

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงร่วมกับมีภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด: กรณีศึกษา

Nursing care of severe head injury patient with pneumothorax: case study

(Received: April 1,2024 ; Revised: April 7,2024 ; Accepted: April 8,2024)

พรเพ็ญ จันแก้ว¹

Pornpen Junkaew¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงร่วมกับมีภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด โดยศึกษาในผู้ป่วยชาย อายุ 61 ปี มีประวัติประสบอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์กับรถกระบะ สลบไปชั่วคราว หลังจากฟื้นไม่รู้สึกตัว สับสน กระสับกระส่าย จากการศึกษาพบว่า การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ การลดระดับความดันโลหิต และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง และลดความดันในกะโหลกศีรษะ การลดปริมาณลมในช่องเยื่อหุ้มปอดเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซและการขยายตัวของปอด การลดความวิตกกังวลของญาติ

คำสำคัญ: บาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง, ภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด

Abstract

This study is a case study. The objective was to study the nursing care of severe head injury patients with Pneumothorax. This patient is a 61-years-old man with the present illness of a motorcycle accident and colliding with a pickup truck and passing out then after recovering he was unconscious, confused, and restless. This study found that important nursing care includes reducing blood pressure levels and preventing complications from high blood pressure, preventing complications from increased intracranial pressure and decreased intracranial pressure, reducing the air volume in the pleural space to optimize gas exchange and lung expansion, reducing anxiety of relative.

Keywords: severe head injury, pneumothorax

บทนำ

การบาดเจ็บที่ศีรษะ (Head injury) เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและความพิการที่สำคัญที่สุดของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทุกชนิดทั่วโลก โดยพบว่าในแต่ละปีมีผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ เกิดความพิการอย่างถาวร 80,000 ถึง 90,000 คน เสียชีวิต 50,000 คน¹ ประเทศไทยมีอัตราผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร สูงเป็นอันดับ 9 ของโลกและอันดับ1ในเอเชีย มีผู้เสียชีวิต 22,491คนต่อปี เฉลี่ย 60 คนต่อวัน² โดยพบการบาดเจ็บที่ศีรษะมากที่สุดร้อยละ 30 และการบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงจะมีอัตราการตายสูง ร้อยละ 29³ ซึ่งข้อมูลภาพรวมของประเทศยังไม่พบการจำแนกเป็นบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างเดียวหรือมีการบาดเจ็บอวัยวะ

อื่นร่วมด้วย มีเพียงการศึกษาในบางพื้นที่เท่านั้น ที่พบในจำนวนนี้มีผู้บาดเจ็บที่ศีรษะอย่างเดียวร้อยละ 51.9 และบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับอวัยวะอื่นๆร้อยละ 42.2⁴ ซึ่งชั่วโมงทอง (Golden hour) ในการประเมินสภาพผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ เพื่อค้นหาภาวะคุกคามของชีวิต และให้การช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง หลังเกิดการบาดเจ็บ มีระยะเวลาเพียง 2 ถึง 3 ชั่วโมงเท่านั้น ซึ่งผู้บาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงและได้รับการช่วยชีวิตภายใน 3 ชั่วโมงแรกอย่างเหมาะสม รวดเร็ว และทันเวลา จะมีอัตราการรอดชีวิตถึงร้อยละ 35 ในปัจจุบันแม้จะมีความเจริญก้าวหน้าด้านการแพทย์ที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรอดชีวิตได้มากขึ้นแต่ ผู้บาดเจ็บที่ศีรษะยังเป็นภาวะฉุกเฉิน

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

เร่งด่วนที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากเกิดการบาดเจ็บศีรษะโดยพยาธิสภาพจะรบกวนการไหลเวียนหลอดเลือดสมอง ทำให้สมองขาดออกซิเจน และเกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือความพิการตามมา⁵ ซึ่งการบาดเจ็บศีรษะที่เกิดจากอุบัติเหตุจราจรมักมีการบาดเจ็บของระบบอื่นในร่างกายร่วมด้วย ทำให้อาการของผู้ป่วยรุนแรงขึ้น เช่น บาดเจ็บทรวงอก และบาดเจ็บช่องท้อง ดังนั้นการดูแลรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงถือเป็นชั่วโมงทอง ที่ต้องประเมิน ค้นหาปัญหา และตัดสินใจในการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง รวดเร็ว และปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอนและเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะคุกคามชีวิต และรอดชีวิต ไม่เกิดความพิการหรือเกิดความพิการน้อยที่สุด

