

แบบแสดงรายละเอียดประกอบการขอประเมินบุคคล

ของ

นางสาวอลิต ทับทิม

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ตำแหน่งเลขที่ 187456

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กลุ่มการพยาบาล

โรงพยาบาลชุมแพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรง

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

ตำแหน่งเลขที่ 187456

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กลุ่มการพยาบาล

โรงพยาบาลชุมแพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ผลการปฏิบัติงานตามภารกิจหลักย้อนหลัง 3 ปี (ต่อ)								
ที่	ผลการปฏิบัติงาน	หน่วย นับ	ปีงบประมาณ					
			พ.ศ. 2564		พ.ศ. 2565		พ.ศ. 2566	
			หน่วย งาน	เฉพาะ ตัว	หน่วย งาน	เฉพาะ ตัว	หน่วย งาน	เฉพาะ ตัว
4	ด้านการบริการ(ต่อ)							
	4.4 นำผลการวิจัยไปใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลในหน่วยงานงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้แก่							
	- การดูแลผู้ป่วยในระหว่างส่งต่อ	ครั้ง	1	1	1	1	1	1
	-การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (ACLS)	ครั้ง	1	1	1	1	1	1
	- การบริหารยาเฉพาะที่	ครั้ง	0	0	1	1	1	1
	- การตรวจและบำบัดทางการพยาบาลบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	ครั้ง	1,112	20	1,114	18	1,314	14
	- การคัดแยกประเภทผู้ป่วย (Triage)	ครั้ง	38,930	7,421	43,836	8,446	59,890	11,540
	-การดูแลผู้ป่วย Traumatic brain Injury	ครั้ง	492	95	243	47	385	74
	- การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ	ครั้ง	31	8	25	6	45	9
	-การดูแลผู้ป่วยติดเชื้ในกระแสเลือด	ครั้ง	739	142	503	96	658	126

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. ชื่อเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ : กรณีศึกษา พ.ศ. 2566
2. ระยะเวลาการดำเนินการ

วันที่ 30 ธันวาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การศึกษา “การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ : กรณีศึกษา พ.ศ. 2566” ครั้งนี้
ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการดำเนินงาน ดังนี้

3.1 ความรู้

การศึกษา “การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ” ซึ่งผู้ศึกษาได้ทบทวน
ความรู้ เอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาดังนี้

3.1.1. กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของระบบที่เกี่ยวข้อง

กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของศีรษะ

ศีรษะมีหนังศีรษะปกคลุมกะโหลกศีรษะไว้ ภายในกะโหลกศีรษะมีเนื้อสมองซึ่งมีเยื่อหุ้มสมองหุ้มอยู่ 3 ชั้นคือ (สมพร ชีโนรส, 2543) dura mater เป็นชั้นนอกสุดที่ติดกับผนังกะโหลก ประกอบด้วย 2 ชั้น ซึ่งอยู่ติดกันแน่น นอกจากบางแห่งจะแยกเป็น 2 ชั้น และมีโลหิตอยู่ภายใน ชั้นที่ 2 เรียก arachnoid membrane เป็นเยื่อหุ้มชั้นกลาง ชั้นที่ 3 เรียก pia mater เป็นชั้นในสุดติดเนื้อสมองระหว่าง pia mater กับ arachnoid membrane (Lorenc Newberry, 2003:246)

พยาธิสรีรวิทยาเมื่อมีการบาดเจ็บที่สมอง

1. สมองกระเทือน (cerebral concussion) เป็นภาวะที่สมองได้รับการกระทบกระเทือนจากแรงที่มากกระทบศีรษะ ผู้ป่วยจะหมดสติเป็นนาที มีการสูญเสีย reflex หายใจชั่วคราว สัญญาณชีพเปลี่ยน ผู้ป่วยจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้ (amnesia)

2. สมองช้ำ (cerebral contusion) เป็นสภาพที่สมองมีการชอกช้ำ บวม และมีเลือดออกเป็นจุดๆ เราเรียกพยาธิสภาพของเนื้อสมองด้านที่มีแรงกระแทกว่า coup injury และเรียกพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับเนื้อสมองด้านตรงข้ามกับแรงที่มากกระแทกว่า contrecoup ผู้ป่วยจะมีระดับความรู้สึกตัวเลวลงหมดสติไปนานเป็นชั่วโมง หรือ coma เป็นเวลานาน

3. สมองฉีกขาด (cerebral laceration) เป็นพยาธิสภาพที่รุนแรงที่สุด เพราะเนื้อสมองถูกทำลาย ฉีกขาด และมีเลือดออก และสมองช้ำอย่างรุนแรง การฉีกขาดของเส้นเลือดบนผิวสมองหรือในเนื้อสมองยังทำให้เลือดออกและมีก้อนเลือดในสมองในช่อง subdural หรือ extradural ผู้ป่วยจะมี deep coma แขนขาเกร็งทันทีทันใด

3.1.2. ความหมายของโรค

การบาดเจ็บศีรษะ หมายถึงการที่ศีรษะได้รับการกระทบกระเทือนโดยมีแรงมากกระทำ เป็นผลหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ เนื้อเยื่อภายในกะโหลกศีรษะสมองเกิดรอยฟกช้ำ เป็นแผลฉีกขาดของเนื้อเยื่อ จนกระทั่งมีเลือดออกในสมอง ทั้งที่เกิดจากการแตกของกะโหลกศีรษะ หรือไม่มีการแตกของกะโหลกศีรษะ หมดสติหรือไม่หมดสติ ซึ่งจะส่งผลต่อการทำหน้าที่ของสมองอาจเกิดความผิดปกติด้านร่างกาย ทำให้ร่างกายพิการ การรับรู้ สติสัมปชัญญะ อารมณ์ พฤติกรรม และระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงไป อาจเป็นได้ทั้งชั่วคราวหรือถาวร

3.1.3. อุบัติการณ์

ปัญหาการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นปัญหาสำคัญของโลก มีอุบัติการณ์สูงเนื่องจากสัมพันธ์กับการบาดเจ็บจากการจราจร (road traffic injury) จากข้อมูลย้อนหลัง 3 ปีของประเทศไทย พบว่าการบาดเจ็บจากการจราจรในปีพ.ศ. 2558 มีผู้เสียชีวิต 11,389 คน ปี พ.ศ. 2559 มีผู้เสียชีวิต 9,815 คน และปี พ.ศ.2560 มีผู้เสียชีวิต 15,256 คน ส่วนผู้บาดเจ็บก็เพิ่มขึ้นมาโดยตลอดจาก 660,888 คน ในปี พ.ศ. 2558 เป็น 831,118 คน ในปี พ.ศ. 2559 และล่าสุดปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนทั้งสิ้น 1,002,193 คน ในปี พ.ศ. 2560 จากข้อมูลของ worldatlas.com ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีอัตราการตายจากอุบัติเหตุจราจรสูงเป็นอันดับ 1 ของโลกคือ มีอัตราการเสียชีวิต 36.2 ต่อประชากร 100,000 คน จากสถิติดังกล่าวบ่งบอกถึงภาระหน้าที่ทางสาธารณสุขที่ต้องดำเนินการและภาระของบุคลากรทางสาธารณสุขที่ต้องดูแลผู้ป่วยจากการบาดเจ็บที่ศีรษะที่มากขึ้นรวมทั้งเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและใบหน้า (craniofacial injury) ในปี พ.ศ.2559 เป็นจำนวนถึง 2,770 ล้านโดยเฉพาะค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บในกะโหลกศีรษะ (Intracranial injury) เป็นจำนวนถึงกว่า 2,460 ล้านบาท จากสถิติข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury surveillance : IS) ข้อมูลจังหวัดขอนแก่น ปี 2563-2565 มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร เท่ากับ 444,378 และ 424 ราย ตามลำดับ ส่วนข้อมูลของโรงพยาบาลชุมแพ ปี 2564-2566 มี

เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร เท่ากับ 45,43 และ 37 ราย และมีผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ จำนวน 31,25, และ 35 ราย ตามลำดับ การบาดเจ็บศีรษะเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต ส่งผลกระทบภายหลังการบาดเจ็บทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะทุพพลภาพไร้ความสามารถหรือเสียชีวิต ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเป็นการพยาบาลที่ยุ่งยากซับซ้อน โดยเฉพาะการพยาบาลช่วงวิกฤติและฉุกเฉินที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย การประเมินอาการของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว และให้การดูแลอย่างทันที เมื่อผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤติ พยาบาลก็มีบทบาทสำคัญในการดูแลฟื้นฟูร่างกายอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปดำรงชีวิตที่บ้านหรือสังคมได้

3.1.4. สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดบาดเจ็บที่ศีรษะ

มีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุทางการคมนาคม ได้แก่ อุบัติเหตุรถยนต์ รวมทั้งคนเดินเท้า พบประมาณร้อยละ 50 การตกจากที่สูง และ หกล้ม เป็นสาเหตุรองลงมาพบได้ประมาณร้อยละ 21 โดยจะพบมากในกลุ่มเด็กเล็กและผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามในประชากรที่อายุมากกว่า 75 ปี จะเกิดบาดเจ็บทางสมองจากสาเหตุนี้มากที่สุด และการทำร้ายร่างกาย พบประมาณร้อยละ 12 โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 25 - 34 ปี จะพบได้มาก ภาวะบาดเจ็บสมองจากสาเหตุนี้ มีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อยๆอุบัติเหตุจากการเล่นกีฬา พบประมาณร้อยละ 10และนั่นหนนาการ ถูกยิง แรงแกระแทกอื่นๆ

ปัจจัยการเกิดบาดเจ็บที่ศีรษะ แบ่งออกเป็น 2 แบบคือ

1. การบาดเจ็บโดยตรง (direct injury) คือ บาดเจ็บที่เกิดบริเวณศีรษะโดยตรง มี 2 ชนิด คือ

1.1 บาดเจ็บที่เกิดขณะศีรษะอยู่นิ่ง (static head injury) คือ บาดเจ็บที่เกิดแก่ศีรษะขณะอยู่นิ่งหรือเคลื่อนไหวเล็กน้อย เช่น การถูกตี ถูกยิง เป็นต้น พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นจะเป็นพยาธิสภาพเฉพาะที่เท่านั้น แต่ถ้าถูกตีด้วยวัตถุใหญ่หรือวัตถุที่มีความเร็วสูง จะทำให้สมองเกิดการสั่นสะเทือนอย่างรุนแรง

1.2 บาดเจ็บที่เกิดขณะศีรษะเคลื่อนที่ (dynamic head injury) คือ บาดเจ็บที่เกิดแก่ ศีรษะขณะที่ศีรษะมีความเร็วไปกระทบกับวัตถุที่อยู่นิ่งหรือกำลังเคลื่อนที่ เช่น ขับรถไปชนต้นไม้ ขับรถไปชนกับรถที่วิ่งสวนทาง เป็นต้น เมื่อศีรษะกระทบของแข็ง จะทำให้เกิดบาดเจ็บหรือพยาธิสภาพแก่สมองส่วนนั้น (coup lesion) ซึ่งมักมีการแตกร้าของกะโหลกศีรษะร่วมด้วย ส่วนสมองด้านตรงข้ามกับบริเวณที่กระทบวัตถุนั้นอาจมีการฉีกขาดและมีเลือดออกร่วมด้วย (contracoup lesion)

2. การบาดเจ็บโดยอ้อม (indirect injury) คือ การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับส่วนอื่นของร่างกาย แล้วมีผลสะท้อน ทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะขึ้น เช่น ตกจากที่สูงก้นกระแทกพื้น ทำให้ศีรษะกระแทกลงมาบนส่วนของกระดูกคอ เป็นผลทำให้เกิดอันตรายต่อแกนสมองส่วนเมดัลลาโดยตรงหรือการเคลื่อนไหวของลำตัวอย่างรวดเร็วทำให้ส่วนศีรษะขาดการรองรับ เป็นผลให้ศีรษะคว่ำไปข้างหน้าหรือหงายไปด้านหลังอย่างรวดเร็ว ชนิดนี้ไม่มีบาดแผลที่หนังศีรษะและกะโหลกศีรษะ

3.1.5. อาการและอาการแสดงการบาดเจ็บของสมองที่พบได้บ่อย มีดังนี้

1. เลือดออกภายในกะโหลกศีรษะ (Intracranial hemorrhage) เป็นการบาดเจ็บที่มีก้อนเลือดเกิดขึ้น ซึ่งก้อนเลือดอาจไปกดเนื้อสมองโดยตรง หรือทำให้เนื้อสมองส่วนที่มีเลือดออกเคลื่อนไปกดบริเวณก้านสมอง อาการและความรุนแรงของเลือดออกภายในกะโหลกศีรษะขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เลือดออกและปริมาณที่เลือดออก ดังนั้นนอกเยื่อหุ้มสมอง (Epidural) ได้เยื่อสมอง (Subdural, Subarachnoid) ในสมอง (Intracerebral) และโพรงสมอง (Intraventricular)

2. เลือดออกนอกเยื่อหุ้มสมอง (Epidural hematoma: EDH) ส่วนใหญ่เกิดจากแรงกระแทกโดยตรงต่อกะโหลกศีรษะ (Direct injury) ทำให้กะโหลกศีรษะผิดรูป (Skull deformity) และเกิดการฉีกขาดของหลอดเลือดแดง (รัฐชัย แก้วสาย, 2564) ทำให้เกิดภาวะที่มีเลือดออกจากช่องว่างระหว่างกะโหลกและเยื่อหุ้มสมองชั้นดورا (ชั้นนอก หรือ Dura mater) ซึ่งเกิดจากการฉีกขาดของหลอดเลือดแดงที่เลี้ยงเยื่อหุ้มสมองส่วนกลาง (Middle meningeal

artery) มักพบร่วมกับกะโหลกศีรษะบริเวณขมับแตก (Temporal bone fracture) เมื่อก่อนเลือดโตขึ้นจะกดสมองและแยกสมองจากกะโหลกชัดเจน (ไสว นรสาร, 2563)

3. เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง (Subdural hematoma: SDH) เลือดออกใต้ชั้นดิวราส่วนใหญ่เกิดจากหลอดเลือดดำในเยื่อหุ้มสมองชั้นดิวราฉีกขาด เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองจะปรากฏอาการในระยะเวลาที่แตกต่างกันและเรียกชื่อตามระยะเวลาที่แสดงอาการ ได้แก่ ชนิดเฉียบพลันชนิดรองเฉียบพลัน และชนิดเรื้อรัง (ไสว นรสาร, 2563)

4. เลือดออกในเนื้อสมอง (Intracerebral hemorrhage: ICH) มักเกิดในสมองส่วนหน้าและด้านข้าง ทำให้สมองบริเวณนี้ขาดเลือดและบวม มีอัตราการเสียชีวิตสูง อาการผิดปกติที่พบขึ้นกับปริมาณเลือดและตำแหน่งที่เลือดออก ผู้ป่วยอาจมาด้วยอาการปวดศีรษะ หมดสติภายในเวลาอันรวดเร็ว อัมพาตด้านตรงข้ามกับสมองด้านที่มีพยาธิสภาพ หรือมีอาการความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increase intracranial pressure: IICP) และสมองเคลื่อน (Brain herniation) (ไสว นรสาร, 2563)

5. เลือดออกในโพรงสมอง (Intraventricular hemorrhage: IVH) หมายถึงเลือดออกในโพรงสมอง (Ventricle) ซึ่งเป็นส่วนที่สร้างน้ำไขสันหลัง มักพบในผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง เลือดที่พบอาจเป็นเลือดที่ออกในโพรงสมองหรือเลือดที่ออกใต้ชั้นอะแร็กนอยด์ (Subarachnoid) แล้วไหลเข้าไปในโพรงสมอง อาการแทรกซ้อนของ IVH ที่สำคัญ ได้แก่ เกิดภาวะน้ำคั่งในโพรงสมอง (Hydrocephalus) ความดันในกะโหลกศีรษะสูงและสมองเคลื่อน การรักษาทางการแพทย์เป็นการผ่าตัดและใส่ท่อเพื่อระบายน้ำไขสันหลังที่อยู่ในโพรงสมอง (Ventriculostomy) ถ้ารักษาไม่ทันผู้ป่วยจะเสียชีวิต (ไสว นรสาร, 2563) ตำแหน่งที่พบ IVH บ่อยสุดคือ Posterior horn ของ Lateral ventricle (รัฐชัย แก้วลาย, 2564)

