

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองร่วมกับมีภาวะเลือดออก เหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก : กรณีศึกษา 2 ราย Nursing of Traumatic Brain Injury Patients with Epidural Hemorrhage : Case studies

นิตยาภรณ์ สีหาบัว*

Nittayaporn Srihabua

Corresponding author : E-mail : Punyangnoi@gmail.com

(Received: June 29, 2020 ; Revised : July 20, 2020 ; Accepted : July 30, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค เปรียบเทียบและวางแผนปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย

วัสดุและวิธีการวิจัย : ศึกษาผู้ป่วยวิกฤต บาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก จำนวน 2 ราย แบบเจาะจง ในปี พ.ศ. 2563 เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและสังเกตการณ์ปฏิบัติ การวิเคราะห์เนื้อหาโดยใช้กรอบแนวคิดตามการประเมิน 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ผลการศึกษา : พบว่า 1) ผู้ป่วยทั้งสองราย ขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยไม่สวมหมวกนิรภัย ต้มสุรา ผู้ป่วยรายที่หนึ่งมีโรคประจำตัว Liver cirrhosis child C มีภาวะซีด มีเลือดออกง่าย และหัวใจเต้นผิดจังหวะ มีภาวะเลือดเป็นกรด โพแทสเซียมในเลือดต่ำ ไตทำงานผิดปกติปัสสาวะออกน้อย ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ และมีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ซึ่งปัจจัยทั้งหมดดังกล่าวส่งผลให้เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงมากขึ้นผู้ป่วยไม่พร้อมผ่าตัดฉุกเฉินส่งผลให้ผู้ป่วยรายนี้เสียชีวิต ส่วนผู้ป่วยรายที่สองได้รับการผ่าตัดเอาก้อนเลือดออกภายใน 6 ชั่วโมงหลังจากเกิดอุบัติเหตุ มีภาวะติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน เนื่องจากผู้ป่วยไม่รู้สึกรักตัว ผู้ป่วย 2 ราย มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกันจำนวน 4 ข้อ และต่างกัน จำนวน 8 ข้อ 2) ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาใน 3 ระยะของการดูแลตามปัญหาจากการประเมินและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

สรุปและข้อเสนอแนะ : การศึกษานี้แสดงให้เห็นความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอกที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง และการรักษาด้วยการผ่าตัด การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง พยาบาลต้องประเมินอาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และต่อเนื่อง เพื่อประเมินความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาล ในระยะที่จะเข้าสู่ระยะวิกฤตและระยะฟื้นฟู การปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางอย่างถูกต้อง ครบถ้วน จะสามารถลดภาวะแทรกซ้อน ลดวันนอนโรงพยาบาล ลดความพิการ และลดอัตราการเสียชีวิตได้

คำสำคัญ : การบาดเจ็บที่สมอง ; ภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่น

ABSTRACT

Purpose : to study disease progression, compare of nursing diagnosis and nursing practices consistent with patient problems.

Materials and Methods : Two crisis patients with Epidural hemorrhage were specific selected in 2020. Data were collected from medical records and observations. Content analysis uses the conceptual framework of Gordon' s 11 health assessments.

Main findings : Both patients While riding a motorcycle, not wearing a helmet, alcohol uses, First patient has chronic liver disease, cirrhosis child C, pale, Coagulopathy, Atrial fibrillation, Acidosis, Hypokalemia, Acute Kidney injury, Hypoglycemia and Hypothermia all of the above factors cause increased intracranial pressure, the patient is not ready for emergency surgery resulting in the death of this patient. The second patient underwent surgery to remove the blood clot within 6 hours after the accident. Have a pneumonia due to mechanical ventilation for a long time, because the patients are unconscious, 2 patients have 4 nursing diagnoses were consistent, but 8 were different 2) Nursing practice consistent with problems in 3 phases of care according to problems from assessment and diagnosis in nursing.

Conclusion and recommendations : This study shows the differences between patients with traumatic brain injury and those with Epidural hemorrhage that receive conservative care and surgical treatment Nursing of traumatic brain injury patients Nurses must assessment the symptoms, accurately and continuously, and can assess the risk complications that may occur to patients in order to provide information in nursing care plan, both in the critical phase and in the rehabilitation phase. The practice of nursing according to the guidelines correctly is completely able to reduce complications, Length of stay, disability and death.

