

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์
ตำแหน่งประเภททั่วไป

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง คู่มือการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุที่บาดเจ็บรุนแรง
(Major trauma)

เสนอโดย

นางจริยา สุขกลิ่น

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 5

(ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 838)

ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 1 วัน (วันที่ 22 สิงหาคม 2552)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

การบาดเจ็บที่สมองเฉียบพลันเป็นภาวะวิกฤตของร่างกาย สมองประกอบด้วยระบบประสาทส่วนกลางที่ควบคุมการทำงานของอวัยวะทุกระบบและอวัยวะบางระบบ ทำหน้าที่ควบคุมเกี่ยวกับการมีชีวิต เช่น การหายใจ การไหลเวียนโลหิต เป็นต้น เมื่อศีรษะได้รับความกระทบกระเทือนอย่างรุนแรงจากอุบัติเหตุ ทำให้เซลล์สมองชอกช้ำและหลอดเลือดแดงภายในกะโหลกศีรษะถูกทำลาย จึงทำให้เกิดปัญหาการสูญเสียหน้าที่ของร่างกายได้

ความหมาย

การบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึง การบาดเจ็บใดๆที่มีต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะและเนื้อเยื่อที่เป็นส่วนประกอบภายในกะโหลกศีรษะ ซึ่งอาจทำให้มีหรือไม่มีเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว

กลไกการเกิดบาดเจ็บที่ศีรษะ แบ่งออกเป็น 2 แบบคือ

1. การบาดเจ็บโดยตรง (direct injury) คือ บาดเจ็บที่เกิดบริเวณศีรษะโดยตรง มี 2 ชนิด คือ
 - 1.1 บาดเจ็บที่เกิดขณะศีรษะอยู่นิ่ง (static head injury) คือ บาดเจ็บที่เกิดแก่ศีรษะขณะอยู่นิ่งหรือเคลื่อนไหวเล็กน้อย เช่น การถูกตี ถูกยิง เป็นต้น
 - 1.2 บาดเจ็บที่เกิดขณะศีรษะเคลื่อนที่ (dynamic head injury) คือ บาดเจ็บที่เกิดแก่ศีรษะขณะที่ศีรษะมีความเร็ว ไปกระทบกับวัตถุที่อยู่นิ่งหรือกำลังเคลื่อนที่ เช่น ขับรถไปชนต้นไม้ เมื่อศีรษะกระทบของแข็ง จะทำให้เกิดบาดเจ็บหรือพยาธิสภาพแก่สมองส่วนนั้น (coup lesion) ซึ่งมักมีการแตกร้าวของกะโหลกศีรษะร่วมด้วย ส่วนสมองด้านตรงข้ามกับบริเวณที่กระทบวัตถุนั้นอาจมีการนิกขาดและมีเลือดออกร่วมด้วย (contrecoup lesion)

2. การบาดเจ็บโดยอ้อม (indirect injury) คือ การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับส่วนอื่นของร่างกายแล้วมีผลสะท้อน ทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะขึ้น เช่น ตกจากที่สูง กระแทกพื้น ทำให้ศีรษะกระแทกลงมาบนส่วนของกระดูกคอ เป็นผลทำให้เกิดอันตรายต่อแกนสมองส่วนเมดัลลาโดยตรง

พยาธิสรีรภาพของการบาดเจ็บที่ศีรษะ

1. บาดเจ็บที่ศีรษะระยะแรก (primary head injury) เป็นการบาดเจ็บที่เกิดทันทีที่มีแรงกระทบต่ออวัยวะชั้นต่างๆ ของศีรษะดังนี้
 - 1.1 หนังศีรษะ (scalp) บาดแผลที่เกิดบริเวณหนังศีรษะ มีลักษณะต่างๆ เช่น บวมช้ำ หรือ โน (contusion) ถลอก (abrasion) นิกขาด (laceration) หรือหนังศีรษะขาดหาย (avulsion)

1.2 กะโหลกศีรษะ (skull)

- กะโหลกแตกร้าวเป็นแนว (linear skull fracture) สาเหตุจากการกระทบอย่างแรงเป็นบริเวณกว้างของกะโหลก (middle fossa) การแตกชนิดนี้ทำให้หลอดเลือดของเยื่อหุ้มสมองและเนื้อสมองส่วนนั้นฉีกขาดเกิด epidural hematoma, acute subdural hematoma และ brain contusion

- กะโหลกแตกร้าวบริเวณฐาน (basilar skull fracture) ชนิดนี้มักเกิดร่วมกับกะโหลกแตกร้าว เป็นแนวตามขวางของกระดูกด้านข้าง หรืออาจแตกเฉพาะบริเวณฐานกะโหลก สามารถวินิจฉัยจากอาการและอาการแสดง เช่น รอยเขียวคล้ำ บริเวณหลังหู (Battle's sign) แก้วหูฉีกขาด เลือดออกหลังแก้วหู มีน้ำหรือเลือดไหลทางจมูก (rhinorrhea) และ/หรือทางรูหู (otorrhea) ผิวหนังบริเวณรอบเบ้าตาเขียวคล้ำ (raccoon's eyes) เป็นต้น

- กะโหลกแตกยุบ (depressed skull fracture) ชนิดนี้เกิดเนื่องจากแรงกระทบบนบริเวณที่แคบกว่าชนิดกะโหลกแตกร้าว แรงกดที่กระทำต่อกะโหลกต้องแรงกว่าหรือเท่ากับ ความหนาของกะโหลกส่วนนั้น

1.3 เนื้อสมองช้ำ (brain contusion) เป็นภาวะที่มีเลือดแทรกอยู่ระหว่างเซลล์สมองใต้เยื่อหุ้มสมอง (subpial space) โดยไม่มีการฉีกขาดของเยื่อหุ้มสมองและเยื่อหุ้มสมองทำให้ผิวของสมองมี ลีคล้ำ sulcus และ gyrus หายไป