6. เลือดออกใต้ชั้นอะแร็กนอยด์ (Traumatic subarachnoid hemorrhage: SAH) หมายถึงเลือดออกที่เยื่อหุ้มสมองระหว่างชั้นอะแร็กนอยด์กับชั้นเพีย (Pia mater) ภาวะนี้อาจเกิดจากการบาดเจ็บศีรษะหรือหลอดเลือดในสมองแตก ส่วนใหญ่ SAH มักมีสาเหตุจากการแตกของหลอดเลือดสมองโป่งพอง (Ruptured aneurysm) ส่วนสาเหตุที่เกิดจากอุบัติเหตุจะพบได้น้อยกว่า (ไสว นรสาร, 2563) ส่วนใหญ่ Traumatic SAH มักจะพบเลือดเฉพาะใน Cerebral sulci แต่ถ้ามีเลือดปริมาณมากหรือเป็นการบาดเจ็บของสมองที่รุนแรงอาจส่งผลให้มีเลือดอยู่ในชั้น Cisterns ที่ลึกเข้าไปได้ (รัฐชัย, 2564) หากมีเลือดออกที่ใต้ชั้นอะแร็กนอยด์จะมีอาการระคายเคืองของเยื่อหุ้มสมอง (Meningeal irritation) ได้แก่ คอแข็ง (Nuchal rigidity) ปวดต้นคอ เห็นภาพซ้อน หรือมีอาการความดันในกะโหลกศีรษะสูง เป็นต้น (ไสว นรสาร, 2563)

3.1.6 การวินิจฉัยโรค

โดยการซักประวัติและการตรวจร่างกาย ประเมินระดับความรู้สึกตัวและระบบประสาท รวมทั้งการบาดเจ็บที่บริเวณส่วนอื่น ที่อาจเกิดขึ้นร่วมกับการบาดเจ็บที่ศีรษะได้ เช่น การบาดเจ็บที่บริเวณกระดูกสันหลังบริเวณคอ หลังการตรวจประเมิน โดยแพทย์ที่โรงพยาบาลแล้ว หากมีข้อบ่งชี้แพทย์จะทำการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan) สมองเพิ่มเติม เพื่อวินิจฉัยภาวะเลือดออกในสมอง กะโหลกศีรษะแตก เพื่อปรึกษาประสาทศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและวางแผนในการรักษาต่อไป

3.1.7. การรักษา

1. การดูแลระบบทางเดินหายใจ (Respiratory care) โดยมีเป้าหมายการลดความเสียหายของสมองจากการบาดเจ็บทุติยภูมิให้น้อยที่สุด การรักษาด้วย hyperventilation สำหรับผู้ป่วยระยะเฉียบพลันที่มี TBI รุนแรงช่วยลด ICP และปรับปรุงผลลัพธ์ของการรักษาได้ แต่อย่างไรก็ตาม hyperventilation ที่มากเกินไปจะทำให้เกิด vasoconstriction และ CBF ลดลงตามมานำไปสู่ภาวะสมองขาดเลือด ซึ่งสาเหตุที่רבวณของความสมดุลการ

เผาผลาญออกซิเจนในสมองมีดังนี้คือ 1) การขาดออกซิเจน 2) ความดันเลือดต่ำ 3) hypo / hyper PaCO₂ และ 4) ภาวะโลหิตจาง

2. การดูแลระบบไหลเวียนโลหิต (Hemodynamic care) ควบคุมค่าความดันซิสโตลิก ที่ ≥ 100 มม.ปรอท สำหรับผู้ป่วยอายุ 50-69 ปี ค่า CPP เป้าหมาย อยู่ระหว่าง 60 และ 70 มม.ปรอท ผู้ป่วยรายนี้มีภาวะความดันโลหิตสูงจึงจำเป็นต้องควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม เพื่อป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยแย่ลงจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

3. การจัดการสารน้ำ (Fluid management) การให้ crystalloids isotonic solution เช่นน้ำเกลือ normal saline เป็นที่นิยมใช้กันมากที่สุดในผู้ป่วย นอกจากนี้การให้สารน้ำแบบ Hypertonic ได้กลายเป็นทางเลือกในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะการให้ mannitol จะช่วยเพิ่ม CBF โดยลดความหนืดของเลือดและส่งเสริมการขับปัสสาวะ

4. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Glycemic Control) หลังจากสมองบาดเจ็บทำให้เกิดภาวะ catecholamine surge ร่วมกับมีการหลั่ง cortisol เพิ่มขึ้นซึ่งไปยับยั้งการหลั่ง Insulin ส่งผลให้น้ำตาลในเลือดสูง นอกจากนั้นการเผาผลาญกลูโคสแบบไม่ใช้ออกซิเจนจะทำให้เกิดกรดในสมองนำไปสู่การทำงานที่ผิดปกติของสมอง และทำให้เกิดสมองบวม ดังนั้นควรหลีกเลี่ยงการให้สารน้ำที่มีกลูโคส ทั้งนี้ควรมีการติดตามค่าน้ำตาลในเลือดและควบคุมให้อยู่ในช่วง 80-180 mg/dL ผู้ป่วยรายนี้มีโรคเบาหวานร่วมด้วยจึงจำเป็นต้องติดตามระดับน้ำตาลในเลือดอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสมองบวม

5. การรักษาความดันในกะโหลกศีรษะสูง

5.1 แพทย์อาจพิจารณาใส่ท่อ probe หรือสายยางเข้าไปในช่อง epidural หรือในโพรงสมอง เพื่อวัดความดันในกะโหลกศีรษะ

5.2 ควบคุมความดันโลหิตและรักษาแรงดันในเนื้อเยื่อสมอง

5.3 จัดทำนอนศีรษะสูงประมาณ 30 องศา เพื่อเพิ่มการไหลกลับหรือไหลเวียนออกของเลือดดำ และหลีกเลี่ยงการเกิดแรงดันในช่องอก

5.4 การใส่ ET-tube และเครื่องช่วยหายใจ

5.6 การควบคุมอุณหภูมิร่างกาย โดยใช้ผ้าห่มความเย็นเพราะถ้าอุณหภูมิร่างกายสูงจะเพิ่มอัตราการเผาผลาญของเนื้อเยื่อสมอง (cerebral metabolism) และสมองบวมมากขึ้น

5.7 การรักษาด้วยยา ได้แก่ Mannitol ซึ่งมีฤทธิ์ดึงน้ำออกจากเซลล์สมองและขับน้ำออกจากร่างกายทางปัสสาวะปริมาณมาก เพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะสูง Loop diuretic เช่น Furosemide ซึ่งขัดขวางการดูดซึม NaCl Steroid เช่น Dexamethasone ซึ่งมีกลไกการออกฤทธิ์ไม่แน่นอน แต่เชื่อกันว่าสามารถลดการอักเสบของเนื้อเยื่อและลดสมองบวมได้ ยาลดความดันโลหิต ใช้ในรายที่ความดันโลหิตสูงชนิดเฉียบพลัน (SBP 185 มม.ปรอท และ DBP 110 มม.ปรอท) หลีกเลี่ยงการใช้ร่วมกับยาในกลุ่ม peripheral vasodilation และ Phenobarbital ยาทำให้ผู้ป่วยสงบ (Sedation) ที่ออกฤทธิ์สั้น เพื่อลดอัตราการเผาผลาญของร่างกาย แต่ต้องระวังเรื่องการหยุดหายใจ ยาแก้ชัก เช่น Dilantin ในรายที่มีข้อมูลของการชัก

5.8 การผ่าตัดเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะสูง จะทำหลังจากที่รักษาด้วยยาแล้วไม่ได้ผล หรือในรายที่ต้องผ่าตัดเลย เช่น มีก้อนเลือด กะโหลกศีรษะแตกยุบลงไปกดเนื้อสมอง

3.1.8. กระบวนการและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนการผ่าตัดเป็นการรักษาผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมอง เพื่อลดสิ่งกดเบียดหรือเลือดที่ออกในสมองการผ่าตัดเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะสามารถทำได้และที่นิยมทำ คือการผ่าตัดลดความดันภายนอกโดยการผ่าตัดเปิดเอากะโหลกศีรษะออก (Craniectomy) เพื่อให้สมองที่บวมไม่ถูกจำกัด การจัดทำหรือ

พลิกตะแคงตัวต้องมีความระมัดระวัง และป้องกันไม่ไห้ส่วนของสมองได้รับความกระทบกระเทือน เพราะเมื่อเกิดการกระทบกระเทือนจะถูกเนื้อสมองโดยตรง และการผ่าตัดลดความดันภายใน โดยการผ่าตัด เข้าไปในกะโหลกศีรษะเพื่อเอาก้อนเลือดออก (Craniotomy) วิธีนี้เป็นการลดความดันในกะโหลกศีรษะ ที่มีประสิทธิภาพ แต่ระยะหลังการผ่าตัดต้องประเมิน ระดับความรู้สึกตัว การหายใจ การได้รับสารน้ำ การได้รับยาและที่สำคัญผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหากไม่มีข้อจำกัดต้องได้รับการจัดท่านอนยกศีรษะสูง 30 องศาทุกราย เพื่อให้สมองมีพื้นที่ว่าง ลดการกดเบียดของเนื้อสมอง หลังการผ่าตัดอาจมีอาการเลวลงได้ จากมีเลือดออกซ้ำ สมองบวมและอาจทำให้ผู้ป่วยถึงขั้นเสียชีวิตการดูแลผู้ป่วยก่อนรับการผ่าตัดเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญในบทบาทของพยาบาล และทีมสุขภาพสามารถปฏิบัติได้คือการซักประวัติ การเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษา ประวัติการแพ้ยา การใช้ยา เพราะบางครั้งยาที่ผู้สูงอายุใช้อาจมีผลต่อการรักษาโดยการผ่าตัด เช่น ยาแอสไพริน ซึ่งจะมีผลต่อการแข็งตัวของเลือด ประวัติการดื่มสุรา และสามารถจัดเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆ ดังนี้

1. การเตรียมทางด้านจิตใจ เพราะเมื่อผู้ป่วยและญาติรับรู้ว่าจะต้องรับการผ่าตัด มักจะเกิดความวิตกกังวล และกลัว ซึ่งความกลัวจะมีในลักษณะที่แตกต่างออกไป เช่น กลัวไม่ฟื้นจากการผ่าตัด กลัวความพิการ กลัวผลที่เกิดหลังการผ่าตัดของญาติ เป็นต้น พยาบาลควรต้องสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงพยายามแก้ปัญหา เพื่อช่วยคลายความวิตกกังวล อาจทำได้โดยการพูดคุย ปลอบโยน หรือตอบข้อข้องใจต่างๆ ซึ่งจะต้องใช้ไหวพริบในการพิจารณาตอบคำถาม

2. การเตรียมทางด้านร่างกาย การทำความสะอาดบริเวณที่จะผ่าตัดเพื่อป้องกันการติดเชื้อขณะผ่าตัดควรโกนผมก่อนการผ่าตัดไม่เกิน 6 ชั่วโมง บางแห่งอาจโกนผมในห้องผ่าตัด ขึ้นอยู่กับแพทย์ที่จะทำการผ่าตัด

3. การเตรียมความพร้อมในด้านอื่นๆก่อนการผ่าตัด เช่น การงดอาหารและน้ำ การเตรียมเลือด การเซ็นใบยินยอมรับการรักษาโดยการผ่าตัด การให้ยาออกไปห้องผ่าตัด มีการบันทึก สัญญาณชีพ และอาการทางระบบประสาทตามแบบประเมินของกลาสโกว

4. การเตรียมสิ่งแวดล้อมเพื่อรับผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด อาจจัดให้ผู้ป่วยอยู่ใน ห้องที่เงียบสงบ อากาศถ่ายเทดี ปราศจากฝุ่น เสียงรบกวน และเป็นห้องที่อยู่ใกล้ห้องทำงานของพยาบาล เตรียมเครื่องมือเครื่องใช้ให้พร้อม เช่น เครื่องดูดเสมหะ ออกซิเจน ไม้กั้นเตียง เป็นต้น ตามแต่สะดวกและจำเป็นใช้ในผู้ป่วยหลังการผ่าตัด

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังการผ่าตัดการสังเกตอาการและการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดมีความสำคัญต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วย การดูแลในระยะหลังการผ่าตัดสามารถให้การดูแลได้ ดังนี้

1. การดูแลทางเดินหายใจปัญหาที่พบ คือ การอุดตันของทางเดินหายใจ (Airway obstruction) หรือการหายใจไม่เพียงพอ (hypoventilation) บางครั้งอาจต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อให้ทางเดินหายใจโล่งและสามารถช่วยดูดเสมหะออกได้

2. ตรวจประเมินอาการทางระบบประสาท การตรวจวัดสัญญาณชีพ เพื่อติดตาม ระดับความรู้สึกตัว โดยประเมินทุก 15-30 นาที นาน 2 ชั่วโมง จากนั้นทุก 1 ชั่วโมง ใน 3 ชั่วโมง

3. การจัดท่านอนยกศีรษะสูง 30 องศา ในกรณีที่ไม่มีอาการบาดเจ็บของกระดูกสันหลังร่วมด้วย เพื่อลดการกดเบียดเนื้อสมองทำให้มีช่องว่างในสมองลดความดันในกะโหลกศีรษะ

4. ความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรลัยท์ใน 2-3 วันแรกของการผ่าตัด ร่างกาย อาจมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการผ่าตัด โดยการหลั่งฮอร์โมนวาคโซเพรสซินมากกว่าปกติ มีผลให้ร่างกายเก็บโซเดียมและน้ำ ทำให้ปัสสาวะออกน้อยลงแม้จะให้สารน้ำทางหลอดเลือดเพิ่มอาจเกิดภาวะน้ำเป็นพิษ (water intoxication) และสมองบวมได้ ถ้าพบค่าโซเดียมในเลือดอยู่ระดับ 130-150 mEq/L หรือต่ำกว่านี้

5. การตรวจสอบบาดแผลหลังการผ่าตัด และเฝ้าระวังในเรื่องของการเกิดเลือดออกซ้ำโดยการสังเกตผู้ป่วยหลังรับการผ่าตัด
6. การดูแลท่อระบายต่างๆ ให้อยู่ในระบบปิด ป้องกันการเกิดการติดเชื้อ และลดการคั่งค้างของเลือดที่สมอง
7. การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น นอนนานอาจเกิดแผลกดทับได้ง่าย การปลัดตกหกล้ม ซึ่งเตียงควรจัดให้ไม้กั้นทุกเตียง ช่วยการดูแลพลิกตะแคงตัวในกรณีที่มีอาการหนัก
8. การบันทึกรายละเอียดหลังการผ่าตัดเพื่อเป็นข้อมูลการรักษาและการดูแลต่อไป

Glasgow Coma Score

เป็นแบบวัดระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยโดยใช้การทำงานของสมองส่วนต่างๆ เป็นเครื่องวัด ที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นเครื่องมือมาตรฐานระดับสากล ที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย เพราะทำได้สะดวกง่าย และทุกคนสามารถบันทึกได้ค่อนข้างตรงกัน โดยเฉพาะมีตารางการกรอกคะแนน นอกจากนี้ยังสามารถบอกระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ และทำนายผลลัพธ์ของการบาดเจ็บได้ ซึ่งการบันทึกแบ่งออกเป็น 3 ข้อย่อย คือ

- 1.1 การลืมตา (eye opening)
- 1.2 การสื่อภาษาที่ดีที่สุด (best verbal response)
- 1.3 การเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด (best motor response)

1.1 ความสามารถในการลืมตา (Eye opening = E) เพื่อดูกลไกการทำงานของศูนย์ควบคุมความรู้สึกตัวว่ามี การเสียหายที่จากพยาธิสภาพของสมองหรือไม่ โดยแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ

ก. ลืมตาได้เอง (Spontaneous opening) ในรายที่ผู้ป่วยลืมตาได้เอง ให้ 4 คะแนน ซึ่งในการประเมินควรสังเกตว่าขณะเข้าไปประเมินผู้ป่วยลืมตาหรือหลับตา ถ้าลืมตาให้สังเกตลักษณะการลืมตาว่าแสดงถึงการตื่นตัวหรือไม่ คือ สามารถมองตามสิ่งที่เคลื่อนไหวอยู่ข้างหน้าได้อย่างมีจุดหมาย และมีการตอบสนองต่อการกระตุ้นได้อย่างรวดเร็ว เช่น สามารถลืมตาและหลับตาได้ตามคำสั่ง การสังเกตการลืมตาของผู้ป่วยต้องดูหนังตาบนว่าเปิดขึ้นหรือไม่ ในผู้ป่วยที่ปิดตาไม่สนิทขณะหลับถือว่าเป็นการหลับตา