จากสถิติของห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ในปี พ.ศ. 2563-2565 พบมีผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 3,160, 2,604 และ 2,499 ราย ตามลำดับ โดยมีผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง ร้อยละ 12.18, 19.05, 26.77 ตามลำดับ เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงแรก ทั้งหมด 58 ราย ซึ่งผู้ป่วยที่เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีการบาดเจ็บของระบบอื่นร่วมด้วย⁶ จากข้อมูลความสำคัญ และสถิติจำนวนผู้ป่วยและอัตราการเสียชีวิตดังกล่าว ผู้ศึกษาในฐานะเป็นพยาบาลปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จึงมีความสนใจศึกษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ และมีบาดเจ็บที่อวัยวะอื่นร่วมด้วยเป็นกรณีศึกษา โดยเลือกศึกษาในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงและมีภาวะลมร้าวในช่องเยื่อหุ้มปอดจำนวน 1 ราย ตั้งแต่การประเมิน การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผน และปฏิบัติการพยาบาล ตลอดจนการประเมินผลทางการพยาบาล โดยผลของการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ได้ความรู้เพื่อนำไปปรับปรุงและพัฒนากระบวนการพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มนี้ระยะฉุกเฉินต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงและมีภาวะลมร้าวในช่องเยื่อหุ้มปอด

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงร่วมกับมีภาวะลมร้าวในช่องเยื่อหุ้มปอด

ผลการศึกษา

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 61 ปี ประสบอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ชนกับรถกระบะ ตัวกระเด็นไปชนกับรถเก๋ง สลบไปชั่วคราว Advance จากโรงพยาบาลชุมชน นำส่ง แกร็บที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ร้องครางตื่นขึ้นมา ไม่ทำตามคำสั่ง GCS 10 คะแนน (E₃V₂M₅) pupil Ø 2 mm RTL BE แขนขาทั้ง 2 ข้างยกยับได้ กำลังกล้ามเนื้อเกรด 5 BP = 162/120 mmHg, PR = 116 beat/min, RR = 20 beat/min, T= 36.3 °C หูข้างขวาบวม และมีเลือดออกจากหู มีแผลฉีกขาดที่ศีรษะด้านซ้าย แผลถลอกตามตัว รอยเขียวช้ำที่หน้าอกและหน้าท้องด้านขวา และเท้าขวาบวม มีแผลฉีกขาดที่สันเท้า ใส่ Philadelphia collar ไว้ ทำ Ultrasound FAST abdomen ผล negative เปิดเส้นเลือดและให้ 0.9 % NSS 1,000 ml ⑤ drip rate 100 ml/hr ตามแผนการรักษา ส่งตรวจเลือดตาม guideline ทำ Portable CXR พบ มี multiple fracture right rib 2nd, 3rd, 6th, 8th, 10th และ right Pneumothorax ส่ง CT scan brain และ CT C-spine พบ มี Subdural hemorrhage (SDH), Subarachnoid hemorrhage (SAH), Mid line shift to the right 0.3 cms ไม่พบ dislocate หรือ fracture แพทย์ให้การวินิจฉัยโรค Head injury , acute traumatic subdural hemorrhage and subarachnoid hemorrhage, multiple right rib fracture with pneumothorax, right clavicle fracture, right big toe fracture หลังจากทำ CT scan พบ GCS ลดลง = 2T (E₁V₇M₁) ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ และปรึกษาศัลยแพทย์ระบบประสาท ให้การรักษาด้วย Transamine 1 gm + NSS 100 ml ⑤

drip q 6 hr ปรีกษาศัลยแพทย์ทั่วไป ทำ right ICD ต่อแบบ 1 ขวด มี content เป็นลม Suture แผลฉีกขาดที่ศีรษะด้านซ้าย สันเท้าขวา และให้ Cefazolin 1 gm ⑤ q 6 hr ใส่ NG tube with bag มี content เป็น coffee ground ปนเลือดเล็กน้อย retained foley's catheter urine สีเหลืองใส ปรีกษาแพทย์ ศัลยกรรมกระดูก ให้ใส่ splint ที่ right big toe ไว้ และใส่ right arm sling ต่อมาผู้ป่วย BP สูงขึ้น = 232/150 mmHg ได้รับ Propofol 10 ml ⑤ และ Labetalol (1:1) ⑤ drip 10 ml/hr keep SBP ≤ 140 mmHg แพทย์พิจารณาส่งผู้ป่วย Admit ICU ศัลยกรรม หลัง Admit ในระยะ 2 วันแรก ผู้ป่วยตื่นไปมา GCS 7T-9T (E₂₋₃V₁M₅₋₆) on ET Tube with Ventilator BP ยังสูง ได้รับการให้ยา Nicardipine (1:5) ⑤ drip ร่วมกับ Labetalol (1:1) ⑤ drip Keep SBP ≤ 140 mmHg มีไข้ T= 37.8 - 38.6 °C ผล Lab พบ Potassium ต่ำ ได้รับ NSS 100 ml+ KCL 20 mEq ⑤ drip 80 ml/hr x 2, Feed BD (1:1) 200 ml x 4 feed ประเมิน pain score (NRS) อยู่ระหว่าง 5-6

