

## ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. **ชื่อผลงาน** การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะ
2. **ระยะเวลาที่ดำเนินการ** 2 วัน (ตั้งแต่วันที่ 15 ตุลาคม ถึงวันที่ 17 ตุลาคม 2550)
3. **ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ**

การบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึง การที่ศีรษะได้รับการกระทบกระเทือนจากแรงกระแทกหรือแรงเหวี่ยงจากวัตถุ หรือจากการที่ศีรษะไปกระทบกับวัตถุในขณะที่มีอุบัติเหตุ ก่อให้เกิดการทำลายหรือเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพของสมอง กะโหลกศีรษะหรือผิวหนังบริเวณศีรษะ เกิดการบวมช้ำ ฝีกดขาด หรือแตกผิดปกติ มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกจากการทำลายของเนื้อเยื่อสมอง หรือเยื่อหุ้มสมอง และเส้นเลือดสมอง กลไกการเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ เมื่อศีรษะได้รับบาดเจ็บจะมีการทำลายของหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ และสมอง อาจเป็นการบาดเจ็บที่มีบาดแผลหรือไม่มีบาดแผลก็ได้

**พยาธิสรีรภาพการบาดเจ็บที่ศีรษะ** แบ่งตามลักษณะทางกายวิภาคของการเกิดการบาดเจ็บ ได้ดังนี้

1. การเกิดบาดเจ็บต่อหนังศีรษะ
2. กะโหลกศีรษะแตก
3. บาดเจ็บภายในกะโหลก ได้แก่ เนื้อสมอง ประสาทสมอง ตกเลือดในช่องเยื่อหุ้มสมอง และเนื้อสมอง

การเกิดบาดเจ็บต่อหนังศีรษะ (scalp injury)

1. หนังศีรษะชอกช้ำหรือหัวโน (scalp contusion) คือ การชอกช้ำที่หนังศีรษะชั้นนอก อาจเกิดจากแรงกระแทกโดยตรงจากวัตถุไม่มีคม

2. เลือดคั่งใต้ผิวหนัง (subgaleal hematoma) เกิดจากวัตถุไม่มีคมกระแทกบนศีรษะเฉียง ๆ หนึ่งศีรษะเคลื่อนที่บนกะโหลก และทำให้ emissary vein ฝีกขาด เลือดที่ขังอยู่ในชั้น loose areolar tissue อาจไหลเวียนขึ้นโดยผิวหนังไม่มีการบาดเจ็บเลยก็ได้ ปกติจะถูกดูดซึมหายได้ภายใน 2-3 สัปดาห์

3. บาดแผลของหนังศีรษะ (scalp laceration) หากเกิดจากวัตถุมีคมขอบจะเรียบ ถ้าเกิดจากวัตถุไม่มีคมขอบจะชอกช้ำและไม่เรียบ บางครั้งหนังศีรษะจะขาดหายไป หรือตายจากการขาดเลือด เนื่องจากหนังศีรษะมีเลือดหล่อเลี้ยงมาก ผู้ป่วยอาจเสียเลือดมากจนช็อกได้

กะโหลกศีรษะแตก (skull fracture)

1. กะโหลกศีรษะแตกเป็นเส้นยาว (linear skull fracture)

2. กะโหลกศีรษะแตกเป็นแฉกหรือยุบลง (comminutes or depress skull fracture) อาจทำให้เกิดการฉีกขาดของชั้นดิวรา เกิดการติดเชื้อได้ง่าย และอาจทำให้เกิดแผลเป็นบริเวณเนื้อสมอง ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดการชักได้

3. กะโหลกศีรษะบริเวณฐานแตก (basilar skull fracture) เกิดที่ฐานของกะโหลกศีรษะ (base of skull) และขยายเข้าไปใน anterior middle และ posterior fossa ได้ อาจมีการฉีกขาดของชั้นคูรา ทำให้น้ำหล่อสมองไหลออกมาทางหู จมูก หรือไหลลงคอ

บาดเจ็บภายในกะโหลก (brain injury) แบ่งเป็น 3 ชนิด ตามผลจากการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นต่อสมองคือ

บาดเจ็บแบบปฐมภูมิ (primary brain injury) หมายถึง พยาธิสภาพที่พบได้ทันทีหลังการบาดเจ็บ ซึ่งเป็นผลโดยตรงจากการถูกแรงกระแทกมากระทำต่อศีรษะ การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นได้แก่

1. สมองกระทบกระเทือนชั่วคราว (cerebral concussion) เป็นการสูญเสียหน้าที่ของสมองชั่วคราว ส่วนใหญ่จะหายไปเองภายใน 48 ชั่วโมง ผู้ป่วยอาจมีอาการหมดสตินานไม่เกิน 10 นาที แล้วไม่มีอาการผิดปกติอีกเลย เพียงแต่จำเหตุการณ์เวลาที่ได้รับการบาดเจ็บไม่ได้เท่านั้น

2. สมองชอกช้ำ (cerebral contusion) เป็นลักษณะของสมองที่ได้รับความชอกช้ำ อาจมีเลือดออกเป็นจุด ๆ ที่บริเวณเนื้อสมองถูกกระทบ หรือบริเวณที่เนื้อสมองไปชนกับส่วนขรุขระใต้กะโหลกศีรษะ ส่วนที่บาดเจ็บมักเป็นเนื้อสมองส่วนหน้า หรือขมับ ผู้ป่วยจะหมดสติทันทีที่เกิดเหตุ และอาจหมดสตินานเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน

3. การฉีกขาดของเนื้อสมอง (cerebral laceration) อาจเกิดจากกะโหลกศีรษะแตกยุบลงไปกดหรือถูกอาวุธยิง แทะผ่านกะโหลกศีรษะเข้าไป ทำให้เกิดการฉีกขาดของหลอดเลือดและประสาทสมองร่วมด้วย

บาดเจ็บแบบทุติยภูมิ (secondary brain injury) เกิดตามหลังภาวะปฐมภูมิ ทำให้มีเลือดคั่งภายในกะโหลกศีรษะเหนือชั้นคูรา ใต้ชั้นคูรา โดยมีอาการเฉียบพลัน กึ่งเฉียบพลัน และเรื้อรัง มีการขาดเลือดในสมอง หรือมีภาวะสมองบวม

บาดเจ็บแบบตติยภูมิ เกิดขึ้นเมื่อบาดเจ็บแบบทุติยภูมิไม่ได้รับการแก้ไขทันที่ที่เกิดการบาดเจ็บ หรืออันตรายขั้นตติยภูมิตามมาคือ ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้นตามลำดับจนอาจถึงแก่ชีวิตได้