ข. ลืมตาเมื่อเรียก (To speech) ผู้ป่วยที่ไม่ลืมตาจำเป็นต้องใช้เสียงเรียกเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยลืมตา แต่หากเรียกแล้วยังไม่ลืมตา อาจต้องตะโกนหรือเขย่าตัวจึงจะลืมตาให้ 3 คะแนน

ค. ลืมตาเมื่อเจ็บ (To pain) ให้ 2 คะแนน ถ้าผู้ป่วยไม่มีการตอบสนองต่อเสียงเรียกหรือการเขย่าตัว จะกระตุ้นด้วยความเจ็บปวด โดยการใช้นิ้วกดบริเวณโคนเล็บมือ แต่จะไม่ใช้วิธีการกดบนกระบอกตาระหว่างคิ้วทั้งสองข้าง (supra-orbital notch)

ง. ไม่ลืมตาเลย (None) ให้ 1 คะแนน หากพบว่าผู้ป่วยไม่มีการลืมตาเลยแม้กระตุ้นด้วยความเจ็บปวดแรงที่สุดแล้วก็ตาม แสดงว่ามีการกดการทำงานของศูนย์ควบคุมความรู้สึกตัว แต่หากผู้ป่วยไม่ลืมตาเนื่องจากตาบวมปิดไม่ต้องพยายามเปิดตรวจ ให้เขียน C (Close) ลงในช่อง 1คะแนน สำหรับผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บบริเวณใบหน้า อาจทำให้การประเมินในส่วนความสามารถในการลืมตาทำได้ยาก

- 1.2 ความสามารถในการสื่อภาษาที่ดีที่สุด (Best verbal response = V)

ก. พุดคุยได้ไม่สับสน (Oriented) ผู้ป่วยสามารถบอกเวลา สถานที่และบุคคลได้ถูกต้อง ให้ 5 คะแนน ในการตั้งคำถามจะถามเมื่อผู้ป่วยตื่นเต็มที่ โดยใช้คำถามง่ายๆ ไม่ซับซ้อน เช่น ให้ออกชื่อตัวเองอายุ หรือที่อยู่ หรือการบอกเดือน ปี เป็นต้น พยายามเลี่ยงคำถามที่ต้องอาศัยความแม่นยำจริงๆ เช่น การระบุเวลา หรือ ตัวเลข เพราะโอกาสผิดมีมากแม้ในคนปกติ ซึ่งจะทำให้แปลความหมายผิดได้ หากผู้ป่วยแสดงให้เห็นว่าสามารถสื่อสารได้แม้จะใส่ท่อหลอดลมคอ เช่น การเขียน หรือ ผงกศีรษะ ฯลฯ ให้อ่านที่ไว้ในเชิงอรรถ

ข. พุดคุยได้แต่สับสน (Confused) ผู้ป่วยสามารถพุดคุยโต้ตอบได้ แต่ถูกบ้าง ผิดบ้าง มีอาการสับสนในบางครั้ง การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง ครอบครัวย สิ่งแวดล้อม และสถานที่ผิดไป ให้ 4 คะแนน

ค. พุดเป็นคำๆ (Inappropriate words) ผู้ป่วยพุดเป็นประโยคไม่ได้ ออกเสียงเป็นคำสั้นๆ อาจเป็นคำสบลหรือคำที่ไม่มี ความหมายซึ่งไม่ใช่คำสนทนา และมักเป็นคำพุดเมื่อถูกกระตุ้นที่ร่างกายมากกว่ากระตุ้นด้วยเสียง ให้ 3 คะแนน แต่ถ้าตอบคำถามได้ดีแม้พุดเป็นคำก็ถือว่าพุดเข้าใจ และสื่อความหมายได้ดี ให้ 3 คะแนน

ง. ส่งเสียงไม่เป็นคำพุด (Incomprehensible sounds) ผู้ป่วยไม่ได้ตอบด้วยคำพุดเลย มีแต่เสียงในลำคอ เช่น ส่งเสียงคราง หรือเสียงร้อง เป็นต้น ให้ 2 คะแนน

จ. ไม่ออกเสียงเลย (None) ให้ 1 คะแนน ผู้ป่วยจะไม่มีเสียงตอบสนองเลยแม้ได้รับการกระตุ้นซ้ำๆ กันเป็นเวลานานแล้วก็ตาม ในผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมหากไม่สามารถแสดงให้เห็นว่าสื่อสารได้ให้บันทึก T ในช่อง 1 คะแนน

1.3 ความสามารถในการเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด (Best motor response = M)

ก. ทำตามคำสั่ง (Obeys commands) ผู้ป่วยสามารถทำตามคำสั่งได้ให้ 6 คะแนน ซึ่งควรทำการตรวจเมื่อผู้ป่วยตื่นแล้ว โดยใช้คำสั่งง่ายๆ เพื่อให้ผู้ป่วยทำแสดงท่าทางหรือการเขียน เช่น ให้ลืมตาหลับตา ยกมือขึ้นเหนือลำตัว หรือให้กำนิ้วชี้และนิ้วกลางของผู้ตรวจทั้งสองข้างให้แน่นที่สุด และบอกให้คลายออก ทำซ้ำๆ กันอย่างน้อย 2-3 ครั้ง ถ้าผู้ป่วยสามารถกำนิ้วผู้ตรวจตามคำสั่งได้ จะเป็นการทดสอบสองลักษณะในขณะเดียวกันคือ ดูการทำตามคำสั่ง และกำลังของกล้ามเนื้อ ไปพร้อมๆ กันในการตรวจมักใช้การตอบสนองของแขนเท่านั้น เพราะเห็นชัดเจนและไม่มี withdrawal spinal reflex ของไขสันหลังมาเกี่ยวข้องทำให้เข้าใจผิดได้

ข. ทราบตำแหน่งที่เจ็บ (Purposeful movement or localizes pain) ผู้ป่วยไม่ทำตามคำสั่งและเมื่อถูกกระตุ้นด้วยความเจ็บปวด ผู้ป่วยสามารถยกมือขึ้นมาบริเวณที่ถูกทำให้เจ็บปวดเพื่อเอาสิ่งที่ทำให้เจ็บออก หรือยกมือขึ้นมาถึงระดับคางเมื่อกดบนกระบอกตาระหว่างคิ้วทั้งสองข้าง (supra-orbital notch) ให้ 5 คะแนน ถ้าผู้ป่วยเป็นอัมพาตครึ่งซีกควรกระตุ้นซีกที่เป็นอัมพาตเพื่อจะได้สังเกตดูการเคลื่อนไหวของแขนขาข้างที่ดีได้ชัดเจน

ค. ชักแขน ขาหนี เมื่อเจ็บ (Withdraws to pain / non-purposeful) ให้ 4 คะแนน ผู้ป่วยไม่ทราบตำแหน่งที่เจ็บ มีการตอบสนองอย่างรวมๆ เช่น ดึงมือพร้อมเท้าหนีเมื่อถูกกระตุ้นด้วยความเจ็บปวดหรือเมื่อใช้ด้ามดินสอดกดบริเวณโคนเล็บมือก็ขยับแขน กดบริเวณเล็บเท้าก็ขยับขา เป็นต้น

ง. แขนงอเข้าหาตัวเมื่อเจ็บ (Flexion to pain / decorticate response) ให้ 3 คะแนน ผู้ป่วยจะงอแขนเกร็งเมื่อกระตุ้นด้วยความเจ็บปวด การเกร็งของแขนจะงอบริเวณข้อศอก ข้อมืองอเข้าหาตัวและนิ้วมือกำลงบนหัวแม่มือ แสดงว่ารอยโรคอยู่สูงกว่าใน brain stem เหนือ midbrain

จ. แขนเหยียดเกร็งเมื่อเจ็บ (Extension to pain / decerebrate response) ให้ 2 คะแนน เมื่อกระตุ้นด้วยความเจ็บปวด ผู้ป่วยจะเกร็งแขนแนบเข้าหาลำตัว ข้อศอกเหยียด เกร็งขีดลำตัว ข้อไหล่หมุนเข้าหาลำตัว ข้อมือหันออกจากลำตัว นิ้วมือกำลงบนหัวแม่มือ แสดงว่ารอยโรคอยู่ในระดับ brain stem ใต้ midbrain

ฉ. ไม่มีการเคลื่อนไหว (No response) ผู้ป่วยจะไม่สนองตอบต่อความเจ็บปวดเลย อาจมีหรือไม่มีการกระตุกของนิ้วมือนิ้วเท้า ซึ่งเป็นการตอบสนองโดย reflex เท่านั้น ให้ 1 คะแนน

การบันทึกจะใช้การตอบสนองที่ดีที่สุดในแต่ละด้าน แม้ว่าผู้ป่วยจะตอบสนองเพียงข้างเดียว เช่นผู้ป่วยซึ่งมีแขนขาเหยียดเกร็งเมื่อกระตุ้นด้วยความเจ็บปวด แต่สามารถยกมือซ้ายขึ้นมาบริเวณที่ถูกทำให้เจ็บได้ การบันทึกการเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด คือ 5 คะแนน ไม่ใช่ 2 คะแนน เป็นต้น

ค่าคะแนนขององค์ประกอบแต่ละด้านจะมีความสำคัญเท่ากับผลรวมของค่าคะแนนที่ได้ ดังนั้น การบันทึกคะแนน GCS จึงเป็นการแสดงค่าคะแนนขององค์ประกอบแต่ละด้าน และผลรวมของค่าคะแนน เช่น E3 M5 V3 = GCS 11 เป็นต้น เพื่อประโยชน์ต่อการแปลความหมายจากสิ่งที่บันทึกค่าคะแนนรวมทั้ง 3 ด้าน มีระดับคะแนนตั้งแต่

3-15 คะแนน ซึ่งสามารถจำแนกระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ (severity of head injury) ออกเป็น 3 ระดับ คือ (ปรีชา ศิริทองถาวร และสมศักดิ์ ผ่องประเสริฐ, 2548; สมาคมประสาทศัลยศาสตร์แห่งประเทศไทย, 2540; Sheehy, Blansfield, Danis, & Gervasini, 1999)

- การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย (Mild or minor head injury) มีค่าคะแนนตั้งแต่ 13-15 คะแนน
- การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลาง (Moderate head injury) มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 9-12 คะแนน
- การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง (Severe head injury) มีค่าคะแนนต่ำกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน

Eye opening (E) การลืมตา

- ลืมตาได้เอง (Spontaneous) 4 คะแนน
- ลืมตาเมื่อได้ยิน (Response to speech) 3 คะแนน
- ลืมตาเมื่อปวด (Response to pain) 2 คะแนน
- ไม่ลืมตา (none) 1 คะแนน

Verbal response (V) การตอบสนองต่อคำพูด

- พูดจารู้เรื่อง (Oriented) 5 คะแนน
- พูดจาสับสน (Confused) 4 คะแนน
- พูดจาไม่รู้เรื่อง (Inappropriate words) 3 คะแนน
- พูดจาไม่เป็นคำ (Incomprehensible sound) 2 คะแนน
- ไม่พูด (none) 1 คะแนน

Motor response (M) การตอบสนองของกล้ามเนื้อแขนขา

- ทำตามคำสั่งได้ (Obey) 6 คะแนน
- รู้ตำแหน่งที่กระตุ้น (Localizes) 5 คะแนน
- ชักแขนขาหนี (Withdrawal) 4 คะแนน
- มีการหดแขนขา (Abnormal flexion) 3 คะแนน
- มีการเหยียดแขนขา (Extensor response) 2 คะแนน
- ไม่มีการเคลื่อนไหว (No movement) 1 คะแนน

ความเที่ยงของคะแนนที่ได้ ขึ้นอยู่กับว่าผู้ป่วยไม่มีความผิดปกติในระบบอื่น เช่น ความดันโลหิตต่ำ (hypotension) มีภาวะพร่องออกซิเจน (hypoxia) อุณหภูมิในร่างกายต่ำกว่าปกติ (hypothermia) ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) หรือได้รับยา แอลกอฮอล์ ซึ่งมีผลต่อการทำงานของระบบประสาท เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่มี metabolic disturbances หรือมีการบาดเจ็บของไขสันหลัง อาจทำให้ค่าคะแนนที่ได้ไม่เที่ยงได้เช่นกัน จึงจำเป็นที่ต้องได้ประวัติจากผู้ป่วย ผู้เห็นเหตุการณ์ และผู้ที่ให้การช่วยเหลือก่อนนำส่งโรงพยาบาลเกี่ยวกับสาเหตุและกลไกการบาดเจ็บ ข้อมูลเกี่ยวกับการหมดสติ ระดับความรู้สึกตัว และเหตุการณ์สำคัญอื่นๆ (Sheehy, et.al, 1999)

กรณีที่พบว่าค่าคะแนนลดลงตั้งแต่ 2 คะแนนขึ้นไป ให้รีบปรึกษาประสาทศัลยแพทย์ (สมศักดิ์ ผ่องประเสริฐ, 2549) แม้ กลาสโกว์ โคม่า สเกล จะเป็นแบบวัดที่ถูกสร้างขึ้น สำหรับประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะเริ่มแรก แต่ก็ถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวางในผู้ป่วยหลายกลุ่ม ซึ่งพบว่ามีข้อจำกัดในการนำไปใช้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 3 ขวบ เป็นผลให้มีการพัฒนาแบบประเมินทางระบบประสาทสำหรับผู้ป่วยเด็ก (Glasgow Pediatric Coma Score) ซึ่งจะทำการประเมินใน 3 ด้าน เช่นเดียวกับผู้ใหญ่ แต่มีรายละเอียดแตกต่างในด้านความสามารถในการสื่อสารที่ดีที่สุด ดังนี้ (Russ Rowlett and the University of North Carolina at Chapel Hill, 2001)

คะแนน	อายุ 2-5 ปี	อายุ 0-23เดือน
5	พูดเป็นคำๆ หรือเป็นวลีที่เหมาะสม	ยิ้มหรือส่งเสียงอย่างเหมาะสม
4	พูดเป็นคำๆ แต่ไม่เหมาะสม	ร้องไห้และสามารถปลอบได้
3	ร้องไห้ไม่หยุดและ/หรือร้องกวนตลอดเวลา	ร้องไห้ ร้องคร่ำครวญ และ/หรือร้องกวนตลอดเวลา
2	ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด	ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด หรือ กระสับกระส่ายลุกลี้ลุก
1	เงียบ หรือไม่มีการตอบสนองด้วยเสียง	เงียบ หรือไม่มีการตอบสนองด้วยเสียง

ในด้านความสามารถในการลืมตา และความสามารถในการเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด จะทำการประเมินและให้คะแนนเช่นเดียวกับการประเมินในผู้ป่วยผู้ใหญ่

แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินงาน

1. แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดของการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของมาร์จอรี กอร์ดอน (Majorj Gordon)

2. กระบวนการพยาบาล

3.2 ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์

การศึกษาครั้งนี้ ใช้กระบวนการพยาบาล เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกรณีศึกษาครอบครัวร่างกาย เริ่มตั้งแต่ขั้นตอนการประเมินภาวะสุขภาพที่ซับซ้อน วิเคราะห์ปัญหาและภาวะเสี่ยง วินิจฉัยการพยาบาล จำแนกความรุนแรงของปัญหาที่ซับซ้อน วางแผนการพยาบาล ใช้ประสบการณ์ และความชำนาญสูงในการปฏิบัติการพยาบาลสอดคล้องกับแบบแผนสุขภาพผู้ป่วย (11 แบบแผนของกอร์ดอน) และกระบวนการพยาบาลครอบครัวร่างกายและจิตใจ ติดตามประเมินผลการพยาบาล เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้กับผู้ป่วยตลอดเวลา โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน จากภาวะเลือดออกในสมอง ตลอดจนการเตรียมผู้ดูแล ให้ความรู้ในการจัดการ อาการบาดเจ็บที่ศีรษะ และการช่วยเหลือเบื้องต้น ดังนั้นการประเมินสภาพและการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในโรงพยาบาล มีรูปแบบการดูแลแบ่งเป็น 4 ระยะ 1)ระยะแรกรับ ณ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2) ระยะการดูแลต่อเนื่อง 3) ระยะฟื้นฟูสภาพและเตรียมจำหน่าย และ4) ระยะจำหน่าย (Songwathena, Sae-Sia Kinungnte & Manocnya, 2014)

จากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะภายหลังจากอุบัติเหตุหรือหลังจากผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ การช่วยเหลือผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบมีโดยการค้นหาภาวะคุกคามต่อชีวิต การช่วยเหลืออย่างทันที่ที่ตลอดจนการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บโดยใช้ ATLS จึงเป็นสิ่งที่สำคัญ

การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

1) Primary survey คือการตรวจหาพยาธิสภาพที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในเวลาอันสั้น ซึ่งเมื่อพบต้องรีบแก้ไขทันทีได้แก่การตรวจดูเรื่องทางเดินหายใจ (Airway with cervical spine control) การหายใจ (Breathing) ระบบไหลเวียนโลหิต (Circulation) ความรู้สึกตัว(Disability) และสิ่งแวดล้อม (Exposure/Environment control)

2) Resuscitation การรักษาผู้ป่วยให้พ้นจากภาวะวิกฤติซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต ได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจ การช่วยหายใจ การให้ fluid resuscitationการห้ามเลือด เป็นต้น

3) Secondary survey เป็นการตรวจหาพยาธิสภาพอย่างละเอียดหลังจากที่ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤติแล้ว ขั้นตอนนี้ประกอบด้วย

- การซักประวัติ AMPLE ดังนี้ Allergy, Medication currently being taken by the patient, Past illness and operation, Last meal และ Event and Environment related to the injury
- ตรวจร่างกายอย่างละเอียดตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า
- การตรวจทางห้องปฏิบัติการเช่น CBC, BUN, Cr, G/M
- การตรวจพิเศษต่าง ๆ เช่น X-ray (Chest x-ray AP, lateral C-spine, Pelvic AP), CT scan, Diagnostic peritoneal lavage ในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของช่องท้อง เป็นต้น

4) Definitive care เป็นการรักษาผู้ป่วยหลังจากที่ได้ตรวจวินิจฉัยในเบื้องต้นเรียบร้อยแล้ว

การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะจากกรณีศึกษา

1) Primary survey

1.1) ทางเดินหายใจ (A: Airway) ทางเดินหายใจเร็ว ไม่มีสิ่งแปลกปลอมในช่องปาก มีน้ำลายปนเลือดในช่องปากเล็กน้อย

1.2) การหายใจ (B: Breathing and Ventilation) อัตราการหายใจ 30 ครั้งต่อนาที O₂ saturation 86 % ดูแลให้ O₂ mask with bag 10 LPM. Lung clear no wheezing no capitation การขยายทรวงอกเท่ากันทั้ง 2 ข้าง

1.3) การไหลเวียนโลหิต (C: Circulation and Hemorrhagic control) มีเลือดไหลซึมตลอดเวลาจากรูหูข้างขวา พบการฉีกขาดบริเวณใบหูข้างขวาขนาดยาว 3 เซนติเมตร แผลลึก 0.5 เซนติเมตร มีแผลถลอกฟอกซ้ำหัวไหล่ข้างขวา ขนาด 3 เซนติเมตร แผลถลอกข้อศอกแขนข้างซ้าย ไม่มีผิครูป ขนาด 3 เซนติเมตร อัตราการเต้นหัวใจ 106 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 141/72 mmHg.

1.4) ระบบประสาท (D: Disability (Neurologic evaluation) ผู้ป่วยแรกรับผู้ป่วยแน่นิ่ง ไม่ส่งเสียง ประเมินระดับความรู้สึกตัว Glasgow coma scale ได้ E1V1M1

1.5) สภาพร่างกายและสิ่งแวดล้อม (E: Exposure/Environmental control) ผิวสีเหลืองดำ ตามร่างกายเต็มไปด้วยคราบเลือด และเลือดไหลออกจากรูหูข้างขวา ตรวจดูเยื่อปูดตาซิดปลายมือปลายเท้าซิด ผิวกายเย็นชื้น ผู้ป่วยได้ O₂ mask with bag 10 LPM และ 0.9% NaCl 1,000 ml. v drip 100 ml/hr พร้อมทั้ง stop bleeding

2) Resuscitation ใส่ท่อช่วยหายใจได้ขนาด 7.5 ลึก 22 เซนติเมตร ต่อจากนั้นได้ต่อท่อช่วยหายใจผู้ป่วยกับเครื่องช่วยหายใจ เป็น Mode: PCVFiO₂: 0.21, TV: 8 ml/kg, I:E ratio: 1:2, PEEP <= 5 และ RR 16

3) Secondary survey

การซักประวัติ AMPLE

A: Allergies ญาติปฏิเสธประวัติการแพ้อาหารของผู้ป่วย

M: Medication ไม่มียาที่รับประทานเป็นประจำ

P: Past illnesses and operation ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยา/แพ้อาหาร ปฏิเสธการผ่าตัด ปฏิเสธประวัติโรคประจำตัว สมาชิกในครอบครัวไม่มีประวัติโรคประจำตัว

L: Last meal ญาติให้ผู้ป่วยครั้งสุดท้ายของการรับประทานไม่ได้ เนื่องจากผู้ป่วยทำงาน

E: Events/Environment related to illness/injury ขณะขับรถจักรยานยนต์กลับบ้าน เสียหลักลงข้างทาง ไม่รู้สึกตัวรับไว้เมื่อวันที่ 30 ธันวาคม 2566 เกิดเหตุเวลา 15.30 น. ข้อมูลได้จากรับแจ้งศูนย์สั่งการขอนแก่น ออกรับเครื่องทางกับ อบต.หนองเขียด แรกรับ GCS E1V1M1 นอนนิ่ง ปลุกเรียก ไม่มีเสียงหรือตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น

ผลตรวจร่างกายอย่างละเอียดตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า

ระบบ	ผลการตรวจ
สภาพทั่วไป	-ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 30 ธันวาคม 2566 เกิดเหตุเวลา 15.30 น. ข้อมูลได้จาก รับแจ้งศูนย์สั่งการขอแ่ก่น ออกรับครึ่งทางกับ อบต.หนองเขียด ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 37 ปี Glasgow coma scale ได้ E1V1M1 ตัดผมสั้นเส้นผมดกดำ ผิวสีเหลืองดำ รูปร่างสมส่วน ผู้ป่วยนอนนิ่ง ปลุกเรียก ไม่มีเสียงหรือตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น
สัญญาณชีพ	-อุณหภูมิร่างกาย 38.4 องศาเซลเซียส -ชีพจร 106 ครั้งต่อนาที -อัตราการหายใจ 30 ครั้งต่อนาที -ความดันโลหิต 141/72 mmHg. - วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 86 เปอร์เซ็นต์
ผิวหนัง	-ผิวสีเหลืองดำทั่วกายเย็นชื้น -ริมฝีปากซีดขาว มีคราบเลือดออกที่ริมฝีปาก -เล็บสั้น ขอบเล็บดำและพบเศษดินติดตามซอกเล็บ -มีเลือดไหลซึมตลอดเวลาจากรูหูข้างขวา พบการฉีกขาดบริเวณใบหูข้างขวาขนาดยาว 3 เซนติเมตร แฉกลึก 0.5 เซนติเมตร มีแผลถลอกฟกซำหัวไหลข้างขวา ขนาด 3 เซนติเมตร แผลถลอกข้อศอกแขนข้างซ้าย ไม่มีมีติรูปร่าง ขนาด 3 เซนติเมตร
ศีรษะและใบหน้า	-ศีรษะและใบหน้าสมมาตรกันดี ไม่พบบาดแผลที่ศีรษะ -ใบหน้าและศีรษะเคลื่อนไหวได้ปกติ
หู	-มีเลือดไหลซึมตลอดเวลาจากรูหูข้างขวา พบการฉีกขาดบริเวณใบหูข้างขวาขนาดยาว 3 เซนติเมตร แฉกลึก 0.5 เซนติเมตร
ตา	-เยื่อตาซีด - pupil 3 มม. nonreactive to light (NRTL) มีการตอบสนองตาแสงกระตุ้น
จมูก	-ได้รูป สมมาตรกัน
ปาก	-ริมฝีปากซีดขาว มีคราบเลือดออกที่ริมฝีปาก
คอ	ไม่พบก้อนที่คอ ไม่มีบาดแผล
ระบบทางเดินหายใจและ ทรวงอก	-ริมฝีปากซีด ไม่มีเสียงครืดคราด อัตราการหายใจ 30ครั้งต่อนาที O ₂ saturation 86 %ดูแลให้ O ₂ mask with bag 10 LPM. O ₂ saturation 100 % หลังให้ O ₂ mask with bag 10 LPM. ต่อมา On ETT No.7.5 depth 22 cm. -Lung clear no wheezing no capitation.
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	-ไม่พบอาการหัวใจเต้นเร็ว ฟังเสียงไม่มี MURMUR ชีพจร 106ครั้งต่อนาที -ความดันโลหิต 141/72 mmHg.
ระบบกระดูก และ กล้ามเนื้อ	-หลังตรง สมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง -แขนและมีรูปร่างปกติ ไม่มีมีติรูปร่าง
ระบบทางเดินอาหาร	-ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ขณะรักษาแพทย์ให้ผู้ป่วยงดน้ำและอาหารทางปากก่อน
ระบบทางเดินปัสสาวะ	-ผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะคา urine ออก 300 ml สีเหลืองใส
ระบบสืบพันธุ์	-อวัยวะเพศชัดเจน ไม่พบความผิดปกติ

ผลตรวจร่างกายอย่างละเอียดตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า (ต่อ)

ระบบ	ผลการตรวจ
ระบบประสาท	-ผู้ป่วย Glasgow coma scale ได้ E1V1M1 ตัดผมสั้นเส้นผมตกดำ ผิวสีเหลืองดำ รูปร่างสมส่วน ผู้ป่วยนอนนิ่ง ปลุกเรียก ไม่มีเสียงหรือตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น
ระบบต่อมไทรอยด์	-คลำไม่พบต่อมไทรอยด์ที่ขานูน

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการวันที่ 30 ธันวาคม 2566

รายการตรวจ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ	การแปลผล
Hematology			
WBC	4,500-10,000 cell/mm ³	16,000	สูงกว่าปกติ
RBC	4,200,000 – 6,300,000 cell/mm ³	5.39	ปกติ
Hb	12.0 - 16 g/dL	15.6	ปกติ
HCT	36.0 – 47.7 %	47.2	ปกติ
Platelet. Count	140,000 – 400,000 cell/mm ³	309000	ปกติ
Neutrophil	55 – 75 %	50.7	ต่ำกว่าปกติ
Eosinophils	0.7 – 9.2 %	2.1	ปกติ
Lymphocyte	20.1 – 44.5 %	42.4	ปกติ
Monocyte	3.4 - 9.8 %	4.5	ปกติ
Basophil	0-1 %	0.3	ปกติ
MCV	80 – 100 fL	87.6	ปกติ
MCH	25.2 -32.0 fL	28.9	ปกติ
MCHC	31.3 - 33.4 g/dL	33.1	ปกติ
RDW	11.5-14.5 %	13.5	ปกติ
Atypical lymph	0-2.5 %	0.5	ปกติ
Coagulopathy			
PTT	21.9 – 31.9 sec	21.0	ปกติ
PT	10 – 12.4 sec	11.1	ปกติ
INR	0.89 – 1.11	0.99	ปกติ
Chemistry			
Na	135-145 mmol/L	138.8	ปกติ
K	3.5-5.0 mmol/L	3.00	ต่ำกว่าปกติ
CL	97-108 mmol/L	101.0	ปกติ
CO2	20-28 mmol/L	26	ปกติ
eGFR	90 – 120 mL/min/1.73 cu.m	98	ปกติ
Anion Gap	10-20 mmol/L	15	ปกติ
BUN	8 – 20 mg/dL	9	ปกติ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการวันที่ 30 ธันวาคม 2566 (ต่อ)

รายการตรวจ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ	การแปลผล
Creatinine	M:0.72 – 1.18,F:0.55 – 1.02 mg/dL	0.98	ปกติ
Calcium	8.8 – 10.6 mg/dL	9	ปกติ
Magnesium	1.9 – 2.5 mg/dL	2.2	ปกติ
Phosphorus	2.5 – 4.5 mg/dL	2.5	ปกติ
Total Protein	6.60 – 8.30 g/dL	7.9	ปกติ
Albumin	3.5 – 5.2 g/dL	4.3	ปกติ
Globulin	2.5 – 3.5 g/dL	3.6	ปกติ
Bilirubin, Total	0.3 – 1.2 mg/dL	0.54	ปกติ
Bilirubin, Direct	<0.2 mg/dL	0.11	ปกติ
ALP	30 – 70 U/L	78	ปกติ
AST	M:<50,F:<35 U/L	108	ปกติ
ALT	M:<50,F:<35 U/L	73	ปกติ

ผลการตรวจพิเศษต่าง ๆ

- แพทย์ตรวจอวัยวะภายในร่างกายด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (อัลตราซาวด์) เพื่อดูความผิดปกติของอวัยวะในช่องท้อง ไม่พบความผิดปกติ
- X- ray (Chest x-ray AP, lateral C-spine, Pelvic AP) ผลเอกซเรย์ปอดไม่พบการแตกหักของกระดูก และไม่พบเลือดหรือลมออกในเยื่อหุ้มปอด
- CT scan CT-brain พบมีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง (Subarachnoid hemorrhage)

4) Definitive care

แพทย์ได้ปรึกษากับโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นเพื่อพิจารณาส่งต่อ โดยได้ปรึกษาแพทย์เฉพาะทางด้านศัลยกรรมประสาท แพทย์เฉพาะทางด้านศัลยกรรมประสาททางโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น รับไว้เพื่อดูแลต่อ ก่อนส่งต่อผู้ป่วยดูแลให้ยากันชัก และยาลดภาวะเลือดออก ดังนี้ ยา transamin 1 gm V stat และยา Dilantin 750 mg V drip in 1 hr และ 0.9% NaCl 1,000 ml v drip 100 ml add KCL 40 mEq v drip 80 ml/hr เวลาให้ 18.50 น. มีการเตรียมรถพยาบาล วัสดุ อุปกรณ์ ช่วยชีวิต และให้ข้อมูลญาติผู้ป่วยเป็นระยะๆ จึงเตรียมพร้อมผู้ป่วยก่อนส่งต่อ โดยตรวจดูบาดแผลอีกครั้งหนึ่ง ประเมินสัญญาณชีพ สัญญาณประสาท และสายยางให้ออกซิเจนในตำแหน่งที่ถูกต้อง ดูแลท่อหลอดลมคอและดูดเสมหะให้ตามความเหมาะสม ประสานงานกับทีมการพยาบาลแก่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น โดยส่งเวรให้รับทราบถึงอาการปัจจุบันเพื่อเตรียมรับผู้ป่วย แจ้งให้ญาติทราบถึงความจำเป็นที่ต้องส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยขึ้นรถพยาบาลประเมินสัญญาณชีพได้ความดันโลหิต 152/88 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 98 ครั้ง/นาที หายใจตามเครื่องช่วยหายใจ 16 ครั้ง/นาที Sat O₂ 100 % สัญญาณประสาทและระดับความรู้สึกตัวเท่าเดิม E1VTM1 ส่งผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นเวลา 20.30 น. นำส่งผู้ป่วยและติดตามการเฝ้าระวังสังเกตอาการทางระบบประสาท monitor ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในระหว่างเคลื่อนย้ายไปโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะนำส่ง

การประเมินแบบแผนสุขภาพ

การประเมินแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน ตามกรอบแนวคิดการประเมินของกอร์ดอน(วิพร เสนารักษ์, 2548) พบว่ามีแบบแผนที่ผิดปกติ 8 แบบแผน ดังนี้

1. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพ : ก่อนได้รับบาดเจ็บมีสุขภาพดีมาตลอด แข็งแรง แต่ดื่มสุราสัปดาห์ละ 2 – 3 ครั้ง เป็นประจำ ไม่เคยแพ้สารเคมี อาหาร หรือยาใดๆ

อาการสำคัญ : 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยขับรถจักรยานยนต์ ไม่สวมใส่หมวกกันน็อก เสียหลักลงข้างทาง ถ่ายภาพรังสีคอมพิวเตอร์สมองผลพบว่ามีการเลือดในเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : เวลา 15.30 น. ข้อมูลได้จากรับแจ้งศูนย์สั่งการขอเกณฑ์ ออกรับเครื่องทางกับอบต.หนองเขียดผู้ป่วยขับรถจักรยานยนต์ไม่สวมใส่หมวกกันน็อก เสียหลักลงข้างทางเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมแพ อาการแรก GCS 3 (E1V1M1) ไม่รู้สึกตัว นอนนิ่ง ปลุกเรียก ไม่มีเสียงหรือตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น

ประวัติการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บในอดีต : ปฏิเสธการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บในอดีต

ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว : บิดามารดายังมีชีวิตผู้ป่วยเป็นบุตรคนเดียว แต่งงานมีครอบครัว มีบุตรสาว 1 คน ปฏิเสธโรคหัวใจความดันโลหิตสูงเบาหวานการตรวจร่างกายพบว่ามีเลือดไหลซึมตลอดเวลาจากรูหูข้างขวา พบการฉีกขาดบริเวณใบหูข้างขวาขนาดยาว 3 เซนติเมตร แฉกลึก 0.5 เซนติเมตร มีแผลถลอกฟกซ้ำหัวไหล่ข้างขวา ขนาด 3 เซนติเมตร แผลถลอกข้อศอกแขนข้างซ้าย ไม่มีผิดรูป ขนาด 3 เซนติเมตร ฟังปอดได้เสียงลมผ่านปอดเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ตรวจดูเยื่อปอดตาดำมืดปลายมือปลายเท้าซีด ผิวกายเย็นขึ้น

2. โภชนาการและการเผาผลาญ : ในภาวะปกติรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อรับประทานอาหารทุกชนิดดื่ม น้ำวันละ 6 – 10 แก้วขณะนั่งดื่มน้ำและยาทางปากทุกชนิดได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% N.S.S 1,000 มิลลิลิตรผสมกับ KCL 40 mEq อัตราการไหล 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

3. การขับถ่าย : ก่อนการเจ็บป่วยถ่ายอุจจาระปัสสาวะเป็นปกติไม่แสบขัดขณะนี้ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะแล้ว

4. กิจกรรมการออกกำลังกาย : ก่อนการบาดเจ็บช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติหลังเกิดเหตุไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำตัวได้เคลื่อนไหวได้น้อยเนื่องจากระดับความรู้สึกตัวผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว

5. การพักผ่อนนอนหลับ : ก่อนเกิดอุบัติเหตุผู้ป่วยนอนวันละ 6 -7 ชั่วโมงตั้งแต่ 22.00 – 06.00น. หลังเกิดอุบัติเหตุผู้ป่วยจะนอนหลับเป็นส่วนใหญ่เนื่องจากระดับความรู้สึกตัวผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวร่วมกับได้รับยาระงับความรู้สึก

6. ความรู้สึกนึกคิดและการรับรู้ : ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวหลังใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยยังไม่มี การตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น

7. บทบาทและสัมพันธภาพ : ก่อนเกิดอุบัติเหตุภรรยาของผู้ป่วยให้ข้อมูลว่าครอบครัวอยู่ด้วยกันอย่างมีความสุขผู้ป่วยทำงานขยันดีไม่สูบบุหรี่ดื่มสุราสัปดาห์ละ 2 – 3 ครั้งอยู่กับครอบครัวไม่เคยทะเลาะกันไม่เล่นการพนันมีรายได้ประมาณ 9,000 บาทพอใช้ไม่มีหนี้สินหลังเกิดอุบัติเหตุต้องหยุดงานไม่มีรายได้รายได้ส่วนใหญ่มาจากผู้ป่วยเป็นหลัก

8. การปรับตัวและความทนต่อความเครียด : ก่อนเกิดอุบัติเหตุเป็นคนที่เพื่อนฝูงรักใคร่เพราะชอบช่วยเหลือเพื่อนเวลามีปัญหา ก็จะปรึกษากับครอบครัว และภรรยาเสมอหลังเกิดอุบัติเหตุผู้ป่วยยังไม่มี การตอบสนองต่อสิ่งเร้า ภรรยา มีความวิตกกังวลจากสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน

4.1 หลักการและเหตุผล

การบาดเจ็บที่ศีรษะ (Head Injury) หมายถึง เกิดจากแรงจากภายนอกกระทบศีรษะแล้วทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ส่วนต่างๆ ของศีรษะ ซึ่งอาจทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว การบาดเจ็บทางศีรษะสามารถเกิดได้กับบุคคลทุกเพศทุกวัย ทำให้เกิดความเสียหายต่อร่างกาย และจิตใจหากเกิดความพิการทุพพลภาพ หรือเสียชีวิต ก็จะมีปัญหาเรื่องสังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณตามมาการบาดเจ็บที่ศีรษะ เป็นปัญหาที่สำคัญ เกิดขึ้น

และเพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างรวดเร็ว และมาพร้อมกับความเจริญเติบโตของบ้านเมือง การตัดถนนใหม่ๆ เพิ่มสถิติการเกิดอุบัติเหตุในพื้นที่มากกว่าเดิมเสมอ การดื่มสุราแล้วขับยานยนต์ก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตและสมรรถภาพร่างกายโดยไม่จำเป็น รวมทั้งการไม่มีวินัยต่อกฎจราจรด้วยเหตุต่างๆ เหล่านี้ร่วมกับบาดเจ็บจากการทำร้ายร่างกายและพลัดตกหกล้มต่างๆ ทำให้การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นปัญหาหลักที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตเป็นอันดับแรกของการบาดเจ็บทั้งหมด

การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นสาเหตุหลักที่สำคัญของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก มีอุบัติการณ์สูงและสัมพันธ์กับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2563, 2564 และ 2565 พบผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรขนส่ง จำนวน 17,831, 16,957 และ 17,379 (รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของกระทรวงคมนาคม พ.ศ. 2565; สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจรสำนักแผนความปลอดภัย) ตามลำดับ จากสถิติข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury surveillance : IS) ข้อมูลจังหวัดขอนแก่น ปี 2563-2565 มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร เท่ากับ 444,378 และ 424 ราย ตามลำดับ ส่วนข้อมูลของโรงพยาบาลชุมแพ ปี 2564-2566 มีเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร เท่ากับ 45,43 และ 37 ราย และมีผู้บาดเจ็บหลายระบบ จำนวน 31,25, และ 35 ราย ตามลำดับ นอกจากนี้จากข้อมูลทางสถิติพบว่าการบาดเจ็บที่ศีรษะ 1 ใน 10 อันดับโรคที่ Admit และ Refer จาก ER สาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะส่วนใหญ่เกิดปัญหาที่พบเรื่องพฤติกรรมจราจรขับขี่ไม่ปฏิบัติตามกฎจราจร ขับรถเร็ว เมาแล้วขับ ไม่สวมหมวกนิรภัย ทำให้เกิดการบาดเจ็บที่รุนแรง จึงได้จัดให้มีกลุ่ม การบาดเจ็บจากการจราจรทางถนน RTI (Road Traffic Injury) ระดับอำเภอ ประกอบไปด้วย สหวิชาชีพของโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำรวจ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล โดยได้นำปัญหาเกี่ยวกับอุบัติเหตุจราจรมาวิเคราะห์ หาแนวทางในการแก้ปัญหาาร่วมกัน จากการทบทวนกรณีศึกษาการดูแลผู้ป่วย Trauma/ Head Injury พบว่าบุคลากรไม่ปฏิบัติตามแนวทาง เนื่องจากขาด Competency ที่นำมาในการดูแลผู้ป่วย จึงได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ให้แนวทางในการดำเนินงานที่ชัดเจน เป็นไปในทางเดียวกัน ทั้งด้านการป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟู มีการติดตามประเมินตามจุดเสี่ยงสำคัญ มีการซ้อมแผนรับมืออุบัติเหตุหมู่ทุกปี มีการปรับปรุงแนวทางในการรักษาพยาบาลและแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าให้ชัดเจน มีการให้ความรู้แก่บุคลากรใหม่และติดตามฟื้นฟูความรู้บุคลากรเก่า มีการติดตามผู้ป่วยเพื่อให้กำลังใจและฟื้นฟูสภาพหลังบาดเจ็บ ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ และสังคม

4.2 วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ
2. เพื่อเป็นแนวทางให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ
3. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง รวดเร็ว

ปลอดภัยได้มาตรฐาน

4.3 เป้าหมาย

ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ : กรณีศึกษาโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการศึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะได้รับการดูแลรักษา ถูกต้อง รวดเร็ว และปลอดภัยจากอาการที่เกิดขึ้นจากภาวะภาวะเลือดออกในสมอง

4.4 ขอบเขตการศึกษา

เป็นการศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 1 รายที่เข้ารับการรักษาพยาบาลที่อุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมแพระหว่างวันที่ 30 ธันวาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567

4.5 ขั้นตอนการดำเนินการ

4.5.1 ศึกษาสถิติข้อมูลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะย้อนหลัง 3 ปี

4.5.2 ศึกษาความรู้ทางวิชาการและกรอบแนวคิดทางการพยาบาลจากตำราเอกสารวิชาการและอินเทอร์เน็ต เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

4.5.3 เลือกการศึกษาผู้ป่วยชาย อายุประมาณ 37 ปี ได้รับอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์เสียหลักกลางข้างทาง มีประวัติสลับจำเหตุการณ์ไม่ได้ ไม่รู้สีกตัว รถ EMS โรงพยาบาลชุมแพออกมารับเครื่องทางกับ อบต.หนองเขียด รับไว้เมื่อวันที่ 30 ธันวาคม 2566 HN 0002878

4.5.4 ขออนุมัติหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน หัวหน้าพยาบาล และผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ในการศึกษาและเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยกรณีศึกษา

4.5.5 ศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล ดังนี้

4.5.5.1 ประเมินและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่มีการศึกษามานุกรณาการกับการประเมินอาการในระยะวิกฤติฉุกเฉินตามหลักการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินขั้นสูง(Advance Emergency & Trauma Lift Support : AETLS)ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัวที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม ตามหลัก Airway, Breathing, Circulation, Disability (A-B-C-D) และการประเมินEmergency Severity Index (ESI) การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่างๆ พร้อมทั้งแปลผลการตรวจ แผนการรักษาของแพทย์ ยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยกรณีศึกษา สรุปลักษณะและอาการแสดงของผู้ป่วย การรักษาพยาบาลที่ได้รับ

4.5.5.2) วินิจฉัยการพยาบาล

4.5.5.3) วางแผนการพยาบาล

4.5.5.4) ปฏิบัติการพยาบาล

4.5.5.5) ประเมินผลการพยาบาล และแก้ไขปรับปรุงแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลง

4.5.6 สรุปลงการศึกษา ปัญหา อุปสรรค ประเด็นที่จะนำไปใช้ประโยชน์ และข้อเสนอแนะ

4.5.7 เสนอผลการศึกษาต่อหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและทีมพยาบาล

4.5.8 นำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์กับกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรายอื่นๆ พร้อมสรุปลงการนำไปใช้ เสนอผลการนำไปใช้ประโยชน์ต่อหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและทีมพยาบาล

4.5.9 จัดทำผลงานวิชาการ ตรวจสอบความถูกต้องและนำเสนอ

4.6 ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีความปลอดภัยไม่เกิดผลแทรกซ้อน ได้รับการพยาบาลอย่างถูกต้องตามมาตรฐาน

2. พยาบาลวิชาชีพนำผลการศึกษาจากการใช้กระบวนการพยาบาล ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ไปใช้ประโยชน์กับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ รายอื่นๆในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน หรือหอผู้ป่วยศัลยกรรม ได้รับการดูแลรักษาพยาบาล อย่างถูกต้อง ปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทย อายุ 37 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย สถานภาพคู่ ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับภรรยา และบิดามารดา ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธแพ้ยา/แพ้อาหาร ปฏิเสธผ่าตัด ขณะขับรถจักรยานยนต์กลับบ้าน เสียหลักลงข้างทาง ไม่รู้สึกตัว ไร้ไข้เมื่อวันที่ 30 ธันวาคม 2566 เกิดเหตุเวลา 15.30 น. ข้อมูลได้จากรับแจ้งศูนย์สั่งการขอแก๊งออกรับครึ่งทางกับ อบต.หนองเขียด แกรับพยาบาลเข้าให้การช่วยเหลือเบื้องต้นด้วยการประคองศีรษะให้หนึ่ง เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของกระดูกต้นคอส่วนหลัง (Protect C-Spine) ดูแลใส่เฝือกคอแบบแข็ง จากนั้นทำการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยขึ้นแผ่นกระดานรองหลัง จากนั้น Stabilization ยกเคลื่อนย้ายขึ้นรถพยาบาลพยาบาลบันทึกอาการและสัญญาณชีพขณะนำส่ง ความดันโลหิต 141/72 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 106 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 30 ครั้ง/นาที อุณหภูมิในร่างกาย 38.4 องศาเซลเซียส วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 86 เปอร์เซ็นต์ Glasgow coma scale ได้ E1V1M1 , pupil 3 มม. Non reactive to light (NRTL) DTX 74 mg% ผู้ป่วยแน่นิ่งไม่ส่งเสียง การตรวจร่างกายมีเลือดไหลซึมตลอดเวลาจากรูหูข้างขวา พบการฉีกขาดบริเวณใบหูข้างขวาขนาดยาว 3 เซนติเมตร แฉกลึก 0.5 เซนติเมตร มีแผลถลอกฟกซ้ำหัวไหล่ข้างขวา ขนาด 3 เซนติเมตร แผลถลอกข้อศอกแขนข้างซ้าย ไม่มีผิรูรูป ขนาด 3 เซนติเมตร ฟังปอดได้เสียงลมผ่านปอดเท่ากันทั้ง 2 ข้าง เสียงเต้นของหัวใจได้ยินชัดเจนปกติเท่ากัน (Heart-normal S1S2) ช่องท้องปกติกดนุ่ม ไม่มีลม หรือบาดแผลรอยฟกซ้ำ (Abdomen-soft not tender) ไม่มีอาการบวมตามผิวหนังที่กด (Ext-no edema) ตรวจดูเยื่อตาซีดปลายมือปลายเท้าซีด ผิวกายเย็นขึ้น ผู้ป่วยได้ O2 mask with bag 10 LPM และ 0.9% NaCl 1,000 ml. v drip 100 ml/hr พร้อมทั้ง stop bleeding ที่แผลจากรถพยาบาลออกเหตุของโรงพยาบาลรายงานแพทย์รับทราบ ถึงโรงพยาบาลชุมชนแพ ตึกอุบัติเหตุฉุกเฉินเวลา 16.19 น. แพทย์ประเมินอาการซ้ำอีกครั้งให้เตรียมใส่ท่อช่วยหายใจ ในระหว่างใส่ท่อช่วยหายใจผู้ป่วยมีอาการเกร็งกััดฟัน แพทย์จึงพิจารณาให้ฉีดยาลดภาวะการเกร็งกล้ามเนื้อ และทำให้หลับในระยะสั้นๆ มียา ดังนี้ Fentanyl 100 mcg V stat ,Midazolam 3 mg V และ Etomidate 11 mg V หลังฉีดยาผู้ป่วยสงบลง ใส่ท่อช่วยหายใจได้ขนาด 7.5 ลึก 22 เซนติเมตร ต่อจากนั้นได้ต่อท่อช่วยหายใจผู้ป่วยกับเครื่องช่วยหายใจ เป็น Mode: PCVFiO₂: 0.21,TV: 8 ml/kg, I:E ratio: 1:2,PEEP <= 5 และ RR 16มีการดูแลให้ทางเดินหายใจโล่ง ขณะดูดเสมหะได้น้ำลายปนเลือดประมาณ 10 cc. ทำความสะอาดผิวหนังรอบๆ แผลทุกจุด เตรียมเครื่องมืออุปกรณ์เย็บแผลให้พร้อมใช้และเฝาระวังภาวะเลือดออกผิดปกติ ขณะเดียวกันมีการดูแล stop bleeding แพทย์ตรวจอวัยวะภายในร่างกายด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (อัลตราซาวด์) เพื่อดูความผิดปกติของอวัยวะในช่องท้อง ไม่พบความผิดปกติ ดูแลส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด(CBC) การตรวจสารแข็งตัวของเลือด (Coagulopathy) การตรวจการทำงานของไต (BUN,Cr)และการตรวจความสมดุลของเกลือแร่ในเลือด (Electrolyte)พบภาวะเม็ดเลือดขาวมากผิดปกติ 16,000 cells/uL พบภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำผิดปกติ 3.00 mmol/L ค่าตัวอื่นๆอยู่ในเกณฑ์ปกติประเมิน Glasgow coma scale E1VTM1 อาการระดับความรู้สึกตัวเท่าเดิม รายงานแพทย์สั่งใส่สายสวนคาปัสสภาวะแต่ได้นำปัสสาวะติดสาย ดูแลประสานห้องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เพื่อสแกนสมอง และเอกซเรย์ปอดหลังใส่ท่อช่วยหายใจตรงตำแหน่งหรือไม่ หลังเอกซเรย์คอมพิวเตอร์และเอกซเรย์ปอดแล้ว นำผู้ป่วยกลับมาดูแล และเฝ้าติดตามอาการผู้ป่วยซ้ำตามแนวทางการดูแลรักษาแผนการดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินรพผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์และเอกซเรย์ปอด เวลา 17.30 น. รายงานผลเลือดและผลตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ พบมีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้น (Subarachnoid hemorrhage)ผลเอกซเรย์ปอดไม่พบการแตกหักของกระดูก และไม่พบเลือดหรือลมออกในเยื่อหุ้มปอดแพทย์ได้ปรึกษากับโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นเพื่อพิจารณาส่งต่อ โดยได้ปรึกษาแพทย์เฉพาะทางด้านศัลยกรรมประสาท

ทางโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น รั่วเพื่อดูแลต่อ ก่อนส่งต่อผู้ป่วยดูแลให้ยากันชัก และยาลดภาวะเลือดออก ดังนี้ ยา transamin 1 gm V stat และยา Dilantin 750 mg V drip in 1 hr และ 0.9% NaCl 1,000 ml. v drip 100 ml add KCL 40 mEq v drip 80 ml/hr เวลาให้ 18.50 น. มีการเตรียมรถพยาบาล วัสดุ อุปกรณ์ ช่วยชีวิต และให้ข้อมูลญาติผู้ป่วยเป็นระยะๆ จึงเตรียมพร้อมผู้ป่วยก่อนส่งต่อ โดยตรวจดูบาดแผลอีกครั้งหนึ่ง ประเมินสัญญาณชีพ สัญญาณประสาท และสายยางให้อยุในตำแหน่งที่ถูกต้อง ดูแลท่อหลอดลมคอและดูดเสมหะออกจากทางเดินหายใจ จนหมด ไม่มี cyanosis หายใจไม่มีเสียงดังหรือครืดคราด Breath sound ชัดขึ้น และไม่มีเสียงผิดปกติเกิดขึ้น ประสานงานกับทีมการพยาบาลแก่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น โดยส่งเวรให้รับทราบถึงอาการปัจจุบันเพื่อเตรียมรับผู้ป่วย แจ้งให้ญาติทราบถึงความจำเป็นที่ต้องส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยขึ้นรถพยาบาลประเมินสัญญาณชีพ ได้ความดันโลหิต 152/88 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 98 ครั้ง/นาที หายใจตามเครื่องช่วยหายใจ 16 ครั้ง/นาที Sat O₂ 100 % สัญญาณประสาทและระดับความรู้สึกตัวเท่าเดิม ส่งผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นเวลา 20.30 น.