คะแนน ได้รับ MO 2 mg ⑤ prn x 1 dose หลัง Admit 3 วัน ส่ง CT scan brain เข้า พบไม่มีเลือดออกเพิ่ม สมองบวมเล็กน้อย แพทย์ให้ 20% mannitol 100 ml ⑤ drip q 8 hr x 2 วัน หลัง Admit 4 วัน ผู้ป่วยรู้ตัวดี GCS =10T (E₄V₇M₆) แขนขา 2 ข้าง ยก ขยับได้ดี กำลังกลืนเนื้อเกรต 5 BP ลดลง อยู่ในช่วง 124/85 -130/98 mmHg ผล Potassium ปกติ เริ่ม Try wean Ventilator จน Off ได้ ให้เป็น O₂ cannula 3 lit/min และ room air ตามลำดับ tail off Nicardipine (1:5) ⑤ drip และ Labetalol (1:1) ⑤ drip จน off ได้ และย้ายผู้ป่วยออกจาก ICU ศัลยกรรม ไปหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ได้รับดูแลต่อเนื่อง ICD ไม่มีลมออก จึง off ICD ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ off NG tube และ Foley's catheter ปรีกษา PT ช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกาย ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ดี แพทย์จึงอนุญาตให้ผู้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ นัดติดตามอาการหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ รวมรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล 8 วัน

การวางแผนการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะคัดกรอง ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะการทำงานของสมองบกพร่องเนื่องจากศีรษะและสมองได้รับความกระทบกระเทือนจากการเกิดอุบัติเหตุ ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยซึ่งรถจักรยานยนต์ชนกับรถกระบะ มีประวัติสลบ หลังพื้นมีอาการกระสับกระส่าย ตื่นไปมา มีแผลฉีกขาดที่ศีรษะด้านซ้าย เลือดออกหูข้างขวา วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากภาวะการทำงานของสมองบกพร่อง	1. ประเมินสัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวโดยใช้ Glasgow Coma Scale (GCS) ขนาดและปฏิกิริยาตอบสนองตาต่อแสง การเคลื่อนไหวของแขน ขาทั้ง 2 ข้าง และกำลังกลืนเนื้อ 2. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ ได้แก่ หายใจมีเสียงเสมหะ ไอ บ่อยมีเสียงเสมหะ ฟังปอดได้เสียงผิดปกติ เช่น Creptitation, Rhonchi เป็นต้น หายใจเสียงดัง เหนื่อย หายใจลำบาก 3. ประเมินการหายใจ เพื่อดูว่าผู้ป่วยหายใจสะดวก หรือมีอาการหายใจลำบากหรือไม่ 4. ประเมินการไหลเวียนโลหิต จากความดันโลหิต คูสิ่ว อุณหภูมิและความชื้นของผิวหนัง capillary refill time เพื่อประเมินว่ามีการสูญเสียเลือดผิดปกติในร่างกายหรือในสมองหรือไม่ 5. ประเมินการเกิดภาวะพร่องออกซิเจน ตรวจดู रिมนีปาก ปลายมือ ปลายเท้าซีดเขียวคล้ำ O₂ sat < 90% 6. ดูแลให้ใส่ Philadelphia collar ไว้ก่อน เพื่อจัดศีรษะและคอให้อยู่ในแนวเดียวกัน ไม่ก้ม แขนง หรือบิด ซึ่งจะขัดขวางการไหลกลับของเลือดสู่หัวใจ ทำให้เกิดเลือดดำคั่งในสมอง และป้องกันการเคลื่อนของกระดูกสันหลังส่วนคอ ในกรณีที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ 7. แยกประเภทผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะโดยใช้ GCS และคัดแยกผู้ป่วยตาม Emergency severity index (ESI) เพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่รู้ตัว สับสน ตื่นไปมา ไม่ทำตามคำสั่ง GCS 10 คะแนน (E₃V₂M₅) pupil ② 2 mm RTL BE BP สูง = 162/120 mmHg, PR= 110

