



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โทร. ๐ ๓๘๒๘ ๕๕๑๑ ต่อ ๒๔๖๗ - ๘

ที่ ขบ ๐๐๓๓/ ๑ ๙๕๕๕

วันที่ ๑๒ ธันวาคม ๒๕๖๘

เรื่อง แจ้งรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกที่ได้รับอนุมัติและติดประกาศให้มีโอกาสพักท่างเป็นเวลา ๓๐ วัน
และจัดส่งผลงานทางวิชาการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิทยาปัทมคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนัสนิคม
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ
และหัวหน้ากลุ่มงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ได้ดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติและเอกสาร
ประกอบการคัดเลือกบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง ประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการ จำนวน ๑ ราย ซึ่งผู้บังคับบัญชาพิจารณาเห็นชอบ และเสนอผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี
อนุมัติบุคคลและประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกบุคคลฯ แล้ว ตามประกาศจังหวัดชลบุรี ลงวันที่
๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ ดังบัญชีรายละเอียดแนบท้ายนี้ จึงขอให้หน่วยงานติดประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมิน
บุคคลฯ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวน และเงื่อนไขที่
คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล
หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่
อนึ่ง หากมีผู้ใดจะพักท่างให้พักท่างได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ประกาศ

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

(นายฤกษ์ สกุลแพทย์)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี



ประกาศจังหวัดชลบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคล ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดชลบุรี ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๑ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑	นางสาวนันทรัตน์ สอนศิริ	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลแหลมฉบัง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

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

ประกาศ ณ วันที่ ๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

(นายพงศ์สิษฐ์ ปิจนันท์)

รองผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดชลบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวนันทรัตน์ สอนศิริ ✓	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลแหลมฉบัง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วย อุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ	๒๒๓๔๙๙	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลแหลมฉบัง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วย อุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๒๓๔๙๙	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน ลำดับที่ ๑	การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดรุนแรง				๑๐๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	แนวทางการติดตามอาการผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังจำหน่ายกลับบ้าน ผ่านระบบ Telemedicine				๑๐๐%
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”					

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดรุนแรง
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 8 เมษายน 2567 รวมระยะเวลาที่รับไว้ดูแลในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน 1 ชั่วโมง 20 นาที

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดรุนแรง (Severe head injury) คือการบาดเจ็บที่สมองเฉียบพลันเป็นภาวะวิกฤตของร่างกาย สมองประกอบด้วยระบบประสาทส่วนกลางที่ควบคุมการทำงานของอวัยวะทุกระบบ และอวัยวะบางระบบ ทำหน้าที่ควบคุมเกี่ยวกับการมีชีวิต เช่น การหายใจ การไหลเวียนโลหิต เป็นต้น เมื่อศีรษะได้รับความกระทบกระเทือนอย่างรุนแรงจากอุบัติเหตุ ทำให้เซลล์สมองช็อกและหลอดเลือดแดงภายในกะโหลกศีรษะถูกทำลาย จึงทำให้เกิดปัญหาการสูญเสียหน้าที่ของร่างกายได้ (ไกรยศ เกียรติสุนทร, 2561)

พยาธิสภาพของโรค

พยาธิสภาพของการบาดเจ็บที่ศีรษะสามารถอธิบายได้ถึงลักษณะการบาดเจ็บ ได้เป็น 2 ประเภท คือ (ไกรยศ เกียรติสุนทร, 2561)

1. Open head injury คือ การบาดเจ็บที่มีการเปิดของกะโหลกศีรษะ มีการทะลุเข้าไปในกะโหลกศีรษะ ทำให้มีการแตกของกระดูกกะโหลกศีรษะทะลุเข้าไปข้างในกะโหลก การฉีกขาดของเยื่อหุ้มสมอง การฉีกขาดของสมอง สาเหตุเกิดจากการถูกตี ถูกกระแทก ด้วยของแข็งอย่างแรง การถูกยิง การถูกระเบิด เป็นต้น

2. Closed head injury คือ การบาดเจ็บที่เกิดจากแรงกระแทก จนทำให้เกิดการบวมของสมอง สมองที่บวมยังคงอยู่ในช่องกะโหลกที่มีขนาดเท่าเดิม ทำให้เกิดแรงดันระหว่างเนื้อสมองและกระดูกกะโหลก เกิดภาวะความดันภายในกะโหลกศีรษะสูง (Increase Intracranial Pressure) โดยเฉพาะบริเวณที่ได้รับแรงกระแทก หรือในภาวะที่มีเลือดออกในสมอง จากแรงกระแทกอย่างแรงทำให้เส้นเลือดในสมองฉีกขาด เลือดไหลออกมาแทรกอยู่ในช่องว่างกดเบียดเนื้อสมอง ทำให้สมองทำงานไม่สมบูรณ์

สาเหตุของโรค

การบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดจากหลายสาเหตุ ซึ่งการบาดเจ็บจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับแรงที่มากกระแทกศีรษะ เมื่อศีรษะถูกกระแทกจะส่งผลต่อไปยังบริเวณที่ถูกกระแทกไม่ว่าจะเป็น ใบหน้า หนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ และสมอง ความรุนแรงของการบาดเจ็บจะมากหรือน้อย นอกจากขึ้นอยู่กับแรงที่มากกระแทก ยังขึ้นอยู่กับสภาพหรือตำแหน่งของศีรษะ ขณะมีแรงมากกระแทก จึงสามารถแยกชนิดของการบาดเจ็บ ตามแรงที่มากกระแทก ดังนี้ (ไกรยศ เกียรติสุนทร, 2561)

1. การบาดเจ็บโดยตรง (direct injury) คือ บาดเจ็บที่เกิดบริเวณศีรษะโดยตรง สามารถเกิดได้ 2 แบบ คือ