1.4 การบาดเจ็บทั่วไปของเนื้อสมองส่วนสีขาว (diffused white matter injury) มักเกิดกับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะอย่างรุนแรง ทำให้หมดสติทันทีที่ได้รับแรงกระทบและมีแขนขาบิดเกร็งทั้งสองข้าง (bilateral decerebration) จนกระทั่งถึงแก่กรรมโดยไม่มีระยะของการรู้สึกตัว (lucid interval)

1.5 เนื้อสมองฉีกขาด (brain laceration) หมายถึงการฉีกขาดของเนื้อสมองร่วมกับการฉีกขาดของเยื่อหุ้มสมองและเยื่อหุ้มสมอง เนื่องจากการแตกของกะโหลกศีรษะเป็นแนวหรือมีการแตกยุบทำอันตรายต่อเนื้อสมอง และเยื่อหุ้มสมองโดยตรง

2. บาดเจ็บที่ศีรษะระยะที่สอง (secondary head injury) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดหลังจากการบาดเจ็บที่ศีรษะระยะแรก โดยใช้ระยะเวลาเป็นนาที ชั่วโมง หรือเป็นวัน ดังนี้

1. เลือดออกในสมอง (intracranial hematoma) แบ่งตามตำแหน่งที่เกิดดังนี้

- epidural hematoma เป็นก้อนเลือดที่รวมตัวจากการมีเลือดออกจากหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ middlemeningeal หลอดเลือดดำ superior sagittal sinus และ diploic

- subdural hematoma เป็นก้อนเลือดที่รวมตัวจากการที่มีเลือดออกจากหลอดเลือดดำ cortical และ bridging ใต้เยื่อหุ้มสมอง แบ่งเป็น 3 ชนิดดังนี้ acute subdural hematoma เป็นการเกิดก้อนเลือดอย่างรวดเร็วและมีขนาดใหญ่ทำให้เกิดอาการภายใน 48 ชั่วโมง subacute subdural hematoma เป็นการเกิดก้อนเลือดใต้เยื่อหุ้มสมองที่ทำให้เกิดอาการภายใน 2 วันถึง 2 สัปดาห์ chronic subdural

hematoma เป็นการที่มีเลือดซึมออกมาได้เยื่อคอร่า เป็นผลให้ผู้ป่วยแสดงอาการมากกว่า 2 สัปดาห์หลังเกิดอุบัติเหตุ

2. **สมองบวม (cerebral edema)** เป็นภาวะที่เนื้อสมองเพิ่มปริมาณเนื่องจากการบวมน้ำ ภายหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

3. **ความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูง (increased intracranial pressure)** หมายถึงภาวะที่มีความดันของสารเหลวในช่องเวเนทริเคิล (ventricular fluid pressure) ประมาณ 15 มิลลิเมตรปรอท หรือ 200 มิลลิเมตรน้ำขึ้นไป

4. **ภาวะสมองเคลื่อน (brain displacement)** เป็นภาวะที่เนื้อสมองเคลื่อนสู่บริเวณอื่นที่ไม่ใช่ตำแหน่งที่ตั้งตามปกติ ภายหลังที่ไม่สามารถปรับสมดุลภายในกะโหลกศีรษะได้ต่อไป เนื่องจากการมีก้อนเลือดหรือสิ่งกีดขวาง (space occupying lesion) สมองบวมและความดันภายในโพรงกะโหลกเพิ่มขึ้น ทำให้เบียดเนื้อสมองจนกระทั่งเคลื่อนสู่ช่องเปิดภายในและภายนอกกะโหลกศีรษะ

อาการและอาการแสดง

อาการของกะโหลกศีรษะแตก (Skull fracture)

1. กะโหลกศีรษะแตกกร้าว (linear fracture skull) จะพบมีการบวมแดง ฟกช้ำ กดเจ็บที่หนังศีรษะและอาจมีแผลฉีกขาด
2. กะโหลกศีรษะแตกยุบ (depress fracture skull) มักมีการฉีกขาดของเยื่อหุ้มสมองคอร่า และสมองซ้ำจากแรงกด
3. ฐานกะโหลกศีรษะแตก (basillar fracture skull) จะมีอาการขอบตาฟกช้ำ มีรอยบวมรอบขอบตา มีความผิดปกติของระบบสมองคู่ต่างๆได้

อาการของการบาดเจ็บต่อสมอง

ความรุนแรงของการบาดเจ็บอาศัยระดับความรู้สึกเป็นหลัก โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม

1. mild head injury ถ้าผู้ป่วยรู้สึกดีและมี Glasgow coma score (GCS) 13-15
2. moderate head injury ผู้ป่วยซึม มี Glasgow coma score (GCS) 9-12
3. severe head injury ถ้าผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรือมี Glasgow coma score (GCS) 3-8

อาการและอาการแสดงขึ้นกับตำแหน่งของพยาธิสภาพในสมอง แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม

1. focal brain injury คือการบาดเจ็บที่ทำให้มีอาการแสดงของระบบประสาทเฉพาะที่ เช่น hemiplegia, aphasia และ ataxia เป็นต้น

2. diffuse brain injury คือการบาดเจ็บที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพกระจายทั่วไปในสมอง แบ่งเป็น mild diffuse, severe diffuse brain injury