อาการและอาการแสดง

สัมพันธ์โดยตรงกับความรุนแรงและตำแหน่งของสมองที่ได้รับความบาดเจ็บ แบ่งตามความรุนแรง โดยอาศัยความรู้สติเป็นหลักได้ 2 กลุ่ม คือ การบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย บาดเจ็บรุนแรง

1. epidural hematoma อาการในระยะแรก เกิดจากการบาดเจ็บของสมองโดยตรง ถ้าสมองไม่ได้รับความบาดเจ็บจะไม่มีผลผิดปกติของระบบประสาท และไม่หมดสติเมื่อเวลาผ่านไปจะมีอาการแสดงของภาวะความดันสูงในกะโหลกศีรษะ คือ ปวดศีรษะ อาเจียน ความรู้สึกลดลง ความดันโลหิตสูง ชีพจรช้าลง อาการแสดงซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของ epidural hematoma ก็คือหมดสติช่วงระยะเวลาหนึ่งหลังบาดเจ็บ ต่อมาจะฟื้นสตินานเป็นชั่วโมงหรือวัน เรียกว่า lucid interval แล้วจึงค่อย ๆ ซึมลงจนหมดสติ ชัก ม่านตาข้างเดียวกับที่สมองบาดเจ็บขยายโต และไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง แขนขาข้างตรงข้ามอ่อนแรง อาการจะเกิดขึ้นช้าหรือเร็วขึ้นกับปัจจัย 3 อย่าง คือ ตำแหน่งของก้อนเลือด แหล่งที่เกิดการแตกเลือดถ้าออกจากเส้นเลือดแดงจะแสดงอาการรวดเร็วใน 15-30 นาที หากเป็นเส้นเลือดดำจะแสดงอาการช้ากว่า

2. subdural hematoma อาการขึ้นกับความรุนแรงของการบาดเจ็บ อัตราการขยายตัวและขนาดของก้อนเลือด ส่วนมากผู้ป่วยจะหมดสติตั้งแต่ต้น บางรายอาจฟื้นขึ้นมา แต่เมื่อก่อนเลือดขยายโตขึ้น ความรู้สึกจะเลวลงอีก มีอาการก้านสมองถูกทำลาย และ brain herniation

3. subarachnoid hemorrhage ถ้าเลือดออกไม่มากจะมีอาการของความดันในโพรงกะโหลกสูง ช่วงระยะเวลาหนึ่งแล้วจะหายไป

4. Intracerebral hematoma อาการขึ้นกับตำแหน่งของเนื้อสมองที่ชอกช้ำ ตำแหน่งของก้อนเลือด และระยะเวลาของการตกเลือด

### การวินิจฉัย

1. skull X-ray ในรายบาดเจ็บรุนแรง สงสัยมีกะโหลกแตก มีเลือดหรือน้ำหล่อสมองออกจากงอกหรือรูหู
2. C-T scan เป็นวิธีที่ใช้ในการวินิจฉัยภาวะตกเลือดในโพรงกะโหลกได้แม่นยำที่สุด ข้อบ่งชี้ ได้แก่ มีภาวะกะโหลกแตก สติไม่สมบูรณ์ ไม่รู้สึก หรือซึมลง และมีอาการทางระบบประสาททรุดลงการรักษา

#### 1. กะโหลกศีรษะแตก (skull fracture)

1.1 ถ้าเป็นชนิด linear fracture ทำความสะอาดตกแต่งบาดแผล แล้วรอให้กระดูกเชื่อมติดกันเอง ใน 2-3 เดือน และต้องสังเกตอาการตกเลือดในโพรงกะโหลก

1.2 กะโหลกแตกยุบ (depress skull fracture) เป็นอันตรายเพราะกระดูกอาจทับแทงเนื้อสมอง เยื่อหุ้มหรือเส้นเลือดได้ แพทย์จะพิจารณาผ่าตัดเพื่อเอาเศษกระดูกออกให้หมด อาจต้องใส่กะโหลกเทียม ในกรณีที่กะโหลกยุบเป็นแผ่นใหญ่

#### 2. ในรายที่พบการบาดเจ็บของสมอง (brain injury) มีวิธีการรักษา 2 ประเภท

2.1 การรักษาประคับประคองตามอาการ (supportive treatment) เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และเพื่อให้สมองมีโอกาสฟื้นมากที่สุด ในเวลาเดียวกันจะต้องเฝ้าดูอาการอย่างใกล้ชิดว่ามีอาการตกเลือดในโพรงกะโหลกหรือไม่

2.1.1 การป้องกันและรักษาภาวะสมองบวม โดยไม่ให้น้ำและเกลือมากเกินไป

2.1.2 ให้ยาขับปัสสาวะ เช่น ยาฟอสโฟดีเอส หรือ 20% mannitol เข้าเส้นเลือดดำ

2.1.3 น้ำเกลือแร่ และอาหาร ระวังไม่ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำมากเกินไป

2.1.4 ควบคุมอุณหภูมิของร่างกายให้อยู่ในระดับปกติ อาจให้ยาลดไข้ร่วมด้วย

#### 2.2. รักษาโดยการผ่าตัด

2.2.1 ในรายที่มีบาดแผลเปิด ใช้หลักการสำคัญคือ การล้างบาดแผลให้สะอาด เอาสิ่งแปลกปลอมอื่น ๆ ออก โดยพยายามไม่ทำให้ระบบประสาทของผู้ป่วยเสียหายที่มากขึ้น

2.2.2 ในรายที่มีเลือดคั่งในสมอง ควรได้รับการผ่าตัดอย่างรีบด่วน

2.2.3 ในรายที่มีการตกเลือดในสมอง การตกเลือดในเนื้อสมองอาจเกิดหลังจากการบาดเจ็บผ่านไประยะหนึ่งแล้ว ก้อนเลือดมีขนาดใหญ่ขึ้น หรือทำให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง รักษาโดยการผ่าตัด craniectomy ตรงกลีบสมองที่มีเลือดคั่ง เพื่อเอาก้อนเลือดออก

## การพยาบาล

### 1. ด้านร่างกาย

1.1 ประเมินภาวะอันตรายที่คุกคามชีวิต นอกเหนือจากอันตรายต่อสมอง ได้แก่ การหายใจ การไหลเวียน และประเมินอันตรายต่อสมองจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ เมื่อตัดสินใจว่าผู้ป่วยมีอันตรายรุนแรงต่อสมองรุนแรงเพียงใด ต้องการช่วยเหลือรีบด่วนหรือไม่

1.2 ดูแลให้ออกซิเจนเพียงพอ โดยให้ออกซิเจนชนิด canula 3 ลิตรต่อนาที พร้อมทั้งวัดความอิ่มตัว ของออกซิเจนในโลหิตทุก 1 ชั่วโมง และทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลง

1.3 เฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท วัดและบันทึกสัญญาณชีพ ประเมินระดับการรู้สติ ประเมินขนาดของรูม่านตาและปฏิกิริยาต่อแสง กำลั้กกล้ามเนื้อแขนขา ทุก 1/2 - 1 ชั่วโมง และทุกครั้งที่ระดับการรู้สติเปลี่ยนแปลง หากมีอาการเปลี่ยนแปลงเฉวลง รีบรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาการรักษาที่ถูกต้อง และทันที่

1.4 ดูแลให้สารน้ำและเกลือแร่ในปริมาณที่ถูกต้อง ตามแผนการรักษาของแพทย์

1.5 ดวงและบันทึกจำนวนสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย เพื่อประเมินภาวะคลุน้ำในร่างกาย ให้ถูกต้อง ถ้าพบผิดปกติรายงานแพทย์

1.6 สังเกต สอบถาม ลักษณะอาการปวดศีรษะ อาการอาเจียน และอาการตามัว บันทึก และรายงานแพทย์ทันที

1.7 ปรับระดับหัวเตียงที่ผู้ป่วยนอนให้สูง 15-30 องศา เพื่อช่วยให้เลือดดำจากศีรษะไหลกลับหัวใจได้ดี ไม่เกิดการคั่งของเลือดในสมอง

1.8 ประเมินการขับถ่ายปัสสาวะที่มากหรือน้อยกว่าปกติ เพื่อช่วยประเมินการสูญเสียอิเล็กโตรไลต์

1.9 แนะนำให้รับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูง เนื่องจากการเจ็บป่วยอัตราการเผาผลาญของสมองเพิ่มมากกว่าปกติ อาหารที่ควรรับคือ เนื้อสัตว์ นม ไข่ แป้ง ขนมหวาน ผักผลไม้ เป็นต้น

1.10 แนะนำกิจกรรมที่ควรงดเว้น ได้แก่ การดื่มสุรา การขับขี่ยานพาหนะ หลีกเลียงบริเวณที่มีสารเคมีต่าง ๆ เช่น ควันท่อ ยากันยุง เพราะสารเคมีเหล่านี้มีผลต่อระบบประสาท

### 2. ด้านจิตใจ

2.1 ให้การต้อนรับผู้ป่วยและญาติด้วยความเป็นกันเอง ความเป็นมิตร และมีความสม่ำเสมอในปฏิสัมพันธ์ต่อผู้ป่วยและญาติ

2.2 ให้ความเคารพ และยอมรับผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่ง

2.3 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบทุกครั้ง ก่อนให้การพยาบาล

2.4 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความกังวล และซักถามข้อสงสัย พร้อมทั้งอธิบายให้เข้าใจ และยอมรับสภาพความเจ็บป่วย

2.5 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรค ความก้าวหน้า การรักษา การพยากรณ์โรค เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ และผู้ป่วยและญาติร่วมกันวางแผนในการดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม

2.6 พுகุยให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ เปิดโอกาสให้ซักถามระบายความวิตกกังวลหรือข้อสงสัย

2.7 ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและญาติ และตอบสนองตามความเหมาะสม

### 3. ด้านสังคม

3.1 สนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติได้มีโอกาสพุกุย และเปิดโอกาสให้เข้าเยี่ยม และยืดหยุ่นเวลาที่เข้าเยี่ยมตามความต้องการของผู้ป่วย

3.2 ดูแลสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อให้เกิดความเป็นส่วนตัวแก่ผู้ป่วยและญาติ

3.3 เข้าไปพุกุยกับผู้ป่วย เพื่อสอบถามอาการเปลี่ยนแปลง และทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคนคอยดูแลในช่วงเวลาที่ญาติยังไม่มาเยี่ยม

### 4. ด้านจิตวิญญาณ

4.1 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติประกอบพิธีกรรมทางศาสนาหรือลัทธิความเชื่อ เช่น ไหว้พระ สวดมนต์ และอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วยและญาติ

4.2 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยตัดสินใจในการดูแลรักษาพยาบาล โดยยืนยันกับผู้ป่วยและญาติว่าการตัดสินใจที่ผู้ป่วยและญาติได้ทำไปนั้นถูกต้อง และทีมสุขภาพมีความเห็นตรงกันกับผู้ป่วยและญาติ

## 4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

### 4.1 สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานครเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ขนาด 60 เตียงให้บริการระบบสุขภาพทั้งการส่งเสริม/ป้องกัน/รักษา และฟื้นฟูแบบองค์รวม แก่ผู้มารับบริการ โรงพยาบาลให้การบริการรักษาพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง โดยให้การบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคทั่วไป ผู้ป่วยฉุกเฉิน บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และผู้ป่วยใน ทั้งเด็ก ผู้ใหญ่ ผู้มาคลอด ซึ่งผู้ป่วยที่ผู้ป่วยมารับบริการมากที่สุดที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน และจัดอยู่ใน 5 โรคอันดับแรกของห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการและแพทย์วินิจฉัยเป็นผู้ป่วยอุบัติเหตุบาดเจ็บที่ศีรษะ ในปี 2550 มีจำนวน 409 คน และพบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรง ที่เกิดภาวะเลือดออกในสมอง ซึ่งต้องส่งไปรับการรักษาต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บที่มีภาวะสมองกระทบกระเทือนชั่วคราว (cerebral concussion) สมองชอกช้ำ (cerebral contusion) ที่ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร ผู้ป่วยอุบัติเหตุบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุข เนื่องจากมีบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุสูง และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของประเทศไทย ในฐานะที่เป็นพยาบาลเมื่อทราบแล้วว่าผู้ป่วยอุบัติเหตุบาดเจ็บที่ศีรษะ ส่วนใหญ่เกิดจากการจราจรบนถนน โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานครจะรับผู้ป่วยประเภทนี้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพราะเป็นโรงพยาบาลที่อยู่รอบนอก อยู่ใกล้ถนนมอเตอร์เวย์และเป็นทางเข้าสนามบินสุวรรณภูมิ ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดอุบัติเหตุส่วนใหญ่เกิดจากรถจักรยานยนต์ จากสถิติปี พ.ศ. 2550 มีอุบัติเหตุที่เกิดจากรถจักรยานยนต์ที่ผู้ขับขี่ไม่สวมหมวก