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

จากการศึกษาผู้ป่วยรายกรณีครั้งนี้ผู้ป่วยได้รับการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้ครอบคลุมรวดเร็วปลอดภัยทำให้ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าจากตำราวิชาการและหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างครอบคลุมและรวดเร็วมีการประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่องและนำผลการประเมินมาปรับแผนการพยาบาลให้ครอบคลุมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเลือดออกในสมองของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะลดอัตราการเสียชีวิตและผู้ป่วยญาติพึงพอใจในการให้บริการ

ประเมินผลตามหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาล : 7 Aspects of care

1. การประเมินผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ (Assessment) พยาบาลวิชาชีพมีการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างถูกต้องครบถ้วนทันทีที่รับไว้ในกรณีดูแลพบว่าผู้ป่วยมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง รวมทั้งจัดลำดับความสำคัญของการดูแลในระยะวิกฤตและต่อเนื่องจากการดูแลมีการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอาการผิดปกติที่อาจคุกคามถึงชีวิตหรือบ่งชี้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับอวัยวะต่างๆ โดยการใช้ early warning signs รายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติและบันทึกการรายงานตามรูปแบบ S-BAR พร้อมทั้งมีการเก็บรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลที่ประเมินได้เพื่อตัดสินใจระบุปัญหาและความต้องการการพยาบาลหรือกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เร่งด่วนและไม่เร่งด่วนอย่างถูกต้องพบปัญหาทางการพยาบาลขณะให้บริการในห้องฉุกเฉินมีทั้งหมด 4 ปัญหาทางการพยาบาลได้รับการแก้ไขครบทุกปัญหาทางการพยาบาลและส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น

2. การจัดการกับอาการรบกวนต่างๆ (Symptom Distress Management) พยาบาลวิชาชีพให้การช่วยเหลือหรือบรรเทาอาการรบกวนต่างๆทั้งอาการรบกวนทางด้านร่างกายและจิตใจบรรเทาอาการรบกวนที่คุกคามชีวิตได้แก่การจัดการความวิตกกังวลโดยการสร้างสัมพันธ์ภาพกับญาติให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการการดำเนินการของโรคและแผนการรักษาของแพทย์ชมเชยให้กำลังใจช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆการจัดการภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง โดยการให้ออกซิเจนใส่ท่อช่วยหายใจ ในระหว่างใส่ท่อช่วยหายใจผู้ป่วยมีอาการเกร็งกักฟัน ให้ยาฉีดลดภาวะการเกร็งของกล้ามเนื้อมียา ดังนี้ Fentanyl 100 mcg V stat ,Midazolam 3 mg V และ Etomidate 11 mg V หลังฉีดยาผู้ป่วยสงบลง ใส่ท่อช่วยหายใจได้ขนาด 7.5 ลีก 22 เซนติเมตร ต่อจากนั้นได้ต่อท่อช่วยหายใจผู้ป่วยกับเครื่องช่วยหายใจ เป็น Mode: PCVFiO₂: 0.21,TV: 8 ml/kg,I:E ratio: 1:2,PEEP <= 5 และ RR 16มีการดูแลให้ทางเดินหายใจโล่ง ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 0.9% NSS 1,000 ml IV loading in 1 ชั่วโมง then 100 cc/hr. การปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมอง และการใช้เครื่องมือพิเศษทาง

การแพทย์ Retain foley's cath บันทึกสารน้ำเข้า-ออกจากร่างกาย Urine ออกประมาณ 200 cc สีเหลืองตามแผนการรักษาของแพทย์

3. การดูแลความปลอดภัย (Provision for patient safety) การจัดการให้ผู้ป่วยให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยดังนี้จัดให้ผู้พยาบาลนอนพักที่เตียงสำหรับผู้ป่วยที่ต้องสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดคือห้อง Resuscitation ซึ่งเป็นโซนกู้ชีวิต การช่วยชีวิตทันที เพื่อประเมินและสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดสามารถให้การช่วยเหลือได้ทันทีมีการตรวจสอบความพร้อมใช้ของเครื่องมือทางการแพทย์อุปกรณ์ช่วยชีวิตที่สำคัญทุกแควเพื่อให้พร้อมใช้งานและมีความเพียงพอในการใช้งานและส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับปฏิบัติงานตามมาตรฐานหรือแนวทางที่กำหนดเพื่อป้องกันความเสี่ยงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นรวมทั้งป้องกันความผิดพลาดในการทำงานในขณะเดียวกันได้มีการเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังใส่ท่อช่วยหายใจ และการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงหลังได้ยารับยาก่อนใส่ท่อช่วยหายใจคือ Fentanyl 100 mcg V stat ,Midazolam 3 mg V และ Etomidate 11 mg V ไม่พบอุบัติเหตุการเฝ้าระวังความเสี่ยงใดๆและภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาเครื่องมืออุปกรณ์มีความพอเพียงและความพร้อมใช้งานในภาวะฉุกเฉิน

4. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างรักษาพยาบาล (Prevention of complication) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่เป็นไปเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกในสมองหรือบาดเจ็บที่ศีรษะ ทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของการรักษาให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยยึดหลัก Standard precaution, Hand Hygiene ลดการติดเชื้อในผู้ป่วยเฝ้าระวังการให้ยาต่างๆ ประเมินสัญญาณชีพผู้ป่วยทุกๆ 15 นาทีตามกระบวนการดูแลรักษา ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนสามารถนำส่งผู้ป่วยขึ้นรถพยาบาลเพื่อส่งต่อรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น เวลา 20.30น. โดยมีพยาบาลส่งต่อติดตามดูอาการอย่างใกล้ชิด

5. การให้การดูแลต่อเนื่อง (Continuing of care) เป็นการจัดการให้เกิดการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยมีภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะ และเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเนื่องจากมีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้น มีการเฝ้าระวังสังเกตอาการอย่างต่อเนื่องมีการวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาทีจนผู้ป่วยผ่านพ้นระยะวิกฤตและมีการรับ-ส่งต่อแผนการรักษาพยาบาลส่งเวรส่งต่อความเสี่ยงประสานงานกับโรงพยาบาลแม่ข่ายศูนย์ขอนแก่นหรือทีมงานที่เกี่ยวข้อง

6. การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการและครอบครัว (facilitation of patient and family self care) เป็นกิจกรรมการช่วยเหลือการให้ศึกษาเรื่องการบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่มีภาวะเลือดออกในสมอง เพื่อให้ความรู้สร้างความเข้าใจแก่ญาติผู้ป่วย และการฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพต่อเนื่องของผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านการสังเกตและเฝ้าระวังอาการแสดงของภาวะเลือดออกในสมองญาติมีสีหน้าท่าทางที่ผ่อนคลายเล็กน้อยมีความรับทราบเข้าใจพยาธิสภาพของโรค

7. การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการและครอบครัว (Enhancement of Patient satisfaction) พยาบาลวิชาชีพสร้างสัมพันธภาพความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วยและญาติด้วยบุคลิกภาพที่เหมาะสมช่วยเหลือเอาใจใส่ให้ข้อมูลและและความรู้ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพทุกครั้งก่อนให้การพยาบาลประสานงานแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้พบแพทย์เพื่อทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคอาการและแผนการรักษาระหว่างรักษาในโรงพยาบาลพบว่าญาติมีความพึงพอใจต่อการรับบริการโดยญาติกล่าวชื่นชมและขอบคุณแพทย์ และเจ้าหน้าที่ทุกคนที่ให้การดูแลผู้ป่วย

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะเลือดออกในสมองของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ: กรณีศึกษา 30 ธันวาคม พ.ศ. 2566 มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยภาวะเลือดออกในสมองของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ กรณีศึกษาผลการศึกษาตามกระบวนการพยาบาลดังนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพ (Health Assessment) กำหนดแนวทางการประเมินและการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้รับบริการทางด้านร่างกายจิตใจอารมณ์สังคมวัฒนธรรม และจิตวิญญาณ ที่มีผลต่อ

ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ จำนวน 8 รายการ ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล การเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม 3) ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนกอร์ดอน 4) การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ 5) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่าง ๆ พร้อมทั้งการแปลผลการตรวจ 6) แผนการรักษาของแพทย์ 7) เกสซ์วิทยาของยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยกรณีศึกษา 8) การสรุปอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย การรักษาพยาบาลที่ได้รับโดยมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจำนวน 5 ข้อ

2. การวินิจฉัยการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลจากการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย จำแนกความรุนแรงของปัญหาและภาวะเสี่ยง วินิจฉัยการพยาบาลได้ 5 ข้อดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการเสียชีวิตเนื่องจากมีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลางเสียเลือดและได้รับอุบัติเหตุทางสมอง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 การกำซาบของเนื้อเยื่อสมองลดลงเนื่องจากการบาดเจ็บและบวมของเนื้อเยื่อสมอง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีภาวะโพแทสเซียมต่ำ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมองรุนแรงเพิ่มขึ้นขณะส่งต่อ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ญาติผู้ป่วยมีภาวะวิตกกังวลจากสภาพความเจ็บป่วย

3. การวางแผนการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาล กำหนดเป้าหมายการพยาบาลที่สำคัญ คือ เพื่อให้ผู้ป่วยภาวะเลือดออกในสมองของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้น และมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญของผู้ป่วยกรณีศึกษารายนี้ มุ่งเน้นการรักษาพยาบาลป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเลือดออกในสมองของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะดูแลติดตามเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพอย่างใกล้ชิด การให้ความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพผู้ป่วยแก่ผู้ดูแลหลัก

4. การประเมินผล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการเสียชีวิตเนื่องจากมีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลางเสียเลือดและได้รับอุบัติเหตุทางสมอง : หลังใส่ท่อหลอดลมคอ อาการนอนแน่นิ่ง E1VTM1 เหนือออกตัวเย็น อัตราการเต้นของชีพจร 112-120 ครั้ง/นาทีหายใจตามแรงเครื่องช่วยหายใจหลังได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 2,000 cc มีปัสสาวะออกเพิ่ม 200cc รายงานแพทย์ไม่เปลี่ยนแปลงแผนการรักษาหลังเย็บแผล ไม่มีเลือดออกมาก pupil 3 mms. RTLBE มีปฏิกิริยาต่อแสงบางครั้ง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 การกำซาบของเนื้อเยื่อสมองลดลงเนื่องจากการบาดเจ็บและบวมของเนื้อเยื่อสมอง : ผิวหนังอุ่นไม่มี cyanosis ไม่มีอาการชักเกร็งอาเจียน ระดับความรู้สึกตัวยังคงนอนแน่นิ่ง E1VTM1 pupil 3 min มีปฏิกิริยาต่อแสงดีเท่า กันทั้งสองข้าง สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 152/88 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 98 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาทีตามเครื่องช่วยหายใจ อุณหภูมิร่างกาย 36.7 - 37.0 องศาเซลเซียส

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีภาวะโพแทสเซียมต่ำ : ไม่เกิดอันตรายจากภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นตะคริว กล้ามเนื้อกระตุกท้องอืดหรือหัวใจเต้นผิดจังหวะดูแลให้สารน้ำสารอาหารทางหลอดเลือดดำ 0.9% Nacl 1,000 ml. v drip 100 ml add KCL 40 mEq v drip 80 ml/hr

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมองรุนแรงเพิ่มขึ้นขณะส่งต่อ : ขณะส่งต่อ วัดสัญญาณชีพได้ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 110/60-120/75 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 100-120 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-18 ครั้ง/นาที Sat O₂ อยู่ระหว่าง 90- 95% ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ยังมีอาการนอนแน่นิ่ง E1VTM1 สามารถส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นเพื่อการรักษาพยาบาลที่ซับซ้อนต่อไป

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ญาติผู้ป่วยมีภาวะวิตกกังวลจากสภาพความเจ็บป่วย : ญาติผู้ป่วยเข้าใจในสถานการณ์ และให้ความร่วมมือ แต่ยังคงมีความวิตกกังวลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ และเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเนื่องจากมีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง จากการพยาบาลในระยะวิกฤตฉุกเฉินและผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว

จากการให้การพยาบาลกรณีศึกษาตามกระบวนการพยาบาล พบว่าผู้ป่วยได้รับการประเมิน/ประเมินซ้ำที่รวดเร็วและเหมาะสม ส่งผลให้ค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม และสามารถนำมาวางแผน และให้การพยาบาลได้สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 5 ข้อที่บรรลุเป้าหมาย และติดตามประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่องร่วมกับปรับแผนการพยาบาลตามผลการประเมินที่ได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเลือดออกในสมองของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะการพยาบาลด้านจิตใจในระยะวิกฤตและคุณภาพชีวิต การพยาบาลเน้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและแนวทางการรักษา เพื่อวางแผนและตัดสินใจร่วมกัน ร่วมกับเปิดโอกาสให้ซักถามและให้กำลังใจ ผู้ป่วยและญาติจึงคลายความวิตกกังวล ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 การนำไปใช้ประโยชน์

6.1.1 นำผลงานไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงแนวทางการดำเนินงาน การพัฒนาต่อยอด

6.1.2 นำไปใช้เป็นข้อมูลในการวิเคราะห์กระบวนการพยาบาลเพื่อศึกษาพัฒนาต่อยอดและออกแบบแนวทางการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะให้มีประสิทธิภาพและนำไปใช้ให้ครอบคลุมทุกหน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วย

6.1.3 ใช้ในการปรับปรุงพัฒนาเครื่องมือเพื่อการติดตามนิเทศการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

6.2 ผลกระทบ

การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ หลังจากผู้ป่วยได้รับการคัดกรองมีภาวะการบาดเจ็บที่ศีรษะ (Head injury) คำนึงถึงสิ่งสำคัญ 2 ประการคือการเปลี่ยนแปลง การทำงานของสมองและหลักฐานเชิงประจักษ์อื่นๆที่แสดงพยาธิสภาพเป็นภาวะที่อันตราย เพราะมีการกระทบกระเทือนทางสมอง กะโหลกศีรษะ และระบบประสาท ซึ่งเป็นสาเหตุให้พิการ หรือเสียชีวิตได้ สาเหตุที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะส่วนใหญ่จะมาจากอุบัติเหตุ ไม่ว่าจะเป็นอุบัติเหตุทางรถ การหกล้ม หรือการตกจากที่สูง โดยสาเหตุเหล่านี้มักสัมพันธ์กับการตีศีรษะหรือการตีศีรษะอย่างรุนแรง เนื่องจากเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นภาวะที่อันตราย ผู้ป่วยจึงต้องได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและทันเวลา เพื่อลดความเสี่ยงที่ส่งผลเสียต่อสมองให้น้อยที่สุดเพื่อป้องกันผลกระทบที่อาจจะเกิดตามมาได้