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะเฉียบพลัน

จุดมุ่งหมายในการวางแผนการพยาบาลในระยะเฉียบพลันมีดังต่อไปนี้

1. ประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว อาการทางระบบประสาทแรกเริ่มและทุก 4 ชั่วโมงหลังเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทุกครั้ง ตามความเหมาะสม เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับเปรียบเทียบอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย
2. ดูแลและจัดทางเดินหายใจให้โล่ง ให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ป้องกันการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์
3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ตามแผนการรักษา
4. ช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาความเจ็บปวด และได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ
5. ประเมินอาการปกติที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น ผู้ป่วยมีความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง อาเจียนพุ่ง ชักเกร็งกระตุก ลักษณะการหายใจผิดปกติ มีแขนขาอ่อนแรง ปวดศีรษะมาก เป็นต้น
6. ประคับประคองจิตใจผู้ป่วยญาติและบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นปัญหาที่พบบ่อยและมีอัตราการตายสูง ในการบาดเจ็บมักเกิดร่วมกับกะโหลกศีรษะแตกหรือยุบลง ทำให้มีสิ่งกีดขวางเนื้อที่ในกะโหลกศีรษะ จึงทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขอย่างถูกต้อง จะส่งผลต่อผู้ป่วยทำให้สูญเสียชีวิต สูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม ผู้นำเสนอผลงานจึงเลือกศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

กรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทย อายุ 37 ปี HN 42106/44 สถานภาพสมรสคู่ ผู้ป่วยมาตรวจที่ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน วันที่ 22 สิงหาคม 2552 เวลา 20.50 นาฬิกา เนื่องจากอุบัติเหตุที่ศีรษะบริเวณท้ายทอยขวามือ มีอาการปวดศีรษะมากคะแนนความปวดเท่ากับ 8 ร่วมกับมีอาเจียน 4 ครั้ง และจำเหตุการณ์ไม่ได้ 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย (Mild head injury) ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร 72 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที Glasgow coma score (GCS)= 15 ขนาดของรูม่านตา 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้งสองข้าง กำลังกล้ามเนื้อของแขนขาเท่ากันทั้งสองข้างในระดับ 5 ไม่มีปัสสาวะ อุจจาระระาด แพทย์ส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง พบว่าไม่มีกะโหลกศีรษะแตก ไม่มีเลือดออกในสมอง แพทย์ผู้ตรวจจึงได้ปรึกษาแพทย์ระบบประสาทศาสตร์ แพทย์ให้ผู้ป่วยนอนพักที่โรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการทางระบบประสาทที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1,000 มิลลิตร อัตราการไหล 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้ออกซิเจน cannular อัตราการไหล 4 ลิตรต่อนาที งดรับประทานน้ำและอาหารทางปากทุกชนิด จากนั้นประเมินความพร้อมผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้าย ความดันโลหิต 140/70 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 70 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ระดับความรู้สึกตัว Glasgow coma score (GCS)= 15 ขนาดของรูม่านตา 2.5 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้งสองข้าง กำลังกล้ามเนื้อของแขนขาเท่ากันทั้งสองข้างในระดับ

5 มีปวดศีรษะบริเวณบวมโนเล็กน้อยคะแนนความปวดเท่ากับ 3 ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ขณะนอนพักรักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติทางระบบประสาท แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ ในวันที่ 23 สิงหาคม 2552 เวลา 14.00 น. รวมระยะเวลาผู้ป่วยรายนี้ เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล 17 ชั่วโมง 10 นาที

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ผู้ป่วยมาตรวจที่ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน วันที่ 22 สิงหาคม 2552 เวลา 20.50 น. เนื่องจากอุบัติเหตุศีรษะบริเวณท้ายทอยมีบวมโน ปวดศีรษะร่วมกับมีอาเจียนและจำเหตุการณ์ไม่ได้
2. คัดกรองประเมินผู้ป่วยเบื้องต้น สัญญาณชีพแรกเริ่ม ประเมินระดับความรู้สึกตัวและอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท จัดให้ผู้ป่วยรายนี้อยู่ระดับฉุกเฉิน รายงานแพทย์เพื่อตรวจรักษา
3. ใช้แผ่นเจลประคบเย็น (cold pack) เพื่อลดบวมและบรรเทาความเจ็บปวดบริเวณศีรษะเตรียมความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยในการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ประเมินความพร้อมในการเคลื่อนย้ายและขณะเคลื่อนย้าย ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ เปิดโอกาสตอบข้อซักถามที่ผู้ป่วยและญาติต้องการ และให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน
4. การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับคือ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9%NSS 1000 มิลลิลิตร อัตราการไหล 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง งดรับประทานน้ำและอาหารทางปากทุกชนิด เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง จากนั้นปรึกษาแพทย์ระบบประสาทศัลยศาสตร์และรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท
5. แพทย์ระบบประสาทศัลยศาสตร์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ในวันที่ 23 สิงหาคม 2552 เวลา 14.00 น. รวมระยะเวลาผู้ป่วยรายนี้เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล 17 ชั่วโมง 10 นาที

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 37 ปี HN. 42106/44 สถานภาพสมรสคู่ รูปร่างสันทัด ผิวดำ อาชีพรับจ้าง ไม่มีประวัติโรคประจำตัว ไม่มีประวัติแพ้ยาและอาหาร ปฏิเสธการสูบบุหรี่ ดื่มสุราครั้งละแบบ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์เป็นเวลา 10 ปี สิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้าของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร ผู้ป่วยมาตรวจที่ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน วันที่ 22 สิงหาคม 2552 เวลา 20.50 น. ผู้ป่วยนอนอยู่บนรถนอนใช้มือกุมศีรษะบริเวณท้ายทอย เนื่องจากอุบัติเหตุที่ศีรษะบริเวณท้ายทอยบวมโนขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 4 เซนติเมตร มีอาการปวดศีรษะมาก

