

การพยาบาลระยะกลางของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองรุนแรง: กรณีศึกษา Nursing care for Intermediate care in Severe Traumatic Brain Injury: Case Study.

(Received: December 20,2023 ; Revised: December 28,2023 ; Accepted: December 29,2023)

นิตยา ศรีสุทธิกมล¹
Nittiya Srisutthikamol¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการณิศึกษาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค การรักษาพยาบาล และผลของการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง โดยศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับรุนแรง 2 รายเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลขอนแก่น เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน แบบประเมินปัญหาและความต้องการการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า สาเหตุการบาดเจ็บสมองมาจากอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ไม่สวมหมวกนิรภัย ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อลดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะ หลังผ่าตัดมีภาวะติดเชื้อปอดอักเสบเนื่องจากใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน และได้รับยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมจนอาการดีขึ้น ได้รับการดูแลระยะกลางและการวางแผนจำหน่ายโดยสหสาขาวิชาชีพ ส่งกลับไปฟื้นฟูสภาพต่อที่โรงพยาบาลชุมชน รวมวันอยู่รักษาเท่ากับ 11 วัน และ 17 วันตามลำดับ เมื่อประเมินผลลัพธ์ก่อนจำหน่ายตาม Glasgow outcome scale (GOS) พบว่าผู้ป่วยรายแรก มีผลการหลงเหลือระดับปานกลาง (moderate recovery) ส่วนอีกรายอยู่ในระดับ พิกการหลงเหลือระดับรุนแรง (severe disability)

คำสำคัญ: การพยาบาล บาดเจ็บที่สมองรุนแรง แนวคิดการดูแลระยะกลาง

Abstract

This study was case study aimed to study the pathophysiology, cause of disease, nursing interventions, and outcomes of nursing care for patients with severe traumatic brain injury. By comparative study of two purposive patients in the surgical trauma ward at Khon Kaen Hospital. Data were collected from patient records, assessment using 11 Gordon's Functional Health Pattern framework and having nursing process to evaluate nursing practice.

Results: Both patients had traumatic brain injury from motorcycle vehicle accidents. Contributing factors to the accidents were alcohol consumption and not wearing a helmet when riding a motorcycle. They received surgical decompression to reduce intracranial pressure. Patient 1 underwent a tracheostomy and was weaned off the ventilator on day 9th. Patient 2 was weaned off the ventilator on day 12th without tracheostomy. Both patients received intermediate care and had discharge planning by the interdisciplinary team and were referred back for rehabilitation in the community hospital. Length of stay of them was 11 and 17 days, respectively. Patient 2 had associated facial and orbital fractures. On assessment using the Glasgow Outcome Scale (GOS), patient 1 had moderate recovery, while patient 2 had severe disability

Keywords: Nursing care, Severe traumatic brain injury, Intermediate care

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

บทนำ

การบาดเจ็บที่สมองรุนแรง (severe traumatic injury) หมายถึงการเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมองหรือพบมีพยาธิสภาพในสมองจากหลักฐานเชิงประจักษ์อื่นใด โดยมีสาเหตุจากแรงภายนอก ประเมินระดับความรุนแรงจากผลรวมของ คะแนน Glasgow Coma Scale (GCS) ที่ 3 ถึง 8¹ การบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงส่วนใหญ่สาเหตุมาจากอุบัติเหตุการจราจร ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์มากที่สุดในโลก เฉลี่ยปีละ 5,000 ราย² ปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนผู้บาดเจ็บจากปัญหาการจราจรทางถนนมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในทุกปี และอุบัติเหตุจราจรเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 รองจากโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจ จำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากปัญหาการจราจรทางถนน ปี 2563-2565 บาดเจ็บจำนวน 77,256 883,337 และ 926,869 ราย เสียชีวิต 10,121 13,622 และ 15,012 รายตามลำดับ คิดเป็นอัตราการตาย 30.47 ต่อประชากรแสนคน เกินค่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ที่อัตรา 16 ต่อประชากรแสนคน (3)³ การบาดเจ็บที่สมองเป็นสาเหตุตายที่สำคัญที่สุดของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทุกประเภท การบาดเจ็บที่สมองรุนแรงทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤตจากการบาดเจ็บที่สมองและมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 36⁴ ซึ่งจะเห็นว่าเป็นจำนวนที่สูงมากและมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แม้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงจะยังคงเป็นภาระทางการแพทย์และเศรษฐกิจในระยะยาวเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะทุพพลภาพ

สถานการณ์การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในจังหวัดขอนแก่นพบว่าการบาดเจ็บสมองเป็นปัญหาสำคัญและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและทุพพลภาพ จากข้อมูลโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่าสถิติผู้ป่วยอุบัติเหตุ ที่มารับการรักษาทั้งหมด พ.ศ. 2563-2565⁵ พบจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง 3,025 3,403 และ 3,796 ราย เสียชีวิต, 207,241 และ 220 ราย ได้รับการผ่าตัด 223, 257 และ 251 รายตามลำดับ แยกเป็นผู้บาดเจ็บ

สมองระดับรุนแรง 432, 455 และ 336 รายและเสียชีวิต 164, 171 และ 123 ราย ตามลำดับ พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 36.4 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงจะมีอาการบาดเจ็บสมองรุนแรงและอยู่ในภาวะวิกฤต จะต้องได้รับการประเมินปัญหาการวินิจฉัยอย่างรวดเร็วถูกต้อง ทั้งนี้เพื่อช่วยให้รอดชีวิตหรือเกิดความพิการน้อยที่สุด ผลกระทบจากการประสบอุบัติเหตุผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการบาดเจ็บทางร่างกายและภาวะบาดเจ็บที่สมอง ความรุนแรงของการบาดเจ็บขึ้นกับแรงที่กระทำและสมองส่วนที่ได้รับผลกระทบเช่น Glasgow Coma Score ประมาณ 3 มักมีโอกาสรอดชีวิตได้มากถึงร้อยละ 90⁶ ร้อยละ 10 จะเป็นผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองรุนแรง ซึ่งส่วนหนึ่งเสียชีวิตในที่เกิดเหตุ⁷ ผู้ป่วยที่มีอาการทางสมองรุนแรงจากภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง (Subdural hematoma) คือมีก้อนเลือดที่สะสมอยู่ระหว่างเยื่อหุ้มสมองชั้นดुरากับเนื้อสมอง พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง การรักษาภาวะนี้มีทั้งการผ่าตัดเอาก้อนเลือดที่กดทับเนื้อสมองออก และรักษาแบบประคับประคอง ผู้ป่วยที่รอดชีวิตส่วนใหญ่จะมีความทุพพลภาพทางร่างกายและจิตใจหลงเหลือ ส่งผลให้ขาดความสามารถในดำรงชีวิตประจำวันในสังคมได้ตามลำพัง ต้องได้รับการดูแลฟื้นฟูสภาพการดูแลระยะกลางวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องถึงชุมชน

การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) สำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นระยะวิกฤติมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความบกพร่องทางร่างกายบางส่วนอยู่ และมีข้อจำกัดในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ประเมิน Barthel Index ได้ค่า <15 คะแนนหรือ ≥15 คะแนน ร่วมกับ multiple impairments ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง และใช้เวลา 6 เดือนนับจากวันที่พ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ เริ่มตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อ

เพิ่มสมรรถนะทางร่างกายจิตใจ ในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพสามารถกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ⁸ และเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับครอบครัวสำหรับการดูแลแบบระยะยาว (Long term care) ต่อไป

พยาบาลเป็นบุคลากรหลักสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤติเฉียบพลัน การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง และการดูแลต่อเนื่อง โดยพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง มุ่งเน้นมิติฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์สังคมและจิตวิญญาณช่วยให้ผู้ป่วยพ้นหายจากโรคไม่เกิดความพิการสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้และใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติหรือใกล้เคียงปกติ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาพยาธิสภาพ การดำเนินของโรค การรักษาพยาบาล และผลของการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษารายกรณี (Case study) การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับรุนแรงและได้รับการดูแลระยะกลาง คัดเลือกผู้ป่วยแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 2 ราย ที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึงเดือน มีนาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินปัญหา ความต้องการการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เวชระเบียนผู้ป่วย ใน กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามรูปแบบของ NANDA โดยใช้ กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาล

กรณีศึกษา

ผลการศึกษาเสนอโดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และ 3) ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล อาการ ประวัติการเจ็บป่วย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษา

ข้อมูลเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยชายไทยอายุ 34 ปี ส่วนสูง 167cm น้ำหนัก 80kg สถานภาพสมรส คู่ อาชีพรับจ้าง การศึกษา จบมัธยมศึกษาปีที่ 3 ผู้ดูแลหลัก ภรรยา	ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 18 ปี ส่วนสูง 162 cm น้ำหนัก 50kg สถานภาพสมรส โสด อาชีพนักศึกษา กำลังศึกษาระดับปริญญาตรีชั้นปี 1 ผู้ดูแลหลัก มารดา
อาการสำคัญ	ส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ด้วยอาการซีด จังหวะการเต้นหัวใจผิดปกติ รู้สึกตัว สลบ จำเหตุการณ์ไม่ได้ ไหล่ขวาบวม 9 ชั่วโมงก่อนมา	ส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน ด้วยอาการ 3 ชั่วโมงก่อนมา ซึ่บรัดจักรยานยนต์ล้มเอง สลบ ไม่รู้สึกตัว ไม่สวมนวมกนิรภัย
การวินิจฉัย	Traumatic Subdural hemorrhage Traumatic Epidural hemorrhage Fracture RT clavicle	Acute Subdural Hematoma left frontal parietal , Fracture right orbit Fracture base of Skull, Fracture right zygomatic
การผ่าตัด/หัตถการ	ครั้งที่ 1 Rt Craniectomy with remove clot (13 พ.ย. 65) หลัง Admit 3 ชั่วโมง ครั้งที่ 2 Tracheostomy (22 พ.ย 65)	Lt Craniectomy with remove clot (27 ก.พ. 66) หลัง Admit 5 ชั่วโมง
ประวัติการเจ็บป่วย	ปฏิเสธโรคประจำตัว/ปฏิเสธแพ้ยาดื่่มสุรา 3-4 วัน/สัปดาห์ ครั้งละ 2-3 แก้ว สูบบุหรี่ 2-3 มวน/วัน	ปฏิเสธโรคประจำตัว/ปฏิเสธแพ้ยาดื่่มสุรา บางครั้ง /ไม่สูบบุหรี่

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล อาการ ประวัติการเจ็บป่วย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษา

ข้อมูลเปรียบเทียบ	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
สรุปอาการและการรักษา พยาบาลตั้งแต่แรก รับจนถึง จำหน่าย	แรกรับที่โรงพยาบาลชุมชน ผู้ป่วย GCS E2V4-5 M5-6 pupil 4 min both eyes (RTL BE) แขนขาขยับได้ grade 5 ความดันโลหิต 110/71 mmHg HR 76 ครั้ง/นาที NPO ให้ Acetar 1000cc IV drip 100 cc/hr DTX=108 mg% ตรวจ ATK = neg on RT arm sling ก่อนส่งผู้ป่วย ชีวมลง จึง On ET tube No 7.5 ก่อนส่งตัว แรกรับ โรงพยาบาลขอนแก่น GCS E1VTM5 pupil 2 min RTL BE สัญญาณชีพ BT=36.8 , HR=102 ครั้ง/นาที BP=131/73 mmHg O2 sat 99 % CT brain= Acute right subdural frontoparietotemporal hemorrhage With Fracture at right temporal bone ตรวจ FAST negative admit ศัลยกรรมอุบัติเหตุ แรกรับ GCS E1VTM5 pupil 2 min RTL BE on ventilator, Retain NG tube, Retain Foley's catheter ผล Lab ผลอยู่ในเกณฑ์ปกติ จอเลือด PRC 2 U FFP 2U set OR Emergency for craniectomy ผ่าตัดเสียเลือด 300 ml ตามเลือด 1 unit หลังผ่าตัด 3 วัน ผู้ป่วยดีขึ้น GCS E2-3VTM6 pupil 3 min RTL BE ไม่มีภาวะช็อค มีปัญหา hyponatremia ค่า Na = 129 เปลี่ยนให้ IV 0.9 % NaCl 1000 ml iv drip rate 60 ml/hr มีไข้ สูงตลอด BT=38-39 °C และผลตรวจรังสีทรวงอก แพทย์ วินิจฉัยปอดอักเสบให้ vancomycin 1 gm q 12 hr หย่าเครื่องช่วยหายใจไม่ได้ เจาะคอ Tracheostomy (22 พ.ย 65) หลังใช้ลด try wean On 02 Collar mask 10 LPM O2sat 96-98% Fracture Rt clavicle consult Ortho On finger of right/on arm sling วันที่ 10 วางแผนการดูแลระยะกลาง ambulation Training และ Home program พยาบาลสอนญาติผู้ป่วยและสาธิตการดูแลแผล ท่อหลอดลมคอ การทำความสะอาดท่อหลอดลมคอ การให้อาหารทางสายยาง การดูแลความสะอาดร่างกาย และฝึกกายภาพบำบัด วันที่ 12 แพทย์จำหน่าย refer back โรงพยาบาลชุมชน ก่อนจำหน่ายผู้ป่วย GCS E4V5M6 Pupil 3 mm RTL BE แขนขาต้านซ้ายอ่อนแรง เล็กน้อย ใส่ท่อหลอดลมคอหายใจได้เอง BP 120/78 มม.ปรอท ชีพจร 82 ครั้งต่อนาที RR 20 /min Glasgow outcome scale เท่ากับ 4 (moderate disability) ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเอง เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นแต่ไม่สามารถทำงานได้เต็มที่เช่นเดียวกับก่อนได้รับการบาดเจ็บ Barthel index Score แรกรับ 0 คะแนนก่อนจำหน่าย 90 คะแนน นัดติดตามอาการหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์	แรกรับที่โรงพยาบาลชุมชน ผู้ป่วย GCS E1V1M5 pupil 5 min fix dilate BE On ET tube No 7.5 ก่อนส่งต่อ ที่โรงพยาบาลขอนแก่น GCS E1VTM5 pupil RT 3 mm fix LT 3 mm fix ความดันโลหิต 126/94 mmHg HR 58 ครั้ง/นาที O2 sat =100% วินิจฉัยแรกรับ Severe traumatic brain injury with open wound of scalp ส่ง CT Brain พบ Subdural hemorrhage at Lt front parietal thickness 1.2 cm midline shift to right FAST ผล negative admit หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ set OR Emergency for Lt craniotomy HCT=22 V% PRC 2 U หลังผ่าตัด on ventilator GCS =E1VTM4 pupil 4 min RTL BE HCT=30V% เจาะ DTX ทุก 4 ชั่วโมง ค่ายอยู่ในเกณฑ์ปกติ MO 3 mg pm q 4 hr pain score 4-5 คะแนน หลังผ่าตัด 2 วัน CT brain ซ้ำ (28/2/66) พบ SDH 6 mm Frontoparietal ICH Lt temporalplan conservative treatment consult แพทย์ Maxillofacial เรื่อง Fracture Rt Zygoma plan conservative treatment นัดติดตามอาการหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ 3 วันหลังผ่าตัดผู้ป่วย GCS E1VTM5 ventilator PSV mode FIO2 0.4 เริ่ม try wean MO 4 mg IV q 6hr pain score 3-4 คะแนน มีไข้ 38.5 °C septic work up และให้ ATB Tazocin 4.5 gm q 6 hr try wean Spontaneous mode 10 วัน (2-11/3/66) วันที่ 12/3/66 off ETT on o2 mask with bag 10 LPM O2 sat = 96-98 % 12/3/66 ส่ง consult speech ฝึกพูด consult อาชีวเวชกรรม ฝึกกลืน Swelling & Eating Therapy and Oral เริ่มวางแผนฟื้นฟูการดูแลระยะกลางร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ambulation Training และ Home program พยาบาลสอนญาติผู้ป่วยและสาธิต การดูแลความสะอาดร่างกาย การให้อาหารทางสายยาง และฝึกกายภาพบำบัด วันที่ 16/3/66 แพทย์จำหน่าย refer back โรงพยาบาลชุมชน ก่อนจำหน่ายผู้ป่วย GCS E4V1M6 Pupil 2 mm RTL BE motor power 4 all สัญญาณชีพ T36.8 P78 R20 BP114/70 Glasgow outcome scale 3 (severe disability) ผู้ป่วยยังต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวันเป็นบางอย่าง Barthel index Score แรกรับ 0 คะแนนก่อนจำหน่าย 30 คะแนน นัดติดตามอาการหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์
จำนวนวันนอน	(13 พฤศจิกายน - 1 ธันวาคม 65)	17 วัน (27 กุมภาพันธ์ -16 มีนาคม 66)