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	beat/min, RR= 24 beat/min O ₂ sat 94% เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลาง (GCS 9 -12) และจัดเป็นประเภทเป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน ระหว่างคัดกรองไม่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจและภาวะพร่องออกซิเจน และได้รับการส่งตรวจประเมินจากแพทย์ภายใน 30 นาที ตามระยะเวลาที่กำหนดไว้สำหรับผู้ป่วยประเภทฉุกเฉิน ติดตามผลการตรวจวินิจฉัย พบผล CT scan มี subdural hemorrhage , subarachnoid hemorrhage, midline shift to the right about 0.3 cms ไม่พบ dislocate หรือ fracture C - spine
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดอุบัติเหตุพลัดตกเตียงเนื่องจากระดับความรู้สึกตัวลดลง ข้อมูลสนับสนุน ไม่ทำตามคำสั่ง กระสับกระส่าย ดิ้นไปมา GCS 10 คะแนน (E₃V₂M₅) วัตถุประสงค์การพยาบาล ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกเตียง	1. เคลื่อนย้ายผู้ป่วยให้อยู่ใกล้ที่ทำงานของพยาบาล หรือบริเวณที่สามารถมองเห็นได้ง่ายและตลอดเวลา 2. แนะนำญาติให้เฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด 3. ตรวจสอบความแข็งแรง มั่นคง ของราวกันเปลนอน และยกราวกันเตียงขึ้นตลอดเวลาเมื่อปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลเสร็จเรียบร้อย ล็อคล้อเปลนอนไว้เสมอเมื่อยังไม่เคลื่อนย้ายผู้ป่วย 4. ใช้เข็มขัดคาด (Safety belt) ตัวไว้ตลอดเวลา 5. แจ้งเจ้าหน้าที่เวรเปลทราบความเสี่ยง เพื่อเฝ้าระวัง ระวังตัว และป้องกันระหว่างเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกเตียง
ระยะช่วยแพทย์ให้การรักษารับ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการสูญเสียเลือดในช่องท้องและทรวงอกเนื่องจากได้รับแรงกระแทกจากภายนอกจากการเกิดอุบัติเหตุ ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยซีดจาง ยานยนต์ชนกับรถกระบะ ตัวกระเด็นไปชนกับรถเก๋ง และลงมานอนอยู่บนพื้นถนน มีแผลถลอกตามร่างกาย รอยเขียวช้ำและแผลถลอกบริเวณหน้าอกและหน้าท้องด้านขวา วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อเฝ้าระวังการเกิดสูญเสียเลือดในช่องท้องและทรวงอก	1. ประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ทุก 30 นาที – 1 ชั่วโมง เพื่อดักจับสัญญาณเตือนของการสูญเสียเลือดผิดปกติ ได้แก่ PR =100- 120 beat/min, pulse pressure แคบ, urine < 1 ml/kg/hr, ซีมลง กระสับกระส่าย 2. ประเมิน capillary refill time ทุก 1 ชั่วโมง 3. ติดตามผลการตรวจ CXR, Whole abdomen 4. ช่วยแพทย์ทำ Focused Assessment with Sonography in Trauma (FAST) abdomen และติดตามผล 5. สังเกต ประเมินอาการและอาการแสดงของการมีเลือดออกอวัยวะในช่องอก ได้แก่ แขนงหน้าอก หายใจลำบาก หายใจเร็ว เสียงหายใจเบา หัวใจเต้นเร็ว เหนื่อยออกอาการซีดเขียว เส้นเลือดที่คอโป่งจาก mediastinum และหลอดเลือดถูกดันไปด้านตรงข้ามกับด้านที่มีพยาธิสภาพ 6. สังเกต ประเมินอาการและอาการแสดงของการมีเลือดออกอวัยวะในช่องท้อง ได้แก่ ท้องอืด กดเจ็บ (Tenderness) หน้าท้องตึง (Guarding) ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีเลือดออกอวัยวะในช่องอกและ ช่องท้อง ผล CXR พบ multiple right rib fracture with pneumothorax ไม่มี Hemothorax ผล FAST abdomen negative และ whole abdomen ไม่พบ intra-abdominal bleeding BP= 170/120 mmHg, PR =108 beat/min, RR =24 beat/min
ระยะหลังแพทย์ให้การรักษารับ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอาการทางสมองทรุดลงระหว่างการเคลื่อนย้ายไปตรวจวินิจฉัย ข้อมูลสนับสนุน ส่งผู้ป่วยไปทำ CT scan brain, film C-spine และ Whole abdomen ก่อนเคลื่อนย้าย BP = 220/136 mmHg , PR =120 beat/min RR = 24 beat/min GCS 10 คะแนน(E₃V₂M₅) pupil RE Ø 3 mm LE Ø 2 mm RTLE	1. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยดูดเสมหะก่อนการเคลื่อนย้าย 2. โทรประสานเจ้าหน้าที่ศูนย์เอกซเรย์คอมพิวเตอร์และเจ้าหน้าที่แผนกรังสีวิทยา เพื่อเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ ให้พร้อมสำหรับการตรวจผู้ป่วย 3. เปิดเส้นเลือดให้ 0.9 % NSS 1,000 ml (V) drip rate 100 ml/hr ตามแผนการรักษา 4. เตรียมอุปกรณ์ในการช่วยหายใจ ได้แก่ self-Inflating bag with reservoir bag, Air way และประสานเวรเปลเตรียม O₂ tank ให้พร้อม และเพียงพอ 5. เตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ในการเฝ้าระวังติดตามอาการ ได้แก่ Mobile NIBP monitor, Pulse oximeter, ฝอยาส่องรูม่านตา