- 1.1 บาดเจ็บขณะศีรษะอยู่นิ่ง (static head injury) หมายถึง การได้รับบาดเจ็บขณะศีรษะไม่มีการเคลื่อนไหว เกิดการบาดเจ็บเฉพาะที่ (focal injury) เช่น มีวัตถุหล่นทับศีรษะ ขณะนั่งอยู่เฉยๆ ทำให้เกิดพยาธิสภาพต่อศีรษะบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บโดยตรง (coup lesion) เช่น หัวโน บาดเจ็บที่ผิวน้ำ กะโหลกศีรษะเยื่อหุ้มสมอง เนื้อสมอง เส้นเลือดฉีกขาดเกิด ก้อนเลือดในกะโหลกศีรษะ

1.2 บาดเจ็บขณะที่ศีรษะมีการเคลื่อนไหว (dynamic head injury) หมายถึง เกิดการบาดเจ็บขณะที่ศีรษะมีการเคลื่อนไหว อาจเป็นการเพิ่มความเร็ว (acceleration) หรือการลดความเร็ว (deceleration) เช่น ชับรถมาด้วยความเร็วสูงแล้วชนกับเสาไฟฟ้า ทำให้รถหยุดกะทันหัน ศีรษะของผู้ขับขี่หรือผู้ที่นั่งตอนหน้าคู่คนขับ ซึ่งไม่ได้คาดเข็มขัดนิรภัยฟาดกับกระจกเกิดแรงกระแทกทำให้ศีรษะถูกเหวี่ยงกลับ เกิดพยาธิสภาพของศีรษะบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บ (coup lesion) และด้านตรงกันข้าม (contrecoup injuries)

2. การบาดเจ็บโดยอ้อม (indirect injury) คือ การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับส่วนอื่นของร่างกาย แล้วมีผลสะท้อนทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะขึ้น เช่น ตกจากที่สูงจนกระแทกพื้น ทำให้ศีรษะกระแทกลงมาบนส่วนของกระดูกคอ เป็นผลทำให้เกิดอันตรายต่อแกนสมองส่วนเมดัลลาโดยตรงหรือการเคลื่อนไหวของลำตัวอย่างรวดเร็ว ทำให้ส่วนศีรษะขาดการรองรับ เป็นผลให้ศีรษะคว่ำไปข้างหน้าหรือหงายไปด้านหลังอย่างรวดเร็ว ชนิดนี้ไม่มีบาดแผลที่หนังศีรษะและกะโหลกศีรษะ

ความรุนแรงของภาวะเลือดออกในสมองสัมพันธ์โดยตรงกับความรุนแรงและตำแหน่งของสมองที่ได้รับบาดเจ็บ (ไกรยศ เกียรติสุนทร, 2561)

1. แบ่งตามระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ได้รับ ตามผลรวมของคะแนนจากการประเมินที่เรียกว่า Glasgow Coma Score (GCS) โดยระดับคะแนนเต็ม 15 คะแนน ดังนี้

1.1 ระดับ 13 - 15 คะแนน แสดงถึงการบาดเจ็บเล็กน้อย (mild head injury) ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกตัวดีหรือลืมตาเมื่อเรียก ทำตามคำสั่งได้ถูกต้อง ทันที หรือใช้เวลาเล็กน้อย สับสนเป็นบางครั้ง อาจมีอาการปวดศีรษะเพียงเล็กน้อย มีประวัติการหมดสติไม่เกิน 30 นาที การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ หรือคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าสมองอยู่ในเกณฑ์ปกติ อาการสับสนเป็นอาการชั่วคราวหรืออาจมีอาการแสบในภายหลังได้ ต้องสังเกตอาการต่ออีกระยะหนึ่ง

1.2 ระดับ 9 - 12 คะแนน แสดงถึงการบาดเจ็บศีรษะปานกลาง (moderate head injury) ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกตัวลดลง สับสน หลับมากกว่าตื่นต้องปลุกถึงจะตื่น บ่นปวดศีรษะ อาจยังพอทำตามคำสั่ง ตอบคำถามง่ายๆ ได้แต่ช้า ใช้เวลานานกว่าปกติ มีประวัติการหมดสติเกิน 30 นาที แต่ไม่เกิน 6 ชั่วโมง การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ หรือคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าสมองพบความผิดปกติ

1.3 ระดับ 3 - 8 คะแนน แสดงถึงการบาดเจ็บศีรษะอย่างรุนแรง (severe head injury) ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกตัวน้อยมากหรือแทบไม่รู้สึกตัวเลยไม่สามารถทำตามคำสั่งได้ การรับรู้ต่อความเจ็บปวดลดลง การทดสอบการเคลื่อนไหวอาจเป็นเพียงการขยับแขนขาหนีงอหรือเหยียดในท่าที่ผิดปกติ มีประวัติการหมดสติเกิน 6 ชั่วโมง การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ หรือคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า สมองพบความผิดปกติ

2. แบ่งตามตำแหน่งของสมองที่ได้รับบาดเจ็บ ได้แก่

2.1 Epidural hematoma Epidural space เป็นช่องว่างที่อยู่ระหว่าง dura และ periosteum ของกะโหลกศีรษะ ซึ่งในภาวะปกติ dura จะเชื่อมติดกับ periosteum ของกระดูกกะโหลกศีรษะ ภาวะepidural hematoma มักจะสัมพันธ์กับการแตกหักของกระดูกกะโหลกศีรษะ (skull fracture) ทำให้เกิดการฉีกขาดของหลอดเลือด middle meningeal artery ซึ่งเป็นหลอดเลือดที่อยู่ในช่องดังกล่าว อาการในระยะแรก เกิดจากการบาดเจ็บของสมองโดยตรง ถ้าสมองไม่ได้รับบาดเจ็บจะไม่มีผลผิดปกติของระบบประสาท และไม่หมดสติเมื่อเวลาผ่านไป จะมีอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง คือ ปวดศีรษะ อาเจียน ความรู้สึกลดลง

ความดันโลหิตสูง ชีพจรช้าลง อาการแสดงซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของ epidural hematoma คือจะหมดสติ ช่วงระยะเวลาหนึ่งหลังบาดเจ็บ ต่อมาจะฟื้นสตินานเป็นชั่วโมงหรือวัน เรียกว่า lucid interval แล้วจึงค่อยๆ ซึมลงจนหมดสติ ชัก ม่านตาข้างเดียวกับที่สมองบาดเจ็บขยายโต และไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง แขนขาข้างตรงข้ามอ่อนแรง อาการจะเกิดขึ้นช้าหรือเร็วขึ้นกับปัจจัย 3 อย่างคือ ตำแหน่งของก้อนเลือด บริเวณที่เกิดการแตกเลือด ถ้าออกจากเส้นเลือดแดงจะแสดงอาการรวดเร็วใน 15 - 30 นาที หากเป็นเส้นเลือดดำจะแสดงอาการช้ากว่า