ร่วมกับมีอาการ 4 ครั้งและจำเหตุการณ์ไม่ได้ 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล คัดกรอง ชักประวัติและตรวจร่างกายผู้ป่วยเบื้องต้น ประวัติได้จากญาติบอกว่าผู้ป่วยนั่งดื่มสุราอยู่กับเพื่อนและเกิดเหตุทะเลาะวิวาท เพื่อนใช้ไม้ตีที่ศีรษะ ไม่มีประวัติหมดสติ หลังจากนั้นประมาณ 30 นาทีมีอาการปวดศีรษะมากร่วมกับอาการ 4 ครั้ง และจำเหตุการณ์ไม่ได้ จึงรีบมาโรงพยาบาล แรกผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง มีอาการปวดศีรษะมากคะแนนความปวดเท่ากับ 8 หายใจมีกลิ่นสุรา แรกรับ ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร 72 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที Glasgow coma score (GCS)=15 ขนาดของรูม่านตา 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้งสองข้าง กำลังกล้ามเนื้อของแขนขาเท่ากันทั้งสองข้างในระดับ 5 ประเมินอาการปวดคอเจ็บบริเวณต้นคอ ผู้ป่วยบอกเจ็บบริเวณต้นคอคอเจ็บเล็กน้อย จึงใส่เฝือกตามคอชนิดแข็ง (Hard Collar) บริเวณคอเพื่อป้องกันการบาดเจ็บของกระดูกสันหลังระดับคอ และให้ผู้ป่วยนอนท่าลำตัวตรง พร้อมทั้งอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความจำเป็นของการใส่เฝือกตามคอชนิดแข็งบริเวณคอ ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและให้ความร่วมมือ ให้ออกซิเจน cannular 4 ลิตรต่อนาทีเพื่อเพิ่มออกซิเจนในร่างกาย ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากมีอาการปวดศีรษะมากคะแนนความปวดเท่ากับ 8 ใช้แผ่นเจลประคบเย็นประคบบริเวณที่บวมโนเพื่อลดบวมและบรรเทาปวด หลังให้การพยาบาลพบว่าผู้ป่วยมีอาการปวดลดลง คะแนนความปวดเท่ากับ 3 จากนั้นรายงานแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินเพื่อตรวจรักษา แพทย์มีคำสั่งการรักษาให้ส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง เอกซเรย์กะโหลกศีรษะและกระดูกสันหลังระดับคอ จึงให้ผู้ป่วยงดรับประทานอาหารและน้ำทุกชนิด เพื่อสังเกตอาการทางระบบประสาทและอาจจำเป็นต้องผ่าตัดฉุกเฉิน พร้อมทั้งโทรศัพท์ติดต่อประสานงานกับแผนกเอกซเรย์เพื่อเตรียมความพร้อมของเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์

ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ และมีอาการคลื่นไส้อาเจียน 4 ครั้ง ดูแลให้ทางเดินหายใจโล่ง โดยจัดท่านอนไม่ให้ศีรษะเอียงไปด้านใดด้านหนึ่ง ปรับระดับหัวเตียงให้ศีรษะผู้ป่วยสูง 15-30 องศา จำกัดกิจกรรมที่มีผลทำให้ความดันในช่องอกเพิ่มขึ้น เช่น การไอ อาเจียน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอและป้องกันการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ ผู้ป่วยรายนี้ไม่มีอาการที่แสดงถึงภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ไม่มีอาเจียนพุ่ง ไม่มีอาการชักเกร็งกระตุก ไม่มีลักษณะการหายใจผิดปกติ ไม่มีมีแขนขาอ่อนแรง ไม่มีปวดศีรษะมาก ความดันโลหิต 140/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของชีพจร 72 ครั้ง ระดับความรู้สึกตัว Glasgow coma score (GCS)=15

ญาติมีความวิตกกังวลสีหน้าแสดงความไม่สบายใจ เนื่องจากเป็นห่วงว่าผู้ป่วยจะมีอาการบาดเจ็บรุนแรงได้รับอันตรายต่อสมอง อธิบายผู้ป่วยและญาติถึงแผนการรักษาของแพทย์ อธิบายเหตุผลของการพยาบาลทุกครั้งให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล เมื่อแผนกเอกซเรย์เตรียมเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองพร้อม จึงส่งผู้ป่วยไปทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง เอกซเรย์กะโหลกศีรษะและกระดูกสันหลังระดับคอ ประเมิน

ความพร้อมก่อนการเคลื่อนย้าย สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 70 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที Glasgow coma score (GCS)=15 ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา ติดตามผู้ป่วยและเตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตให้พร้อมใช้ขณะส่งผู้ป่วยไปเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองเพื่อความปลอดภัยระหว่างการเคลื่อนย้ายระหว่างเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติเกิดขึ้น คือ ระดับความรู้สึกไม่เปลี่ยนแปลง ไม่มีชักเกร็งกระตุก ไม่มีลักษณะการหายใจผิดปกติ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียนหรือปวดศีรษะมาก ใช้เวลาการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง เอกซเรย์กะโหลกศีรษะและกระดูกสันหลังระดับคอนาน 20 นาที ผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองพบว่าไม่มีกะโหลกศีรษะแตก ไม่มีเลือดออกในสมอง ผลการตรวจเอกซเรย์กะโหลกศีรษะและกระดูกสันหลังระดับคอ ไม่มีกะโหลกศีรษะและกระดูกสันหลังระดับคอแตกหรือร้าว แพทย์เวรเวชศาสตร์ฉุกเฉินจึงอนุญาตให้เอาเฟือกคามคอชนิดแข็งออกได้ เมื่อได้ผลการตรวจเอกซเรย์แล้วแพทย์วินิจฉัยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย (mild head injury) แพทย์ผู้ตรวจจึงได้ปรึกษาแพทย์เวรเฉพาะทางด้านระบบประสาทศัลยศาสตร์

