

ประกาศจังหวัดจันทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลสอยดาว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดจันทบุรี ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๑ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑.	นางสาวอภิญญา สุขในศิลป์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลสอยดาว กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

สมจิต ยาใจ

(นางสมจิต ยาใจ)
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)
รักษาราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดจันทบุรี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดจันทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลสอยดาว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

ลำดับที่	ชื่อ – ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวอภิญญา สุขในศิลป์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลสอยดาว กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๒๓๐๐๑	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลสอยดาว กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๒๓๐๐๑	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
	ชื่อผลงานที่ส่งประเมิน เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก **ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน** เรื่อง พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดไม่รุนแรง **รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”**					

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. ชื่อเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก

2. ระยะเวลาดำเนินการ วันที่ 28 เมษายน 2567 เวลา 14.39 น. - วันที่ 28 เมษายน 2567 เวลา 17.15 น.

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

3.1 บทนำ

สถานการณ์ในประเทศไทย จากรายงานสถิติข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนจากระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance: IS) สถิติผู้บาดเจ็บที่ศีรษะของประเทศไทยในปี 2564 – 2567 ดังนี้ จำนวน 34,023 ราย 52,115 ราย , 67,070 รายและ 69,201 รายตามลำดับ จะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มวัยแรงงานและเยาวชน ซึ่งถือเป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญที่สุดต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม การสูญเสียที่เกิดขึ้นไม่เพียงกระทบต่อผู้ประสบเหตุโดยตรง แต่ยังสร้างภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล ค่าชดเชยการสูญเสียรายได้ ตลอดจนผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชน จึงมีเป้าหมายการลดจำนวนผู้เสียชีวิตให้เหลือเท่ากับ 12 คนต่อประชากรแสนคนหรือ 8,478 คน ในปี 2570 เป็นไปตามเป้าหมายและตัวชี้วัดภายใต้แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์แห่งชาติ ประเด็นโครงสร้างพื้นฐานระบบโลจิสติกส์และดิจิทัล อีกทั้งเป็นเป้าหมายของแผนแม่บทด้านความปลอดภัยทางถนนของประเทศไทยฉบับที่ 5 พ.ศ. 2565 - 2570 (ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ ThaiRSC, 2568)

จากสถิติโรงพยาบาลสอยดาวพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2566 , 2567 และ 2568 มีจำนวน 981 ราย , 1,033 ราย และ 1,069 ราย ตามลำดับ ผู้บาดเจ็บที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสอยดาวตั้งแต่ปีพ.ศ. 2566 , 2567 และ 2568 มีจำนวน 7 ราย 18 รายและ 11 ราย ตามลำดับ ในส่วนของผลลัพธ์การรักษาพบว่าจำนวนผู้บาดเจ็บที่สมองเล็กน้อยที่ได้รับการจำหน่ายกลับบ้านตั้งแต่ปีพ.ศ. 2566 , 2567 และ 2568 มีจำนวน 680 ราย , 772 ราย และ 822 ราย ตามลำดับ จำนวนผู้บาดเจ็บที่สมองรุนแรงปานกลางที่เข้ารับการรักษานอนโรงพยาบาล ในปีพ.ศ. 2566 2567 และ 2568 มีจำนวน 184 ราย , 216 ราย และ 145 ราย ตามลำดับ และจำนวนผู้บาดเจ็บที่สมองรุนแรงมากส่งรักษาต่อโรงพยาบาลศูนย์ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2566 , 2567 และ 2568 มีจำนวน 145 ราย , 110 ราย และ 99 ราย ตามลำดับ (เวชสถิติโรงพยาบาลสอยดาว, 2568)

ทั้งนี้จึงได้จัดทำการศึกษาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ เพิ่มการวางแผนการจำหน่ายในแนวทางปฏิบัติเพื่อนำมาใช้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการ

3.2 ความรู้ ความชำนาญงาน

3.2.1 การบาดเจ็บที่สมอง (Traumatic Brain Injuries: TBI)

การบาดเจ็บที่สมอง หมายถึง การบาดเจ็บที่เกิดจากแรงกระทำภายนอกรวมถึงแรงระเบิดซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมอง (ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง สูญเสียความทรงจำ มีความผิดปกติทางระบบประสาท การรู้คิดและเชาว์ปัญญา) หรือพบพยาธิสภาพในสมองจากการตรวจร่างกาย พบบาดแผลหรือพบความผิดปกติจากการตรวจทางรังสี เช่น เอกซเรย์คอมพิวเตอร์หรือตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็ก (magnetic resonance image : MRI) หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทำให้เกิดความผิดปกติชั่วคราวหรือถาวร รู้คิด เชาว์ปัญญาและการทำหน้าที่ในสังคม

3.2.2 ประเภทของการบาดเจ็บที่ศีรษะ

1) สมองกระทบกระเทือน (Cerebral Concussion) เป็นภาวะสมองได้รับกระทบกระเทือนชั่วคราว

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองไม่พบพยาธิสภาพ บางรายอาจมีประวัติหมดสตินานประมาณ 5 - 10 นาทีหลังเกิดเหตุ หลังจากนั้นตื่นขึ้นมาจำเหตุการณ์ก่อนเกิดอุบัติเหตุไม่ได้ เรียกกลุ่มอาการนี้ กลุ่มอาการสมองกระทบกระเทือนหลังบาดเจ็บ ซึ่งส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย เชาว์ปัญญาและอารมณ์

2) สมองช้ำ (Cerebral contusion) ภาวะที่สมองมีการฟกช้ำบวมและมีเลือดออกเป็นจุดๆ วินิจฉัยได้จากเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT scan) โดยทั่วไปสมองจะช้ำบริเวณเปลือกสมอง

3) สมองฉีกขาด (Cerebral laceration) เป็นภาวะที่มีการฉีกขาดของเนื้อสมองร่วมกับหลอดเลือดที่อยู่บนผิวสมองฉีกขาดด้วย ทำให้มีเลือดออกในเนื้อสมอง

4) การบาดเจ็บกระจายหัวสมอง (Diffuse axon injury: DAI) เกิดจากสมองได้รับกระทบกระเทือนจากแรงเหวี่ยงหรือแรงเสียดทาน อาจมีเลือดออกเป็นจุดๆ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองอาจไม่พบพยาธิสภาพชัดเจน ความรุนแรงของการบาดเจ็บมีตั้งแต่การบาดเจ็บเล็กน้อยจนถึงชั้นรุนแรง ซึ่งส่งผลให้มีอาการของความดันในกะโหลกศีรษะสูงหรือหมดสติหลังการบาดเจ็บทันที

5) เลือดออกภายในกะโหลกศีรษะ (Intracranial hemorrhage) อาการและความรุนแรงขึ้นกับตำแหน่งและปริมาณเลือดที่ออก ได้แก่ นอกเยื่อดูรา (Epidural hematoma: EDH) ใต้เยื่อหุ้มสมอง (Subdural hematoma: SDH) ในเนื้อสมอง (Intracerebral hemorrhage: ICH) โพรงสมอง (Intraventricular hemorrhage: IVH) และเลือดออกใต้ชั้นอะแร็กนอยด์ (Troumatic subarachnoid hemorrhage: SAH) (ไสว นรสาร, 2564)

3.2.3 ภาวะช็อคจากการเสียเลือด (hemorrhagic shock) เป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่เกิดจากการสูญเสียเลือดอย่างเฉียบพลัน ส่งผลให้ปริมาตรเลือดในระบบไหลเวียนลดลงและเกิดภาวะพร่องออกซิเจนในระดับเนื้อเยื่อ แม้ว่าบาดแผลฉีกขาดที่ศีรษะ (scalp laceration) จะดูเป็นการบาดเจ็บภายนอก แต่เนื่องจากหนังศีรษะมีหลอดเลือดจำนวนมาก หลอดเลือดไม่สามารถหดตัวได้ดีเมื่อถูกตัด จึงสามารถทำให้เกิดการเสียเลือดอย่างมีนัยสำคัญ และนำไปสู่ภาวะช็อคได้หากไม่ได้รับการห้ามเลือดอย่างทันท่วงที การวินิจฉัยอาศัยประวัติการบาดเจ็บและการเสียเลือด การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการประเมินแหล่งเลือดออก การรักษาคือการห้ามเลือดเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุด เช่น การกดแผลโดยตรง การเย็บแผล การผ่าตัดในกรณีจำเป็น การให้สารน้ำการให้เลือดในกรณีเสียเลือดรุนแรง (สมาคมศัลยแพทย์ทั่วไปแห่งประเทศไทย, 2562)

3.2.4 อาการและอาการแสดงของการบาดเจ็บที่สมอง มีดังนี้

1) ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึม ปวดศีรษะ ปวดต้นคอ หรือเวียนศีรษะมาก เดินเซ หมดสติ

2) ตรวจร่างกายพบแผลที่ศีรษะ หรือพบรอยคล้ำรอบตา (raccoon eyes) รอยช้ำหลังหู (battle's's sign) โดยทั่วไปจะพบอาการนี้หลังได้รับบาดเจ็บผ่านไปแล้ว 24 ชั่วโมง

3) การมองเห็นผิดปกติ ตามัวลง รูม่านตาโตขึ้นและมีปฏิกิริยาต่อแสงช้าหรือไม่มีเลย

4) สิ่งคัดหลั่งออกจากจมูก (rhinorhea) หรือออกจากหู (otorrhea)