2.2 Subdural hematoma เป็นภาวะที่มีเลือดออกใน subdural space ซึ่งเป็น potential space เช่นเดียวกัน อยู่ระหว่าง dura mater และ outer arachnoid layer ภาวะนี้เกิดจากการฉีกขาดของ bridging vein โดยเมื่อศีรษะได้รับการกระทบ จะทำให้สมองซึ่งลอยอยู่ใน cerebrospinal fluid เคลื่อนที่ไปมาอยู่ภายในกะโหลก ส่งผลให้ arachnoid ซึ่งอยู่ติดกับสมอง และ dura ซึ่งอยู่ติดกับกะโหลกศีรษะ มีการเลื่อนออกจากกันและทำให้มีการฉีกขาดของ bridging vein ซึ่งอยู่ระหว่าง 2 ชั้นนี้ ในภาวะ acute subdural hematoma ผู้ป่วยมักจะมีอาการภายใน 48 ชั่วโมง เนื่องจากภาวะนี้เป็นเลือดออกจากหลอดเลือดดำ จึงสามารถหยุดเองได้ นอกจากนี้อาจเกิดกระบวนการ organization of hematoma ตามมา คือมีการสร้าง granulation tissue และเนื้อเยื่อเกี่ยวพันขึ้นมาแทนที่ เรียกว่า chronic subdural hematoma ในระยะนี้ผู้ป่วยอาจมีเลือดออกซ้ำซ้อนได้บ่อยจากหลอดเลือดใน granulation tissue อาการขึ้นกับความรุนแรงของการบาดเจ็บ อัตราการขยายตัวและขนาดของก้อนเลือด ส่วนมากผู้ป่วยจะหมดสติตั้งแต่ต้น บางรายอาจฟื้นขึ้นมา แต่เมื่อก้อนเลือดขยายโตขึ้น ความรู้สึกจะเลวลงอีก มีอาการก้านสมองถูกทำลาย และ brain herniation

2.3 Subarachnoid hemorrhage กรณีเลือดออกไม่มากจะมีอาการของความดันในโพรงกะโหลกสูง ช่วงระยะเวลาหนึ่งแล้วจะหายไป

2.4 Intracerebral hematoma อาการขึ้นกับตำแหน่งของเนื้อสมองที่ชอกช้ำ ตำแหน่งของก้อนเลือด และระยะเวลาของการแตกเลือด

อาการและอาการแสดง (นครชัย เพื่อนปฐม, 2562)

อาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ว่ามีเลือดออกภายในกะโหลกศีรษะเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง มีอยู่ร่วมกัน 3 ประการ คือ (นครชัย เพื่อนปฐม, 2562)

1. ระดับความรู้สึกตัวเลวลง การสังเกตอาการผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัวจะเป็นอันดับแรกที่พบว่ามีการเปลี่ยนแปลง

2. เปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ เมื่อความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้นจะพบว่าสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงคือความดันโลหิตสูงขึ้นโดยเฉพาะ systolic pressure ชีพจรช้าลง การหายใจไม่สม่ำเสมอ อาการที่พบ 3 อย่างนี้เรียกว่า คูชชิง รีเฟล็กซ์ (Cushing's reflex)

3. อาการที่เกิดจากการเพิ่มความดันภายในกะโหลกศีรษะที่สำคัญมี 3 อย่างคือ ปวดศีรษะ (Headache) อาเจียน (Vomiting) ตามัว หน้าที่การทำงานของระบบประสาทเสื่อมลง

การวินิจฉัยโรค (ไกรยศ เกียรติสุนทร, 2561)

1. ชักประวัติ ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บมีอาการเป็นอย่างไร รู้ตัวหรือไม่ ก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการเป็นอย่างไร สอบถามให้ชัดเจนว่าผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้รับอันตรายได้อย่างไร เวลาใด สถานที่ใด เกิดจากอุบัติเหตุ หรือมีผู้กระทำ ข้อมูลที่ได้จากผู้ที่ได้รับบาดเจ็บเอง ญาติ หรือผู้ประสพเหตุ ควรทำการซักประวัติอย่างรวดเร็ว และ สอบถามประวัติโรคประจำตัวและการแพ้ยาเพื่อการวางแผนการรักษาอย่างเหมาะสม

2. การตรวจร่างกาย ควรทำการตรวจร่างกายทุกระบบ เหมือนการตรวจร่างกายทั่วไป แต่ทำการประเมิน อย่างรวดเร็ว จากการซักประวัติทำให้ทราบว่าตรวจร่างกายระบบใดอย่างละเอียด ซึ่งจะสัมพันธ์กับอาการ ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ การตรวจลักษณะบาดแผล ขอบแผล ขนาด ความลึก หากมีแผลเลือดออกให้ทำการ ห้ามเลือดด้วย การตรวจร่างกายทั่วไปและการตรวจทางระบบประสาท เช่น การตรวจประสาทสมอง การเคลื่อนไหว ระบบรับรู้ความรู้สึก ประกอบด้วย

2.1 โดยใช้ Glasgow coma scale (GCS) ซึ่งมีคะแนนรวมสูงสุด = 15 คะแนน

การลืมตา (eye opening)

- | | |
|---------------------------|---------|
| - ลืมตาได้เอง | 4 คะแนน |
| - ลืมตาเมื่อเรียก | 3 คะแนน |
| - ลืมตาเมื่อรู้สึกเจ็บปวด | 2 คะแนน |
| - ไม่ลืมตาเลย | 1 คะแนน |

การตอบสนองต่อการเรียกหรือการพูด (verbal)