จากตารางที่ 1 กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่า สาเหตุการบาดเจ็บเกิดจากอุบัติเหตุจราจรและไม่สวมหมวกนิรภัย ได้รับบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองพบเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองเหมือนกันรักษา และได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ในระยะแรกพบว่าผู้ป่วยไม่รู้สีก้าว หายใจใส่เครื่องช่วยหายใจ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการกิจวัตรประจำวันได้ แต่ความแตกต่างกันจากพยาธิสภาพของการบาดเจ็บร่วมและภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างการอยู่รักษา โดยกรณีศึกษา รายที่ 1 มีภาวะบาดเจ็บกระดูกไหปลาร้าร่วม ทำให้มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มีการบาดเจ็บของกระดูกหน้าร่วมด้วย จากการกลืนลำบากและการ

พูด ทั้ง 2 รายหลังผ่าตัดมีภาวะปอดติดเชื้อหยา เครื่องช่วยหายใจไม่ได้ กรณีศึกษา รายที่ 1 จึงได้รับการเจาะคอ ส่วน กรณีศึกษา รายที่ 2 ไม่ได้เจาะคอเนื่องจากถอดเครื่องช่วยหายใจได้ในวันที่ 12 มีการวางแผนจำหน่ายร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในการดูแลระยะกลาง การวางแผนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องทั้งสองราย

ประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของ Gordon พบว่ามีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน นำมาวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย แบ่งตามระยะการเจ็บป่วยโดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้

ตารางที่ 2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล

ระยะ	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
ระยะแรกรับ และก่อนผ่าตัด	1. การกำซาบเลือดของเนื้อสมองลดลงเนื่องจากความดันในสมองสูงเพราะมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง	1. การกำซาบเลือดของเนื้อสมองลดลงเนื่องจากความดันในสมองสูงเพราะมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง
	2. รูปแบบการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากระดับความรู้สีก้าวลดลง	2 รูปแบบการไม่มีประสิทธิภาพ เนื่อง จากระดับความรู้สีก้าวลดลง
	3. ญาติมีความกลัว/วิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยรุนแรง และการเตรียมก่อนผ่าตัดและสิทธิ์การรักษา	3. ญาติมีความกลัว/วิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยรุนแรง และการเตรียมก่อนผ่าตัดและสิทธิ์การรักษา
ระยะหลังผ่าตัด	4. เสี่ยงต่อการกำซาบของเนื้อเยื่อสมองลดลง เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดจาก สมองบวม เลือดออกซ้ำ ความดันในกะโหลกศีรษะสูง	4. เสี่ยงต่อการกำซาบของเนื้อเยื่อสมองลดลง เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดจาก สมองบวม เลือดออกซ้ำ ความดันในกะโหลกศีรษะสูง
	5. มีโอกาสเกิดภาวะชักภายหลังการผ่าตัด เนื่องจากเซลล์สมองได้รับการบาดเจ็บ	5. มีโอกาสเกิดภาวะชักภายหลังการผ่าตัด เนื่องจากเซลล์สมองได้รับการบาดเจ็บ
	6. เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากมีแผลผ่าตัด Craniectomy และแผลเจาะคอ	6. เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากมีแผลผ่าตัด Craniectomy
	7. ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ	
การดูแลระยะกลางและการดูแลต่อเนื่อง	8. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดและปวดศีรษะ	7 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดและปวดศีรษะ
	9. พร่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	8 พร่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
	10 มีการติดเชื้อที่ปอด	9 มีการติดเชื้อที่ปอด
	11 ญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรค และการดูแลผู้ป่วย หลังจำหน่าย	10 ญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วย หลังจำหน่าย