ต่อผู้ป่วย/ผู้ดูแล

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้รับการพยาบาลอย่างถูกต้องตามมาตรฐาน
2. ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้รับการดูแลรักษาพยาบาล อย่างถูกต้องปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

ต่อผู้ศึกษา

1. ผู้ศึกษามีความรู้และทักษะในการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
2. ผู้ศึกษาเกิดการเรียนรู้เรื่องการจัดการความรู้และการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการพัฒนาการให้บริการผู้ป่วย

ต่อหน่วยงาน

1. ใช้เป็นเอกสารวิชาการเพื่อเผยแพร่ความรู้ให้กับบุคลากรในหน่วยงานนำไปปรับใช้ในการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยรายอื่นต่อไป
2. หน่วยงานและบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลเกิดความตระหนักและมีการนำข้อมูลความรู้ทางวิชาการ/หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อพัฒนาการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ
3. ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ และผู้ป่วยโรคอื่นๆในงานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 37 ปีเป็นหัวหน้าครอบครัว มีภรรยา และบุตร 1 คน ประกอบอาชีพพนักงานขับรถบริษัทขนส่งแห่งหนึ่ง ซึ่งรายได้หลักมาจากผู้ป่วย แรกรับที่เกิดเหตุผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ไม่สามารถทำตามคำสั่งได้ นอนแน่นิ่งไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นต่างๆที่เจ้าหน้าที่หน่วยปฐมพยาบาลให้การช่วยเหลือ ทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในเยื่อหุ้มสมองชั้นกลางไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เนื่องจากมีอุปกรณ์การแพทย์เช่นการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจรวมทั้งมีอาการแขนขาอ่อนแรงการสื่อสารลำบากจากพูดไม่ได้ใช้เวลาในการอธิบายและสอนผู้ป่วยเป็นเวลานาน ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในเยื่อหุ้มสมองชั้นกลางยังมีความพิการแขนขาอ่อนแรง ต้องใช้ระยะเวลาในการทำกายภาพและฟื้นฟูร่างกาย แหล่งข้อมูลที่ใช้ประกอบการดำเนินค่อนข้างน้อยเช่นตำราหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลและดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในเยื่อหุ้มสมองชั้นกลางซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติเช่นเคย ต้องได้รับการแก้ไขเร่งด่วนมีอาการรุนแรงและมีอัตราการเสียชีวิตสูงพยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการปฏิบัติงานให้การพยาบาลผู้ป่วยที่เกิดภาวะเลือดออกในเยื่อหุ้มสมองชั้นกลางในทุกๆระยะของการรักษาตั้งแต่กระบวนการในการคัดกรองผู้ป่วยการประเมินการเฝ้าระวังติดตามอาการตลอดจนการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพและเนื่องจากผู้ป่วยเป็นเสาหลักในการดูแลคนในครอบครัว และใส่ท่อช่วยหายใจ มีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพของตนเองทำให้การให้ข้อมูลการสอบถามข้อมูลต่างๆไม่ต่อเนื่องครบถ้วนดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยรายนี้พยาบาลต้องค้นคว้าศึกษาความรู้ทางวิชาการงานวิจัยและการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการพยาบาลเพื่อให้มีความรู้ทักษะประสบการณ์ความชำนาญในการนำกระบวนการการพยาบาล (Nursing Process) อันประกอบด้วยการประเมินภาวะสุขภาพการวินิจฉัยการพยาบาลการวางแผนการพยาบาลการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยการปฏิบัติกิจกรรมตามแผนการพยาบาลจนถึงการประเมินผลการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury) ทั้งในภาวะวิกฤตและภาวะที่อาการคงที่โดยมุ่งเน้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานการรักษา traumatic brain injury ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเพิ่มอัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วย traumatic brain injury ทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ

นอกจากนี้ บทบาทที่สำคัญอย่างหนึ่งนอกจากให้การดูแลผู้ป่วยแล้ว การดูแลญาติเมื่อผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกในเยื่อหุ้มสมองชั้นกลางญาติจะมีความวิตกกังวลอย่างมาก พยาบาลต้องคอยให้กำลังใจ ให้ข้อมูลต่างๆเพื่อลดความวิตกกังวล และการอธิบายให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษา ความเสี่ยงต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษาจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์อย่างสูงสุดในการรักษาพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม ปลอดภัย และไม่เสียชีวิตได้

การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับบุคคล ครอบครัวและชุมชนอย่างมีระบบโดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพ แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินภาวะสุขภาพมาพิจารณาว่าผู้รับบริการปกติหรือผิดปกติ หรือมีภาวะเสี่ยงแล้ววิเคราะห์ข้อมูลเหล่านั้นนำไปสู่การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) (พรศิริ พันธสี, 2562) การศึกษาผู้ป่วยรายนี้ ต้องให้การพยาบาลตั้งแต่

แรกรับระยะวิกฤต(กลุ่มงานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน) และ ระยะเวลาส่งโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น การติดตามดูแลต่อเนื่อง ดังนั้นเพื่อให้ทุกระยะของการดูแลมีข้อมูลครบถ้วน เพียงพอต่อการวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล ผู้ศึกษาจึงได้วางแผนการประเมินและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย ดังนี้

1. ขออนุญาตเข้าถึงสถิติและข้อมูลผู้ป่วยจากผู้บังคับบัญชา พร้อมขออนุญาตผู้ป่วยและญาติในการซักประวัติและตรวจร่างกาย

2. กำหนดแนวทางและเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย แบบประเมินอื่นที่เกี่ยวข้อง ใช้แนวทางประเมินการคัดแยก การประเมิน Emergency Severity Index (ESI) และการประเมินอาการในระยะวิกฤติฉุกเฉินตามหลักการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินขั้นสูง(Advance Emergency & Trauma Lift Support : AETLS)แบบประเมินภาวะเครียด

3. ประเมินและรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพผู้ป่วยกรณีศึกษาตามแนวทางและเครื่องมือที่กำหนด โดยการซักประวัติผู้ป่วยและญาติ ตรวจร่างกาย การสังเกต รวมทั้งการรวบรวมข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์จากเวชระเบียนผู้ป่วยผลการดำเนินการดังกล่าว ทำให้ได้ข้อมูลครบถ้วน ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเพียงพอต่อการนำมาวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ส่งผลให้การพยาบาลผู้ป่วยบรรลุตามเป้าหมายการดูแลที่กำหนดไว้ รวดเร็ว มีความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญ และมีความยุ่งยากซับซ้อน ต้องนำความรู้ที่เกี่ยวข้องกับภาวะเลือดออกในเยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง การพยาบาลมาบูรณาการเข้ากับแนวทาง/เครื่องมือที่ต้องใช้ในการประเมิน รวมทั้งต้องมีทักษะในการซักประวัติ การสัมภาษณ์ การสังเกต และการตรวจร่างกาย รวมทั้งมีความเข้าใจแนวทางการประเมินภาวะ สุขภาพ และมีทักษะและความชำนาญในการใช้เครื่องมือที่เกี่ยวข้องประเมินและแปลผลการประเมินได้ถูกต้อง จึงจะทำให้พยาบาลรวบรวมข้อมูลได้ถูกต้อง ครอบคลุม เพียงพอต่อการวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ส่งผลให้การพยาบาลบรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนด

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

8.1 ปัญหา : ในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะประเมินอาการเปลี่ยนแปลงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติในระยะวิกฤตมีความยุ่งยากและซับซ้อน

วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา : เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในอาการหมดสติมีอาการทางสมอง และใส่ท่อช่วยหายใจทำให้การสื่อสารโต้ตอบกับพยาบาลเป็นไปได้ยาก

วิธีการแก้ไข : พยาบาลต้องใช้ภาษากายในการสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจให้ความรู้ผู้ป่วย และผู้ดูแลตามแผนการให้ความรู้ และติดตามประเมินผลภาพหลังการสอน

8.2 ปัญหา : ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหรือการพยาบาลต้องพูดซ้ำหลายรอบและใช้พูดสั้นๆใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย

วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา : เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาด้านความจำจากภาวะการบาดเจ็บของสมอง

วิธีการแก้ไข : ใช้คำพูดสั้นๆใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายเช่นการสื่อสารแบบภาษากาย การเขียนข้อความที่เข้าใจง่ายให้ญาติ ได้มีบทบาทการดูแล พุดคุยให้กำลังใจกับผู้ป่วย

8.3 ปัญหา : ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม

วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา : เนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมเสี่ยงในการดำรงชีวิต เช่น การดื่มสุราและสูบบุหรี่ทุกวัน การดื่มน้ำอัดลมและเครื่องดื่มชูกำลัง

วิธีการแก้ไข : ควรมีการวางแผนจำหน่ายเริ่มทำตั้งแต่ระยะแรก เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้อย่างเหมาะสมและป้องกันภาวะเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยซ้ำได้

9. ข้อเสนอแนะ

จากการประเมินผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตเนื่องจากมีภาวะเลือดออกในเยื่อหุ้มสมองชั้นกลางเสียเลือดและได้รับอุบัติเหตุทางสมอง ต้องเผชิญกับภาวะวิกฤติต่างๆที่คุกคามทั้งด้านร่างกายและจิตใจมีโอกาสที่จะเสียชีวิตสูงพยาบาลต้องมีความรู้ทางด้านสรีระวิทยาและการดำเนินของโรคเป็นอย่างดีมีทักษะที่ดีในการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีภาวะเลือดออกในสมอง หรือการบาดเจ็บที่ศีรษะ ตั้งแต่ในระยะแรกได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ผู้ศึกษาจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

ข้อเสนอแนะด้านบริหาร

พัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในเรื่องการประเมินและการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมอง หรือการบาดเจ็บที่ศีรษะโดยการจัดอบรมในโรงพยาบาลและส่งอบรมนอกหน่วยงานเพิ่มพูนสมรรถนะของหน่วยงานต่างทั้งในระดับจังหวัดระดับเขตและระดับประเทศ

ข้อเสนอแนะด้านวิชาการ

1. พัฒนาแนวทางการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมอง หรือการบาดเจ็บที่ศีรษะ สำหรับที่มรภพยาบาลในระดับปทุมภูมิร่วมกับพัฒนาศักยภาพให้มีทักษะและมีความชำนาญในการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมอง หรือการบาดเจ็บที่ศีรษะได้อย่างถูกต้องทันเวลาตั้งแต่ระยะเริ่มแสดงอาการ
2. ควรทบทวนหรือปรับปรุงแนวทางปฏิบัติในการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยภาวะเลือดออกในสมอง หรือการบาดเจ็บที่ศีรษะทุกปีหรือทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงในระดับประเทศหรือระดับนานาชาติเพื่อให้บุคลากรมีความมั่นใจว่ามีการจัดการในการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการที่ทันสมัยและเกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วย
3. พัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลการวางแผนการจำหน่าย และการส่งต่อในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้อย่างเข้าใจ และสามารถนำไปใช้ในชีวิตได้
4. มีการทบทวนการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะ (head injury) หรือบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury; TBI) และติดตามผลโดยหัวหน้าตึกหรือหัวหน้าเวร

ข้อเสนอแนะด้านบริการ

ส่งเสริมให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานตึกอุบัติเหตุฉุกเฉิน นำกระบวนการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะหรือบาดเจ็บที่สมองมาใช้อย่างต่อเนื่องเพื่อให้การพยาบาลที่ถูกต้องรวดเร็วและครอบคลุมพร้อมทั้งมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการจำหน่าย และการส่งต่อผู้ป่วยอย่างครอบคลุมในรายที่ไม่รู้สึกตัว ไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเต็มที่พยาบาลต้องเน้นให้ความรู้และคำแนะนำกับผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายกลับไปบ้านได้อย่างเหมาะสมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคได้

10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ไม่มี


11. สัดส่วนผลงานของผู้ประเมิน (ระบุร้อยละ)

นางสาวอลิต ทับทิม ร้อยละ 100

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

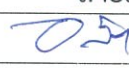
- นางสาวอลิต ทับทิม สักส่วนของผลงาน ร้อยละ 100 (ระบุร้อยละ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางสาวอลิต ทับทิม)
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
(วันที่)/...../.....
ผู้ขอรับการประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
1. นางสาวอลิต ทับทิม	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางรัฐฎีกาญจน์ นาคโนนหัน)
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
(วันที่)/...../.....

(ลงชื่อ) 

(นางสาวชฎานิศ ศรีรักษา)
(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)
รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล
(วันที่)/...../.....

(ลงชื่อ)  (นายอาทิตย์ สิบพานิช)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ
(ตำแหน่ง)
(วันที่) 22 ส.ค. 2567

**แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับ ชำนาญการ)**

1. เรื่อง การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (severe head injury) ขณะส่งต่อ (Refer out) ของโรงพยาบาลชุมแพ

2. หลักการและเหตุผล

การบาดเจ็บบริเวณศีรษะ (Head injury) เป็นการบาดเจ็บที่เกิดจากแรงกระทำภายนอกทั้งทางตรงและทางอ้อมหรือแรงที่เข้ามากระทบต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะและเนื้อเยื่อที่เป็นส่วนประกอบภายในกะโหลกศีรษะสมองและเส้นประสาทสมอง อาจมีหรือไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยและมีอัตราตายสูง ถือเป็น การบาดเจ็บที่เมื่อเกิดขึ้นแล้วส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ บางครั้งเกิดความพิการทำให้สูญเสีย ทั้งทรัพยากรบุคคลและค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น จากการรายงานความปลอดภัยทางถนนขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2561 รายงานว่าประเทศไทยมีอัตราผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร 32.7 คน ต่อประชากรแสนคนสูงเป็นอันดับ 9 ของโลกและอันดับ 1 ในเอเชีย มีผู้เสียชีวิต 22,491 คนต่อปีเฉลี่ย 60 คนต่อวัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัยผู้ที่ได้รับบาดเจ็บมากที่สุดเป็นการบาดเจ็บที่ศีรษะร้อยละ 30 และการบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงมีอัตราตายสูงการบาดเจ็บที่ศีรษะมีอันตรายถึงแก่ชีวิตทำให้อาจมีความพิการหลงเหลือ จึงต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง เพื่อมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ลดความพิการ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้จะช่วยให้สามารถค้นหาปัญหา ประเมิน วินิจฉัยปัญหา ปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในช่วงก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ภาวะวิกฤติต้องสามารถประเมินอาการได้ทันเวลา ผู้บาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่จะทำการรักษาเบื้องต้นและส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายที่มีศักยภาพสูงในการรักษา ในระหว่างการดูแลต้องให้การช่วยเหลือเบื้องต้นเพื่อให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะพ้นวิกฤตและนำส่งถึงปลายทางอย่างปลอดภัย โดยในการดูแลต้องประเมินแรกรับและจัดลำดับความรุนแรงผู้ป่วยตาม GCS บริหารจัดการในการให้การบริการพยาบาล ดูแลตามแนวทางการรักษา เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดความรุนแรงของโรค การรักษาเบื้องต้นในผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน จำเป็นต้องมีความรวดเร็วและถูกต้อง มีการซักประวัติ ตรวจร่างกายที่ละเอียด และการวางแผนให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ หากให้การรักษาขั้นต้นไม่ตรงกับสภาพการบาดเจ็บ อาจส่งผลให้ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บเสียชีวิตได้ในที่สุด ดังนั้นบุคลากรทางคลินิกหรือผู้ดูแลจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะและประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ เพื่อป้องกันและช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

3.1 บทวิเคราะห์

โรงพยาบาลชุมแพ เป็นโรงพยาบาลทั่วไป (S) ขนาด 360 เตียงประจำอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ประเภททุติยภูมิ (Secondary Care) ให้บริการรักษาทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกจากการศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้ศึกษาได้ให้การพยาบาลและจากการทบทวนการให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะการบาดเจ็บที่ศีรษะ การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะที่รุนแรง ให้ได้ผลดีต่อผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยจะต้องเข้าถึงระบบบริการอย่างรวดเร็วที่สุด ถูกต้อง และปลอดภัย และเมื่อมาถึงโรงพยาบาล ระบบบริการในโรงพยาบาลจะต้องให้การรักษาผู้ป่วยอย่างรวดเร็วที่สุดเช่นเดียวกัน ดังนั้น ทุกทีม ทุกระบบต้องมีความพร้อมในการให้บริการเป็นอย่างดี ทำให้ไม่ต้องรีบให้การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะเร็วที่สุด เนื่องจากว่าทุกงานที่ที่ผ่านมา เราไม่รู้ภายในกะโหลกศีรษะสมองและเส้นประสาทสมอง อาจมีหรือไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยและมีอัตราตายสูง ถือเป็น การบาดเจ็บที่เมื่อเกิดขึ้นแล้วส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ บางครั้งเกิดความ