- | | |
|------------------------|---------|
| - พูดคุยได้ไม่สับสน | 5 คะแนน |
| - พูดคุยได้แต่สับสน | 4 คะแนน |
| - พูดเป็นคำ ๆ | 3 คะแนน |
| - ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด | 2 คะแนน |
| - ไม่ออกเสียงเลย | 1 คะแนน |

การเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด (movement)

- | | |
|-------------------------|---------|
| - ทำตามคำสั่งได้ | 6 คะแนน |
| - ทราบตำแหน่งที่เจ็บ | 5 คะแนน |
| - ชักแขน ขาหนีเมื่อเจ็บ | 4 คะแนน |
| - แขนงอผิดปกติ | 3 คะแนน |
| - แขนเหยียดผิดปกติ | 2 คะแนน |
| - ไม่เคลื่อนไหวเลย | 1 คะแนน |

ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ ตามผลรวมของคะแนนจากการประเมิน Glasgow Coma Score (GCS)

2.2. การเปลี่ยนแปลงของรูม่านตาและปฏิกิริยาต่อแสงในผู้ป่วยทางระบบประสาท

- มีปฏิกิริยาต่อแสงไฟฉาย (บันทึกด้วยย่อ B =brisk หรือ reaction to light บันทึกด้วยย่อ R)
- มีปฏิกิริยาต่อแสงไฟฉายช้า (บันทึกด้วยย่อ S =sluggish หรือ slow reaction to light)

- ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสงไฟฉาย (บันทึกตัวย่อ N =no reaction หรือ Fix บันทึกตัวย่อเป็น)
- ตาปิด (บันทึกตัวย่อ C =close)

กำลังของแขน ขา (motor power)

- เกรด 0 = ไม่มีการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อ หรือ กล้ามเนื้อไม่หดตัว
- เกรด 1 = กล้ามเนื้อมีการหดตัว แต่ไม่มีการเคลื่อนไหว
- เกรด 2 = เคลื่อนไหวได้ในแนวราบ แต่ต้านแรงโน้มถ่วงไม่ได้
- เกรด 3 = สามารถต้านแรงโน้มถ่วงได้ แต่ต้านแรงผู้ตรวจไม่ได้
- เกรด 4 = ยกต้านแรงผู้ตรวจได้พอควร
- เกรด 5 = มีกำลังปกติ สามารถต้านแรงผู้ตรวจได้

2.3 การตรวจทางรังสี

2.3.1 การถ่ายภาพกะโหลกศีรษะ (film skull)

2.3.2 การถ่ายภาพรังสีคอมพิวเตอร์ (Computerized tomography) ส่วนใหญ่จะทำครั้งแรกในห้องฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการบาดเจ็บที่สมองอันเนื่องมาจากการกระทบ กระแทกการถ่ายภาพรังสีคอมพิวเตอร์ (CT) สามารถสร้างภาพกระดูกหักได้อย่างรวดเร็วและเผยให้เห็นหลักฐานของเลือดออกในสมอง ลิ่มเลือด เนื้อสมองฟกช้ำและเนื้อสมองบวม

2.3.3 การตรวจสมองโดยใช้คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (magnetic resonance imaging) การถ่ายภาพด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) ใช้คลื่นวิทยุและแม่เหล็กที่มีกำลังแรงเพื่อสร้างภาพสมองโดยละเอียดส่วนมากใช้หลังจากที่อาการของผู้ป่วยคงที่แล้วหรือหากอาการไม่ดีขึ้นในเวลาไม่นานหลังจากได้รับบาดเจ็บ

การรักษา

แนวทางการรักษาผู้ป่วยแบ่งเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้ (นครชัย เผื่อนปฐม, 2562)

1. ลักษณะของผู้ป่วยที่ไม่ต้องได้รับการผ่าตัด คือมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์มีก้อนเลือดเล็ก ๆ ภายในกะโหลกศีรษะ หรือมีสมองซ้ำเพียงตำแหน่งเดียวหรือมีก้อนเลือด (acute subdural hematoma) บางกว่า 10 มิลลิเมตร ออกที่ซับดูรอลอย่างเฉียบพลัน ก้อนเลือดภายในกะโหลกศีรษะหรือสมองที่บวมช้ำนั้นไม่ได้ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในสมองหรือมีการกดเบียดบริเวณช่องน้ำไขสันหลังที่อยู่แกนสมอง

2. ลักษณะของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดคือมีกะโหลกศีรษะแตกยุบแบบเปิด หรือกะโหลกศีรษะแตกยุบแบบปิดมี การบาดเจ็บที่เนื้อสมองมีก้อนเลือดภายในกะโหลกศีรษะหรือบริเวณที่สมองบวมช้ำมากกว่า 40 มิลลิเมตร หรือ ผู้ป่วยรู้สึกตัวทำตามสั่งได้และหายใจได้เองแต่มีอาการดังนี้ ความรู้สึกตัวเลลง มีอาการทางระบบประสาท มีอาการปวดศีรษะเพิ่มขึ้นอย่างมาก คลื่นไส้หรืออาเจียน ในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ไม่ทำตามสั่ง ใส่ท่อช่วยหายใจที่มีปฏิกิริยาตอบสนองทางระบบประสาทเลลง หรือมีการเคลื่อนไหวแขนขาข้างใดข้างหนึ่งน้อยลง ก้อนเลือดออกที่อีพิดูรอลอย่างเฉียบพลันที่แอ่งสมองด้านหลัง (acute epidural hematoma posterior fossa) มักต้องการการผ่าตัดฉุกเฉินเพื่อเอาก้อนเลือดออกโดยเฉพาะผู้ที่มีอาการปวดศีรษะมาก อาเจียนหรือเดินเซ

การรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในห้องฉุกเฉิน ประกอบด้วย

1. การดูแลระบบทางเดินหายใจ (Airway and respiratory support) ผู้ป่วยที่มี GCS < 8ทุกราย ต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และช่วยหายใจ (intubated and assisted ventilation)

2. การดูแลระบบไหลเวียนโลหิต แก้ไขภาวะความดันโลหิตต่ำ (hypotension-systolic blood pressure < 90 mmHg.) ต้องหลีกเลี่ยงภาวะ Hypoxia และ Hypercarbia และแก้ไขภาวะดังกล่าว ถ้าเกิดขึ้นอย่างทันที