การพยาบาลแบ่งตามระยะการเจ็บป่วยดังนี้

ตารางที่ 3 กิจกรรมการพยาบาล

ปัญหาการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่รู้สึกตัว ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ และแพทย์พิจารณาผ่าตัดโดยเร่งด่วน	การพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัดคือ การประเมินอาการ สัญญาณชีพ สัญญาณประสาท ทุก 1/2-1 ชั่วโมง ดูแลจัดผู้ป่วยนอนท่าศีรษะสูง 30 องศา การสังเกตอาการ อาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท เช่น ชักเกร็ง การดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนรักษา นอกจากนี้เป็นการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของญาติ และการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยให้ได้รับการผ่าตัด เช่น การเตรียมผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผลการตรวจพิเศษ การเตรียมเลือดและส่วนประกอบของเลือด รวมทั้งการให้ข้อมูลแก่ญาติเพื่อคลายความวิตกกังวล
2 การพยาบาลผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด เป้าหมายเพื่อคงไว้ซึ่งการกักขังของเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง บรรเทาอาการปวด การดำรงภาวะสมดุล ของน้ำและเกลือแร่ ป้องกันการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด	โดยการประเมินอาการ สัญญาณชีพ สัญญาณประสาทต่อเนื่องตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ สมรรถนะรุนแรง ดูแลให้ได้รับออกซิเจนและใช้เครื่องช่วยหายใจ ตามแผนการรักษาการ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง สังเกตลักษณะการหายใจ เพื่อประเมินระบบการไหลเวียนเลือด การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท เช่น ชักเกร็ง ดูแลให้ยากันชัก (Dilantin) ตามแผนรักษา ดูแลจัดผู้ป่วยนอนท่าศีรษะสูง 30 องศา และไม่ให้นอนทับศีรษะข้างขวาจะทำให้มีแรงกดต่อเนื้อสมองโดยตรง ทำให้เลือดมาเลี้ยงไม่สะดวก ดูแลให้ได้รับยาบรรเทาอาการปวดแผลคือ MO 4 mg iv ทุก 4 ชั่วโมง สังเกตอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด เช่น ปวด บวม แดงร้อน มีสิ่งคัดหลั่งที่ผิดปกติ แนะนำผู้ป่วยและญาติไม่ให้แกะแผลและไม่ให้แผลเปียกน้ำ ดูแลให้ยาปฏิชีวนะคือ Cefazolin ตามแผนรักษา ตลอดจนสังเกตอาการแพ้ยา
3. การดูแลระยะกลางและการดูแลต่อเนื่อง เป้าหมายเพื่อเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้มีความรู้ความเข้าใจการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ตามหลัก D-METHOD และได้รับการฟื้นฟูสภาพกับนักกายภาพบำบัด	โดย การ Active-Passive exercise วันละ 2 ครั้งเช้าและเย็น เพื่อป้องกันกล้ามเนื้อ แขนงเกร็งและลีบ ดูแลด้านโภชนาการ ให้รับประทานอาหารที่มีโปรตีนและแคลอรีสูง ดูแลแนะนำการจัดท่าขณะรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันการสำลัก สังเกตการกลืนและการสำลัก ดูแลความสะอาดของร่างกายและจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยพักผ่อน ดูแลความสะอาด ของร่างกายและจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยพักผ่อนดูแล ด้านจิตใจสังคมและจิตวิญญาณการดูแลกิจวัตรประจำวัน ความสะอาดร่างกายและการสื่อสาร ซึ่งในกรณีศึกษาครั้งที่ 2 จะมีปัญหาเพิ่มเติมในเรื่องการกลืนและการพูดนักกายภาพบำบัดและนักฝึกพูดได้สอน Home program ฝึกผู้ป่วยและญาติเพื่อฟื้นฟูสภาพที่บ้าน

