยังโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการขั้นสูง ไม่ควรรอการวินิจฉัย หรือตรวจพิเศษอื่นที่อาจทำให้การผ่าตัดหรือส่งต่อผู้ป่วยล่าช้าโดยไม่จำเป็น เนื่องจากผู้ป่วยที่มีเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก ถ้าได้รับการผ่าตัดโดยรวดเร็ว ผู้ป่วยมักมีพยากรณ์โรคที่ดี สามารถกลับมาปกติได้ เนื่องจากการเกิดสมองบาดเจ็บระยะแรก ไม่มากต่างกับเลือดออกในสมองชนิดอื่น ถ้าได้รับการผ่าตัดช้าอาจเกิดสมองขาดเลือดจากภาวะความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูงเป็นเวลานาน ทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้

ประเด็นปัญหาและการวินิจฉัยทางการพยาบาล

วิเคราะห์ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้ง 2 กรณีเตรียมความพร้อมใน 3 ระยะ ได้แก่ ระยะวิกฤตและฉุกเฉิน ระยะฟื้นฟู และระยะยาว มีการจัดการดูแล ทางการพยาบาลแต่ละระยะดังนี้

ระยะวิกฤตและฉุกเฉิน การพยาบาลในระยะวิกฤตมีเป้าหมายคือการลดความดันกะโหลกศีรษะ ส่งเสริมการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงเส้นเลือดสมอง ลดภาวะแทรกซ้อนจากสมองย่อย โดยผู้ป่วยทั้งสองรายจะได้รับการประเมิน อาการทาง

ระบบประสาทและสัญญาณชีพ ให้สารน้ำตามแผนการรักษา ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้รับยาลดปวด ยาลดความดันในกะโหลกศีรษะ ยาลดภาวะสมองบวม ยาแก้ชัก ยาต้านจุลชีพ รายที่ 1 ให้การดูแลหลังผ่าตัด Craniotomy with removal ส่วนรายที่ 2 ได้ช่วยฟื้นคืนชีพ และให้ยากระตุ้นหัวใจวางแผนให้การดูแลเมื่อพร้อมในการเข้ารับการผ่าตัดการพยาบาลระยะวิกฤตและฉุกเฉินเป็นไปตามเป้าหมาย มีกระบวนการ ดูแล ดังนี้ (1) ให้การดูแล โดยการประเมินน้ำเข้าออกพร้อมวิเคราะห์ความสมดุล การให้ยาตามแผนการรักษาเคร่งครัดลดปัจจัยที่ทำให้เลือดคั่งในสมองเพิ่ม และขาดออกซิเจน เช่น การจัดท่านอนที่เหมาะสม การประเมินสัญญาณชีพและสัญญาณทางระบบประสาท สังเกตและเฝ้าระวังอาการชักเกร็ง การดูแลก่อนและหลังผ่าตัดตามมาตรฐาน การให้ข้อมูลครอบครัวจึงมีความจำเป็นที่ต้องประเมินการสื่อสารทั้งผู้ให้ข้อมูลและผู้รับข้อมูล ด้วยสถานะในครอบครัวของผู้ป่วย 2 ราย แตกต่างกัน โดยรายที่ 1 เป็นหัวหน้าครอบครัว รับราชการ ส่วนรายที่ 2 เป็นนักเรียนอาศัยอยู่กับตา ยาย ซึ่งมีเหตุหายใจเป็นระยะการเตรียมครอบครัวระยะวิกฤตจึงต้องให้ข้อมูลเป็นระยะเกี่ยวกับการรักษาและอาการผู้ป่วยเป็นระยะเพื่อประเมินและเตรียมความพร้อมของครอบครัวเมื่อเกิดการสูญเสีย