แพทย์ระบบประสาทศัลยศาสตร์ซักประวัติตรวจร่างกาย วินิจฉัยว่าบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย และรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการทางระบบประสาท ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร อัตราการไหล 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ Complete blood count(CBC), Prothrombin time(PT), Partial thromboplastin time(PTT), Blood Urea Nitrogen(BUN), Creatinine(Cr), Fasting blood sugar(FBS), Electrolyte ตามแผนการรักษาของแพทย์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ฮีโมโกลบิน 15 กรัมต่อเดซิลิตร (ค่าปกติ 14-18 กรัมต่อเดซิลิตร) ฮีมาโตคริต 44.6 เปอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ 42-52 เปอร์เซ็นต์) จำนวนเม็ดเลือดขาวทั้งหมด 6,500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (ค่าปกติ 5,000-10,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร) จำนวนเกร็ดเลือด 282,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (ค่าปกติ 150,000-350,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร) PT 11.5 วินาที (ค่าควบคุม 12วินาที) PTT 31.6 วินาที(ค่าควบคุม 35.7วินาที) international normalized ratio (INR) 0.88 BUN 14 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร(ค่าปกติ 8-20 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) Cr 1.2 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร(ค่าปกติ 0.8-2 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) FBS 102มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร(ค่าปกติ 70-120มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) sodium 137 มิลลิโมลต่อเดซิลิตร(ค่าปกติ 136-145มิลลิโมลต่อเดซิลิตร) potassium 4.5 มิลลิโมลต่อเดซิลิตร(ค่าปกติ 3.5-5.1มิลลิโมลต่อเดซิลิตร) chloride 107 มิลลิโมลต่อเดซิลิตร(ค่าปกติ 100-110 มิลลิโมลต่อเดซิลิตร) carbon dioxide 27 มิลลิโมลต่อเดซิลิตร (ค่าปกติ 22-32 มิลลิโมลต่อเดซิลิตร) ให้ออกซิเจน cannular อัตราการไหล 4 ลิตรต่อนาที ให้งดรับประทานน้ำและอาหารทางปากทุกชนิดตามแผนการรักษา

ผู้ป่วยและญาติมีสิทธิหน้าวิตถกกังวลเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลและขาดความรู้เกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยและแนวทางการรักษาและขอกลับไม่ยอมนอนโรงพยาบาล จัดเวลาให้ผู้ป่วยและญาติได้พบกับแพทย์ผู้ทำการรักษาเพื่อพูดคุยถึงแนวทางการรักษา และความสำคัญของการนอนพักรักษา

ในโรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการทางระบบประสาทให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ เปิดโอกาสตอบข้อซักถามที่ผู้ป่วยและญาติต้องการ เมื่อได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมกขึ้น ส่วนเรื่องคำรักษาพยาบาลได้ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยมีหลักฐานครบถ้วนและได้ใช้สิทธิของการใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากนั้นผู้ป่วย และญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น ประเมินความพร้อมผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้าย ความดันโลหิต 140/70 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 70 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที Glasgow coma score (GCS)= 15 ขนาดของรูม่านตา 2.5 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้งสองข้าง กำลังกล้ามเนื้อของแขนขาเท่ากันทั้งสองข้างในระดับ 5 มีปวดศีรษะบริเวณขมับเล็กน้อยคะแนนความปวดเท่ากับ 3 ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ติดต่อประสานงานกับหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทเพื่อส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลให้แก่พยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท เพื่อสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้

จากการเยี่ยมผู้ป่วยรายนี้ วันที่ 23 สิงหาคม 2552 ผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียง รู้สึกตัวดี ศีรษะบริเวณท้ายทอยขมับเล็กน้อย ไม่มีอาการผิดปกติทางระบบประสาท ไม่มีปวดศีรษะ ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 74 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ระดับความรู้สึกตัว Glasgow coma score (GCS)= 15 แพทย์ระบบประสาทศัลยศาสตร์ตรวจเยี่ยมอาการจึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ และไม่นัดตรวจซ้ำ เมื่อแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน อธิบายเพิ่มเติมให้ผู้ป่วยรับทราบตามแผนการรักษาของแพทย์ติดต่อกันอย่างต่อเนื่อง และแนะนำการกลับมาพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น ผู้ป่วยมีความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงไป มีอาเจียนพุ่ง ชัก เกร็ง กระตุก ลักษณะ การหายใจผิดปกติ มีแขนขาอ่อนแรง ปวดศีรษะมาก เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถประเมินอาการผิดปกติเบื้องต้นและสามารถนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาได้อย่างทันที่ และนัดมาพบแพทย์นัดวันวันที่ 25 สิงหาคม 2552 เพื่อตรวจบันทึกบาดแผล เพื่อออกใบชันสูตรบาดแผลให้กับเจ้าพนักงานเมื่อมีการร้องขอ รวมระยะเวลาผู้ป่วยรายนี้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 17 ชั่วโมง 10 นาที และจากการติดตามเวชระเบียนผู้ป่วยรายนี้ไม่ได้กลับมาตรวจซ้ำอีก

7. ผลสำเร็จของงาน

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 37 ปี มาตรวจที่ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน วันที่ 22 สิงหาคม 2552 เวลา 20.50 นาฬิกา เนื่องจากถูกตีบริเวณศีรษะบริเวณท้ายทอยมีขมับโนขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 4 เซนติเมตร มีอาการปวดศีรษะมากคะแนนความปวดเท่ากับ 8 ร่วมกับมีอาเจียน 4 ครั้ง 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล แรกเริ่มผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พุดคุยรู้เรื่อง บริเวณท้ายทอยมีขมับโนขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 4 เซนติเมตร มีอาการปวดศีรษะมากคะแนนความปวดเท่ากับ 8 หายใจมีกลิ่นสุรา ไม่มีปีศาจวะ อุจจาระราด ญาติมีความวิตกกังวล สีหน้าแสดงความไม่สบายใจ เนื่องจากเป็นห่วงว่าผู้ป่วยจะมี