อภิปรายผล

กรณีศึกษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองรุนแรงร่วมกับมีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุจราจร ไม่สวมหมวกนิรภัยและดื่มสุราทำให้เกิดการบาดเจ็บและมีเลือดออกในสมองเกิดภาวะ ความดันในกะโหลกศีรษะสูงเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บต่อสมอง และได้รับการผ่าตัด ผ่าตัดเอาก้อนเลือดที่กดทับเนื้อสมองออกโดยเร่งด่วน⁴ หลังผ่าตัดมีภาวะ hypovolemic ต้องเฝ้าระวังและแก้ไขสู่ภาวะปกติ ไม่เกิดภาวะ Re-bleeding หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก

ทั้ง 2 รายมีภาวะปอดอักเสบจากการใส่ท่อช่วยหายใจนาน กรณีศึกษาครั้งที่ 1 หายาเครื่องช่วยหายใจไม่ได้จึงเจาะคอ (Tracheostomy) การดูแลระยะกลางร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ เริ่มตั้งแต่ฝึกหยาเครื่องช่วยหายใจโดยฝึกผู้ดูแลในการให้อาหารทางสาย การดูแลเสมหะ การทำความสะอาดท่อทางเดินหายใจ และการกายภาพบำบัด และส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชนเพื่อให้ antibiotic ให้ครบ 14 วัน รวมระยะเวลา 12 วัน กรณีศึกษาครั้งที่ 2 ถอดเครื่องช่วยหายใจ ได้ในวันที่ 12 แต่ยังมีปัญหาเรื่องการกลืนและการพูด ได้ฝึก Home Program ในการฝึกพูดฝึกกลืนและกายภาพบำบัด โดยนัก

กายภาพบำบัดและนักฝึกพูดเป็นเวลา 3 วัน และส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชนเพื่อฟื้นฟูสภาพต่อ⁸ พยาบาลต้องมีความรู้และความเข้าใจถึงผลกระทบทางสรีรวิทยาของ ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงโดยให้ความสำคัญในเรื่องของการสังเกตอาการที่สำคัญและการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและทันทั่วทั้งที่ผู้ป่วยทั้งสองรายมีเลือดออกในใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก (subdural Hemorrhage) เหมือนกันแสดงถึง ความรุนแรงของพยาธิสภาพของการบาดเจ็บซึ่งมีผลต่อ การหายใจ ไม่แตกต่างกันแขนและขาข้างตรงข้ามกับเลือดออกจะอ่อนกว่าข้างลง การหายใจไม่สม่ำเสมอ ทั้งนี้เกิดเนื่องจากเลือดออกมีการขยายขึ้นแล้วไม่รู้สึกรัด ถ้าหากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยอาจถึงแก่กรรมได้ จากการศึกษาในครั้งนี้ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการวินิจฉัยและดูแลรักษาที่ถูกต้องรวดเร็ว ได้รับการรักษาภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงโดยการผ่าตัดเอาก้อนเลือดออกเหมือนกัน พยาธิสภาพไม่แตกต่างกัน ระยะเวลารอเข้าผ่าตัดประมาณ 3 และ 5 ชั่วโมงตามลำดับการพยากรณ์โรคไปในทางที่ดีและได้รับการปฏิบัติทางการพยาบาลครบตามกระบวนการพยาบาลทุกระยะของการเจ็บป่วยที่ได้ตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต และเข้าสู่อการดูแลระยะกลางที่เริ่มพร้อมกับผู้ป่วยเริ่มฝึกหัดช่วยเหลือช่วยเหลือ แต่ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีการติดเชื้อที่ปอดทำให้ระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น การที่ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจะส่งผลทำให้การบำบัดฟื้นฟูล่าช้าไปด้วย¹¹ ในกรณีศึกษานี้พยาบาลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพตั้งแต่เริ่มฟื้นฟูระยะกลางวางแผนจำหน่ายและการดูแล