ระยะฟื้นฟู การพยาบาลในระยะฟื้นฟู เป็นการวางแผนดูแลเมื่อพ้นระยะวิกฤต โดยใช้กระบวนการฟื้นฟูสภาพให้ครอบคลุม ปัญหา และทันเวลา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยรายที่ 1 ใช้เวลาหลังการวินิจฉัยรักษาเพียง 1 ชั่วโมง ได้รับการผ่าตัด หลังผ่าตัดได้รับการดูแลในระยะวิกฤต 4 ชั่วโมง ตามแนวทางเวชปฏิบัติ และต้องเตรียมความพร้อม วางแผนให้การพยาบาลในระยะฟื้นฟู รายที่ 2 มีระยะของการส่งต่อ และการวินิจฉัยซึ่งใช้เวลามากกว่า รายที่ 1 ถึง 5 เท่าส่งผลให้เลือดที่ออกในสมอง กดศูนย์ควบคุมการหายใจ ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัว ต้องใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ ไม่สามารถผ่านระยะวิกฤต และฉุกเฉินได้ การพยาบาลในระยะนี้จึงต้องวางแผนการดูแล และเตรียมการฟื้นฟู เพื่อการฟื้นฟูและคืนสภาพปกติให้เร็วที่สุด ได้แก่ (1) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น การติดเชื้อปอดอักเสบจากเครื่องช่วยหายใจ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ แผลผ่าตัดติดเชื้อ แรงดันในสมองเพิ่มขึ้น เป็นต้น (2) การบริหารความปวดด้วยยาตามแผนการรักษา (3) การฟื้นฟูกระตุ้นกล้ามเนื้อและข้อจากการนอนนาน รวมถึงการเฝ้าระวัง ป้องกันแผลกดทับ (4) การประเมินการทำงานและฟื้นฟูของสมอง และระบบประสาท (5) การฝึกอบรม ทักษะสำหรับผู้ดูแลในครัวเรือนในการให้การช่วยเหลือ ดูแลฟื้นฟูที่ถูกต้องและเหมาะสม

ระยะยาว การพยาบาลระยะยาว เป็นการวางแผนจำหน่าย และเตรียมครอบครัว ชุมชนในการดูแลผู้ป่วย เป็นการเตรียมผู้ป่วย ครอบครัว ในการกลับบ้าน และดำรงชีวิตในชุมชนหลังการเจ็บป่วย ซึ่งได้วางแผนการพยาบาลในรายที่ 1 ซึ่งใช้เวลาในโรงพยาบาล 19 วัน และนัดติดตามการรักษา 6 สัปดาห์ เข้าสู่การดูแลระยะยาว การพยาบาลที่จำเป็นคือการออกแบบการดูแลโดยครอบครัว ชุมชน ซึ่งผู้ป่วยอาจมีความพิการ หรือทุพพลภาพ พยาบาลต้องประเมินความต้องการระยะยาว เช่น สภาพครอบครัว ผู้ดูแลหลัก อาชีพหรือลักษณะการทำงาน ซึ่งต้องประเมินและสนับสนุนให้ครอบครัว หรือผู้ดูแลหลักมีความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพ อาการผิดปกติที่จำเป็นต้องพบแพทย์ เช่น อาการชัก การรับรู้วัน เวลา สถานที่ แล่งทรัพยากรสนับสนุนที่ต้องใช้ประโยชน์ เช่น สถานพยาบาลใกล้บ้าน หน่วยฉุกเฉิน เบอร์โทรศัพท์ ศูนย์ฟื้นฟูฯ ในชุมชน เป็นต้น การวางแผน และออกแบบเพื่อปรับสภาพแวดล้อมร่วมกับครอบครัว เช่น เตียงนอน สถานที่พัก ห้องน้ำ ทางเดิน รวบรวมสภาพนอกบ้านที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยน อริยบท เป็นต้น

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

ในศึกษารายกรณี มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์การดูแล การรักษาพยาบาล ใน

ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก ที่เข้ารับการรักษที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น ผลการศึกษาสรุปประเด็นการดูแลรักษาพยาบาลได้ 3 ส่วน ได้แก่

(1) ประเด็นความครอบคลุมการบริการสาธารณสุข ทั้งสองกรณีมีบริการฉุกเฉินทางการแพทย์เข้าช่วยเหลือ ณ ที่เกิดเหตุ และได้รับการประเมินเบื้องต้น ให้การดูแลตามแนวทางเวชปฏิบัติ แตกต่างกันที่สถานที่เกิดเหตุที่รายที่ 2 อยู่ต่างอำเภอมั่นตอนของการส่งต่อมายังหน่วยบริการที่มีความเชี่ยวชาญชั้นสูง ฉะนั้นการเพิ่มศักยภาพของหน่วยบริการระดับอำเภอให้สามารถวินิจฉัยรักษาแบบเบ็ดเสร็จ โดยเฉพาะการพัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพในระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับอำเภอ หรืออาจใช้เทคโนโลยีสารสนเทศร่วมกับบริการ เพื่อลดระยะเวลารอคอยการวินิจฉัย⁹⁻¹⁰ จะทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ง่ายลดการเสียชีวิต หรือทุพพลภาพได้