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดอาการทางสมองทรุดลงระหว่างการเคลื่อนย้ายไปตรวจวินิจฉัย	6. ประเมินสัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวโดยใช้ Glasgow Coma Scale (GCS) ขนาดและปฏิกิริยารูม่านตาต่อแสง การเคลื่อนไหวของแขน ขาทั้ง 2 ข้าง และกำลังกล้ามเนื้อ ก่อนเคลื่อนย้ายและระหว่างการเคลื่อนย้ายทุกๆ 10 นาที ประเมินผลการพยาบาล หลังจากทำ CT scan ประเมินอาการทางระบบประสาท ยังคงเดิม แต่หลังจากทำ CT C-spine และ Whole abdomen ประเมินอาการทางระบบประสาท พบผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว GCS ลดลงเหลือ 3 คะแนน (E₁V₁M₁) pupil RE Ø 3 mm LE Ø 1.5 mm RTLBE แขน ขา 2 ข้างไม่เคลื่อนไหว BP = 170/120 mmHg, PR= 108 beat/min, RR =24 beat/min, O₂ sat 95%
ระยะช่วยแพทย์ให้การรักษาต่อเนื่อง ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตสูงวิกฤตเนื่องจากมีเลือดออกในสมอง ข้อมูลสนับสนุน ผล CT scan brain พบ subdural hemorrhage (SDH), subarachnoid hemorrhage (SAH) และ midline shift to the right 0.3 cms BP = 232/150 mmHg วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อลดระดับความดันโลหิตและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง	1. ประเมินสัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวโดยใช้ Glasgow Coma Scale (GCS) ขนาดและปฏิกิริยารูม่านตาต่อแสง การเคลื่อนไหวของแขน ขาทั้ง 2 ข้าง และกำลังกล้ามเนื้อ ทุก 30 นาที – 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังการมีเลือดออกในสมองเพิ่มขึ้น 2. ดูแลให้ Propofol 10 ml (V) เพื่อให้ผู้ป่วยสงบลง พักผ่อนได้ 3. ดูแลให้ Labetalol (1:1) (V) drip 5-20 ml/hr keep SBP < 140 mmHg เฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นช้า หอบเหนื่อย อาการอ่อนแรง 4. ดูแลให้ Transamine 1 gm + NSS 100 ml (V) drip in 10 min stat then q 8 hr 5. retained foley's catheter บันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินการทำงานของไตผิดปกติ ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้ตัว เรียกลืมตา GCS 8T คะแนน (E₃V₇M₅) Pupil Ø 3 mm RTLBE แขน ขา 2 ข้างเคลื่อนไหวได้ดี กำลังกล้ามเนื้อเกรต 5 BP = 151/121 mmHg, PR = 120 beat/min, RR= 20 beat/min (Ambu bag) on Labetalol (1:1) (V) drip 10 ml/hr
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยมีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้นเนื่องจากสมองถูกกดเบียดจากเลือดออกในสมอง ข้อมูลสนับสนุน ผล CT scan brain พบ subdural hemorrhage (SDH), subarachnoid hemorrhage (SAH) และ midline shift to the right 0.3 cms ระดับความรู้สึกตัวลดลง GCS จาก 10 คะแนน (E₃V₂M₅) ลดลงเป็น 3 คะแนน (E₁V₁M₁) pupil RE Ø 3 mm LE Ø 1.5 mm RTL BE แขน ขา 2 ข้างไม่เคลื่อนไหว BP = 170/120 mmHg, PR =108 beat/min, RR= 24 beat/min วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงและลดความดันในกะโหลกศีรษะ	1. ประเมินสัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว (GCS) ขนาดและการมีปฏิกิริยาต่อแสงของรูม่านตา ทั้ง 2 ข้าง การเคลื่อนไหวของแขนขาทั้ง 2 ข้าง ทุก 30 นาที - 1 ชั่วโมง 2. รายงานแพทย์ทราบ ช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ และปั๊ม self-Inflating bag with O₂ 10 lit/min เพื่อป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจ และสมองขาดออกซิเจน 3. ปรีกษาแพทย์ศัลยกรรมประสาท เพื่อร่วมดูแลรักษาผู้ป่วย 4. จัดทำให้อนศีรษะสูง 30 องศา ศีรษะและคออยู่ในแนวเดียวกัน ไม่บิดหมุนซ้ายขวา ระมัดระวังข้อพับหรือแขนขาเกินไป และการงอของสะโพกเกิน 90 องศา เพื่อส่งเสริมให้เลือดดำจากสมองไหลกลับหัวใจได้ดีขึ้น 5. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะ late signs IICP ได้แก่ รูม่านตาทั้ง 2 ข้างไม่เท่ากันต่างกันเกิน 1 มิลลิเมตร ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง ชีพจรช้าไม่สม่ำเสมอ ความดันโลหิตสูง pulse pressure กว้างมากกว่า 60 mmHg หายใจช้าหรือหยุดหายใจ 6. ดูแลเมื่อมีข้อบ่งชี้ ได้แก่ หายใจมีเสียงเสมหะ หายใจหอบ หายใจลำบาก ใช้แรงในการหายใจมากขึ้น ผู้ป่วยไอบ่อยมีเสียงเสมหะ โดยก่อนดูดเสมหะให้ O₂ 100% อย่างน้อย 1 นาที โดยปั๊ม self-Inflating bag หรือให้ทางเครื่องช่วยหายใจใช้สายดูดเสมหะ ขนาดเบอร์ 14F แรงดันในการดูดเสมหะระหว่าง 100-120 มิลลิเมตรปรอท โดยการดูดเสมหะแต่ละครั้งนานไม่เกิน 15 วินาที ห่างกันประมาณ 2 – 3 นาที จึงดูดเสมหะครั้งต่อไป