5) หลังได้รับบาดเจ็บมีอาการ คลื่นไส้ อาเจียน หายใจลำบาก แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีกหรือมีอาการพูดลำบากกลืนลำบาก (ไสว นรสาร, 2564)

3.2.5 การวินิจฉัยโรค

1) การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การประเมินระดับความรู้สึกตัว

2) การตรวจทางห้องปฏิบัติการและตรวจพิเศษ การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT scan)

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

และการถ่ายรังสีกระดูกคอ ภาพถ่ายรังสีกะโหลกศีรษะและภาพถ่ายรังสีปอด

3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ไสว นรสาร, 2564)

3.2.6 การรักษา

1) initial assessment and resuscition (primary survey) ผู้บาดเจ็บที่ศีรษะมีโอกาสที่ชีพไม่สามารถดูแลทางเดินหายใจให้โล่งได้ พิจารณาใส่หลอดคาในท่อลมเมื่อมีข้อบ่งชี้ รวมถึงมีโอกาสกระดูกต้นคอบาดเจ็บ ซึ่งป้องกันการบาดเจ็บเพิ่มเติมโดยการใส่เฝือกดามคอ ผู้บาดเจ็บที่ศีรษะมีโอกาสหายใจเองไม่เพียงพอต้องการการช่วยหายใจที่เหมาะสม หากผู้ป่วยมีภาวะช็อคควรหาสาเหตุอื่นด้วย ควรแก้ให้ความดันโลหิตกลับเป็นปกติโดยเร็วที่สุด อย่างไรก็ตามบาดเจ็บแผลฉีกขาดบริเวณหนังศีรษะ อาจทำให้เสียเลือดได้ปริมาณมาก โดยเฉพาะในเด็กอาจเสียเลือดจนช็อคได้ ควรเย็บห้ามเลือด เพื่อป้องกันการเสียเลือดและดูแลไม่ให้ความดันโลหิตต่ำ การประเมินระดับความรู้สึกตัวและรูม่านตา

2) Secondary survey ประเมินผู้ป่วยเป็นระยะๆ เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ รวมทั้งเฝ้าระวังอาการภาวะสมองเคลื่อน ผู้ที่มีการใช้ยา แอลกอฮอล์หรือสารเสพติดประเมินระบบประสาทโดยละเอียด เลี่ยงการใช้ยาที่มีฤทธิ์ Sedation ยกเว้นกรณีวุ่นวายมากจนอาจเป็นอันตราย หากจำเป็นควรเลือกใช้ยาฤทธิ์สั้นและตรวจร่างกายระบบประสาทก่อนให้ยาเสมอ การส่งตรวจภาพวินิจฉัยที่สำคัญ คือการทำ CT brain พิจารณาส่งทำเมื่อมีข้อบ่งชี้และสัญญาณชีพปกติ

3) การดูแลตามความรุนแรงของภาวะสมองบาดเจ็บ การบาดเจ็บเล็กน้อย คือมี Glasgow Coma Scale 13 - 15 คะแนน การรักษาแบ่งตามปัจจัยเสี่ยงในการเกิดความรุนแรงหรือความผิดปกติทางสมอง ไม่มีความผิดปกติสามารถจำหน่ายและให้กลับบ้านพร้อมเอกสารคำแนะนำวิธีดูแลสังเกตอาการที่บ้าน การบาดเจ็บที่ศีรษะปานกลาง คือมี Glasgow Coma Scale 9 - 12 คะแนน การพิจารณาการรักษาด้วยออกซิเจน สารน้ำให้เป็น crystalloid solution อัตราให้เป็น maintenance fluid ถ้าไม่มีภาวะช็อค CT brain CT C-spine หรือ C-spine x-ray ปรึกษาศัลยแพทย์ การบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง คือมี Glasgow Coma Scale 3 – 8 คะแนน พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจทางหลอดลม ควบคุมอัตราการหายใจอยู่ในช่วง 10 – 14 ครั้งต่อนาที ไม่ควรหายใจเร็ว สารน้ำให้เป็น crystalloid solution อัตราให้เป็นสารน้ำที่ร่างกายต้องการในแต่ละวัน ถ้าไม่มีภาวะช็อค Medication mannitol/hypertonic saline ตามข้อบ่งชี้ CT brain CT C-spine หรือ C-spine x-ray ปรึกษาศัลยแพทย์

4) การรักษาอื่นๆ การให้สารน้ำ เลือด และส่วนประกอบของเลือดตามข้อบ่งชี้ โดยพยายามไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะของเหลวในร่างกายพร่องและระวังไม่ให้สารน้ำมากเกินไป สารน้ำที่ให้ควรเป็น isotonic solution พิจารณาการรักษาต่อไปกรณีมีภาวะสมองเคลื่อน ลดภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูงเบื้องต้น ก่อนผ่าตัด ยากันชัก พิจารณาให้ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อป้องกัน early posttraumatic seizure (วีระวัฒน์ เธียรประธาน, ชื่นฤทัย อังกูรทัศนีย์รัตน์และไชยพร ยุกเซ็น, 2566)

3.2.7 การพยาบาล

1) การพยาบาลผู้บาดเจ็บเล็กน้อย ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนหนึ่งอาจมีอาการแย่ลงได้ ควรซักประวัติกลไกการบาดเจ็บและอาการต่างๆอย่างละเอียด การรักษาตามปัจจัยเสี่ยงในการเกิดความรุนแรงและความผิดปกติทางสมองการพยาบาลบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยดังนี้

1.1) ประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บ ระดับความรู้สึกตัวและการบาดเจ็บร่วมอื่นๆ

1.2) ผู้สงอายุมีอาการบาดเจ็บเล็กน้อยต้องหมั่นประเมินระดับความรู้สึกตัว

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

1.3) ให้คำแนะนำก่อนการจำหน่าย ให้รีบมาพบแพทย์ หากผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ ดังต่อไปนี้

- ซึม ปลุกตื่นยาก (ควรปลุกทุก 2 ชั่วโมง) หรือผู้ป่วยหมดสติ
- คลื่นไส้หรืออาเจียนติดต่อกันหลายครั้ง
- มีเลือดหรือสารเหลวออกจากจมูกหรือรูหู
- ปวดศีรษะอย่างรุนแรง รับประทานยาระงับปวดแล้วไม่ดีขึ้น
- อาการชักกระตุก
- แขนขาอ่อนแรงหรือกำลังแขนขาลดลง
- พูดคุยสับสนหรือพฤติกรรมเปลี่ยนไปจากเดิม เช่น เอะอะโวยวาย หรือลุกลี้ลุกลน
- เวียนศีรษะ รูม่านตาโตขึ้น ตาพร่าหรือเห็นภาพซ้อน
- สัญญาณชีพผิดปกติ ชีพจรช้า/เร็ว หายใจไม่สม่ำเสมอ
- ปวดต้นคอ คอแข็งหรือก้มคอลำบาก
- ถ้าบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บบวม ให้ประคบด้วยความเย็น โดยใช้ผ้าห่อก่อนประคบ หลีกเลี่ยงไม่ให้ผิวหนังสัมผัสความเย็นโดยตรง
- หลังประคบด้วยความเย็นถ้าบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บยังบวมให้กลับมาพบแพทย์
- สามารถรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำได้ตามปกติ
- ห้ามดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อย่างน้อย 3 วันหลังการบาดเจ็บ
- ห้ามรับประทานยานอนหลับหรือยาระงับปวดชนิดอื่นนอกจากพาราเซตามอล
- ห้ามรับประทานยาที่มีส่วนผสมของยาแอสไพริน

2) การพยาบาลบาดเจ็บที่สมองรุนแรงปานกลาง การพยาบาลบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยดังนี้

2.1) สังเกตอาการ การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวและปฏิกิริยาของรูม่านตาใกล้ชิด เนื่องจากผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอาการรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้แก่ คะแนนระดับความรู้สึกตัวลงจาก 12 คะแนนลงมาเหลือ 9 คะแนน

2.2) ประเมินสัญญาณชีพและระบบไหลเวียน ภาวะความดันเลือดต่ำ ภาวะพร่องออกซิเจน

2.3) ดูแลสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ให้สมดุล

2.4) สังเกตภาวะแทรกซ้อน เช่น อาการชัก ไข้สูง โดยสังเกตอาการเตือนและเตรียมอุปกรณ์ช่วยเหลือ

2.5) ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา นอกจากนี้ควรหลีกเสี่ยงการให้ยานอนหลับและยาระงับปวดในกรณีดังกล่าวหรือให้ยาอย่างระมัดระวัง

3) การพยาบาลบาดเจ็บที่สมองรุนแรงมาก การรักษาพิจารณาเรื่องต่อไปนี้และให้การพยาบาลบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงดังนี้