กันน็อก จำนวน 359 ราย และผู้จับขี้สวมหวมกกันน็อก จำนวน 647 ราย ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 409 ราย ซึ่งต้องให้การดูแลอย่างเร่งด่วน เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ จากกรณีศึกษาผู้ป่วยมาด้วยอุบัติเหตุตกจากรถจักรยานยนต์ 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล โดยรับไว้ในความดูแลเมื่อวันที่ 15 ตุลาคม ถึงวันที่ 17 ตุลาคม 2550 HN 18380/50 AN 3066/50 ให้การพยาบาลโดยดูแลผู้ป่วยโดยการประเมินอาการระดับความรู้สึกตัว เช่น หมดสติ ซึมลง อาการปวดศีรษะ อาเจียนพุ่ง ตามัว ซึ่งเป็นผลจากความดันโลหิตในกะโหลกศีรษะสูง ติดตามระดับการรู้สึกตัว โดยใช้แบบประเมิน Glasgow Coma Score ใช้ประเมินจากพฤติกรรม 3 อย่างคือ การลืมตา การสื่อภาษา และการเคลื่อนไหว รายงานแพทย์เมื่อพบอาการผิดปกติ เช่น หมดสติ ซึมลง มีอาการปวดศีรษะมาก เป็นต้น ผลจากการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยมีระดับการรู้สึกตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีอาการปวดศีรษะ สามารถทำกิจวัตรประจำวันบนเตียงได้ และแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้

#### ข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษา

หญิงไทยอายุ 16 ปี สถานภาพโสด นับถือศาสนาพุทธ กำลังเรียนระดับประกาศนียบัตรชั้นสูง ชั้นปีที่ 1 ภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานคร ผู้ป่วยมาด้วยได้รับอุบัติเหตุตกจากรถจักรยานยนต์ 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลรู้สึกตัวดี พูกรู้เรื่องแต่มีพูดจาสับสน ทราบกาลเวลา สถานที่ บุคคล แขนขากำลึงปกติ วัตถุประสงค์ร่างกายได้ 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 61 ครั้งต่อนาที สม่าเสมอ อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 127/61 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง 100 เปอร์เซ็นต์ ประเมินระดับการรู้สึกตัว เท่ากับ 14 คะแนน (E4M6V4) ค่าปกติเท่ากับ 15 คะแนน (E4M6V5) ตรวจดูปฏิกิริยาของรูม่านตาต่อแสงทั้งสองข้าง เส้นผ่านศูนย์กลาง 2 มิลลิเมตร เท่ากันทั้ง 2 ข้าง ได้ออกซิเจนทางจมูกในอัตราการไหล 3 ลิตร ผลการตรวจสมองด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ผลผิดปกติ แพทย์ให้การวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองกระทบกระเทือนชั่วคราว (cerebral concussion) โดยให้การรักษาทันทีด้วยให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และให้ยาเซฟาโซลิน (Cefazolin) ขนาด 1 กรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง ยาพาราเซตามอล ขนาด 500 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 2 เม็ด เวลามีอาการปวดหรือมีไข้ทุก 4-6 ชั่วโมง ให้ออกซิเจนทางจมูกในอัตราการไหล 3 ลิตรต่อนาที และย้ายผู้ป่วยเข้าหออภิบาลผู้ป่วยหนัก เพื่อรักษาอย่างต่อเนื่อง และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด รับไว้ในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 15 ตุลาคม 2550 เวลา 15.00 น. ปัญหาทางการพยาบาลคือผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในสมอง เนื่องจากสมองได้รับความกระทบกระเทือน ประเมินระดับการรู้สึกตัว เท่ากับ 14 คะแนน (E4M6V4) ค่าปกติเท่ากับ 15 คะแนน (E4M6V5) ผลการตรวจสมองด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ผลผิดปกติมีภาวะสมองกระทบ กระเทือนชั่วคราว (cerebral concussion) กิจกรรมการพยาบาลที่ให้เฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท วัดและบันทึกสัญญาณชีพ ประเมินระดับการรู้สึกตัว ประเมินขนาดรูม่านตา และปฏิกิริยาต่อแสง กำลังกล้ามเนื้อแขนขาทุก 1/2 - 1 ชั่วโมง และทุกครั้งที่จะระดับการรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงโดยใช้แบบประเมิน Glasgow Coma Score หากมีอาการเปลี่ยนแปลงแล้วลง รีบรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาการรักษาที่ถูกต้องและทันที่ ปรับระดับเตียงที่ผู้ป่วยนอนให้สูง 15-30 องศา เพื่อช่วยให้เลือดคั่งจากศีรษะไหลกลับหัวใจได้ดี ไม่เกิดการคั่งของเลือดในสมอง ผลการพยาบาล การประเมินระดับการรู้สึกตัว เท่ากับ 15 คะแนน (E4M6V4) สัญญาณชีพผู้ป่วยอุณหภูมิร่างกายอยู่ระหว่าง 36.5-37.5 องศาเซลเซียส อัตรา

การเดินของชีพจรอยู่ระหว่าง 75-80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 16-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 110/55 ถึง 115/67 มิลลิเมตรปรอท ปัญหาผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เนื่องจากสมองได้รับบาดเจ็บ การพยาบาลที่ให้คือ เฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท วัดและบันทึกสัญญาณชีพ ประเมินระดับการรู้สติ ประเมินขนาดรูม่านตา และปฏิกิริยาต่อแสง กำลักรักษาเนื้อแขนขาทุก 1/2 - 1 ชั่วโมง และทุกครั้งทีระดับการรู้สติเปลี่ยนแปลงโดยใช้แบบประเมิน Glasgow Coma Score สังเกตสอบถามลักษณะอาการปวดศีรษะ อาการอาเจียน และอาการตามัว บันทึกและรายงานแพทย์ทันที โดยสังเกตอาการภายใน 72 ชั่วโมงแรกหลังจากที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะ ดูแลให้สารน้ำและเกลือแร่ในปริมาณที่ถูกต้อง ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อป้องกันไม่ให้ น้ำและเกลือแร่มากเกินไป ผลผู้ป่วยไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีอาการอาเจียน และไม่มีอาการตามัว จากการซักถามผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามและโต้ตอบได้ สามารถทำตามคำสั่งได้ กำลักรักษาแขนขาเป็นปกติ แต่ยังคงสังเกตอาการผู้ป่วย อย่างใกล้ชิดต่อไป ปัญหาผู้ป่วยและญาติ วิดกกังวลว่าชีวิตจะไม่ปลอดภัย และร่างกายไม่เป็นปกติเหมือนเดิม เนื่องจากได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะ การพยาบาลที่ให้คืออธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ เข้าใจในแผนการดูแลรักษา เปิดโอกาสให้ซักถามถึงข้อสงสัย พร้อมแนะนำการปฏิบัติตัว และการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงภายใน 72 ชั่วโมง หลังจากเกิดการบาดเจ็บ เช่น อาการซึมลง หมดสติ มีอาการปวดศีรษะมาก เป็นต้น ผลผู้ป่วยและญาติบอกสบายใจขึ้นให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี

#### การประเมินแบบแผนสุขภาพ

##### 1. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพ :

สุขภาพแข็งแรง สมบูรณ์ เป็นหวัดบ้าง ปีละ 2-3 ครั้ง ไม่เคยต้องหยุดเรียนเพราะป่วย คิดว่าตนเองแข็งแรงดี ไม่จำเป็นต้องรักษาสุขภาพมากนัก เมื่อป่วยจะซื้อยากินเอง

ไม่เคยสูบบุหรี่ ดื่มสุรา เคยดื่มกาแฟบ้างนาน ๆ ครั้ง ไม่เคยใช้ยาอะไรเป็นประจำ ขณะเจ็บป่วยครั้งนี้นักจะกลายเป็นคนสมองเสื่อม เรียนหนังสือไม่ทันเพื่อน

##### 2. โภชนาการและการเผาผลาญ :

รับประทานอาหารวันละ 2 มื้อ ส่วนมากมื้อเช้าไม่ได้รับประทาน เนื่องจากต้องรีบไปเรียนหนังสือ ชอบอาหารทุกชนิด โดยเฉพาะอาหารรสจัด ไม่มีปัญหาเรื่องการรับประทานอาหาร

##### 3. การขับถ่าย :

ถ่ายอุจจาระปกติ วันละ 1 ครั้งตอนเช้า ไม่เคยใช้ยาระบาย ปัสสาวะปกติ ถ่ายปัสสาวะปกติ วันละ 3-4 ครั้ง ไม่เคยมีปัญหาปัสสาวะขัด ปัสสาวะลำบาก ไม่เคยต้องใส่สายสวนปัสสาวะ

##### 4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย :

ช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติ ไปโรงเรียน ส่วนใหญ่จะไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย เนื่องจากไม่ชอบออกกำลังกาย แต่จะมีออกกำลังกายบ้างเมื่อเรียนชั่วโมงพลศึกษา

##### 5. การพักผ่อนนอนหลับ :

ปกตินอนวันละ 8 ชั่วโมง ตั้งแต่ 22.00 น. - 06.00 น. นอนหลับสนิท ไม่เคยมีปัญหาในการนอน ตื่นนอนตอนเช้าจะรู้สึกสดชื่น ไปโรงเรียน ไม่เคยนอนกลางวัน

6. ความรู้สึกนึกคิดและการรับรู้:

รู้สึกตัวดี ตอบโต้ได้ตามปกติ ตอบคำถามได้ดี ไม่สับสน คิดคำนวณได้เร็วปกติ ได้ยินเสียงพูดคุยในระดับปกติ

7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์:

รู้สึกว่าตนเองสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง กลัวว่าจะเกิดอันตราย จากสมองได้รับการกระทบกระเทือน กลายเป็นคนสมองเสื่อม

8. บทบาทและสัมพันธภาพ:

เป็นบุตรสาวคนที่ 2 มีพี่สาว 1 คน บิดามารดามีอาชีพรับจ้าง สัมพันธภาพในครอบครัวดี ผู้ป่วยเองเป็นคนดีเพื่อน ไม่ค่อยอยู่บ้าน แต่ไม่คิดว่ามีปัญหาอะไร รับรู้ว่าทุกคนในบ้านรักตนมาก

9. เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์:

คิดว่าตนยังเข้าสู่วัยรุ่น มีผู้ชายมาจีบและยอมรับเป็นแฟนกัน ประจำเดือนมาปกติ ไม่มีอาการปวดท้องรุนแรงขณะเป็นประจำเดือน ไม่เคยต้องใช้ยาแก้ปวด

10. การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด:

ชีวิตที่ผ่านมาการเรียน ไม่มีเหตุการณ์อะไรที่น่าตื่นเต้น แต่ปกติถ้ามีปัญหา มักจะขอคำปรึกษากับเพื่อน พ่อแม่มักให้ออกาสในการตัดสินใจเอง

11. ค่านิยมและความเชื่อ:

นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อเกี่ยวกับผลของการทำความดีและความชั่ว

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมด ร้อยละ 100

7. ผลสำเร็จของงาน

ได้ให้การพยาบาลและศึกษาติดตามปัญหาเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในสมอง เนื่องจากสมองได้รับความกระทบกระเทือน จากการประเมินผลการพยาบาล การประเมินระดับการรู้สติ เท่ากับ 15 คะแนน (E4M6V4) สัญญาณชีพผู้ป่วยอุณหภูมิร่างกายอยู่ระหว่าง 36.5-37.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจรอยู่ระหว่าง 75-80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 16-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 110/55 ถึง 115/67 มิลลิเมตรปรอท ปัญหาผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เนื่องจากสมองได้รับบาดเจ็บ จากการประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยไม่มีอาการปวดศีรษะ อาการอาเจียน และอาการตามัว ปัญหาผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลว่าชีวิตจะไม่ปลอดภัย และร่างกายไม่เป็นปกติเหมือนเดิม เนื่องจากได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะ จากการประเมินผู้ป่วยและญาติบอกสบายใจขึ้นให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี และได้เยี่ยมติดตามอาการหลังย้ายผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อเนื่องจากที่หออภิบาลผู้ป่วยหนัก จำนวน 1 ครั้ง และหออผู้ป่วยสามัญหญิง จำนวน 1 ครั้ง พบว่ามีปัญหาทั้งหมดได้รับการแก้ไขทั้งหมด โดยผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จนไม่มีอาการทางระบบประสาทและสมอง เช่น ระดับการรู้สติเท่ากับ



15 คะแนน (E4M6V4) และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทและสมอง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ พยาบาลได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัว ทั้งในขณะพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล การปฏิบัติตัวขณะอยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยก็สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดี ตอบข้อซักถาม และมีความตระหนักรู้ในการดูแลตนเอง และพยาบาลได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การขอรับบริการจากแหล่งประโยชน์อื่นที่อยู่ใกล้บ้าน เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุข โดยประสานงานกับกลุ่มงานอนามัยชุมชนเพื่อทำการเยี่ยมบ้าน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องต่อไป

## 8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. ทราบถึงปัญหาและผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะ
2. ระยะเวลาในการรักษาพยาบาลขณะอยู่ในหอผู้ป่วยหนัก และหอผู้ป่วยสามัญหญิง  
โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร
3. เพิ่มพูนความรู้แก่ผู้ศึกษากรณีให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะ
4. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจและประทับใจในการได้รับบริการที่มีประสิทธิภาพ