(2) การบำบัด รักษาทางการแพทย์ ทั้งสองกรณีได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะสาเหตุจากเกิดอุบัติเหตุจากรถ ไม่พบการผิดปกติที่แสดงถึงระดับความรุนแรงต่อสมองในครึ่งชั่วโมงแรก หลังจากนั้นมีอาการและอาการแสดงของการบาดเจ็บที่สมองและมีเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก (Epidural Hematoma) ระบบบริการสาธารณสุขเอื้อต่อการเข้าสูการบำบัด รักษาทางการแพทย์ ตามแนวทางเวชปฏิบัติ มีปัจจัยเงื่อนไขที่ผลลัพธ์การบำบัด

รักษาแตกต่างกันคือ รายที่ 1 พ้นหายจำหน่ายกลับบ้าน รายที่ 2 ไม่สามารถให้การบำบัดรักษาจนผ่านระยะวิกฤติ และฉุกเฉินได้เนื่องจากมีระยะการรอวินิจฉัย การส่งต่อเป็นเวลานานจนสมองถูกกดเบียด หยุดหายใจช่วยฟื้นคืนชีพ ใส่ท่อช่วยหายใจ และใส่เครื่องช่วยหายใจ และเสียชีวิตในที่สุดฉะนั้นเงื่อนไขการบำบัด รักษาทางการแพทย์จึงเป็น การเข้าถึงการผ่าตัดเพื่อนำเลือดที่คั่งในสมองออก และให้ยารักษาทั้งการลดแรงดันในสมอง ยาต้านจุลชีพ และยาอื่นๆตามความจำเป็น¹¹ รวมทั้งการพยาบาลที่วางแผนครอบคลุมครบถ้วนตลอดการนอนรักษาในโรงพยาบาล

(3) ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้งสองกรณีมีการวางแผนการพยาบาลครอบคลุม 3 ระยะ ได้แก่ ระยะวิกฤติและฉุกเฉิน ระยะฟื้นฟู และระยะยาว ครอบคลุมตามพยาธิสภาพของการบาดเจ็บที่สมอง แม้ในรายที่ 2 จะเสียชีวิต แต่การศึกษาและดำเนินการในรายที่ 1 ทำให้เกิดบทเรียนของการบริการทางการแพทย์ ในการให้การดูแลแบบองค์รวม เป็นระบบ ครบถ้วนทุกมิติของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัว ส่วนรายที่สองแม้ไม่ผ่านระยะวิกฤติ ในทางการพยาบาลจะให้การดูแลช่วยเหลือ ครอบคลุมให้มีข้อมูล ความรู้ เตรียมความพร้อมรับการสูญเสียได้¹²⁻¹³ ฉะนั้นการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองและมีเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับกลไกการเกิดพยาธิสภาพของการ

บาดเจ็บที่สมอง โดยเฉพาะการเกิดการบาดเจ็บระยะที่สอง (secondary brain injury) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ทำให้ผู้บาดเจ็บมีอาการรุนแรงมากขึ้น การเฝ้าระวังและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวจึงเป็นหน้าที่หลักสำคัญของพยาบาลห้องฉุกเฉิน ซึ่งเป็นผู้ให้การดูแลใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดในระยะแรก ต้องนำมาตรฐานปฏิบัติการพยาบาลมาใช้ในการติดตามการเปลี่ยนแปลงอาการแสดงทางระบบประสาท การเฝ้าสังเกตอาการผู้ป่วย การเข้าใจความหมายของข้อมูลที่เกิดขึ้น อาการเตือนของผู้ป่วยที่เฉพาะเจาะจงกับโรคและกลุ่มอาการ เพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ภาวะวิกฤต รวมถึงการตัดสินใจรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อแพทย์ทันที ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะคุกคามต่อชีวิต