อาการบาดเจ็บรุนแรงได้รับอันตรายต่อสมอง แกร็บ ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร 72 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที Glasgow coma score (GCS)=15 ขนาดของรูม่านตา 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้งสองข้าง กำลังกล้ามเนื้อของแขนขาเท่ากันทั้งสองข้างในระดับ 5 ไม่มีปัสสาวะอุจจาระรด ให้ผู้ป่วยนอนบนรถนอน ใช้แผ่นเจลประคบเย็นประคบบริเวณที่บวมโนเพื่อลดบวมและบรรเทาปวด จากนั้นรายงานแพทย์เพื่อตรวจรักษา แพทย์ส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง อธิบายผู้ป่วยและญาติถึงแผนการรักษาของแพทย์ให้ผู้ป่วยครั้งประทานน้ำและอาหารทางปากทุกชนิด เพื่อสังเกตอาการทางระบบประสาท และอาจต้องผ่าตัดกรณีฉุกเฉิน ติดตามผู้ป่วยและเตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตให้พร้อมใช้ขณะส่งผู้ป่วยไปเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองเพื่อความปลอดภัยในระหว่างการเคลื่อนย้าย ผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองพบว่าไม่มีกะโหลกศีรษะแตก ไม่มีเลือดออกในสมอง แพทย์ผู้ตรวจจึงได้ปรึกษาแพทย์เฉพาะทางด้านระบบประสาทศัลยศาสตร์ แพทย์เวรทางด้านระบบประสาทให้ผู้ป่วยนอนพักที่โรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการทางระบบประสาท ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9%NSS 1,000 มิลลิลิตร อัตราการไหล 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้ออกซิเจน cannular อัตราการไหล 4 ลิตรต่อนาที ให้ครั้งประทานน้ำและอาหารทางปากทุกชนิดตามแผนการรักษา จากนั้นประเมินความพร้อมผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้าย สัญญาณชีพความดันโลหิต 140/70 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 70 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที GCS =15 ขนาดของรูม่านตา 2.5 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้งสองข้าง กำลังกล้ามเนื้อของแขนขาเท่ากันทั้งสองข้างในระดับ 5 มีปวดศีรษะบริเวณบวมโนเล็กน้อยคะแนนความปวดเท่ากับ 3 ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน และติดต่อประสานงานกับ หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทเพื่อส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้ ขณะนอนพักรักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติทางระบบประสาท แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมระยะเวลาผู้ป่วยรายนี้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 17 ชั่วโมง 10 นาที

8. การนำไปใช้ประโยชน์

เพื่อพัฒนาตนเองในการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บศีรษะ

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ


ผู้ป่วยรายนี้เป็นหัวหน้าครอบครัว ต้องทำงานทุกวันถึงจะมีรายได้มาจุนเจือครอบครัว หากวันไหนไม่ได้ทำงานก็จะไม่มีรายได้ จึงมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล ไม่อยากนอน

โรงพยาบาล การช่วยเหลือผู้ป่วยรายนี้ให้พ้นภาวะวิกฤต ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตได้ตามปกติ จะช่วยเหลือผู้ป่วยรายนี้ได้ และผู้ป่วยรายนี้มีประวัติดื่มสุราร่วมด้วย อาจเป็นประเด็นที่ทำให้เกิดความผิดพลาดในการประเมินอาการทางระบบประสาทได้

10. ข้อเสนอแนะ

การประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีประวัติดื่มสุราร่วมด้วย ต้องใช้ความระมัดระวังในการประเมิน การประเมินอาจจะต้องทำบ่อยครั้งมากขึ้น และในการประเมินไม่คิดว่าผู้ป่วยมีอาการเมาสุราเพียงอย่างเดียว เพราะผู้ป่วยไม่สามารถบอกอาการที่ผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเองได้หรือบอกได้ไม่ชัดเจน อาจเป็นประเด็นที่ทำให้เกิดความผิดพลาดในการดูแลรักษาพยาบาลได้

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

(ลงชื่อ)..... 

(นางจริยา สุขกลิ่น)

ผู้ขอรับการประเมิน

(วันที่).....4...../.....ศ.ค...../.....2554.....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

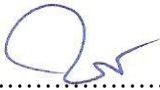
(นางสุวลีย์ แก้วนิล)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพ 8 วช. (ด้านการพยาบาลทั่วไป)

รักษาการในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

(วันที่) 4...../.....ศ.ค...../.....2554.....

(ลงชื่อ) 

(นายแพทย์ชัยวัน เจริญโชคทวี)

(ตำแหน่ง) คณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

(วันที่) 4...../.....ศ.ค...../.....2554.....

หมายเหตุ ผู้บังคับบัญชาที่ควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของผู้ขอรับการประเมินโดยตรง ไปประชุมวิชาการระหว่างวันที่ 3 – 5 สิงหาคม 2554 ณ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา และไปประชุมวิชาการระหว่างวันที่ 8 – 10 สิงหาคม 2554 ณ จังหวัดอุบลราชธานี

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางจรรยา สุขกลิ่น

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)
(ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 838) สังกัดฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

เรื่อง คู่มือการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุที่บาดเจ็บรุนแรง (Major trauma)

หลักการและเหตุผล

ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่บาดเจ็บรุนแรง (Major trauma) การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมีความสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยเหลือผู้ป่วย ควบคู่ไปกับการบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อข้อมูลในการดูแลได้อย่างครบถ้วน ที่ผ่านมาการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงที่นำมาใช้บริการที่ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉินตามแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงเดิมที่มีอยู่ การเขียนบันทึกมีความหลากหลาย แตกต่างกันไป ความรู้ความเข้าใจของผู้บันทึก บางครั้งการบันทึกไม่ครบ มีการประเมินสถานะผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสม ขาดการสรุปข้อมูลเพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง บางครั้งก็พบว่าบุคลากรไม่มีเวลาในการบันทึกเนื่องจากความรีบเร่งในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ แม้ว่าจะมีแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุแล้วก็ตาม ด้วยเหตุนี้จึงทำให้เกิดแนวคิดในการจัดทำคู่มือการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลผู้บาดเจ็บรุนแรง (Major trauma) ขึ้น เพื่อให้การปฏิบัติเป็นไปในทางเดียวกัน ให้สะดวกและง่ายต่อการปฏิบัติงานของบุคลากร