## 9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะ ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตและฉุกเฉินต้องให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ จึงต้องเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดภายใน 72 ชั่วโมงหลังจากผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะ และอาจมีผลกระทบด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านจิตสังคม ตลอดจนครอบครัวของผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยอายุยังน้อยและกำลังศึกษาอยู่ในระดับประกาศนียบัตรชั้นสูง ชั้นปีที่ 1 ญาติมีความวิตกกังวลว่าร่างกายจะมีความพิการ หรือมีผลกระทบกระเทือนต่อสมอง ทำให้ไม่สามารถเรียนต่อได้ ผู้ป่วยเป็นบุตรคนสุดท้องของครอบครัว ยิ่งทำให้ญาติมีความวิตกกังวลมากขึ้น พยาบาลจึงต้องอธิบายขั้นตอนการดำเนินของโรคว่าผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะ มีผลทำให้สมองกระทบกระเทือนชั่วคราว (cerebral concussion) เป็นการสูญเสียหน้าที่ของสมองชั่วคราว ส่วนใหญ่จะหายไปเองภายใน 48 ชั่วโมง ผู้ป่วยอาจมีอาการหมดสตินานไม่เกิน 10 นาที แล้วไม่มีอาการผิดปกติอีกเลย เพียงแต่จำเหตุการณ์เวลาที่ได้รับบาดเจ็บไม่ได้เท่านั้น และอธิบายการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ เช่น การเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท วัดและบันทึกสัญญาณชีพ ประเมินระดับการรู้สึก ประเมินขนาดรูม่านตา และปฏิกิริยาต่อแสง กำลังกล้ามเนื้อแขนขาทุก 1/2 - 1 ชั่วโมง และทุกครั้งที่มีระดับการรู้สึกเปลี่ยนแปลง แนะนำให้ญาติสังเกตอาการปวดศีรษะ อาการอาเจียน อาการตามัว แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น เพื่อให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว

## 10. ข้อเสนอแนะ

1. เมื่อผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะ มาที่ตึกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินของโรงพยาบาล การประเมินสภาพผู้ป่วยและการจัดการผู้ป่วย ควรเริ่มอย่างรวดเร็ว
2. ควรจัดทำแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในคลินิก (clinical nursing practice guideline : CNPG) เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะ


ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข  
เป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ..... 

(นางสาวเด่นใจ จำปางาม)

ผู้ขอรับการประเมิน

- 2 ก.ค. 2551


ลงชื่อ..... 

(นางวรรณภา วัฒนกิจการ)

ตำแหน่ง รักษาการหัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร

- 2 ก.ค. 2551

ลงชื่อ..... 

(นายสมชาย จึงมีโชค)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร  
ตำแหน่ง.....

- 2 ก.ค. 2551

**ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น  
ของ นางสาวเด่นใจ จำปางาม**

**เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)**

(ตำแหน่งเลขที่ รพล. 38) ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร สำนักงานแพทย์  
เรื่อง การคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

**หลักการและเหตุผล**

ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน (Emergency Room) เป็นหน่วยงานสำคัญหน่วยงานหนึ่งในโรงพยาบาล และเป็นด่านแรก ที่ต้องให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต รวมถึงได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุต่าง ๆ การให้บริการในห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน มีตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการหนักมาก จนถึงผู้ป่วยไม่สบายเล็กน้อย ซึ่งอาจไม่จำเป็นต้องมาที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน เนื่องจากการให้บริการของห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โดยทั่วไปจะเปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง และงานผู้ป่วยนอกจะเปิดบริการเป็นเวลา ผู้รับบริการส่วนใหญ่มักมีความเข้าใจว่าห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินจะต้องรักษาได้ทุกอย่างทุกโรค ทำให้ผู้ป่วยทั้งกรณีฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินเป็นจำนวนมากต้องรอรับบริการเป็นเวลานาน ผู้ป่วยที่ฉุกเฉินจริง ๆ อาจได้รับการช่วยเหลือล่าช้าลง จากรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง พบว่ามีผู้ป่วย ที่ได้รับการคัดกรองผิดพลาด จำนวน 1 ราย เมื่อเดือนมิถุนายน 2550 ผู้ป่วยมาด้วยอาการปวดท้อง และเจ็บแน่นหน้าอก คัดกรองให้ผู้ป่วยไปตรวจที่งานผู้ป่วยนอก ผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ และเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก จากอุบัติการณ์ดังกล่าว เพื่อปรับปรุงและเพื่อให้สามารถคัดกรองผู้ป่วย ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยได้รับการรักษา พยาบาลอย่างมีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ จึงได้ใช้ระบบการจำแนกผู้ป่วย ตามความรุนแรงของอาการ และจัดให้ได้รับการรักษาพยาบาลตามความเหมาะสม

**วัตถุประสงค์ และหรือเป้าหมาย**

1. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ ความสามารถด้านการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน
2. เพื่อให้สามารถแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ในการคัดกรองผู้ป่วย
3. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน
4. ลดอุบัติการณ์ที่เกิดจากการคัดกรองผู้ป่วยไม่ถูกต้อง

**กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ**

กิจกรรมการคัดกรองผู้ป่วย ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย

1. ได้มีการประชุมชี้แจง ทบทวนความรู้ ในการคัดกรอง ให้แก่บุคลากร ในห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ชี้ให้เห็น ความสำคัญของการคัดกรอง มอบหมายงานให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนรับผิดชอบ ทำหน้าที่ในการประสานงาน นิเทศ ให้ความรู้ ให้คำปรึกษาแก่บุคลากรในหน่วย งานที่รับผิดชอบ รวมทั้งรวบรวมข้อมูล

อุบัติการณ์การคัดกรองผิดพลาด เพื่อนำมาวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไข ปรับปรุงการปฏิบัติงาน ตลอดจนรวบรวมปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อวางแผนงานในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล เพื่อป้องกันการคัดกรองผิดพลาด และคำนวณอัตราการคัดกรองผิดพลาด ในห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินแต่ละเดือน เพื่อแจ้งในการประชุมประจำเดือนของหน่วยงาน

2. กำหนดแนวทางการปฏิบัติ ในการคัดกรองผู้ป่วยร่วมกัน ในหน่วยงานผู้ป่วยนอกและเวชระเบียน รวมถึงเจ้าหน้าที่เปล ของโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร ให้เป็นไปในทางเดียวกัน และใช้มาตรฐานเดียวกัน โดยจัดทำวิธีปฏิบัติ เรื่อง เกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน(PCT 014)

### 3. การคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ

#### 3.1 การคัดกรองเมื่อแรกรับที่ผู้ป่วยมาถึง มีวิธีการที่สำคัญดังนี้

3.1.1 ดำเนินการคัดกรองบริเวณศูนย์เปลซึ่งอยู่หน้าห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

3.1.2 ดำเนินการคัดกรองเบื้องต้น แรกรับผู้รับบริการ บริเวณด้านหน้าห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โดยเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์อาสา และพนักงานเวรเปล ซึ่งผ่านการอบรมการคัดกรองผู้ป่วย