ต่อเนื่อง เตรียม ผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล ในเรื่องการดูแลกิจวัตรประจำวัน ความสะอาดร่างกาย การดูแลบาดแผล โภชนาการ ให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้กลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงปกติ⁹

พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงตั้งแต่ระยะวิกฤตและรับ ระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด การดูแลระยะกลาง และการดูแลต่อเนื่องและส่งต่อผู้ป่วยกลับบ้านและชุมชนอย่างมีคุณภาพพยาบาลต้องมีความรู้ สมรรถนะเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรง เพื่อจะได้ดูแลและประเมินผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยปลอดภัยและปราศจากภาวะแทรกซ้อนมีคุณภาพชีวิตที่ดี^{8,9,10}

ข้อเสนอแนะ

การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนนควรเป็นหน้าที่ของประชาชนทุกคนร่วมกันและควรจัดทำเป็นหลักสูตรการเรียนการสอนในระบบการศึกษา พร้อมทั้งควรส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาความรู้ทางวิชาการทั้งด้านคลินิกและการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและการดูแลระยะกลางให้เชื่อมโยงทุกระยะในหน่วยงานและเครือข่าย นำใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางการแพทย์เพื่อเพิ่มการเข้าถึงและประสิทธิภาพการดูแล เช่น การฟื้นฟูทางไกลผ่านระบบ Telemedicine หรือ การใช้แอปพลิเคชัน เป็นสื่อการเรียนรู้

เอกสารอ้างอิง

1. นครชัย เมื่อนปฐม, อีรเดช ศรีกิจวิไลกุล. แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ (Clinical practice guidelines for traumatic brain injury). กรุงเทพฯ: พรอสเพอริสพลัส จำกัด; 2562.
2. Countries with The Most Car Accidents [Internet]. 2023. Available from: <https://www.worldatlas.com/articles/the-countries-with-the-most-car-accidents.html>.
3. ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ ThaiRSC. ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุเพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยบนท้องถนน 2564-2565[cited 1Nov2023]. Available from: <http://www.thairsc.com/>.

4. อัญชลี โสภณ, ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์, ไพรวลัย พรหมที, สุรกรานต์ ยุทธเกษมสันต์, อรไท โพธิ์ไชยแสน. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงโดยใช้การจัดการรายกรณี. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University* 2561; 29(3), 126-138.
5. เวชระเปียนโรงพยาบาลขอนแก่น.สถิติผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ปีพ.ศ.2563-2565. ขอนแก่น: โรงพยาบาลขอนแก่น;2566
6. สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจรส นักแผนความปลอดภัย. รายงานการวิเคราะห์ สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของกระทรวงคมนาคม พ.ศ. 2562. [อินเทอร์เน็ต].กรุงเทพฯ: 2563. [เข้าถึงเมื่อ 1พ.ย.2566]. เข้าถึงได้จาก:
https://www.otp.go.th/uploads/tiny_uploads/PDF/2563-06/25630601-RoadAccidentAna2565_Final.pdf
7. ไสว นรสาร. การพยาบาลผู้บาดเจ็บ: Trauma Nursing. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ: โอเดียนสแตนพรีนติ้ง;2564
8. คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for Intermediate care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan). สมุทรสาคร: บริษัท บอรัณ ทู ปี พับลิชชิง จำกัด ; 2562
9. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง. นนทบุรี: รัชต์สำนักพิมพ์สื่อตะวัน จำกัด ; 2562
10. นงนภัทร รุ่งเนย. การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการ วิชาการสถาบันพระบรมราชชนก ;2560
- 11 สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. โครงการวิจัยเรื่อง การประเมินผลระบบการให้บริการการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care). [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2566]; แหล่งข้อมูล: URL: <https://hrdo.org/wp-content/uploads/2019/10/รายงานฉบับสมบูรณ์-การประเมินระบบการให้บริการการดูแลระยะกลาง.pdf> ;2562