3. ภาวะบาดเจ็บรวมอื่น ๆ ที่อาจมีอันตรายถึงแก่ชีวิต เช่น tension pneumothorax, cardiac tamponade, hypovolemic shock ต้องพยายามวินิจฉัยให้ได้ และให้การรักษาทันท่วงที

4. การตรวจประเมินทางประสาทวิทยา (neurological evaluation) โดยเฉพาะการตรวจว่ามีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ซึ่งต้องรีบหาสาเหตุและแก้ไข

5. ในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวทุกรายต้องทำ neck immobilization ไว้จนกว่าจะตรวจสอบดูแล้วว่าไม่มีภาวะบาดเจ็บต่อกระดูกสันหลังส่วนคอ เพราะอาจเกิดอันตรายถึงแก่อัมพาตหรือเสียชีวิตได้ถ้าไม่ระมัดระวัง

การพยาบาล

1. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา ได้แก่

1.1 บันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที หรือ 30 นาที เมื่ออาการคงที่ บันทึกทุก 1 ชั่วโมง

1.2 สังเกตและบันทึกอาการทางระบบประสาททุกชั่วโมง ถ้าลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน

รายงานแพทย์รับทราบทันที

1.3 ให้ยาตามแผนการรักษาและควบคุมอัตราการไหลของยาให้ตรงตามแผนการรักษา

2. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะเฉียบพลัน

2.1 ประเมินอาการทางระบบประสาทร่วมกับระบบอื่น ๆ ของร่างกาย เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับเปรียบเทียบอาการในระยะถัดไป และสำหรับเป็นแนวทางในการวินิจฉัยโรคของแพทย์

2.2 ดูแลและจัดทางเดินหายใจให้โล่ง ให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ป้องกันการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์

2.3 คงค่าเฉลี่ยความดันเลือดแดงให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือคงที่ เพื่อจะมีเลือดไปเลี้ยงสมองได้อย่างเพียงพอ

2.4 ดูแลสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกายให้อยู่ในระดับขาดน้ำเล็กน้อย

2.5 ดูแลรักษาสมดุลกรดต่างๆของร่างกายให้เป็นปกติ

2.6 ช่วยให้ผู้ป่วยได้ลดความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ได้รับการพักผ่อนและได้ผ่อนคลาย

2.7 ดูแลรักษาสมดุลของภาวะโภชนาการของร่างกาย

2.8 ดูแลการขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะให้เป็นปกติ

2.9 ป้องกันการติดเชื้อของร่างกาย ตลอดจนรักษาอุณหภูมิร่างกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

2.10 ป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระบบต่าง ๆ เนื่องจากขาดความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย ได้แก่ ระบบหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบทางเดินอาหาร ระบบขับถ่ายปัสสาวะ ระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ และระบบต่อมไร้ท่อ

2.11 ประคับประคองจิตใจผู้ป่วย ญาติและบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

3. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระยะพักฟื้น

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระยะพักฟื้นพยาบาลควรมีส่วนช่วยเหลือให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น โดยการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพทันที ภายหลังจากพ้นระยะวิกฤตหรือระยะเฉียบพลัน พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยต้องทราบว่าผู้ป่วยอยู่ในระดับใดของการพักฟื้น เพื่อจะนำข้อมูลเหล่านี้มาวางแผนและจัดกิจกรรมได้ถูกต้องเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย และมีการปรึกษากันระหว่างทีมฟื้นฟูสภาพเป็นระยะ ๆ ถึงปัญหาและความก้าวหน้าของผู้ป่วย การที่จะประเมินว่าผู้ป่วยอยู่ระดับใดของระยะพักฟื้นนั้น สามารถรวบรวมและวิเคราะห์ได้จากการวินิจฉัยโรค ระยะเวลาของการบาดเจ็บชนิดของการผ่าตัด ผลการตรวจทางระบบประสาทและอายุของผู้ป่วย ซึ่งจากประสบการณ์ของแพทย์และพยาบาล จะสามารถคาดเดาหรือพยากรณ์ได้ตั้งแต่ระยะแรกของการบาดเจ็บถึงการรอดชีวิตและระยะเวลาที่ใช้ในการรักษา และวิธีฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 20 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแหลมฉบัง วันที่ 8 เมษายน 2567 โดย EMS ของโรงพยาบาลแหลมฉบัง นำส่งด้วยผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุซ้อนรถจักรยานยนต์ชนกับรถเก๋ง สลบ ณ ที่เกิดเหตุ มีเลือดออกหูขวาและจมูกทั้งสองข้าง มีศีรษะบวมโน มีรอยฟกช้ำที่ศีรษะขนาด 5 x 5 เซนติเมตร มีแผลถลอกที่หน้าแข้งทั้งสองข้าง ขนาด 2x3 เซนติเมตร แกร็บที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน เวลา 18.55 น. แกร็บผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ไม่ทำตามคำสั่ง ไม่ลืมตา Glasgow Coma Score E2V2M4 Pupil 5 mm Fix both eye สัญญาณชีพแกร็บ อุณหภูมิ 37.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 74 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 133/87 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 97 % วัดระดับน้ำตาลที่ปลายนิ้ว (Blood glucose monitoring) 164 mg % ให้ออกซิเจน Mask with bag อัตราการไหล 10 ลิตรต่อนาที แพทย์ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1,000 มิลลิตร 500 มิลลิตร ทันทีภายใน 15 นาทีหลังจากนั้นปรับอัตราการไหลเป็น 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง แพทย์ตรวจ Ultrasound ที่หน้าท้อง ผล FAST (Focused Assessment Sonographic for Trauma) ปกติเวลา 19.05 น. แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal tube) ขนาด 7.5 ลีก 21 เซนติเมตร เวลา 19.22 น. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการแกร็บ Hematology: WBC $30.71 \times 10^3/\mu\text{L}$, Hematocrit 37.0%, Hb 12.1 g/dL, PT 13.3 sec, PTT 34.4 sec, INR 1.19 Biochemistry: BUN 8.8 mg/dL, Cr 0.55 mg/dL, Electrolyte: Sodium 131.3 mmol/L, Potassium 3.23 mmol/L, Chloride 103 mmol/L, Bicarbonate 18.3 mmol/L, แพทย์เปลี่ยนสารน้ำ 0.9% NSS 1,000 มิลลิตร ผสม KCL 40 มิลลิกรัม วิตามินซี 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำอย่างช้า ๆ ผลเอกซเรย์ทรวงอก not seen Fracture, no pneumothorax, Film c-spine AP lateral : not seen Fracture, Film pelvis AP : not seen Fracture แพทย์วินิจฉัย severe traumatic brain injury มีแผนการรักษาส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่าย อธิบายให้ญาติเข้าใจถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค การดำเนินของโรค แนวทางการรักษาพยาบาล ญาติเข้าใจ และยอมรับได้ ให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลดังนี้ 1) เสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เนื่องจากมีเลือดออกในสมอง 2) มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ 3) เสี่ยงต่ออาการทรุดลงขณะส่งต่อ 4) ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