3.1.3 หากพบว่าเป็นผู้ป่วยประเภท 1 หรือ 2 จะทำการช่วยเหลือเบื้องต้น และส่งผู้ป่วยรับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินทันที

3.1.4 ผู้ป่วยประเภทที่ 3 รอรับการรักษาได้ภายในระยะเวลา 1-2 ชั่วโมง โดยมีการสังเกตอย่างสม่ำเสมอ และจะได้รับการตรวจรักษา เมื่อทำการตรวจรักษาผู้ป่วยกลุ่มฉุกเฉินมาก และกลุ่มฉุกเฉินเรียบร้อยแล้ว และหากพบว่า ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หรือได้น้อย ต้องการดูแลพิเศษ เช่นรถนั่งเปลนอน และรอตรวจรักษาเมื่อทำการตรวจรักษา ผู้ป่วยกลุ่มฉุกเฉินมากและกลุ่มฉุกเฉินเรียบร้อยแล้ว

#### 3.2 การคัดกรองขณะซักประวัติ

3.2.1 พยาบาลวิชาชีพทำการคัดกรอง โดยการซักประวัติ วัตถุประสงค์ตามชีพ ประเมินปัญหา โดยผู้ป่วยรถนั่ง หรือเปลนอนจะได้รับการคัดกรอง แยกจากผู้ป่วยทั่วไปทันทีที่ผู้ป่วยมาถึง

3.2.2 หากพบว่าเป็นผู้ป่วยประเภท 1 หรือ 2 จะทำการช่วยเหลือเบื้องต้น และให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยทันทีจากแพทย์

3.2.3 สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะวิกฤต หรือผู้ป่วยประเภท 3 พยาบาลจะแจ้งให้ทราบว่า “หากมีอาการเปลี่ยนแปลงระหว่างรอตรวจ ให้แจ้งพยาบาลได้ทันที” โดยลำดับเข้ารับบริการจะเรียงตามผู้ป่วยทั่วไป แต่เร็วกว่าเล็กน้อย เนื่องจากได้รับการคัดกรองที่รวดเร็วกว่า

#### 3.3 การคัดกรองผู้รับบริการขณะนั่งรอตรวจ

3.3.1 มีการมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์อาสา ผู้ช่วยเหลือคนไข้ หรือเจ้าหน้าที่เวรเปล ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่รอตรวจทั่วไป ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องการการดูแลพิเศษ ได้แก่รถนั่งเปลนอน เมื่อพบผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต เช่น เป็นลม หน้ามืด แจ้งให้พยาบาลทราบทันที

3.2.2 ทีมการพยาบาลให้ความสำคัญ โดยเน้นให้เห็นคุณค่าของงานค้นหาผู้ป่วยวิกฤตเชิงรุกคือ ให้มีการบันทึกผลลัพธ์ของการคัดกรองผู้ป่วยวิกฤต การช่วยเหลือเบื้องต้น การส่งรักษาต่อ การจัดให้บริการตรวจรักษาต่อ การลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยรอนั่ง เปลนอน ให้ได้รับการตรวจรักษาโดยแพทย์อย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ผู้รับบริการพึงพอใจ

### 3.4 ระบบการช่วยเหลือฉุกเฉิน

3.4.1 มอบหมายงานให้ผู้ปฏิบัติชัดเจน โดยกำหนดให้มีทีมช่วยฟื้นคืนชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิสัญญี พยาบาลห้องผ่าตัด และพยาบาลห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

3.4.2 อบรมฟื้นฟูการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ให้แก่บุคลากรห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

3.4.3 มีการซ้อมแผนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ปีละ 1 ครั้ง

3.4.4 นำผลการซ้อมแผนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง มาปรับปรุงระบบที่วางไว้ ได้แก่ - ปัญหาการสื่อสาร พบว่า โทรศัพท์ที่ใช้สื่อสาร เมื่อเกิดภาวะวิกฤตที่ศูนย์เปล ซึ่งมีอยู่จำนวน 1 เครื่องไม่พอใช้ ได้แก่ใจโดย เพิ่มช่องทางการสื่อสาร โดยใช้โทรศัพท์ที่ศูนย์ประชาสัมพันธ์ ซึ่งอยู่บริเวณที่ใกล้เคียงกัน

3.4.5 จัดทำบัตรรถนั่ง หรือเปลนอน เพื่อสื่อสารกับงานเวชระเบียน และเจ้าหน้าที่ทุกคน ให้ทราบว่าผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีความเสี่ยง ต้องการบริการที่รวดเร็วให้ก่อนผู้ป่วยปกติ และการดูแลอย่างรวดเร็วและใกล้ชิด

การจำแนกผู้ป่วยแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ดังต่อไปนี้

**1. ผู้ป่วยฉุกเฉินมาก (emergent) ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะที่มีอันตรายคุกคามต่อชีวิต มิฉะนั้นต้องได้รับการตรวจรักษาอย่างทันท่วงทีมิฉะนั้นผู้ป่วยอาจเสียชีวิต หรือเกิดความพิการอย่างถาวร ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้แก่ผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพผิดปกติ อาการและอาการแสดง หรือมีภาวะเจ็บป่วยต่าง ๆ ดังต่อไปนี้**

1. สัญญาณชีพ อย่างหนึ่งอย่างใดต่อไปนี้

- วัดสัญญาณชีพไม่ได้ ( คลำชีพจรที่คอและขาหนีบไม่ได้ )
- ความดันโลหิตต่ำกว่า 80/50 mmHg หลังจากวัดซ้ำด้วยเครื่อง 1 ครั้งและด้วยมือ 1 ครั้ง
- ชีพจร มากกว่า 150 ครั้ง / นาที หรือ น้อยกว่า 40 ครั้ง / นาที
- การหายใจ ในผู้ใหญ่ มากกว่า 24 ครั้ง / นาที
  - ในเด็กแรกเกิด - 2 เดือน > 60 ครั้ง/นาที
  - 2 เดือน - 1 ปี > 50 ครั้ง/นาที
  - 1 ปี - 5 ปี > 40 ครั้ง/นาที
  - > 5 ปี > 30 ครั้ง/นาที
- ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัวจากสาเหตุต่างๆ