3.1) การใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ควบคุมอัตราการหายใจให้อยู่ในช่วง 10 – 14 ครั้งต่อนาที พยาบาลควรเฝ้าระวังค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนให้มากกว่าร้อยละ 95 ติดตามค่าก๊าซในเลือดแดงเป็นระยะๆ โดยให้ค่าออกซิเจนจากเลือดแดง (PaO_2) ไม่ต่ำกว่า 100 มิลลิลิตรปรอท แต่ไม่ควรให้ค่าออกซิเจนสูงกว่า 470 มิลลิลิตรปรอท สำหรับค่าค่าคาร์บอนไดออกไซด์ ($PaCO_2$) ควรอยู่ระหว่าง 35-45 มิลลิลิตรปรอท และการบีบAMBUแต่ละครั้งไม่ควรนานเกิน 1 นาที การเฝ้าระวังการสัญญาณชีพและการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3.2) ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น crystalloid solution พยาบาลควรดูแลการให้สารน้ำเพียงพอในรูปของสารน้ำนอร์มอลซาไลน์ หลีกเลี่ยงสารน้ำที่มีส่วนผสมของกลูโคสหรือสารน้ำที่มีความเข้มข้นน้อยกว่าความเข้มจะทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงได้ การบันทึกสารน้ำเข้าออก

3.3) CT brain CT C-spine หรือ C-spine x-ray ปรึกษาศัลยแพทย์และให้ยากันชักกลุ่มเสี่ยงสูง

3.4) การให้ยาสงบระงับและยาระงับปวด เพื่อควบคุมความดันในกะโหลกศีรษะสูงและให้ผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ข้อควรระวังในการใช้คือให้ยาระงับปวดเท่าที่จำเป็นและเลือกให้ยาระงับปวดที่ออกฤทธิ์สั้นตามแผนการรักษา โดยยากลุ่มนี้ที่นิยมใช้ มีดังนี้ มอร์ฟีน (Morphine) พยาบาลต้องเฝ้าระวังเนื่องจากยานี้ทำให้รูม่านตาเล็กลง เบนโซไดอะซีพีน (Benzodiozepine) ส่วนใหญ่ใช้เป็นยาสงบระงับ และยากันชักโปรโพฟอล (Propofol) ข้อควรระวังคือ ยานี้อาจทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนที่รุนแรง ได้แก่ ระดับโปแตสเซียมในเลือดสูง ภาวะเลือดเป็นกรด หัวใจล้มเหลว กล้ามเนื้อสลาย

3.5) การลดไข้หรือดูแลให้อุณหภูมิร่างกายอยู่ในระดับปกติ ดังนั้นจึงต้องลดไข้โดยการให้ยาตามแผนการรักษา ร่วมกับการเช็ดตัวลดไข้

3.6) การส่งเสริมภาวะโภชนาการ การบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงต้องได้รับสารอาหารภายใน 5 วัน หลังบาดเจ็บและภายใน 7 วัน ต้องได้สารอาหารครบเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต ในรายที่ไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ การให้อาหารทางสายยาง พยาบาลต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารให้ครบตามแผนการรักษา คอยตรวจสอบตำแหน่งสายทุกครั้งก่อนให้อาหารจัดท่าให้ยกศีรษะสูง ขณะเดียวกันต้องส่งเสริมญาติให้เรียนรู้และมีส่วนร่วม ในการดูแลเพื่อเตรียมตัวก่อนกลับบ้าน

3.7) การป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำชั้นลึก (Deep vein thrombosis prophylaxis) การบาดเจ็บที่สมองที่มีคะแนนการบาดเจ็บ (abbreviated injury scores: AIS) 3 คะแนนขึ้นมีอุบัติการณ์การเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำชั้นลึกสูงถึงร้อยละ 54 แม้ว่าใส่อุปกรณ์ป้องกันที่ขายังพบหลอดเลือดดำสูงถึงร้อยละ 25 ซึ่งนำไปสู่การอุดตันหลอดเลือดในปอด (pulmonary embolism : PE) สาเหตุเกิดจากเลือดแข็งตัวง่าย ไม่มีการเคลื่อนไหว ผ่าตัดนาน หรือหยุดยาต้านการแข็งตัวของเลือด เนื่องจากแพทย์เกรงว่าทำให้เลือดออกในสมองมากขึ้น พยาธิสภาพส่วนใหญ่มักเกิดที่ขา พยาบาลควรประเมินปัจจัยเสี่ยง เช่น การนำแบบประเมินคาปรีนี่ (Caprini risk assessment core) มาประเมินและดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการป้องกันที่เหมาะสมกับระดับความเสี่ยง ได้แก่ รายที่คะแนนความเสี่ยงระดับต่ำป้องกันโดยจัดให้ผู้ป่วยยกขาสูง การพันขาด้วยผ้ายางยืด หรือใช้อุปกรณ์สำเร็จรูป ดูแลไม่ให้ขาดน้ำ กระตุ้นให้บริหารข้อเท้า แต่ถ้าคะแนนความเสี่ยงสูงต้องปรึกษาแพทย์เพื่อให้ยาต้านการแข็งตัว

3.8) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือดสูงทำให้สมองเพิ่มการเผาผลาญโดยไม่ใช้ออกซิเจน เกิดกรดแลคติคและอนุมูลอิสระเพิ่มขึ้นทำให้แคลเซียมเข้าเซลล์มากขึ้น รบกวนการทำงานของฉนวนหลอดเลือด ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดสมองบวม ความดันในกะโหลกศีรษะสูง

3.9) การดูแลหลังผ่าตัด ผู้ป่วยบางรายได้รับการผ่าตัด ได้แก่ เอาเลือดออกจากสมอง (craniotomy) เปิดกะโหลกเพื่อขยายพื้นที่ของสมอง หรือใส่ท่อระบายน้ำไขสันหลังจากโพรงสมอง พยาบาลประเมินระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ การหายใจ บาดแผล ท่อระบายและสิ่งคัดหลั่งที่ออกจากแผลหรือท่อระบาย ดูแลให้ได้รับสารน้ำที่เหมาะสมและเพียงพอและจัดท่านอนให้เหมาะสม เช่น ผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปิดกะโหลกเพื่อขยายพื้นที่ของสมองควรหลีกเลี่ยงการจัดท่าที่ทำให้ศีรษะทับแผล

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3.10) การดูแลความสุขสบายทั่วไป ผู้ป่วยควรทำความสะอาดร่างกายและดูแลผิวหนังไม่ให้แห้ง โดยการทาโลชั่นและป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยการพลิกตัวทุก 2 ชั่วโมง

3.11) การตอบสนองด้านจิตอารมณ์ ผู้ป่วยอาจไม่มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายนอกเลย เนื่องจากไม่รู้สึกตัว ดังนั้นควรให้กำลังใจและคอยให้การสนับสนุนแก่ครอบครัวผู้ป่วย (ไสว นรสาร, 2564)

3.2.8 การดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ (Patient Care During Transfer)

การส่งต่อผู้ป่วย (patient transfer) เป็นกระบวนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากสถานพยาบาลหนึ่งไปยังอีกแห่งหนึ่ง หรือจากจุดเกิดเหตุไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า โดยเฉพาะในผู้ป่วยภาวะวิกฤตจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการทรุดลงของอาการระหว่างการเคลื่อนย้าย

1) วัตถุประสงค์ของการดูแลขณะส่งต่อ

- รักษาเสถียรภาพของระบบไหลเวียนโลหิต (hemodynamic stability)
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อน
- ให้การดูแลต่อเนื่อง
- ส่งต่ออย่างปลอดภัย

2) หลักการสำคัญในการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ

- การประเมินและเตรียมผู้ป่วยก่อนส่งต่อ
- การดูแลขณะเคลื่อนย้าย ดูแลทางเดินหายใจ ระบบไหลเวียน ประเมินระดับความรู้สึกตัวและสังเกตอาการทรุดลง เตรียมอุปกรณ์และยาฉุกเฉิน

3) ข้อควรระวังในการส่งต่อผู้ป่วย

- ช็อคจากการเสียเลือด
- ต้องห้ามเลือดให้ได้ก่อนหรือระหว่างส่งต่อ
- หลีกเลี่ยงการส่งต่อในผู้ป่วยที่ยัง unstable มาก
- เฝ้าระวัง hypovolemic shock worsening
- เตรียมพร้อมสำหรับการช่วยชีวิตระหว่างทาง

(สมาคมศัลยแพทย์ทั่วไปแห่งประเทศไทย, 2562)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ชื่อกรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก

- **ข้อมูลทั่วไป** ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 52 ปี สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานะคู่ ประกอบอาชีพแม่บ้าน สิทธิการรักษาพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ
- **วันที่รับเข้าโรงพยาบาล** 28 เมษายน 2567 เวลา 14.39 น./วันที่รับไว้ดูแล 28 เมษายน 2567 เวลา 14.39 น. วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 28 เมษายน 2567 เวลา 17.15 น./วันที่จำหน่ายจากการดูแล 28 เมษายน 2567 เวลา 17.15 น. รวมวันที่รับไว้ดูแล 2 ชั่วโมง 36 นาที
- **แหล่งที่มาของข้อมูล** ผู้ป่วยและเวชระเบียนอุบัติเหตุฉุกเฉิน
- **อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล** ขี่รถจักรยานยนต์ถูกรถยนต์ชนท้าย หมดสติ 1 ชั่วโมงก่อนมา
- **ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน** 1 ชั่วโมงก่อนมา ให้ประวัติ ขี่รถจักรยานยนต์ถูกรถยนต์ชนท้าย ล้มศีรษะกระแทกพื้น หมดสติไม่ทราบระยะเวลา จำเหตุการณ์ไม่ได้ กู้ชีพนำส่งรพ.