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	7. ดูแลให้ 20% Mannitol 100 ml (V) drip stat then q 6 hr เพื่อดึงน้ำจากเนื้อเยื่อสมองเข้าสู่ระบบไหลเวียนเลือดและเพิ่มปริมาตรเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง เฝ้าระวังผลข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน กระหายน้ำ ปวดศีรษะ หนาวสั่น มีไข้ หัวใจเต้นเร็ว เจ็บหน้าอก ความดันโลหิตสูง หรือความดันโลหิตต่ำ ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ 8. ดูแลให้ Transamine 1 gm + NSS 100 ml (V) drip in 10 min stat then q 8 hr 9. เฝ้าและติดตามผล DTX เพื่อเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดสูง โดยรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ระหว่าง 80 - 180 mg% เพื่อป้องกันการเผาผลาญกลูโคสแบบไม่ใช้ออกซิเจน ซึ่งทำให้เกิดกรดในเลือด และนำไปสู่การเกิดภาวะสมองบวม 10. ดูแลให้ 0.9% NSS 1,000 ml (V) drip 100 ml/hr เพื่อรักษาสมดุลของสารน้ำในร่างกาย 11. บันทึกปริมาณสารน้ำเข้า - ออกจากร่างกาย ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้ตัว เรียกลืมตา GCS 8T คะแนน (E₃V₇M₅) Pupil Ø 3 mm RTL BE แขน ขา 2 ข้างเคลื่อนไหวได้ดี กำลังกลืนเนื้อ เกรด 5 BP = 151/121 mmHg, PR = 120 beat/min, RR= 20 beat/min (self-Inflating bag) ผล DTX = 112 mg%
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ การแลกเปลี่ยนก๊าซและการขยายตัวของปอดลดลงเนื่องจากมีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด ข้อมูลสนับสนุน Portable CXR พว multiple fracture right rib 2nd, 3rd, 6th, 8th, 10th และ right Pneumothorax วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซและการขยายตัวของปอด	1. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพ O₂ sat ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการแสดงของเกิดของภาวะพร่องออกซิเจน 2. จัดทำแผนหายใจระดับสูง เพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดีขึ้นและหลีกเลี่ยงการจัดทำแผนตะแคงขวาเพื่อป้องกันกระดูกซี่โครงที่หักทับปอดและเส้นเลือด 3. ดูแลให้นอนพักโดยสมบูรณ์ (Absolut bed rest) เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของร่างกาย และลดการเคลื่อนไหวของทรวงอก 4. ฟังเสียงการหายใจเข้าและออก ความี decrease breath sound หรือเคาะทรวงอกด้านขวาได้เสียงโปร่งมากกว่าปกติ (Hyperresonance) หรือเสียง Crepitation สังเกตการขยายของปอดทั้งสองข้าง เพื่อประเมินการมีลมเพิ่มขึ้นหรือมีเลือดในช่องเยื่อหุ้มปอดหรือไม่ 5. ดูแลท่อระบายทรวงอก (ICD) ให้มีการระบายเลือดออกจากช่องเยื่อหุ้มปอดอย่างมีประสิทธิภาพโดยตรวจดูการต่อระบบระบายทรวงอกให้ถูกต้อง ไม่มีรอยรั่ว สายท่อระบายไม่หัก พับ งอ สังเกตการกระเพื่อมขึ้นลงของระดับน้ำในหลอดแก้วและลมปุดในหลอดแก้ว จัดให้นอนศีรษะสูง 30 องศา ดูแลให้ขอตรวจรับสารเหลวอยู่ต่ำกว่าระดับทรวงอกของผู้ป่วยประมาณ 2-3 ฟุตเสมอ บีบรัดสายเบาๆ เพื่อป้องกันการอุดตันในสาย เปลี่ยนขอตรวจรับสารเหลวเมื่อระดับน้ำสูงประมาณ ¾ ของขวด ประเมินปริมาณลม และบันทึกปริมาณ ลักษณะสิ่งที่ระบายออกมา 6. ติดตามผล CXR เพื่อประเมินปริมาณลมในช่องเยื่อหุ้มปอดและผลการดูแลรักษา ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีขึ้น หายใจไม่เหนื่อย ฟังเสียงหายใจทรวงอกด้านขวา ไม่พบ decrease breath sound ทรวงอก 2 ข้างขยายตัวเท่ากัน BP = 151/121 mmHg, PR = 120 beat/min, RR= 20 beat/min (self-Inflating bag) O₂ sat = 100%
ระยะหลังแพทย์ให้การรักษาต่อเนื่อง ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บเนื้อเยื่อ เส้นเลือด เส้นประสาท เนื่องจากกระดูกหัก	1. ดูแลใส่ right arm sling โดยปรับสายให้พอดี ให้แขนตั้งฉากกับข้อศอก หรือให้ข้อมืออยู่ระดับหัวใจ ระวังไม่ให้ข้อมือต่ำกว่าข้อศอก เพื่อให้บริเวณสะบักและไหล่ข้างขวาเคลื่อนไหววนน้อยที่สุด การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงส่วนปลายและการไหลกลับของเลือดดำได้สะดวก