เริ่มทำการส่งต่อผู้ป่วยเวลา 20.15 น. ขณะส่งต่อ สัญญาณชีพ อัตราการเต้นของชีพจรอยู่ในช่วง 70-78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 18-20 ครั้งต่อนาที ตามการตั้งค่าของเครื่องช่วยหายใจ ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 128/92-130/90 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดอยู่ระหว่าง 99-100 % ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาล แม่ข่าย เวลา 20.50 น. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและอาการทรุดลงขณะส่งต่อ รวมระยะเวลาที่รับไว้ดูแลในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย 1 ชั่วโมง 55 นาที และรวมวันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 1 วัน

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.2.1 ศึกษาสถิติและคัดเลือกเรื่องที่น่าสนใจ จากกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่งานการพยาบาล ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลแหลมฉบัง จำนวน 1 ราย โดยเลือกเรื่องเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดรุนแรง

4.2.2 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการแพ้ยาและสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ

4.2.3 ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารทางวิชาการ

4.2.4 ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์

4.2.5 นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

4.2.6 ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน รวมทั้งวางแผนจำหน่าย สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล และให้ข้อมูล เสนอแนะแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย

4.2.7 เรียบเรียงผลงานและเขียนรายงาน จัดทำเป็นเอกสารผลงานทางวิชาการ

4.3 เป้าหมายของงาน

4.3.1 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดรุนแรงในภาวะฉุกเฉิน

4.3.2 เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนทางกาย พร้อมทั้งการช่วยเหลือด้านจิตใจสังคมและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดรุนแรง จำนวน 1 ราย รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 1 ชั่วโมง 55 นาที

เชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุและบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดรุนแรงมีอาการดีขึ้น ปลอดภัยจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง จากที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดรุนแรง ในขณะที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและอาการทรุดลงขณะส่งต่อ ญาติมีความรู้ความเข้าใจ และมีความพึงพอใจในการดูแลรักษาพยาบาล

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

สามารถนำไปเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในหน่วยงาน

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุ ไม่รู้สึกตัว ใส่ท่อช่วยหายใจ บาดเจ็บที่ศีรษะมีเลือดออกในสมอง เสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง อาจก่อให้เกิดความพิการและส่งผลทำให้เสียชีวิตได้ร่วมกับผู้ป่วยมีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drug) พยาบาลต้องเฝ้าระวังอาการและผลข้างเคียงจากยา

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ญาติมีความตื่นตระหนกต่อเหตุการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น การให้ประวัติการเจ็บป่วย คลาดเคลื่อน ไม่ครอบคลุม ทำให้เกิดความล่าช้าในการให้การพยาบาลและผู้ป่วย

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 พยาบาลวิชาชีพต้องมีความรู้ในเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดรุนแรง เช่น พยาธิสภาพของโรค อาการและ อาการแสดง การพยาบาลตลอดจนภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

9.2 พยาบาลวิชาชีพต้องมีความรู้ในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง

10. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

นางสาวนันทรัตน์ สอนศิริ สัดส่วนของผลงาน 100 %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) นันทรัตน์ สอนศิริผู้ขอประเมิน

(นางสาวนันทรัตน์ สอนศิริ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 22 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2568

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

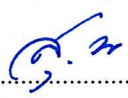
(นางกาญจนา สำเลิศรัมย์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
(วันที่) 24 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2568

(ลงชื่อ).....

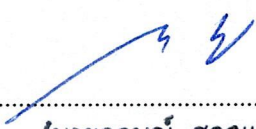
(นางชนบเนตร แสงประสิทธิ์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลแหลมฉบัง
(วันที่) 27 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2568

(ลงชื่อ).....

(นายสุพจน์ พวงลำไย)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแหลมฉบัง
(วันที่) 28 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2568

(ลงชื่อ).....

(นายฤกษ์ สกสพแพทย์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
(วันที่) ๒๕.๑๑.๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๘

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง แนวทางการติดตามอาการผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังจำหน่ายกลับบ้าน ผ่านระบบ Telemedicine

2. หลักการและเหตุผล

การบาดเจ็บที่ศีรษะ (Head injury) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตและพิการของประชากรในวัยผู้ใหญ่กว่า 1.35 ล้านคนต่อปีและมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สำหรับในประเทศไทยพบว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับที่ 5 ของการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (World Health Organization, 2018) การบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย (Mild traumatic brain injury) เป็นการบาดเจ็บที่ไม่รุนแรงและมีปัญหาไม่ซับซ้อนแต่พบมากถึงร้อยละ 90 ของผู้บาดเจ็บสมองทั้งหมด (WHO, 2011) เป็นการบาดเจ็บจากการได้รับการกระทบกระเทือน หรือการเกิดอาการบาดเจ็บที่ศีรษะโดยผู้บาดเจ็บไม่รู้สึกรู้สีกตัวภายหลังการบาดเจ็บน้อยกว่า 20 นาที หรือจำเหตุการณ์ขณะเกิดเหตุไม่ได้ ตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อยปัจจุบันมีการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยและแนวทางการรักษาโดยแบ่งเป็น ผู้ป่วยกลุ่มปัจจัยเสี่ยงสูง (high risk) ให้การรักษาโดยรับไว้รักษา ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยกลุ่มปัจจัยเสี่ยงปานกลาง (moderate risk) ให้การรักษาโดยการสังเกตอาการอย่างน้อย 6 ชั่วโมง หรือทำ CT brain แล้วจำหน่ายกลับบ้านได้ ถ้าไม่พบความผิดปกติและกลุ่มผู้ป่วยปัจจัยเสี่ยงต่ำ (low risk) จะให้การรักษาตามอาการและให้กลับบ้าน พร้อมให้เอกสารคำแนะนำวิธีดูแลและสังเกตอาการที่บ้าน (ราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, 2562) โรงพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤติของชีวิตรวมทั้งติดตาม ส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ป้องกันและแก้ไขภาวะทุพพลภาพที่เกิดจากการเจ็บป่วย ให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตที่บ้านได้อย่างเหมาะสมกับการเจ็บป่วย