## 2. อาการและอาการแสดง

- หยุดหายใจ หายใจลำบากอย่างรุนแรง ต้องใช้กล้ามเนื้อในการช่วยหายใจ ตัวเขียวเนื่องจากมีภาวะขาดออกซิเจน
- หัวใจหยุดเต้น ( cardiac arrest )
- มีอาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรง มีอาการแน่นปวดร้าวไปที่ไหล่ คอ กราม ซึ่งเข้าได้กับ angina pectoris
- กำลั้งชักอยู่หรือมีประวัติชักก่อนมาร.พ 24 ชั่วโมงซึ่งรวมถึง ผู้ป่วยเด็กที่มีไข้และชักมาภายใน 24 ชั่วโมง ( febrile convulsion )
- อุบัติเหตุทุกประเภทที่เกิดขึ้นภายใน 48 ชั่วโมง อันรวมไปถึง การถูกทำร้ายร่างกาย การถูกข่มขืนกระทำชำเรา อุบัติเหตุทางรถยนต์ อุบัติเหตุที่เกิดจากการทำงาน การถูกสัตว์และแมลงกัด
- กรณีผู้ป่วยให้ประวัติมีสิ่งแปลกปลอมในหู จมูก คอ ตา ที่เกิดขึ้นภายใน 48 ชั่วโมง ถ้าเกินกว่าเวลาดังกล่าวส่งพบแพทย์ที่ OPD ถ้าแพทย์มีความเห็นต้องได้รับการรักษาต่อที่ ER ให้ส่งไป ER
- ได้รับยาหรือสารพิษเกินขนาดภายใน 48 ชั่วโมง
- มีเลือดกำเดาไหลและกำลั้งไหลอยู่ถ้าไม่ไหลแล้วให้ส่งตรวจ OPD
- การบาดเจ็บที่บาดแผลมีวัสดุหักค้างอยู่ในส่วนต่างๆของร่างกายไม่ว่าเป็นมานานเท่าไร
- มีเลือดออกทางช่องคลอดร่วมกับมีประวัติการตั้งครรภ์ ซึ่งสงสัยภาวะแท้งบุตร ถ้าอายุครรภ์ < 28 สัปดาห์ ตรวจที่ ER ถ้าอายุครรภ์ > 28 สัปดาห์ ส่งห้องคลอด ( กรณียังไม่ทราบว่าตั้งครรภ์หรือเปล่าให้ส่งตรวจ urine pregnancy test ที่ OPD ถ้า positive ส่งมา ER )
- มีอาการเลือดออกในระบบทางเดินอาหารโดยมีอาเจียนเป็นเลือดสด หรือ ถ่ายเป็นเลือดสดหรือถ่ายดำเป็น melena ร่วมกับมีสัญญาณชีพที่ผิดปกติ
- มีปฏิกิริยาแพ้ ( allergic reaction ) ร่วมกับมีภาวะหายใจลำบากแน่นหน้าอก หรือความดันโลหิตต่ำ
- ปวดท้องอย่างรุนแรง ร่วมกับมีอาการท้องเสีย อาเจียน มีภาวะขาดน้ำอย่างรุนแรง ( severe dehydration ) ร่วมกับระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง
- ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ น้อยกว่า 60 mg % ร่วมกับมีอาการคือ หน้ามืด ซึม ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง เหงื่อออกตัวเย็น
- คลอดลูกเกินนอกโรงพยาบาล โดยที่ยังไม่ได้ตัดสายสะดือเด็ก
- สงสัยมีภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูก
- มีกระดูกหักทั้งที่มีและไม่มึบาดแผลเปิดภายนอกซึ่งรวมถึงกรณีที่มีใบส่งตัวมาจากที่อื่นและได้รับการวินิจฉัยมาแล้วว่ามีกระดูกหักโดยไม่กำหนดระยะเวลาในการเกิดอุบัติเหตุ
- มีอาการแขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด

- ผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องอย่างรุนแรงมากไม่สามารถเดินไปตรวจที่ ER และได้รับการส่งมาตรวจที่ ER ก่อนแล้วให้แพทย์ที่ ER ตรวจเพื่อจะได้ไม่ต้องทำการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ( กรณีที่ OPD ใหม่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้วถ้าแพทย์ที่ ER ตรวจแล้วเห็นว่าอาการของผู้ป่วยไม่รุนแรงจริงสมควรตรวจที่ OPD ให้ส่งไปตรวจที่ OPD โดยให้พยาบาล OPD ประเมินระดับความรีบด่วนในการรอตรวจอีกครั้ง)

- ผู้ป่วย refer ที่มีอาการหนักต้องมีรถโรงพยาบาลมาส่ง ซึ่งรวมไปถึงกรณีที่ญาติผู้ป่วยมาที่ติดต่อขอ refer ให้พบแพทย์ที่ ER

- ผู้ป่วยที่ใส่ฝื่ออยู่และมีอาการปวด ชา ซีด ปลายนิ้วเขียวซึ่งสงสัยภาวะ compartment syndrome
- ผู้ป่วยที่เวียนศีรษะตาลายบ้านหมุนลิ้มตาไม่ขึ้น ไม่สามารถนั่ง ได้เลยต้องนอน

2. ผู้ป่วยฉุกเฉิน (urgent) หมายถึงผู้ป่วยในภาวะวิกฤตแต่ไม่มีภาวะคุกคามชีวิต และต้องการการช่วยเหลือรีบด่วนรองลงมาจากผู้ป่วยกลุ่มฉุกเฉินมาก ต้องรับการรักษาภายในเวลา 30 นาที โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้จะรู้สึกตัวดี และไม่มีอาการแสดงของภาวะช็อก เช่น อาการปวดรุนแรงของอวัยวะต่าง ๆ ภาวะหายใจลำบาก ท้องร่วงรุนแรง กระสาก เป็นต้น

3. ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (non-urgent) หมายถึงผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ไม่มีภาวะวิกฤต ต้องการการวินิจฉัย และการรักษาที่เหมาะสมโดยที่ในขณะนั้น ไม่มีภาวะฉุกเฉินที่จะคุกคามของชีวิตของผู้ป่วย และหน้าที่ของร่างกาย สามารถรับการรักษาได้ภายในระยะเวลา 1-2 ชั่วโมง โดยมีการสังเกตอย่างสม่ำเสมอ และจะได้รับการตรวจรักษา เมื่อทำการตรวจรักษาผู้ป่วยกลุ่มฉุกเฉินมาก และกลุ่มฉุกเฉินเรียบร้อยแล้ว

**ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ ความสามารถด้านการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ได้ถูกต้อง
  2. พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน พิการ และเสียชีวิต
  3. อุบัติการณ์ที่เกิดจากการคัดกรองผู้ป่วยที่ไม่ถูกต้องลดลง
  4. ลดค่าใช้จ่าย ลดระยะเวลาการนอน โรงพยาบาลนานขึ้น ลดปัญหาทางเศรษฐกิจ และสังคม
- ตัวชี้วัดความสำเร็จ

อัตราการคัดกรองผิดพลาด เท่ากับ 0% ในแต่ละเดือน

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับการประเมิน

(นางสาวคณใจ จำปานม)

ตำแหน่ง , พยาบาลวิชาชีพ 5

.....