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อมูลสนับสนุน ผล x-ray พบมี right clavicle fracture และ right big toe fracture วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ เส้นเลือด เส้นประสาทบริเวณไหล่ข้างขวา	2. ดูแลใส่ Toe splint นิ้วหัวแม่เท้าขวา เพื่อลดการเคลื่อนไหวและทำให้กระดูก ผสานกันเร็วขึ้น 2. ประเมินการทำงานของระบบประสาทและการไหลเวียนเลือด (Neurovascular) ที่ไปเลี้ยงแขนขาส้นล่าง และนิ้วเท้า ตามหลัก 7 Ps ได้แก่ อาการปวด (Pain) ชีต (Pallor) บริเวณฐานเล็บ และ Capillary refill time โดยการกดที่เล็บ (ค่าปกติไม่เกิน 2 วินาที) ผิวหนังเย็น (Polar) โดยการสัมผัสอุณหภูมิของผิวหนังขาส้นล่าง อาการอ่อนแรง (Paralysis) โดยการให้เคลื่อนไหวและขยับนิ้วเท้าซ้าย อาการชา (Paresthesia) โดยการสัมผัสบริเวณผิวหนังและการสอบถามผู้ป่วย ชีพจรส่วนปลาย (Pulselessness) โดยคลำชีพจรบริเวณข้อมือด้านใน(Radial artery) ข้อพับแขนด้านใน (Brachial artery) และหลังเท้า (Dorsalis pedis artery) สังเกตอาการบวม ตึง (Puffiness) ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่ปวดไหล่ข้างขวา ผิวหนังบริเวณแขนขา นิ้วเท้า ขาไม่ซีด ไม่เย็น ขยับนิ้วมือ นิ้วเท้าได้ ไม่ชา คลำชีพจรบริเวณ Brachial artery, Radial artery, Dorsalis pedis artery ได้ แรงดี Capillary refill time 1.5 วินาที
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อบาดแผลเปิดเนื่องจากการปนเปื้อนเชื้อจากสิ่งแวดล้อมขณะเกิดอุบัติเหตุ ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีแผลฉีกขาดบริเวณศีรษะด้านซ้าย ขนาด 0.5 x 3 x 0.5 cm และ ส้นเท้าขวา ขนาด 1x 1 x 0.5 cm และแผลถลอกตามร่างกาย วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการติดเชื้อ	1. ทำความสะอาดบาดแผล และเย็บแผลฉีกขาดบริเวณศีรษะด้านซ้าย และส้นเท้า ขวา ด้วยหลัก Aseptic technique เพื่อป้องกันการติดเชื้อและส่งเสริมกระบวนการหายของแผล 2. ฉีด dT 0.5 ml (M) ตามแผนการรักษา 3. ฉีด Cefazolin 1 gm (V) เฝ้าระวังผลข้างเคียง ได้แก่ การแพ้ยา ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย 4. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยและประเมินลักษณะบาดแผล ประเมินผลการพยาบาล แผลเย็บมี discharge ซึมสีเหลืองเล็กน้อย รอบแผลไม่ บวม แดง ร้อน แผลถลอกแห้ง BT= 36 -36.8 °C
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการผู้ป่วยที่ทรุดลง ข้อมูลสนับสนุน ญาติมีสีหน้าวิตกกังวล ไม่สบายใจ สอบถามอาการผู้ป่วยเป็นระยะๆ วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ญาติมีความวิตกกังวลลดลง	1. ประเมินความวิตกกังวลของญาติจากสีหน้า ท่าทาง และความร่วมมือในการดูแลรักษา 2. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ 3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและระบายความรู้สึก และตอบข้อซักถามอย่างตรง ประเด็นและชัดเจน 4. ประสานกับแพทย์เพื่ออธิบายเกี่ยวกับโรค และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา เพื่อให้ ผู้ป่วยมีความเข้าใจ และมั่นใจในการรักษา 5. พุดคุยให้กำลังใจ และแจ้งความก้าวหน้าในการดูแลรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยเป็น ระยะๆ 6. แนะนำการเทคนิคการผ่อนคลายความวิตกกังวล เช่น การฝึกหายใจ การทำสมาธิ การกำหนดลมหายใจ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ประเมินผลการพยาบาล ญาติมีสีหน้าคลายวิตกกังวล และให้ความร่วมมือในการ รักษาพยาบาลเป็นอย่างดี
ระยะส่งต่อ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการ ทรุดลงและสายหรือท่ออุปกรณ์การแพทย์เลื่อนหลุด ระหว่างนำส่งหอผู้ป่วย ข้อมูลสนับสนุน ผล CT scan พบ subdural hemorrhage, subarachnoid hemorrhage, midline shift to the right about 0.3 cm ผู้ป่วยใส่ ท่อช่วยหายใจ ใส่ท่อระบายทรวงอก	1. ประเมินความพร้อมผู้ป่วยก่อนการเคลื่อนย้ายตามหลัก ABCD ดังนี้ A: Airway ทางเดินหายใจโล่งดี ไม่มีเสมหะ เสียงครืดคราดในลำคอ หรือสิ่งอุดกั้น ทางเดินหายใจ B: Breathing ประเมินการหายใจ ทั้งอัตรา ลักษณะของการหายใจ ความสม่ำเสมอ เสียงลมหายใจ และค่า O₂ sat C: Circulation ประเมินระบบการไหลเวียนโลหิต ดูอัตราการเต้นของหัวใจ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ และความดันโลหิตว่ามีความผิดปกติ และมีความคงที่หรือไม่ D: Disability ประเมินระดับความรู้สึกตัว โดยใช้ Glasgow Coma Score