จากสถิติข้อมูลของงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแหลมฉบัง ในปี 2566 - 2568 พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะจากการเกิดอุบัติเหตุจราจร จำนวน 2,036 , 2,358 และ 2,410 ราย ตามลำดับ พบว่ามีระดับของความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะอยู่ในระดับเล็กน้อยจำนวน 302, 491 และ 660 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.46, 67.82 และ 66.27 ตามลำดับ และ พบว่ามีระดับของความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะอยู่ในระดับรุนแรงจำนวน 55, 51 และ 59 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.46, 8.82 และ 8.27 ตามลำดับ (สถิติผู้มารับบริการโรงพยาบาลแหลมฉบัง) ซึ่งผู้ป่วยได้รับการรักษาที่หอผู้ป่วยในทุกราย เกิดความแออัดในหอผู้ป่วย จากการทบทวนเวชระเบียนพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่นอนโรงพยาบาลส่วนใหญ่ แพทย์อนุญาตจำหน่ายใน 24 ชั่วโมงหลังนอนพักในโรงพยาบาล และในกลุ่มผู้ป่วยที่จำหน่ายกลับบ้านเกิดการกลับมารักษาซ้ำ เนื่องจากได้รับข้อมูลคำแนะนำการสังเกตอาการก่อนจำหน่ายไม่ครบถ้วน การติดตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยและญาติขาดความมั่นใจในการดูแลตนเองจากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงสนใจจัดทำแนวทางการติดตามอาการผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังจำหน่ายกลับบ้าน ผ่านระบบ Telemedicine เพื่อให้พยาบาลมีแนวทางการติดตาม การให้คำแนะนำในการสังเกตอาการผิดปกติ ของผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะหลังจำหน่ายกลับบ้านเป็นแนวทางเดียวกัน โดยใช้รูปแบบการให้บริการทางการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพิ่มการเข้าถึงและทันเวลาในการให้บริการผู้ป่วยและครอบครัว ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ลดภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำ

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การบาดเจ็บที่ศีรษะ (Head injury) หมายถึง การบาดเจ็บที่เกิดจากแรงที่เข้ามาระทบต่อศีรษะและร่างกายแล้ว ก่อให้เกิดความบาดเจ็บต่อหนังศีรษะ กระโหลกศีรษะ สมอง เส้นประสาท เช่น ทำให้เกิดการฟกช้ำ การบวม เกิดแผลฉีกขาด มีการฉีกขาดของเยื่อหุ้มสมอง มีการบวมของสมอง ผู้ป่วยจำนวนมากที่หลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะและมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ของร่างกาย ทำให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายผิดปกติ ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงหรือความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้น้อยลง จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นให้เข้ามามีบทบาทเป็นผู้ดูแล กรณีที่สามารถดูแลตนเองได้ต้องอาศัยคำแนะนำ การติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่สำคัญและมีบทบาทอย่างมาก ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยให้ถูกต้องเหมาะสม เช่น บทบาทการเป็นผู้สอนทางสุขภาพ ผู้ประเมินภาวะสุขภาพ ผู้ให้การปรึกษาและบทบาทในการสร้างเสริมพลังอำนาจด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้บุคคล ครอบครัวยึดปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยดัดศักยภาพที่มีอยู่ภายในตนเองมาใช้ในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพ ตัดสินใจอย่างเหมาะสมเพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ ตามแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดแบบพลวัต (Dynamic concept) ที่มีการแลกเปลี่ยนและมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย พยาบาลต้องมีความไวต่อการรับรู้ด้านอารมณ์ ความรู้สึก มีความยืดหยุ่น สามารถปรับเปลี่ยนกระบวนการให้สอดคล้องกับสถานการณ์ สามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้ดี

การให้บริการทางการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) คือ การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่ประชาชนผู้ขอรับบริการ โดยบุคลากรทางการแพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพด้วยระบบบริการการแพทย์ทางไกลผ่านทางเทคโนโลยีและการสื่อสารแบบ Video conference เพื่ออำนวยความสะดวกในการเข้าถึงและทันเวลาในการให้บริการแก่ประชาชน เข้าถึงบริการในพื้นที่ที่มีอุปสรรคทางภูมิศาสตร์ เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการปรึกษา ประวัติ ผลการตรวจห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางรังสีวิทยา การวินิจฉัย การรักษา การพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย โดยไม่มีข้อจำกัดเรื่องเวลาและสถานที่ ลดระยะเวลา ลดการเดินทาง รวมถึงลดความเสี่ยงจากการสัมผัส และลดความแออัดในโรงพยาบาล (กรมการแพทย์, 2566) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการการแพทย์ที่มีความสะดวก รวดเร็ว ปลอดภัย และลดความแออัดในโรงพยาบาล และสามารถติดตามอาการผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังจำหน่ายกลับบ้านได้ต่อเนื่อง ผู้ศึกษาจึงสนใจจัดทำแนวทางการติดตามอาการผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังจำหน่ายกลับบ้าน ผ่านระบบ Telemedicine เพื่อติดตามอาการผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย กลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่ำ และปานกลางโดยให้คำแนะนำและติดตามอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด มีการให้คำแนะนำในการสังเกตอาการผิดปกติ เพื่อให้เข้าใจและสามารถนำคำแนะนำไปใช้ในการเฝ้าสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยเฉพาะในช่วงเวลา 24 – 72 ชั่วโมง เพื่อความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนหลังการบาดเจ็บโดยที่ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องเดินทางมาโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อจัดทำแนวทางการติดตามอาการผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังจำหน่ายกลับบ้าน ผ่านระบบ Telemedicine
2. เพื่อให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้รับการวางแผนจำหน่าย และติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง

ระยะเวลาดำเนินการ

ตุลาคม 2668 – มีนาคม 2569

กลุ่มเป้าหมาย

พยาบาลวิชาชีพงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ทบทวนปัญหา และศึกษา กระบวนการ การดูแลรักษา และการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังจำหน่ายกลับบ้านในหน่วยงาน

2. ศึกษาตำรา เอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

3. รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล และประเด็นปัญหาที่พบในการดูแล และการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

4. จัดทำแนวทางการติดตามอาการผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังจำหน่ายกลับบ้าน ผ่านระบบ

Telemedicine

5. นำเสนอแนวทางการติดตามอาการผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังจำหน่ายกลับบ้าน ผ่านระบบ Telemedicine อธิบายถึงรูปแบบและขั้นตอนการใช้แนวทางกับหัวหน้างาน และพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน

6. เสนอแนวทางการติดตามอาการผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังจำหน่ายกลับบ้าน ผ่านระบบ Telemedicine ประสานงานกับบุคลากร และ/หรือทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง

7. เตรียมเอกสาร แนวทางการติดตามอาการผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังจำหน่ายกลับบ้าน ผ่านระบบ Telemedicine

8. จัดทำแบบประเมินแนวทางการติดตามอาการผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังจำหน่ายกลับบ้าน ผ่านระบบ Telemedicine

9. นำแนวทางการติดตามอาการผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังจำหน่ายกลับบ้าน ผ่านระบบ Telemedicine ที่จัดทำขึ้นมาใช้ในการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชและประเมินผล

10. สรุปผลการใช้แนวทางการติดตามอาการผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังจำหน่ายกลับบ้าน ผ่านระบบ Telemedicine นำข้อเสนอแนะและข้อบกพร่องต่าง ๆ ที่พบมาปรับปรุง

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 มีแนวทางการติดตามอาการผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังจำหน่ายกลับบ้าน ผ่านระบบ Telemedicine

4.2 พยาบาลนำแนวทางการติดตามอาการผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังจำหน่ายกลับบ้าน ผ่านระบบ Telemedicine ไปใช้ในการติดตามผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะภายหลังจำหน่ายกลับบ้านเพื่อให้เกิดความปลอดภัยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1 พยาบาลวิชาชีพงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช นำแนวทางทางการติดตามอาการผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังจำหน่ายกลับบ้าน ผ่านระบบ Telemedicine ไปใช้ในการติดตามผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะภายหลังจำหน่ายกลับบ้าน ร้อยละ 100

5.2 อัตราการกลับมารักษาซ้ำใน 48 ชั่วโมง ของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย กลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่ำและปานกลาง เท่ากับ 0

(ลงชื่อ).....นันทรัตน์ สอนศิริ.....ผู้ขอประเมิน
 (นางสาวนันทรัตน์ สอนศิริ)
 (ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
 (วันที่) 22 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2568

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์. (2561). คู่มือแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉินที่เหมาะสมกับระดับศักยภาพสถานพยาบาล.

สืบค้น 6 มิถุนายน 2567. จาก

<http://49.231.15.21/crhfileload/upload/file/TEAF256211050831184236.pdf>

กัญญาณัฐ เกิดขึ้นและคณะ. (2565). บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงตั้งแต่ใน

โรงพยาบาล การดูแลที่บ้าน. สืบค้น 20 มิถุนายน 2567. จาก

<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Jolbcnm/article/view/256878/176052>

ธนพล สุภาพผลและคณะ. (2566). การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดไม่รุนแรงในโรงพยาบาลชุมชน.

สืบค้น 16 มิถุนายน 2567. จาก

<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ppkjournal/article/view/261731/181641>

ตามพงศ์ ชอบอิสระ. (2565). ประเด็นทางจริยธรรมของการแพทย์ทางไกล. สืบค้น 29 มิถุนายน 2567. จาก

<https://so05.tci-thaijo.org/index.php/tulawjournal/article/view/258600/175922>

นครชัย เผื่อนปฐมและธีรเดช ศรีกิจวิไลกุล. (2562). แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ.

สืบค้น 30 มิถุนายน 2567. จาก

<http://www.neurosurgerycmu.com/files/2019/12/GPG-final-2562-compressed.pdf>

พัชรริดา เคนาภูมิ. (2563). การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการผ่าตัด

สมอง. สืบค้น 30 มิถุนายน 2567. จาก

<file:///C:/Users/User/Downloads/9523-Article%20Text-13730-1-10-20201105.pdf>

พลสุข จันทรโคตร.(2556). การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ.

สืบค้น 28 มิถุนายน 2567.จาก

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/16752/15143>

เฟื่องสิริ ต่อดำรงค์. (2560). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ประสบ

อุบัติเหตุจักรยานยนต์. สืบค้น 1 สิงหาคม 2567. จาก

<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/reg45/article/view/120871/92223>

วิภาวันย์ อรรถนพพรชัยและคณะ. (2564). การประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อการพัฒนาคุณภาพการ

ให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินทางไกลในชนบท. สืบค้น 15 มิถุนายน 2567.

จาก <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/WTURJ/article/view/256231/173473>

อโณทัย อินตะกาวิลและสุกัญญา แซ่ม้อย. (2566). ความสามารถในการปฏิบัติการแพทย์ทางไกลและทักษะการ

สื่อสารระหว่างบุคคลของนิสิตคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สืบค้น 26 มิถุนายน 2567.

จาก <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/jsr/article/view/260575/180412>