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอต่อการกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปลอดภัยทางถนน ได้แก่ (1) การจัดการปัจจัยด้านคน ทั้งเป็นผู้ขับขี่ คนเดินถนน ผู้โดยสาร เป็นต้น (2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับรถ ทั้งประเภทของรถ สภาพรถทั้งอายุการใช้งาน การดัดแปลงการใช้ความเร็ว เป็นต้น และ (3) ปัจจัยด้านถนน ได้แก่ สภาพถนน สัญญาณไฟ สัญญาณจราจร สภาพแวดล้อมรอบถนน เป็นต้น เพื่อลดความรุนแรงจากอุบัติเหตุ

2. ข้อเสนอต่อระบบบริการสาธารณสุข 3 ส่วน ได้แก่ (1) การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเฉพาะระบบการดูแลช่วยเหลือฉุกเฉินในระดับตำบล ให้มีศักยภาพในการประเมินที่ดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ (2) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกระดับ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดบริการสาธารณสุข ทั้งอาสาสมัครกู้ชีพกู้ภัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สหวิชาชีพ รวมถึงระดับครัวเรือน หน่วยงาน เช่น โรงเรียน อปท. สถานีตำรวจ เป็นต้น

3. ข้อเสนอด้านวิชาการ ควรส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาความรู้ทางวิชาการทั้งด้านคลินิก และการพัฒนาระบบการดูแลในระยะวิกฤตและฉุกเฉินโดยชุมชน การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองแบบองค์รวม การพัฒนาเครื่องมือประเมินผู้บาดเจ็บที่สมองที่ความไวรอบด้าน

4. ข้อเสนอเพื่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลด้านปฏิบัติการพยาบาลผู้บาดเจ็บในระยะวิกฤต ร่วมกับการประเมินสมรรถนะของพยาบาลห้องฉุกเฉินทั้งเครือข่ายจังหวัด เพื่อให้สามารถปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้บาดเจ็บที่มาใช้บริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร. รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของกระทรวงคมนาคม พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ: 2562.
2. American College of Surgeons. ATLS^R Advance Traumatic Life Support^R Student Course Manual. 10th ed. 633N. Saint Clair Street Chicago, IL 60611-3211; 2018.
3. นครชัย เปอ่นปฐม, ธีรเดช ศรีกิจวิไลกุล. แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ ราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี; 2562.
4. วิจิตรา กุสมภ์. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตแบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพาณิชย์; 2553.
5. ราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข: บริษัท พรอสเพอร์สพลัส จำกัด; 2562.
6. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะสำหรับบุคลากรทาง
การแพทย์. ขอนแก่น: เพ็ญพรินต์
จำกัด; 2556.
7. ไชยพร ยุกเซ็น, ธาวิณี ไตรณวงศ์สกุล, ยุวเรศมศรี ลิทธิชาญบัญชา. Emergency care: the pocket guide book. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: พิมพ์ลักษณ์; 2556.
8. อรทัย ชาทิภิตติคุณวงศ์. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤต. ใน: รัชณี เบญจฉนัง, บรรณาธิการ. การพยาบาลศัลยศาสตร์วิกฤต. กรุงเทพฯ: พีเอ ลิฟวิ่ง; 2558.
9. กรกฎ อภิรัตน์วรกุล. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. ศรีนครินทร์เวชสาร 2560; 32(3): 289-294.
10. วิบูลย์ เตชะโกศล. ประสิทธิภาพของการพัฒนาระบบทางด่วนพิเศษในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2557; 29(6): 524-529.
11. สรสิทธิ์ บุญยะวิโรจ. การศึกษาความแตกต่างในผลการดูแลรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับความรุนแรงน้อยที่มีความเสี่ยงต่อสมองระดับปานกลางที่ห้องสังเกตอาการและหอผู้ป่วยใน. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2559; 6(2): 771-781.
12. รุ่งนภา เทียวชะอำ, อรพรรณ โตสิงห์, ปรางทิพย์ ฉายพุทธ, เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์. การพัฒนาแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วย

- บาดเจ็บที่ศีรษะ. Journal of Nursing Science 2011; 29(1): 18 – 25.
13. รุ่งนภา เขียวชะอำ, ชดช้อย วัฒนะ. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองแบบองค์รวม. Journal of Phrapokklao Nursing College 2017; 28(1): 133-143.