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. เพื่อจัดทำคู่มือการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุที่บาดเจ็บรุนแรง (Major trauma)
2. พยาบาลตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน มีความเข้าใจแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุที่บาดเจ็บรุนแรง และสามารถบันทึกได้อย่างถูกต้อง

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

การจัดทำคู่มือการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุที่บาดเจ็บรุนแรง (Major trauma) ได้แนวคิดจากทฤษฎีความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน โดยทฤษฎีนี้กล่าวว่า ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่เกิดจากทัศนคติหรือแรงกระตุ้นที่ทำให้เกิดความพึง

พอใจและเต็มใจที่จะปฏิบัติงานให้สำเร็จ โดยงานที่กระทำหรือปฏิบัตินั้นก่อให้เกิดผลตอบแทนต่อตนเองและองค์กร และสามารถปรับปรุงให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน เป็นการสนับสนุน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จากประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงาน

กระบวนการขั้นตอนการปฏิบัติ

1. ศึกษาความรู้ทางวิชาการเรื่องการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุที่บาดเจ็บรุนแรง (Major trauma) จากตำรา เอกสาร วารสาร
2. นำเนื้อหามาเรียบเรียงเป็นคู่มือ เนื้อหาประกอบด้วย คำจำกัดความ การเขียนบันทึกผู้ป่วยอุบัติเหตุที่บาดเจ็บรุนแรง ตามหัวข้อของแบบบันทึกทางการแพทย์ ประกอบด้วย Primary survey, Secondary survey, Evaluation, สรุปผลการรักษา
3. นำคู่มือไปปรึกษาผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ
4. นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอของผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์
5. เสนอผู้บังคับบัญชาในหน่วยงานเพื่อขออนุญาตนำคู่มือการใช้แบบบันทึกมาใช้ในหน่วยงาน
6. ให้ความรู้แก่บุคลากรพยาบาลในการใช้คู่มือการแบบบันทึกทางการแพทย์บาดเจ็บรุนแรงให้มีความสมบูรณ์ครบถ้วนและนำไปใช้ในการปฏิบัติจริง
7. ติดตามและประเมินผลการใช้คู่มือแบบบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่บาดเจ็บรุนแรง
8. หากมีข้อบกพร่องปรับปรุงคู่มือให้มีคุณภาพและนำมาใช้ในหน่วยงาน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. มีคู่มือการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่บาดเจ็บรุนแรงใช้ในศึกษาศาสตร์ฉุกเฉิน
2. ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่บาดเจ็บรุนแรงที่เข้ารับการรักษาที่ศึกษาศาสตร์ฉุกเฉิน ได้รับการบันทึกทางการแพทย์ ข้อมูลที่ครบถ้วน และสามารถนำข้อมูล ส่งต่อให้หน่วยงานอื่นเพื่อการดูแลต่อเนื่องและมีคุณภาพ

ตัวชี้วัดความสำเร็จ


อัตราความสมบูรณ์ครบถ้วนของการบันทึกแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุที่
บาดเจ็บรุนแรง เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 80


(ลงชื่อ)..... *อริยา สุขกลิ่น*

(นางจริยา สุขกลิ่น)

ผู้ขอรับการประเมิน

(วันที่).....4...../.....ศ.ค...../...2554.....

 BANGKOK METROPOLITAN ADMINISTRATION MEDICAL COLLEGE AND VAJIRA HOSPITAL		Name _____	วันที่ _____
		HN _____	Nursing note for Trauma patient
Primary survey /	Assessment Criteria	Nursing intervention	
<input type="checkbox"/> ineffective airway clearance / risk for <input type="checkbox"/> ineffective breathing / risk for (Airway & Breathing)	<input type="checkbox"/> inability to talk <input type="checkbox"/> abnormal respiratory sound <input type="checkbox"/> secretion / blood <input type="checkbox"/> stridor <input type="checkbox"/> hoarseness <input type="checkbox"/> snoring <input type="checkbox"/> abnormal respiratory pattern <input type="checkbox"/> apnea <input type="checkbox"/> bradypnea.....bpm <input type="checkbox"/> tachypnea.....bpm <input type="checkbox"/> dyspnea <input type="checkbox"/> paradoxical chest movement <input type="checkbox"/> sucking chest wound <input type="checkbox"/> hypoxemia : SpO ₂(<95%) <input type="checkbox"/> ตรวจวัด / บันทึกชีพจรผิดปกติกับ	<input type="checkbox"/> clear airway/ remove F/B/ suction <input type="checkbox"/> insert oropharyngeal airway No..... <input type="checkbox"/> immobilize c-spine in a neutral position <input type="checkbox"/> administer 100% oxygen with <input type="checkbox"/> mask with bag 12-15 LPM <input type="checkbox"/> assist to intubate ET-Tube No.....mark..... <input type="checkbox"/> assist to perform cricothyroidotomy No..... <input type="checkbox"/> assist to perform tracheostomy No..... <input type="checkbox"/> assist to chest injuries interventions <input type="checkbox"/> needle thoracostomy <input type="checkbox"/> three side dressing <input type="checkbox"/> ICD Lt No.....Rt No..... <input type="checkbox"/> coordinate and assist to proceed CXR (P) <input type="checkbox"/> other	
<input type="checkbox"/> altered tissue perfusion / risk for (Circulation)	<input type="checkbox"/> abnormal cardiac rhythm <input type="checkbox"/> asytole / PEA <input type="checkbox"/> tachyrrhythm..... bpm <input type="checkbox"/> irregular <input type="checkbox"/> bradyrrhythm bpm <input type="checkbox"/> irregular <input type="checkbox"/> hypotension.....mmHg <input type="checkbox"/> poor CNS perfusion : confused, , restless, impaired conscious <input type="checkbox"/> poor skin perfusion <input type="checkbox"/> Skin: pale, sweating, cool <input type="checkbox"/> capillary refill > 2 sec <input type="checkbox"/> active bleeding at..... <input type="checkbox"/> deformity at..... <input type="checkbox"/> major burn	<input type="checkbox"/> administer 100% oxygen with <input type="checkbox"/> mask with bag <input type="checkbox"/> oxygen cannula <input type="checkbox"/> assist to CPR <input type="checkbox"/> close chest compression <input type="checkbox"/> thoracotomy and open chest compression <input type="checkbox"/> medications..... <input type="checkbox"/> defibrillation / cardioversion..... <input type="checkbox"/> direct pressure / immobilization / wrap pelvis <input type="checkbox"/> administer warmed fluid therapy <input type="checkbox"/> peripheral : catheters No..... <input type="checkbox"/> central line : catheters No..... <input type="checkbox"/> cutdown : catheters No..... <input type="checkbox"/> intraosseous <input type="checkbox"/> blood examinations and type&cross match <input type="checkbox"/> administer blood transfusion <input type="checkbox"/> perform / assist to diagnostic adjunctions <input type="checkbox"/> ECG monitor <input type="checkbox"/> NG-tube <input type="checkbox"/> orogastric-tube <input type="checkbox"/> foley's catheter <input type="checkbox"/> FAST <input type="checkbox"/> DPL <input type="checkbox"/> assist for pericardiocentesis <input type="checkbox"/> coordinate and assist to proceed pelvis (P) <input type="checkbox"/> other	
<input type="checkbox"/> impaired conscious state <input type="checkbox"/> sudden loss of motor & sensory function / risk for <input type="checkbox"/> pain (Disability)	<input type="checkbox"/> assess GCS &pupil size/reaction E.....V.....M.....Rt.....mm Lt.....mm <input type="checkbox"/> RTL <input type="checkbox"/> sluggish <input type="checkbox"/> fix <input type="checkbox"/> weakness at..... <input type="checkbox"/> numbness at..... <input type="checkbox"/> assess pain sites & scale.....	<input type="checkbox"/> immobilize all spine (GCS ≤ 13 / weakness / high risk due to mechanism of injury) <input type="checkbox"/> coordinate and assist to proceed c-spine (P) <input type="checkbox"/> coordinate to proceed CT brain (GCS ≤ 13) <input type="checkbox"/> pain management	
<input type="checkbox"/> impaired skin integument <input type="checkbox"/> hypothermia (Exposure)	<input type="checkbox"/> assess wound..... <input type="checkbox"/> body temperature °C	<input type="checkbox"/> completely undressed & keep warm <input type="checkbox"/> log roll <input type="checkbox"/> wound care <input type="checkbox"/> suture <input type="checkbox"/> dressing <input type="checkbox"/> irrigation.....ml (area) at.....	