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

- ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ประวัติการแพ้ยาและอาหาร : ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร

ประวัติการดื่มสุราและสูบบุหรี่ : ปฏิเสธการดื่มสุราและสูบบุหรี่

ประวัติการใช้สารเสพติด : ปฏิเสธการใช้สารเสพติด

ประวัติการผ่าตัด : ผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี ประมาณ 5 ปี

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว : ปฏิเสธบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วย

ประวัติการรับประทานอาหารมื้อสุดท้าย : ทานอาหารมื้อสุดท้ายเวลา 12.00 น.

- ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

การตรวจร่างกาย

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 96 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ระดับความดันโลหิต 138/84 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 เปอร์เซ็นต์ การไหลเวียนเลือดไปยังเนื้อเยื่อส่วนปลายน้อยกว่า 2 วินาที

ลักษณะทั่วไป : หญิงไทยอายุ 52 ปี รู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง รูปร่างสมส่วน ผิวขาวเหลือง ผมยาวตรง ศีรษะสมดุลกันทั้งสองข้างดี น้ำหนัก 74 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 28.91 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

ประสาทรับความรู้สึก : รู้สึกตัวดี มองเห็นปกติ ถามตอบตรงคำถาม พูดได้ปกติ ไม่มีเหงื่อออกตัวเย็น ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ไม่มีชาตามร่างกาย

ผิวหนัง : ผิวสีขาวเหลือง ผิวหนังสะอาดชุ่มชื่น ความตึงตัวของผิวหนังปกติ

ศีรษะ : ศีรษะสมมาตร เส้นผมตรงมีผมสีขาวแซมดำ กะโหลกศีรษะเรียบ มีแผลฉีกขาดขอบไม่เรียบบริเวณศีรษะด้านหลังยาวประมาณ 3 เซนติเมตร ลึกประมาณ 1 เซนติเมตร มีเลือดไหลซึมตลอดรอบแผลไม่พบรอยช้ำ ไม่มีบวมโน

ตา : ตาสมมาตรกัน การเคลื่อนไหวของตาปกติ ไม่มีตาเหลือง ไม่มีต้อเนื้อ เยื่อบุตาไม่ซีด มองเห็นปกติ รูม่านตาขยาย 3 มิลลิเมตรตอบสนองต่อแสง

หู : รูปร่างใบหูปกติ ไม่มีการอักเสบ ไม่มีรอยแผล การได้ยินปกติ ไม่มีสารคัดหลั่งออกจากรูหูทั้งสองข้าง

จมูก : จมูกสมมาตร การได้รับกลิ่นปกติ ไม่มีสิ่งคัดหลั่งออกจากรูจมูก

ปาก : ริมฝีปากไม่ผิดรูป เหงือกสีชมพู ไม่มีบาดแผล ไม่มีการอักเสบคอ คลำไม่พบก้อน ไม่มีคอโต มีการเคลื่อนไหวตามการกลืน หลอดลมคออยู่ตำแหน่งตรงกลาง

เต้านม : สมมาตรกันทั้งสองข้าง ไม่มีก้อน หัวนมปกติทั้ง 2 ข้าง

ปอด : ทรวงอกรูปร่างปกติ การเคลื่อนไหวของทรวงอกสัมพันธ์กับการหายใจ อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที หายใจสม่ำเสมอ ไม่มีเสียงการตีบของหลอดลม ผลเอกซเรย์ทรวงอกปกติ ไม่พบภาวะกระดูกซี่โครงหักหรือเคลื่อนจากตำแหน่งเดิม ไม่พบภาวะลมรั่วหรือเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด ผลการตรวจอัลตราซาวน์อย่างรวดเร็วในผู้ป่วยบาดเจ็บไม่พบสารเหลวในเยื่อหุ้มปอด

หัวใจ : ไม่มีเสียงฟู่ของหัวใจ อัตราการเต้นของหัวใจ 96 ครั้งต่อนาที จังหวะการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ผลการตรวจอัลตราซาวน์อย่างรวดเร็วในผู้ป่วยบาดเจ็บไม่พบสารเหลวในเยื่อหุ้มหัวใจ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

หน้าท้อง : มีรอยแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องข้างขวาบน ท้องนิ่มดี ไม่มีก้อน ไม่มีกดเจ็บ ผลการเอกซเรย์กระดูกเชิงกรานปกติ ไม่พบภาวะกระดูกเชิงกรานหักหรือเคลื่อนจากตำแหน่งเดิม ผลการตรวจอัลตราซาวน์อย่างรวดเร็วในผู้ป่วยบาดเจ็บไม่พบของเหลวในช่องท้อง

แขนขา : การเคลื่อนไหวปกติ แขนและขาทั้งสองข้างสมมาตร ไม่มีแขนขาบวม ไม่มีบาดแผล ไม่มีผื่น ไม่มีก้อน

- **ผลการตรวจพิเศษ/ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ**

การตรวจน้ำตาลในเลือดโดยเจาะเส้นเลือดฝอยที่ปลายนิ้ว (Dextrostix : DTX) วันที่ 28 เมษายน 2567 เวลา 14.39 น. ผล (Dextrostix : DTX) =123 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

แปลผล การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดพบผลน้ำตาลในเลือดปกติ (ค่าปกติ 80-180 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์)

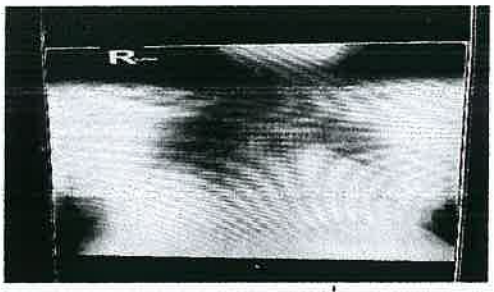
การตรวจอัลตราซาวน์อย่างรวดเร็วในผู้ป่วยบาดเจ็บ (Focused Assessment with Sonography in Trauma : FAST) วันที่ 28 เมษายน 2567 เวลา 14.42 น. ผล (Focused Assessment with Sonography in Trauma : FAST) = Negative

แปลผล การตรวจด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ปกติ ไม่พบของเหลวในช่องท้อง บริเวณตับ ม้าม เยื่อหุ้มหัวใจ หรือเยื่อหุ้มปอด

การถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Film Chest X-ray) วันที่ 28 เมษายน 2567 เวลา 14.55 น.

ผล Film Chest X-ray : not seen rib fracture or dislocation , not seen pneumohemothorax

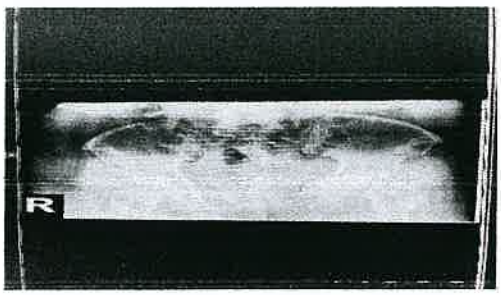
แปลผล การเอกซเรย์ทรวงอกปกติ ไม่พบภาวะกระดูกซี่โครงหักหรือเคลื่อนจากตำแหน่งเดิม ไม่พบภาวะลมรั่วหรือเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด



การถ่ายภาพรังสีบริเวณกระดูกเชิงกราน (Film x-ray Pelvic) วันที่ 28 เมษายน 2567 เวลา 14.55 น.

ผล Film x-ray Pelvic : not seen fracture or dislocations

แปลผล การเอกซเรย์กระดูกเชิงกรานปกติ ไม่พบภาวะกระดูกเชิงกรานหักหรือเคลื่อนจากตำแหน่งเดิม



3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองแบบไม่ฉีดสารทึบรังสี (CT brain NC) วันที่ 28 เมษายน 2567 เวลา 14.50 น.

ผล CT brain NC : NON-CONTRAST ENHANCED MDCT OF THE BRAIN.

INDICATION: To rule out intracranial injury.

FINDINGS:

There is acute SDH, up to 0.5 cm. thick, along interhemispheric falx.

No midline shifting, obliterated basal cistern, or brain herniation is seen.

There is no hydrocephalus.

The visualized paranasal sinuses and mastoid air cells are unremarkable.

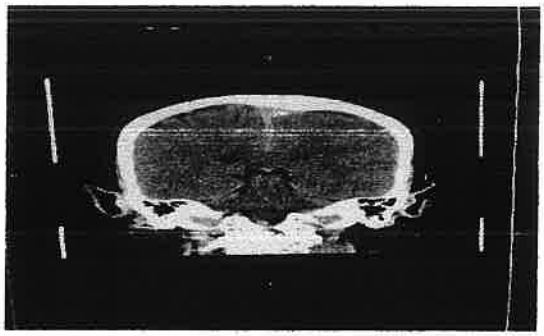
No displaced calvarial fracture is noted.

Scalp hematoma, up to 1.3 cm. thick, at posterior parietal region is found.

IMPRESSION:

- Acute SDH along interhemispheric falx.
- Scalp hematoma at posterior parietal region.

แปลผล การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองมีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอกเฉียบพลัน หนาไม่เกิน 0.5 เซนติเมตร ตามแนวรอยต่อระหว่างซีกสมอง ไม่มีพบการเคลื่อนตัวของเส้นกลางโพรงฐานสมอง ไม่มีภาวะน้ำคั่งไซนัสพารานาซัล มีภาวะเลือดออกที่หนังศีรษะที่บริเวณหลังของสมองข้างขม่อม



การตรวจระดับเกลือแร่ในเลือด (Electrolyte: E'lyte) วันที่ 28 เมษายน 2567 เวลา 14.59 น.