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันผู้ป่วยเกิดอาการทรุดลงและสายหรือท่ออุปกรณ์การแพทย์เลื่อนหลุดระหว่างนำส่งหอผู้ป่วย	D: Drainage & Splint ตรวจสอบการยึดตรึง (strap) ของท่อช่วยหายใจและสายระบายทรวงอก ให้แน่นคง ดูแลให้มีการตาม (splint) นิ้วหัวเท้าขวา และใส่ right arm sling อย่างมีประสิทธิภาพ 2. เตรียมพยาบาลนำส่ง อุปกรณ์ช่วยหายใจ ได้แก่ self-Inflating bag with reservoir bag, air way เครื่องมือ อุปกรณ์ในการเฝ้าระวังติดตามอาการ ได้แก่ Mobile NIBP monitor, Pulse oximeter, ไฟฉายส่องรูม่านตา รวมทั้ง Artery clamp เพื่อใช้ในการฉีควัทยาในช่อง เยื่อหุ้มปอดแตก และประสานเวรเปลเตรียม O₂ tank ให้พร้อม และเพียงพอ 3. ให้การดูแลระหว่างนำส่งผู้ป่วย ได้แก่ จัดท่านอนหงาย ศีรษะสูง 30 องศา บีบ self-Inflating bag with O₂ ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินระดับความรู้สึกตัว ขนาดและปฏิกิริยาต่อแสงของรูม่านตาทั้ง 2 ข้าง การเคลื่อนไหวของแขนขาทั้ง 2 ข้าง ทุก 5-10 นาที ประเมินค่า O₂ sat อย่างต่อเนื่อง ดูแลขอตรวจวัดในช่องเยื่อหุ้มปอดให้ตั้งตรงเสมอ และอยู่ต่ำกว่าตำแหน่งที่ใส่ท่อระบายทรวงอก ไม่ clamp สายท่อระบายทรวงอก ประเมินผลการพยาบาล ระหว่างการนำส่ง อาการทางระบบประสาทไม่เปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยรู้สึกตัว GCS 8T คะแนน (E₃V₇M₅) Pupil Ø 3 mm RTL BE แขน ขา 2 ข้างเคลื่อนไหวได้ดี กำลังกล้ามเนื้อเกรด 5 BP =150/100 mmHg, PR= 118-120 beat/min, RR= 20 beat/min (Self-Inflating bag) O₂ sat= 98 -99%

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษาพบว่าทุกข้อวินิจฉัยการพยาบาลในแต่ละระยะการดูแลผู้ป่วยที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้รับการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหา ความต้องการ โดยได้รับการแก้ไขภาวะคุกคามชีวิต ป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ยกเว้นข้อวินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอาการทางสมองทรุดลงระหว่างการเคลื่อนย้ายไปตรวจวินิจฉัยพบว่าผลการพยาบาลไม่สามารถป้องกันการเกิดอาการทางสมองทรุดลงได้ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยมีเลือดออกในสมองอยู่แล้ว หากมีความดันโลหิตสูงขึ้นจนอยู่ในระดับรุนแรง (Severe hypertension) คือ SBP $\geq$ 180 mmHg DBP $\geq$ 110 mmHg โดยเฉพาะในระยะเฉียบพลัน มีผล ทำให้ก้อนเลือดหรือเลือดที่

ออกมีโอกาขยายขนาดขึ้น และกดเบียดเนื้อสมอง ก่อให้เกิดสมองบวมมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีอาการแยลง⁷ แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาจากทีมสหสาขาวิชาชีพ จนระดับความรู้สึกตัว และอาการทางระบบประสาทอื่นๆ ดีขึ้นเรื่อย ๆ ตามลำดับ จนสามารถช่วยเหลือตัวเองและทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาระบบการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย และจำเป็นต้องส่งตรวจวินิจฉัยนอกหน่วยงานให้มีความรวดเร็วและทันต่ออาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

2. พัฒนาแบบประเมินความปวดให้สามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการสื่อสาร เช่น ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว เพื่อการจัดการความปวดได้อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. รุจีพร เพ็ญศรี. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2564; 14(3): 83 - 96.
2. สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจรสำนักงานความปลอดภัย. รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของกระทรวงคมนาคม พ.ศ.2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2566]; เข้าถึงได้จาก: https://www.otp.go.th/uploads/tiny_uploads/PDF/2563-06/25630601-Road Accident Ana 2562_Final.pdf.
3. World Health Organization [WHO]. Global status report on road safety 2018. Geneva: World Health Organization;2018
4. ปองปรีดา แสนจิตต์, ณัฐวุฒิ เจริญศุภพงษ์, วิชุดา จิรพรเจริญ, และ ชนาภัทร ปาตีคำ. การเกิดภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางการจราจรในโรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่. วารสารโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ 2563.; 14(3): 5-17.
5. วาริ มุสิกะวัน. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะและมีภาวะช็อกในระยะฉุกเฉิน: กรณีศึกษา.วารสารโรงพยาบาลพิจิตร 2560; 32(2): 75-82.
6. ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. รายงานผู้ป่วยรายโรคปี พ.ศ 2563 – 2565. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 13 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงจาก: http://somdetdata.moph.go.th/data_sys/report_/
7. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป. [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน2566]; เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaihypertension.org/files/GL%20HT%202015.pdf>