 BANGKOK METROPOLITAN ADMINISTRATION MEDICAL COLLEGE AND VAJIRA HOSPITAL				Name นาม HN.....			
Secondary survey (head to toe)				Nursing note			
Part I physical examination				Problem list			
<input type="checkbox"/> complete <input type="checkbox"/> partial <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> neurological (head injury) <input type="checkbox"/> severe..... <input type="checkbox"/> moderate..... <input type="checkbox"/> mild.....			
Part II results of adjuncts (lab test CT..... x-rays..... specifics test.....) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> head / maxillofacial / neck injury (HEENT) <input type="checkbox"/> fracture..... <input type="checkbox"/> internal organ..... <input type="checkbox"/> wound..... <input type="checkbox"/> chest injury <input type="checkbox"/> fracture..... <input type="checkbox"/> internal organ..... <input type="checkbox"/> wound..... <input type="checkbox"/> abdomen <input type="checkbox"/> internal organ..... <input type="checkbox"/> wound..... <input type="checkbox"/> pelvis / perineum / rectum / vagina <input type="checkbox"/> fracture..... <input type="checkbox"/> internal organ..... <input type="checkbox"/> wound..... <input type="checkbox"/> spine (cervical, thoracic, lumbar, sacrum, coccyx) <input type="checkbox"/> fracture..... <input type="checkbox"/> dislocate..... <input type="checkbox"/> others..... <input type="checkbox"/> extremities <input type="checkbox"/> fracture..... <input type="checkbox"/> dislocate..... <input type="checkbox"/> others..... <input type="checkbox"/> internal organ..... <input type="checkbox"/> wound.....			
(internal organ ; includes vacular & nerve)							
Drug • tetanus immunization <input type="checkbox"/> tetanus <input type="checkbox"/> tetagram • antibiotic (drug, dose, time)..... <input type="checkbox"/> others.....							
T (°C)	P (/min)	R (/min)	BP (/min Hg)	SpO ₂	Time	medication	signs & symptoms
Evaluation							
Total IV fluid ml <input type="checkbox"/> crystalloid (NSS, RLS, Acetar ml) <input type="checkbox"/> colloid ml <input type="checkbox"/> others ml							
Total blood replacement ml <input type="checkbox"/> PRC.....U Type <input type="checkbox"/> O universal <input type="checkbox"/> type specifics <input type="checkbox"/> cross match <input type="checkbox"/> FFP.....U No..... <input type="checkbox"/> others.....U No.....							
เลือดที่ส่ง blood bank <input type="checkbox"/> PRC.....U <input type="checkbox"/> FFP.....U <input type="checkbox"/> others.....U							
Tubes & lines Intercostal chest drain : Lt ICD : <input type="checkbox"/> on <input type="checkbox"/> เต็ม ml Rt ICD : <input type="checkbox"/> on <input type="checkbox"/> เต็ม ml Pericardiocentesis : ml DPL/FAST : <input type="checkbox"/> positive..... <input type="checkbox"/> negative..... NG/orogastric tube : content.....							
BP..... mmHg P...../mins R...../mins SpO ₂% E.....V.....M..... Rt.....mm Lt.....mm pupil <input type="checkbox"/> RTI. <input type="checkbox"/> fix <input type="checkbox"/> sluggish ผู้ประเมิน.....							