Lab	ผลLab	ผล	หน่วย	ค่าปกติ	แปลผล
Electrolyte	Na	142	mmol/L	136-145	ปกติ
	K	3.5	mmol/L	3.5-5.1	ปกติ
	Cl	105	mmol/L	98-107	ปกติ
	CO2	27	mmol/L	22-29	ปกติ

วิเคราะห์ผล จากการตรวจระดับเกลือแร่ในเลือดพบว่า เกลือแร่ในร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติทั้งหมด แสดงถึงสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ที่เหมาะสม ซึ่งมีความสำคัญต่อการควบคุมสภาวะของสมองในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ อย่างไรก็ตามควรเฝ้าระวังค่าโพแทสเซียมที่อยู่ในระดับต่ำของเกณฑ์ปกติอาจส่งผลต่อการทำงานของกล้ามเนื้อและหัวใจ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count: CBC) วันที่ 28 เมษายน 2567 เวลา 14.59 น.

Lab	ผลLab	ผล	หน่วย	ค่าปกติ	แปลผล
CBC	White Blood Cells	5,800	cu.mm.	4,000-10,000	ปกติ
	Red Blood Cells	4.96	10^6/uL	3.5-5-5	ปกติ
	Hemoglobin	12.3	g/dL	12.2 – 18.1	ปกติ
	Hematocrit	38	%	37.0 – 54.0	ปกติ
	MCV	76.7	%	81.0 - 100.0	ปกติ
	MCH	27.9	%	27.0 – 34.0	ปกติ
	MCHC	32.4	%	32.0 – 36.0	ปกติ
	Pletelet count	172,000	cell/mm3	100,000-300,000	ปกติ
	RDW-CV	15.7	%	11.0 – 16.0	ปกติ
	Nuetrophils	61.5	%	50 - 70	ปกติ
	Lymphocytes	32.7	%	20 - 40	ปกติ
	Monocytes	4.2	%	3 - 12	ปกติ
	Eosinophils	1.5	%	0.5 – 5.0	ปกติ
	Basophils	0.1	%	0.0 – 1.0	ปกติ

วิเคราะห์ผล จากผลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดพบว่าค่าเม็ดเลือดขาวที่อยู่ในเกณฑ์ปกติบ่งชี้ว่าไม่มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย ในส่วนของเม็ดเลือดแดงพบว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติบ่งชี้ว่าไม่พบภาวะซีดในร่างกายและมีความสามารถในการนำพาออกซิเจนเพียงพอ และในส่วนของเกล็ดเลือดพบว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติบ่งชี้ว่าความสามารถในการแข็งตัวของเลือดที่ยังปกติ ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันภาวะเลือดออกในกะโหลกศีรษะหรือการมีเลือดออกเพิ่มขึ้นหลังการบาดเจ็บ

การตรวจค่าไต (Blood Urea Nitrogen: BUN , Creatinine: Cr , Estimated Glomerular Filtration Rate: GFR) วันที่ 28 เมษายน 2567 เวลา 14.59 น.

Lab	ผล	หน่วย	ค่าปกติ	แปลผล
BUN	13	mg/dL	6-20	ปกติ
Cr	0.69	mg/dL	0.67 – 1.17	ปกติ
GFR	100.41	%	>=90	ปกติ

วิเคราะห์ผล จากการตรวจค่าไตพบว่า ค่าไตและค่าอัตราการกรองของไตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีภาวะไตบกพร่อง ซึ่งเอื้อต่อการวางแผนการรักษาและการให้ยาต่าง ๆ ในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้อย่างปลอดภัย มีความสำคัญต่อการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยอาจได้รับสารน้ำ ยา หรืออาจมีการใช้ยาที่มีผลต่อไต เช่น ยาลดความดันในกะโหลกศีรษะ (osmotic agents) ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยการทำงานของไตที่มีประสิทธิภาพในการขับของเสียและควบคุมสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์

การวินิจฉัยของแพทย์ : Traumatic subdural hemorrhage

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

- สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์

ผู้ป่วยเพศหญิง สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ อายุ 52 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัว มาโรงพยาบาลด้วยอาการ 1 ชั่วโมงก่อนมา ขี่รถจักรยานยนต์ถูกรถยนต์ชนท้าย ล้มศีรษะกระแทกพื้น หมดสติไม่ทราบระยะเวลา จำเหตุการณ์ไม่ได้ มีแผลฉีกขาดขอบไม่เรียบบริเวณศีรษะด้านหลังยาวประมาณ 3 เซนติเมตร ลึกประมาณ 1 เซนติเมตร มีเลือดไหลซึมตลอด กู้ชีพนำส่งรพ. แรกรับที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วันที่ 28 เมษายน 2567 เวลา 14.39 น. ผู้ป่วยมาโดยรถนอน รู้สึกตัวดี ถามตอบตรงคำถาม ทำตามคำสั่งได้ ไม่มีเหงื่อออกตัวเย็น ไม่มีหายใจเหนื่อย ไม่คลื่นไส้อาเจียน E4V5M6 รูม่านตาขยาย 3 มิลลิเมตรตอบสนองต่อแสง สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส อัตราเต้นของหัวใจ 96 ครั้งต่อนาที อัตราหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ระดับความดันโลหิต 138/84 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 เปอร์เซ็นต์ การไหลเวียนเลือดไปยังเนื้อเยื่อส่วนปลายน้อยกว่า 2 วินาที น้ำตาลในเลือด 123 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ การตรวจอัลตราซาวน์อย่างรวดเร็วในผู้ป่วยบาดเจ็บ (Focused Assessment with Sonography in Trauma : FAST) ผล FAST negative เวลา 14.42 น. ไม่พบของเหลวในช่องท้อง บริเวณตับม้าม เยื่อหุ้มหัวใจหรือเยื่อหุ้มปอด ผลการเอกซเรย์ทรวงอกปกติ ไม่พบภาวะกระดูกซี่โครงหักหรือเคลื่อนจากตำแหน่งเดิม ไม่พบภาวะลมรั่วหรือเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด ผลการเอกซเรย์กระดูกเชิงกรานปกติ ไม่พบภาวะกระดูกเชิงกรานหักหรือเคลื่อนจากตำแหน่งเดิม ผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง มีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอกเฉียบพลัน หนาไม่เกิน 0.5 เซนติเมตร ตามแนวรอยต่อระหว่างซีกสมอง ไม่มีพบการเคลื่อนตัวของเส้นกลางโพรงฐานสมอง ไม่มีภาวะน้ำคั่งไซนัสพาราซาล มีภาวะเลือดออกที่หนังศีรษะบริเวณหลังของสมองข้างขม่อม การวินิจฉัยของแพทย์ Traumatic subdural hemorrhage (มีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก) การรักษาได้รับสารน้ำ acetate 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เย็บแผลบริเวณศีรษะด้านหลัง 3 เข็ม ไม่มีเลือดซึมหลังเย็บแผล รอบแผลไม่บวม ไม่มีรอยช้ำ และได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลศูนย์ รถพยาบาลพร้อมพยาบาล นำส่งผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลชุมชน เวลา 17.15 น. ผู้ป่วยรู้ตัวดี ถามตอบตรงคำถาม ทำตามคำสั่งได้ ไม่มีเหงื่อออกตัวเย็น ไม่มีหายใจเหนื่อย ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน E4V5M6 รูม่านตาขยาย 3 มิลลิเมตรตอบสนองต่อแสง รวมระยะเวลาผู้ป่วยอยู่ที่ห้องฉุกเฉิน 2 ชั่วโมง 36 นาที

- สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1
   มีเลือดออกในเยื่อหุ้มสมองชั้นนอกเนื่องจากได้รับบาดเจ็บศีรษะ
2) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2
   มีโอกาสเกิดภาวะช็อคจากการสูญเสียเลือด
3) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3
   มีโอกาสเกิดภาวะทรุดลงขณะส่งต่อ

- ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1

มีเลือดออกในเยื่อหุ้มสมองชั้นนอกเนื่องจากได้รับบาดเจ็บศีรษะ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

- ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยให้ประวัติ ขี่รถจักรยานยนต์ถูกรถยนต์ชนท้าย ล้มศีรษะกระแทกพื้น หมดสติไม่ทราบระยะเวลา จำเหตุการณ์ไม่ได้ รู้สึกตัวอีกครั้งมีคนมาเรียก

O : ผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองมีภาวะภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอกเฉียบพลัน หนาไม่เกิน 0.5 เซนติเมตร ตามแนวรอยต่อระหว่างซีกสมอง ไม่มีพบการเคลื่อนตัวของเส้นกลางโพรงฐานสมอง ไม่มีภาวะน้ำคั่งไซนัสพารานาซัล มีภาวะเลือดออกที่หนังศีรษะที่บริเวณหลังของสมองข้างขม่อม

- วัตถุประสงค์

1. เพื่อการกำซาบเนื้อเยื่อสมองเพียงพอ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

- เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของความดันในกะโหลกศีรษะสูง (ปวดศีรษะที่รุนแรง อาเจียน แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น กระสับกระส่าย ซึมลง มีอาการเกร็ง หัวใจหยุดเต้น หยุดหายใจ)
2. GCS = E4V5M6
3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ความดันโลหิต ≥90/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60 - 120 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16 – 24 ครั้งต่อนาที)
4. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดมากกว่า 90 เปอร์เซ็นต์

- กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ วัดค่าออกซิเจนในเลือด สังเกตลักษณะการหายใจ และประเมินอาการทางระบบประสาททุก 15 นาที
2. สังเกตอาการปวดศีรษะที่รุนแรง อาเจียน แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น กระสับกระส่าย ซึมลง มีอาการเกร็ง หัวใจหยุดเต้น หยุดหายใจ ถ้าพบรายงานแพทย์
3. จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา ศีรษะและคออยู่ในแนวเดียวกันไม่บิด เพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง และดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ สะโพกไม่งอ > 90 องศา
4. ควบคุมอุณหภูมิกาย อยู่ในช่วงระหว่าง 36 – 37 องศาเซลเซียส
5. ให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของร่างกายและสมอง
6. พูดคุยให้กำลังใจขณะให้การรักษาพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลและร่วมมือในการรักษา
7. เตรียมยาและอุปกรณ์ช่วยชีวิตไว้ให้พร้อมเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน

- การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่ปวดศีรษะ ไม่มีอาเจียน ไม่มีแขนขาอ่อนแรง ไม่มีกระสับกระส่าย ไม่มีชักเกร็ง
2. ระดับความรู้สึกตัว E4V5M6
3. อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจรเต้น 96 ครั้งต่อนาที หายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 138/84 มิลลิเมตรปรอท
4. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 เปอร์เซ็นต์

- ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2

มีโอกาสเกิดภาวะช็อคจากการสูญเสียเลือด

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 **ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)**

- ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่ามีแผลที่ศีรษะ มีเลือดไหลซึมตลอดเวลา

O : มีแผลฉีกขาดขอบไม่เรียบศีรษะด้านหลังยาวประมาณ 3 ซม. ลึกประมาณ 1 ซม. มีเลือดไหลซึมรอบแผล ไม่พบรอยช้ำ ไม่มีบวมโน

- วัตถุประสงค์

1. เพื่อเฝ้าระวังผู้ป่วยเกิดภาวะช็อค

- เกณฑ์การประเมินผล

1. แผลไม่มีเลือดไหลเพิ่ม

2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ความดันโลหิต ≥90/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60 - 120 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16 – 24 ครั้งต่อนาที)

3. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดมากกว่า 90 เปอร์เซ็นต์

4. ไม่มีอาการแสดงของภาวะช็อค ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวปกติ ไม่มีกระสับกระส่าย ไม่มีเหงื่อออกตัวเย็น

- กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ วัดค่าออกซิเจนในเลือด ประเมินอาการทางระบบประสาททุก 15 นาที และประเมินอาการของภาวะช็อค ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวที่เปลี่ยนแปลง กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น ถ้าชีพจรมากกว่า 120 ครั้งต่อนาที หายใจมากกว่า 30 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตน้อยกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท ถ้าพบรายงานแพทย์

2. ประเมินสภาพบาดแผลทั้งก่อนและหลังการดูแลบาดแผล

3. ทำความสะอาดบาดแผลและเย็บแผลบริเวณศีรษะโดยวิธีปราศจากเชื้อ

4. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา acetate 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

- การประเมินผล

1. แผลไม่มีเลือดไหลเพิ่มหลังการเย็บแผล รอบแผลไม่บวมโน

2. อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจรเต้น 96 ครั้งต่อนาที หายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 138/84 มิลลิเมตรปรอท

3. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 เปอร์เซ็นต์

4. ไม่มีอาการแสดงภาวะช็อค ระดับการรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลง E4V5M6 ไม่มีกระสับกระส่าย ไม่มีเหงื่อออกตัวเย็น

- ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3

มีโอกาสเกิดภาวะทรุดลงขณะส่งต่อ

- ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยให้ประวัติ ขี่รถจักรยานยนต์ถูกรถยนต์ชนท้าย ล้มศีรษะกระแทกพื้น หมดสติไม่ทราบระยะเวลา จำเหตุการณ์ไม่ได้

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

O : ผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองมีภาวะภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอกเฉียบพลัน หนาไม่เกิน 0.5 เซนติเมตร ตามแนวรอยต่อระหว่างซีกสมอง ไม่มีพบการเคลื่อนตัวของเส้นกลางโพรงฐานสมอง ไม่มีภาวะน้ำคั่งไซนัสพารานาซัล มีภาวะเลือดออกที่หนังศีรษะที่บริเวณหลังของสมองข้างขม่อม

- วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันผู้ป่วยทรุดลงขณะส่งต่อ

- เกณฑ์การประเมินผล

1. GCS = E4V5M6 (Statusเดิม E4V5M6)

2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ความดันโลหิต ≥90/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60 - 120 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16 – 24 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดมากกว่า 90 เปอร์เซ็นต์)

3. ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของความดันในกะโหลกศีรษะสูง ได้แก่ ไม่มีปวดศีรษะที่รุนแรง ไม่มีอาเจียน ไม่มีแขนขาอ่อนแรงมากขึ้น ไม่กระสับกระส่าย ไม่มีอาการเกร็ง

4. ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะช็อค ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวปกติ ไม่กระสับกระส่าย ไม่มีเหงื่อออกตัวเย็น แผลไม่มีเลือดไหลเพิ่ม

5. ผู้ป่วยส่งต่อถึงโรงพยาบาลศูนย์อย่างปลอดภัย

- กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ วัดค่าออกซิเจนในเลือด ประเมินอาการทางระบบประสาท ก่อนย้ายขึ้นรถ และประเมินทุก 15 นาทีขณะอยู่บนรถ

2. ประเมินทางเดินหายใจและค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด

3. จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา ศีรษะและคออยู่ในแนวเดียวกันไม่บิด สะโพกไม่งอ > 90 องศา

4. ประเมินอาการของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เช่น อาการปวดศีรษะที่รุนแรง อาเจียน แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น กระสับกระส่าย ซึมลง มีอาการเกร็ง หัวใจหยุดเต้น หยุดหายใจ

5. ประเมินอาการของภาวะช็อค ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวที่เปลี่ยนแปลง กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น

6. ประเมินแผลเย็บบริเวณศีรษะ

7. ตรวจสอบและเตรียมอุปกรณ์เวชภัณฑ์ต่างๆให้พร้อมใช้งานของเครื่องมือ สารน้ำและยาช่วยชีวิตในรถพยาบาล

8. แจ้งผู้ป่วยและญาติถึงความจำเป็นที่ต้องส่งต่อ พร้อมทั้งตอบข้อสงสัยของผู้ป่วยและญาติ เพื่อลดความวิตกกังวล

9. ประเมินอาการผู้ป่วยขณะส่งต่อ เพื่อเฝ้าระวังภาวะทรุดลงขณะส่งต่อ กรณีผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤตในขณะส่งต่อให้การช่วยเหลือในเบื้องต้นหรือขอความ ช่วยเหลือตามระบบนำส่งรพ.ที่อยู่ใกล้ที่สุด และแจ้งข้อมูลให้กับโรงพยาบาลศูนย์ทราบ

- การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัว GCS 15 คะแนน

2. สัญญาณชีพจรเต้นอยู่ในช่วงระหว่าง 86 - 90 ครั้งต่อนาที หายใจอยู่ในช่วงระหว่าง 20 - 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วงระหว่าง 120/80 – 140/80 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดอยู่ในช่วง 97 - 98 เปอร์เซ็นต์

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดศีรษะที่รุนแรง ไม่มีอาเจียน ไม่มีแขนขาอ่อนแรง ไม่มีกระสับกระส่าย ไม่มีอาการเกร็ง
4. ผู้ป่วยไม่มีกระสับกระส่าย ไม่มีเหงื่อออกตัวเย็น แผลไม่มีเลือดไหลเพิ่ม รอบแผลไม่บวม
5. ผู้ป่วยส่งต่อถึงโรงพยาบาลศูนย์อย่างปลอดภัย

-สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยเพศหญิง สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ อายุ 52 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัว มาโรงพยาบาลด้วย 1 ชั่วโมงก่อนมา ขี่รถจักรยานยนต์ถูกรถยนต์ชนท้าย ล้มศีรษะกระแทกพื้น หมดสติ ไม่ทราบระยะเวลา จำเหตุการณ์ไม่ได้ มีแผลฉีกขาดขอบไม่เรียบบริเวณศีรษะด้านหลังยาวประมาณ 3 เซนติเมตร ลึก 1 เซนติเมตร มีเลือดไหลซึมตลอด กู้ชีพนำส่งรพ. แรกรับที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วันที่ 28 เมษายน 2567 เวลา 14.39 น. ผู้ป่วยมาโดยรถนอน รู้สึกตัวดี ถามตอบตรงคำถาม ทำตามคำสั่งได้ ไม่มีเหงื่อออกตัวเย็น ไม่มีหายใจเหนื่อย ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน E4V5M6 รูม่านตาขยาย 3 มิลลิเมตรตอบสนองต่อแสง สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส อัตราเต้นของหัวใจ 96 ครั้งต่อนาที อัตราหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ระดับความดันโลหิต 138/84 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 เปอร์เซ็นต์ การไหลเวียนเลือดไปยังเนื้อเยื่อส่วนปลายน้อยกว่า 2 วินาที น้ำตาลในเลือด 123 มิลลิกรัม การตรวจอัลตราซาวน์อย่างรวดเร็วในผู้ป่วยบาดเจ็บ (Focused Assessment with Sonography in Trauma : FAST) ผล FAST negative เวลา 14.42 น. ไม่พบของเหลวในช่องท้อง บริเวณตับ ม้าม เยื่อหุ้มหัวใจหรือเยื่อหุ้มปอด ผลการเอกซเรย์ทรวงอกปกติ ไม่พบภาวะกระดูกซี่โครงหักหรือเคลื่อนจากตำแหน่งเดิม ไม่พบภาวะลมรั่วหรือเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด ผลการเอกซเรย์กระดูกเชิงกรานปกติ ไม่พบภาวะกระดูกเชิงกรานหักหรือเคลื่อนจากตำแหน่งเดิม ผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง มีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอกเฉียบพลันหนาไม่เกิน 0.5 เซนติเมตร ตามแนวรอยต่อระหว่างซีกสมองไม่มีพบการเคลื่อนของเส้นกลางโพรงฐานสมอง ไม่มีภาวะน้ำคั่งไซนัสพารานาซัล มีภาวะเลือดออกที่หนังศีรษะบริเวณหลังของสมองข้างขม่อม การวินิจฉัยของแพทย์ Traumatic subdural hemorrhage (มีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก) การรักษาได้รับสารน้ำ acetate 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เย็บแผลบริเวณศีรษะด้านหลัง 3 เข็ม ไม่มีเลือดซึมหลังเย็บแผล ไม่บวมโน ไม่มีรอยช้ำและได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลศูนย์เพื่อการรักษาต่อแพทย์เฉพาะทางและเพื่อการผ่าตัด รถพยาบาลพร้อมพยาบาลนำส่งผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลชุมชน เวลา 17.15 น. ผู้ป่วยรู้ตัวดี ถามตอบตรงคำถาม ทำตามคำสั่งได้ ไม่มีเหงื่อออกตัวเย็น ไม่มีหายใจเหนื่อย ไม่คลื่นไส้อาเจียน E4V5M6 รูม่านตาขยาย 3 มิลลิเมตรตอบสนองต่อแสง รวมระยะเวลาผู้ป่วยอยู่ที่ห้องฉุกเฉิน 2 ชั่วโมง 36 นาที ขณะนำส่งโรงพยาบาลศูนย์ อาการไม่เปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบตรงคำถาม ทำตามสั่งได้ ไม่มีเหงื่อออกตัวเย็น ไม่มีหายใจเหนื่อย ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน E4V5V6 รูม่านตาขยาย 3 มิลลิเมตรตอบสนองต่อแสง ไม่มีอาการแสดงภาวะช็อค แผลเย็บที่ศีรษะไม่มีเลือดซึม รอบแผลไม่บวมโน ไม่มีรอยช้ำ ติดต่อสอบถามอาการ ผู้ป่วยนอนพักรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ไม่มีภาวะเลือดออกที่ใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอกเพิ่ม ไม่ได้ผ่าตัด ออกจากโรงพยาบาลศูนย์มีนัดติดตามอาการเป็นระยะ

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

4.2.1 คัดเลือกกรณีศึกษาขณะขึ้นปฏิบัติงานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

4.2.2 ศึกษาค้นคว้าความรู้เกี่ยวกับโรคที่สนใจจากหนังสือและแหล่งข้อมูลจากอินเตอร์เน็ตที่เชื่อถือได้

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.2.3 นำมาเขียนเป็นกรณีศึกษา

1) รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

2) วิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วย

3) วางแผนการพยาบาลตามปัญหา

4) ปฏิบัติตามแผนการดูแลที่วางไว้

5) ประเมินผลการพยาบาล

6) ติดตามการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และการมาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาล

4.2.4 เรียบเรียงผลงานและเขียนรายงาน จัดทำเป็นเอกสารทางวิชาการ

4.3 เป้าหมายของงาน

เพื่อพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงและลดโอกาสการเกิดภาวะทุพพลภาพหรือเสียชีวิต

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก จำนวน 1 ราย รับไว้ในการดูแล วันที่ 15 เมษายน 2567 เวลา 14.26 น. - เวลา 17.15 น. รวมรับไว้ในความดูแล 2 ชั่วโมง 36 นาที

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพตามกระบวนการพยาบาล โดยการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากภาวะมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเคลื่อนย้ายระหว่างส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาลศูนย์

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

ใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก และนำความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและมีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอกไปใช้ในการอธิบายให้คำแนะนำแก่ญาติ ทำให้ญาติได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอ มีความชัดเจนเข้าใจง่าย และมีส่วนร่วมตัดสินใจในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกในเยื่อหุ้มสมองชั้นนอกเป็นการเจ็บป่วยอย่างกะทันหันมีโอกาสเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทและการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ต้องมีการประเมินอาการอย่างใกล้ชิด ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว พยาบาลมีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ แสดงความเห็นใจและเข้าใจพฤติกรรมของผู้ป่วย ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวและเปิดโอกาสให้ซักถาม

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกในกะโหลกศีรษะ มีความจำเป็นต้องส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ มีโอกาสอาการทรุดลงขณะส่งต่อ การสื่อสารกับญาติและผู้ป่วยให้ถูกต้อง เข้าใจถึงพยาธิสภาพของผู้ป่วยเพื่อลดโอกาสการฟ้องร้อง

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

9. ข้อเสนอแนะ

พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยเพิ่มการตรวจทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับ Coagulopathy เช่น PT , PTT , INR , platelet เมื่อพบความผิดปกติ รายงานแพทย์ให้การรักษาเพื่อป้องกันการมีเลือดออกเพิ่มขึ้น

10. การเผยแพร่ผลงาน

ไม่มี

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

1) นางสาวอภิญญา สุขในศิลป์ สัดส่วนผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....อภิญญา สุขในศิลป์.....

(นางสาวอภิญญา สุขในศิลป์) ผู้ขอประเมิน

(วันที่) ....๗..../....๓๐..../....๒๕๖๗....

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าสัดส่วนดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวอภิญญา สุขในศิลป์	อภิญญา สุขในศิลป์

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ประภัสสร เจริญนาม

(นางประภัสสร เจริญนาม)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)

(วันที่) 9 / ก.ค / 2569

(ลงชื่อ) .....

(นายชัชวาล โภโค)

ตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรม) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสอยดาว

(วันที่) 9 / ก.ค / 2569

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดไม่รุนแรง

2. หลักการและเหตุผล

สถานการณ์ในประเทศไทย จากรายงานสถิติข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนจากระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance: IS) สถิติผู้บาดเจ็บที่ศีรษะของประเทศไทยในปี 2564 – 2567 ดังนี้ จำนวน 34,023 ราย 52,115 ราย , 67,070 รายและ 69,201 รายตามลำดับ จะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะในกลุ่มวัยแรงงานและเยาวชน ซึ่งถือเป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญที่สุดต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม การสูญเสียที่เกิดขึ้นไม่เพียงกระทบต่อผู้ประสบเหตุโดยตรง แต่ยังสร้างภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล ค่าชดเชยการสูญเสียรายได้ ตลอดจนผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชน จึงมีเป้าหมายการลดจำนวนผู้เสียชีวิตให้เหลือเท่ากับ 12 คนต่อประชากรแสนคนหรือ 8,478 คนในปี 2570 เป็นไปตามเป้าหมายและตัวชี้วัดภายใต้แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์แห่งชาติ ประเด็นโครงสร้างพื้นฐานระบบโลจิสติกส์และดิจิทัล อีกทั้งเป็นเป้าหมายของแผนแม่บทด้านความปลอดภัยทางถนนของประเทศไทยฉบับที่ 5 พ.ศ. 2565 – 2570 (ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ ThaiRSC, 2568) การบาดเจ็บที่ศีรษะจัดแบ่งกลุ่มตามระดับความรู้สึกตัวของผู้บาดเจ็บ เนื่องจากสะท้อนถึงความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ผู้บาดเจ็บและทำนายผลการรักษา โดยการใช้การประเมินตารางกลาสโกว์ (Glasgow Coma Scale) การจัดแบ่งกลุ่มดังกล่าวประกอบด้วย 1) ความรุนแรงของการบาดเจ็บระดับเล็กน้อย Glasgow Coma Scale 13 - 15 คะแนน 2) ความรุนแรงของการบาดเจ็บระดับปานกลาง Glasgow Coma Scale 9 - 12 คะแนน และ 3) ความรุนแรงของการบาดเจ็บระดับรุนแรง Glasgow Coma Scale 3 - 8 คะแนน (ไสว นรสาร, 2564) การประเมินความเสี่ยง การวินิจฉัยและการสังเกตอาการบาดเจ็บที่สมองในระดับเล็กน้อยทั้งนี้เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์เลือดออกในสมองหลังจากได้รับบาดเจ็บที่สมองเป็นการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพในสมองที่มีผลต่อผลลัพธ์การรักษา เช่น อัตราการนอนในโรงพยาบาล อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ความจำเป็นที่ต้องได้รับการผ่าตัดสมองอย่างเร่งด่วน (นครชัย เผื่อนปฐมและธีรเดช ศรีกิจวิไลกุล, 2562)