พิการทำให้สูญเสีย ทั้งทรัพยากรบุคคลและค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น ดังนั้นเราจึงต้องให้บริการด้วยความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพอย่างยิ่ง ขณะเดียวกันผู้ป่วยที่มีภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะ ระหว่างที่ประเมินอาการอาจมีอาการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา การประเมินอาการ การเฝ้าระวังสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง การสังเกตอาการและอาการแสดงต่างๆ การติดตามสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง และเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงพยาบาลที่นำส่งผู้ป่วยระหว่างส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่ายศูนย์ขอนแก่น ต้องสามารถตัดสินใจให้การช่วยเหลือได้ นอกจากนี้พยาบาลที่นำส่งต้องการเตรียมเครื่องมือต่างๆที่ใช้ระหว่างส่งต่อให้เหมาะสม เพียงพอและพร้อมใช้อยู่เสมอ ทั้งนี้เพื่อใช้ในกรณีฉุกเฉินเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือแยลงขณะนำส่ง ถึงแม้ผู้ป่วยอาการแยลงก็จะสามารถให้การช่วยเหลือได้อย่างทันถ่วงเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ไม่เกิดความพิการและเสียชีวิต

การบาดเจ็บที่เกิดจากแรงกระทำจากภายนอกทั้งทางตรงและทางอ้อมที่มีต่อหนังศีรษะกะโหลกศีรษะสมอง เส้นประสาทสมองและเนื้อเยื่อที่เป็นส่วนประกอบภายในกะโหลกศีรษะ ทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยคะแนนระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Score, GCS) ระหว่าง 8-11 คะแนนซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาทั้งผ่าตัดและไม่ผ่าตัด เพื่อรักษาชีวิตและภาวะทุพพลภาพ ซึ่งอาจเกินศักยภาพของโรงพยาบาลที่รับการรักษา จึงต้องส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าเพื่อการรักษา การดูแลเบื้องต้นและส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพจึงมีความสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวปลอดภัยในทุกกระยะการดูแล

กรณีศึกษาที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะจากการเกิดอุบัติเหตุจากรถ โดยมีการบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง ทำให้ระดับความรู้สึกตัวลดลง ก่อนนำส่งผู้ป่วยระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไม่ได้รับการพยาบาลโดยทีมพยาบาลระดับสูง จึงต้องดูแลเพื่อป้องกันภาวะสมองบวมและแก้ไขภาวะพร่องออกซิเจน เน้นการดูแลเพื่อไม่ให้สมองเสียหายเพิ่มขึ้นและลดการบวมของสมอง เฝ้าระวังอาการผิดปกติทางระบบประสาทอย่างใกล้ชิด รวมถึงเฝ้าระวังการเสียสมดุลของเกลือแร่และสารน้ำจากการให้ยาลดภาวะสมองบวม กรณีศึกษาได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลปลายทางที่มีศักยภาพสูงกว่าเพื่อการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากแบบวัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง (severe head injury) วิเคราะห์โดยใช้ร้อยละ ตาราง : จากสถิติการบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง (severe head injury) ของโรงพยาบาลชุมแพ ปี 2564 – 2566

ข้อมูล	จำนวน			ร้อยละ
	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	
เพศ				
- ชาย	126	74	109	72.54
- หญิง	50	24	43	27.47
อายุ (ปี)				
- < 20 ปี	54	28	33	27.0
- ≥ 20 ปีขึ้นไป	122	70	119	73.0
สาเหตุการบาดเจ็บ				
- อุบัติเหตุจากรถ	123	65	121	72.53
- พลัดตก หรือหกล้ม	42	28	23	21.83
- ถูกทำร้ายร่างกาย	11	5	8	5.63

ตาราง : จากสถิติการบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง (severe head injury) ของโรงพยาบาลชุมแพ ปี 2564 – 2566(ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน			ร้อยละ
	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	
การวินิจฉัยโรค	8	11	14	25.38
- Diffuse Axonal Injury (DAI)	17	13	14	33.84
- Acute Subdural Hematoma(SDH)	2	1	0	2.31
- Epidural Hematoma (EDH)	12	13	13	29.23
- Traumatic Subarachnoid hemorrhage (SAH)	5	3	4	9.23
- Intraventricular Hemorrhage (IVH)	152	77	135	85.45
GCS แกร็บ	17	12	16	10.54
- 13-15 Mild	7	9	1	3.99
- 9-12 Moderate	72	59	84	50.45
- ≤ 8 Severe	104	39	68	49.53
ตีศีรษะ	34	23	44	23.70
ไม่ตีศีรษะ	57	77	83	50.94
จำนวนผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ	45	43	37	29.34
ส่งตัวรักษาต่อโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นเสียชีวิต				

จากตาราง : จากสถิติการบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง (severe head injury) ของโรงพยาบาลชุมแพ ปี 2564 – 2566 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 72.54 และมีอายุ ≥ 20 ปีขึ้นไป ร้อยละ 73.0 สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุจราจรร้อยละ 72.53 การวินิจฉัยโรค Traumatic Subarachnoid hemorrhage (TSAH) ร้อยละ 33.84 มีคะแนน (Glasgow Coma Scale) GCS แกร็บ 13-15 Mild ร้อยละ 85.45 ตีศีรษะ ร้อยละ 50.45 ไม่ตีศีรษะ ร้อยละ 49.53 จำนวนผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ร้อยละ 23.70 ส่งตัวรักษาต่อโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ร้อยละ 50.94 และการเสียชีวิต ร้อยละ 29.34

3.2 แนวคิดในการพัฒนา

การดำเนินการพัฒนาครั้งนี้ ผู้ศึกษานำความรู้ทางวิชาการและแนวคิดมาใช้ในการพัฒนาได้แก่

กิจกรรมการพัฒนา

Prevention บูรณาการกับงาน DHS ของอำเภอในลักษณะ DHS RTI การดำเนินงานทั้งในเชิงป้องกันและการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการฟื้นฟูโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนกระตุ้นให้ชุมชนเห็นความสำคัญและผลกระทบที่จะเกิดตามมา

Pre hospital care

- พัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ให้บริการในระดับรพ.สต.และอาสาสมัครตำบลในการประเมินตรวจวินิจฉัยและการดูแลเบื้องต้นในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ
- การ Consult แพทย์ในโรงพยาบาลทางโทรศัพท์

- พัฒนาระบบ EMS ชี้แจงให้ผู้รับบริการทราบถึงช่องทางการรับบริการ 1669 เมื่อเกิดอุบัติเหตุ

Hospital care

- พัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการเพื่อให้สามารถประเมินได้ถูกต้องและรวดเร็ว
- จัดระบบ Line เพื่อรายงาน case กับแพทย์เวร

Refer

- ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่เข้าเกณฑ์ Fast track (HI, Trauma) ต้องได้รับการส่งต่อภายใน 1 ชั่วโมง
- เตรียมความพร้อมของรถพยาบาลและอุปกรณ์ช่วยชีวิตที่จำเป็นในรถ
- จัดทำแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยและการประสานงานมีระบบปรึกษาแพทย์เฉพาะทางก่อนส่งต่อ/ขณะส่งต่อและมีพยาบาลดูแลขณะส่งต่อ
- มีระบบ Line เพื่อ Consult case

ผลการพัฒนาระบบบริการ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
1.ความครอบคลุมของหน่วยกู้ชีพ	100%	100	100	100
2.ผู้ป่วยอุบัติเหตุจราจรได้รับการนำส่งโดยระบบEMS	> 60%	39.58	38.07	57.14
3.การออกรับเหตุผู้ป่วยอุบัติเหตุภายในเวลา 10 นาที	100%	97.27	97.93	97.91
4.ผู้ป่วยFast track HIได้รับการส่งต่อภายใน 1 ชั่วโมง	100%	91	96	100
5.ผู้ป่วยSHI ที่ได้รับการส่งต่อได้รับการดูแลตามมาตรฐานขณะส่งต่อ	100	97	99	99

3.3 ข้อเสนอการพัฒนา

ผู้ศึกษาได้มีการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (severe head injury) ขณะส่งต่อ (Refer out) และได้โดยอ้างอิงจากมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อของจังหวัดขอนแก่นและได้นำเสนอหัวหน้ากลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อชี้แจงให้กับพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินได้รับทราบ และมีการจัดทำโครงการอบรมให้ความรู้กับพยาบาลส่งต่อ รวมถึงการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ กรณีศึกษาได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลปลายทางที่มีศักยภาพสูงกว่าเพื่อการรักษาที่เหมาะสม ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลปลายทางอย่างปลอดภัย โดยใช้ปัญหาที่ได้จากการทบทวนสถิติผลลัพธ์จากการดูแลผู้ป่วยการทบทวนเวชระเบียนการสัมภาษณ์เชิงลึกพยาบาลวิชาชีพมาใช้ในการวางแผนพัฒนารูปแบบนำรูปแบบที่ได้ลงสู่การปฏิบัติจริงติดตามประเมินผลปรับแนวทางปฏิบัติจนได้รูปแบบที่เหมาะสมกับสภาพการปฏิบัติงานจริงดังนี้

วัตถุประสงค์

1. พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (severe head injury) ขณะส่งต่อ (Refer out)
2. เพื่อให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงผู้ป่วย SHI ได้รับการดูแลขณะส่งต่อได้รับการดูแลอย่างมีมาตรฐานลดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเสียชีวิตระหว่างส่งต่อ อย่างมีประสิทธิภาพ ถูกต้อง ปลอดภัย
3. เพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย SHI ให้มีประสิทธิภาพและเป็นมาตรฐานในการปฏิบัติ

เป้าหมาย

พยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และพยาบาลส่งต่อโรงพยาบาลชุมแพ

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. วิเคราะห์ข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นข้อเสนอแนะ บริบท สถานการณ์ รวบรวมปัญหา การดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะเพื่อค้นหาปัญหา

2. รวบรวมปัญหาการเฝ้าอาการและวิเคราะห์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะนำเสนอปัญหาแก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
3. ศึกษาข้อมูล ทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับการรักษาดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยที่มีภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะ
4. ทบทวนวิธีปฏิบัติ กระบวนการปฏิบัติเดิมเกี่ยวกับการรักษาดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะ
5. จัดทำแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะ
6. นำเสนอแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยที่มีภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะแก่หัวหน้าหน่วยงานและผู้บริหารทางการแพทย์บาลและหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอข้อเสนอแนะ แล้วปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์และเหมาะสมมากขึ้น
7. ประชุมชี้แจงทีมผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลเพื่อสร้างความตระหนักในการให้บริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลส่งต่อ พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินพนักงานขับรถ เจ้าหน้าที่เวรเปลและผู้ช่วยเหลือคนไข้
8. นำเสนอการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะให้กับหัวหน้าหน่วยงานและผู้บริหารทางการแพทย์บาลและหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง
9. สรุปปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงาน ปรับปรุงตามข้อเสนอ
10. สรุปผลงานและประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดความสำเร็จเพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงพัฒนาในการดำเนินงานปีต่อไป
11. นำข้อเสนอและปัญหาจากหัวหน้าหน่วยงานและผู้บริหารทางการแพทย์บาลและหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องมาปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น
12. นำคู่มือแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะมาใช้เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลระยะเวลาดำเนินการ

วันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 31 มกราคม 2568

3.4 ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ข้อจำกัด

- ประสบการณ์การทำงานของพยาบาลแต่ละคนแตกต่างกันเนื่องจากปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง เช่น อายุงาน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ

แนวทางการแก้ไข

จัดอบรมเพิ่มพูน/ฟื้นฟู ความรู้ ให้แก่ พยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินพยาบาลส่งต่อ และเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องต่างๆ การทบทวนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ การอบรมโดยมีการใช้สถานการณ์จำลองและการนิเทศติดตามโดยหัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉินหรือหัวหน้าเวร ในหัวข้อ

- การประเมินและคัดกรอง และการใช้เครื่องมือในการประเมินและคัดกรองผู้ป่วย
- การประเมินและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง โดยใช้ Glasgow Coma Score : GCS
- การใช้คู่มือแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะ
- การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะ

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะในระบบปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาลได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ มาตรฐาน และปลอดภัยสอดคล้องกับ Service Plan สาขาอุบัติเหตุฉุกเฉิน

2. พยาบาลส่งต่อสามารถใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานในการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะระหว่างสถานพยาบาล

3. พยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลส่งต่อควรมีการพัฒนาสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตเพื่อช่วยให้สามารถแก้ไขภาวะวิกฤตได้ทันทั่วทั้งที่มีความรวดเร็วในการปฏิบัติการพยาบาล การประสานงานและการส่งต่อ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ เกิดความปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล

4. ผู้ป่วยและญาติควรได้รับการดูแลด้านจิตใจ จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจสภาพความเจ็บป่วยและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติได้ดียิ่งขึ้นด้วย

5. จัดอบรมเพิ่มพูน/ฟื้นฟู ส่งเสริมการส่งต่อผู้ป่วยอย่างไร้รอยต่อ เพื่อให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้รับการส่งต่อติดตามรักษาอย่างสิ้นไหลราบรื่น ไม่มีรอยต่อให้สะดุดหรือติดขัด จากโรงพยาบาลชุมชนไปโรงพยาบาลใหญ่อย่างไม่ขาดช่วง เกิดการเชื่อมโยงระบบข้อมูล การประเมินและการสื่อสาร การแลกเปลี่ยนเส้นทางและการรักษามาตรฐานบริการที่ใช้ร่วมกันโดยมุ่งเป้าหมายที่ตกลงร่วมกัน

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. พยาบาลส่งต่อมีการใช้แนวทางมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงถูกต้องร้อยละ 100
2. ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงได้รับการส่อต่อภายใน 1 ชั่วโมงร้อยละ 100
3. ไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างส่งต่อด้วยเหตุอันไม่ควร

(ลงชื่อ).....

(นางสาวอลิต ทับทิม)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่)...../...../.....

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ 3 แบบสรุปความเห็นในการประเมินบุคคล

ชื่อผู้ขอประเมินนางสาวอลิต ทับทิม

ตำแหน่งที่ขอประเมิน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ 187456

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชุมแพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ
1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ คุณสมบัติของบุคคล ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ ประวัติการฝึกอบรมดูงาน ประสิทธิภาพในการทำงาน ผลการปฏิบัติราชการ และประวัติทางวินัย	20	10
2. ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน ที่สอดคล้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง	30	25
3. คำโครงการผลงานที่จะส่งประเมิน และในกรณีที่ผลงานนั้นมีผู้ร่วมจัดทำผลงาน ให้แสดงสัดส่วนและบทบาทของผู้ประเมินและผู้ร่วมจัดทำผลงาน รวมทั้งรายชื่อผู้ร่วมจัดทำผลงานด้วย	30	25
4. ข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงงานหรือพัฒนางาน	10	8
5. อื่นๆ ตามที่เห็นสมควร เช่น การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ ทักษะการสื่อสาร ภาวะผู้นำ วิสัยทัศน์	10	8
รวม	100	81

1. ความเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

() เหมาะสม (ระบุเหตุผล).....() ไม่เหมาะสม (ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อ).....

(นางรัฐภิกษาญาณ์ นาคโนนหัน)

(ตำแหน่ง)พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

(วันที่)...../...../.....

(ลงชื่อผู้ประเมิน).....

(นางสาวชญาณิศ ศรีรักษา)

(ตำแหน่ง)หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)

รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล

(วันที่)...../...../.....

2. ความรับรองของผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป 1 ระดับ

- () เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น
 () ไม่เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น
 (ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อผู้ประเมิน).....
 (นายอาทิตย์ สิบพานิช)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
 วิชาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ
 (วันที่).....

22 ส.ค. 2567

3. ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา 57

- () ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70
 () ไม่ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ 70
 (ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อผู้ประเมิน).....

(นายจิรศักดิ์ สีหามาศย์)

(ตำแหน่ง) รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน

(วันที่)ผู้ว่าราชการจังหวัดขอนแก่น.....