จากสถิติของโรงพยาบาลสอยดาวพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินตั้งแต่ปีพ.ศ. 2566 , 2567 และ 2568 มีจำนวน 981 ราย , 1,033 ราย และ 1,069 รายตามลำดับ ผู้บาดเจ็บที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสอยดาวตั้งแต่ปีพ.ศ. 2566 , 2567 และ 2568 มีจำนวน 7 ราย , 18 ราย และ 11 ราย ตามลำดับ ในส่วนของผลลัพธ์การรักษาพบว่าจำนวนผู้บาดเจ็บที่สมองเล็กน้อยที่ได้รับการจำหน่ายกลับบ้านตั้งแต่ปีพ.ศ. 2566 , 2567 และ 2568 มีจำนวน 680 ราย , 772 ราย และ 822 ราย ตามลำดับ จำนวนผู้บาดเจ็บที่สมองรุนแรงปานกลางที่เข้ารับการรักษานอนโรงพยาบาล ในปีพ.ศ. 2566 2567 และ 2568 มีจำนวน 184 ราย , 216 ราย และ 145 ราย ตามลำดับ และจำนวนผู้บาดเจ็บที่สมองรุนแรงมากส่งรักษาต่อโรงพยาบาลศูนย์ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2566 , 2567 และ 2568 มีจำนวน 145 ราย , 110 ราย และ 99 ราย ตามลำดับ (เวชสถิติโรงพยาบาลสอยดาว, 2568) การบาดเจ็บศีรษะเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่จัดอยู่ในกลุ่มการบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย ซึ่งมีระดับความรู้สึกตัวปกติหรือใกล้เคียงปกติ Glasgow Coma Scale 13 – 15 คะแนนและสามารถกลับพักรักษาที่บ้านได้หลังการประเมินจากแพทย์ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยบางรายอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสมองที่แสดงอาการล่าช้า

เช่น เลือดออกในกะโหลกศีรษะ สมองบวมหลังได้รับการบาดเจ็บ จึงจำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิดหลังจำหน่ายกลับบ้าน

ทั้งนี้จึงได้จัดทำแนวทางการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดไม่รุนแรงเพิ่มการวางแผนการจำหน่าย เป็นแนวทางสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติสามารถสังเกตอาการผิดปกติได้อย่างถูกต้อง ปฏิบัติตัวได้เหมาะสมและรีบกลับมารับการรักษาเมื่อมีอาการเตือน เพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เพิ่มความปลอดภัยและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

3.1 บทวิเคราะห์

จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงในโลกปัจจุบันทางทางด้านสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ การคมนาคมและการศึกษา ได้ส่งผลกระทบให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อระบบบริการสุขภาพ เป็นแรงผลักดันที่สำคัญในการปรับปรุงบริการสุขภาพใหม่คุณภาพสูงสุดภายใต้ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม ประเด็นนี้ก่อให้เกิดการเคลื่อนไหวในวงการสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก สำหรับประเทศไทยเองก็เช่นเดียวกัน มีแนวโน้มที่จะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลให้เร็วที่สุดทันทีที่อาการเจ็บป่วยดีขึ้น โดยมุ่งเน้นให้การดูแลการสอนการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นบริการที่จำเป็นต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบโดยสอดคล้องกับความต้องการเฉพาะรายของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะพักรักษาในโรงพยาบาลจนถึงการส่งต่อสู่ชุมชน ทั้งนี้ต้องอาศัยการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเพื่อสร้างความเข้าใจและถ่ายทอดแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม แนวคิดการวางแผนการดูแลต่อเนื่องดังกล่าวปรากฏอยู่ในมาตรฐานโรงพยาบาล ซึ่งมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมในการดูแลตนเอง และสามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากหน่วยบริการที่เหมาะสม รวมถึงมีการประสานงานและสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้ให้บริการ เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจึงถือเป็นกิจกรรมที่สะท้อนถึงการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเป็นองค์รวม และสามารถใช้เป็นดัชนีชี้วัดคุณภาพของการพยาบาลได้ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2565)

จะเห็นได้ว่าการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดไม่รุนแรงและการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ คุ้มกับค่าใช้จ่ายและเกิดคุณภาพสูงสุด ทางผู้จัดทำจึงได้เสนอแนวคิดการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะชนิดไม่รุนแรงเพื่อให้การดูแลและการพยาบาลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ มีการกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินที่ครอบคลุม อันจะเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยอย่างสูงสุดต่อไป

3.2 แนวคิด

แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะชนิดไม่รุนแรงได้ ดังนี้ แนวคิดการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care) คือ การดูแลต่อเนื่องเป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะรักษาในโรงพยาบาลจนถึงการดูแลที่บ้าน โดยเน้นความต่อเนื่องของข้อมูลและการดูแลซึ่งช่วยลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการจำหน่าย (คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2563) แนวคิดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Planning) คือ การวางแผนจำหน่ายเป็นกระบวนการสำคัญในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน โดยเฉพาะในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ต้องมีการเฝ้าระวังอาการผิดปกติอย่างใกล้ชิด การศึกษาพบว่าการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพช่วยลดการกลับเข้ารักษาซ้ำ และเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง

ของผู้ป่วย (ปิยวรา กาจารี, ฉวีวรรณ ธงชัย, และมยุลี สำราญญาติ, 2562) แนวคิดการเสริมสร้างศักยภาพผู้ป่วยและครอบครัว คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือน เช่น อาการซึมลง อาเจียนรุนแรง หรือปวดศีรษะมากขึ้น เป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะชนิดไม่รุนแรง เพื่อให้สามารถเฝ้าระวังและตัดสินใจมาพบแพทย์ได้อย่างทันท่วงที แนวคิดนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การส่งเสริมการดูแลตนเองช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและการกลับเข้ารักษาซ้ำ (กษมพร สุวรรณชาตรีและวศินี สมศิริ, 2568) แนวคิดการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) คือ การดูแลผู้ป่วยควรครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่อาจมีความวิตกกังวลหรือข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตหลังการบาดเจ็บ และแนวคิดการป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ คือ การลดอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำเป็นตัวชี้วัดคุณภาพบริการ โดยพบว่าการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องมีความสัมพันธ์กับการลดการกลับเข้ารักษาซ้ำภายใน 30 วัน (ณัฏฐณิชา นพรัตน์และคณะ, 2566)

3.3 ข้อเสนอ

จากผลการวิเคราะห์สามารถนำข้อเสนอแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดไม่รุนแรงเป็นเครื่องมือให้บุคลากรประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดไม่รุนแรงก่อนจำหน่ายที่มีความครอบคลุมในทุกมิติของผู้ป่วยและส่งเสริมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลที่บ้านอย่างเป็นระบบให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน เพิ่มความปลอดภัยในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสมองที่ต้องได้รับการรักษาเร่งด่วน

วัตถุประสงค์

1) เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถประเมินอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล
2) เพื่อให้บุคลากรมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดไม่รุนแรง

ระยะเวลาดำเนินการ

ตุลาคม 2569 ถึงมิถุนายน 2570 (ตามผังตารางกำกับงานตามขั้นตอนการดำเนินการ)

กลุ่มเป้าหมาย

1) บุคลากรงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
2) ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสอยดาว

ผังตารางกำกับงานตามขั้นตอนการดำเนินการ

ขั้นตอนการดำเนินงาน	ระยะการดำเนินงาน								
	ต.ค. 69	พ.ย. 69	ธ.ค. 69	ม.ค. 70	ก.พ. 70	มี.ค. 70	เม.ย. 70	พ.ค. 70	มิ.ย. 70
1.ศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากห้องสมุดและเว็บไซต์ที่เกี่ยวข้อง	←								
2.กำหนดแนวทางการดำเนินงาน	←	→							
3.ดำเนินงานตามขั้นตอนจัดทำเอกสารข้อมูลแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดไม่รุนแรง		←	—	—	—	—	—	→	

ขั้นตอนการดำเนินงาน	ระยะการดำเนินงาน								
	ต.ค. 69	พ.ย. 69	ธ.ค. 69	ม.ค. 70	ก.พ. 70	มี.ค. 70	เม.ย. 70	พ.ค. 70	มิ.ย. 70
4.ประชุมเพื่อแจ้งแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดไม่รุนแรงแก่เจ้าหน้าที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช และติดตามการดำเนินงาน		←	—	—	—	—	—	→	
5.ติดตามผลความพึงพอใจในการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดไม่รุนแรงของเจ้าหน้าที่									↔

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะ ลดการมาซ้ำและมาได้ทันเวลา

4.2 บุคลากรงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดไม่รุนแรง

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1 อัตราการมาตรวจซ้ำของผู้ป่วยได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดไม่รุนแรง น้อยกว่าร้อยละ 5

5.2 บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดไม่รุนแรง ร้อยละ 100

ลงชื่อ).....ภิญญา สุขในศิลป์.....

(นางสาวอภิญญา สุขในศิลป์) ผู้ขอประเมิน

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) ....๗..../...ก.ค..../....๒๕๖๗....