Keywords : Traumatic Brain Injury ; Epidural Hemorrhage

บทนำ

การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในเกือบทุกประเทศทั่วโลก¹ เพราะการเจ็บป่วยฉุกเฉินเกิดได้จากโรคภัยไข้เจ็บทุกชนิด ตั้งแต่การป่วยฉุกเฉินด้วยโรคต่าง ๆ รวมทั้งการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ อุบัติภัยภัยพิบัติ และการได้รับสารพิษ การเกิดอุบัติเหตุที่รุนแรงและการเจ็บป่วยฉุกเฉินก่อให้เกิดความสูญเสียจากการบาดเจ็บและการตายอย่างมากมาย² ผู้บาดเจ็บที่เสียชีวิต 2 ใน 3 เป็นผู้ป่วยจากอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในพื้นที่ชนบท ทั้งที่ความรุนแรงของการบาดเจ็บในพื้นที่ชนบทและพื้นที่ในเขตเมืองไม่แตกต่างกัน แต่ระยะเวลาของการนำผู้บาดเจ็บส่งโรงพยาบาลถ้าใช้เวลามากกว่า 30 นาที โอกาสการเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บจะสูงกว่า และพบว่า 15-20% ของการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บในประเทศด้อยพัฒนาสามารถป้องกันได้³

การเสียชีวิตจากการบาดเจ็บก็คือ การเสียชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลกอย่างต่อเนื่อง ในประเทศไทยพบว่ามีผู้ป่วยบาดเจ็บที่เกิดจากการชนส่งในปี 2548 จำนวน 155,406 ราย เสียชีวิต 8,324 ราย ในจำนวนนี้ 78.7% ของผู้เสียชีวิตเกิดจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ⁴ อัตราตายจากการบาดเจ็บที่ศีรษะพบเป็นอันดับ 3 รองจากมะเร็ง โรคในกลุ่มหัวใจและหลอดเลือด เป็นสาเหตุการตายอันดับแรกในคนวัยทำงานปี 2550 การจำแนกผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะนั้นแบ่งระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ (Severity of head injury) โดยใช้ Glasgow coma score (GCS) เป็นหลักการแบ่งระดับความรุนแรงมีดังนี้ บาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง (Severe head injury) พบร้อยละ 10 บาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลาง (Moderate head injury) พบร้อยละ 10 และบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย (Mild head injury) พบ 80.0%⁵

จากสถิติข้อมูลการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนจังหวัดขอนแก่น⁶ พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นปี พ.ศ. 2560-2562 อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร 23.14, 20.21 และ 25.03 ต่อแสนประชากร และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากสถิติจำนวนผู้บาดเจ็บต่อสมองในโรงพยาบาลขอนแก่นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปีงบประมาณ 2560-

2562 มีผู้บาดเจ็บต่อสมอง จำนวน 3,653, 4,123 และ 5,008 รายตามลำดับ จำแนกผู้บาดเจ็บต่อสมองที่เกิดภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอกหรือชั้นเหนือดูลา (Epidural or Extradural Hemorrhage) จำนวน 191, 168 และ 212 รายตามลำดับได้รับการผ่าตัดเพื่อเอาก้อนเลือดออกจำนวน 54, 51 และ 68 รายตามลำดับ เสียชีวิตจำนวน 13, 23 และ 22 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 6.80, 13.69 และ 10.37 จากสถิติพบว่า จำนวนของผู้บาดเจ็บสมองอัตราการรอดชีวิตสูง ดังนั้นการช่วยเหลือผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอกในระยะวิกฤตให้ได้ผลดีนั้นต้องได้รับการ การวินิจฉัยอย่างรวดเร็วถูกต้อง รวมทั้งได้รับการผ่าตัดอย่างเร่งด่วนทันเวลา จะช่วยให้อัตราการรอดชีวิตเพิ่มมากขึ้น พยาบาลผู้ดูแลจึงมีความสำคัญอย่างมากในการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตโดยต้องมีความรู้ความชำนาญ มีทักษะในการวางแผนจำหน่าย ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงมีระบบการส่งต่อที่ไร้รอยต่อในระยะฟื้นฟู เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสม ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอกเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพต่อไป

ความหมายของการบาดเจ็บที่สมอง หมายถึง การมีแรงจากภายนอกมากระทบศีรษะทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ส่วนต่าง ๆ ของศีรษะคือหนังศีรษะ (Scalp) กะโหลกศีรษะ (Skull) และเนื้อสมองและการบาดเจ็บที่เนื้อสมองนับว่าเป็นอันตรายที่รุนแรงและมีความสำคัญมากที่สุด โดยพบว่าเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตได้ถึง 70% ของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง ฉะนั้นเมื่อกล่าวถึงการบาดเจ็บหรืออันตรายที่สมองจะหมายถึง การบาดเจ็บหรืออันตรายที่เนื้อสมองและผู้ป่วย จะมีอาการรุนแรงอยู่ในภาวะวิกฤตและต้องการรักษาพยาบาลโดยเร่งด่วนและถูกต้อง ทั้งนี้เพื่อช่วยให้รอดชีวิตหรือเกิดความพิการน้อยที่สุด

ภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก หรือชั้นเหนือดูลา (Epidural or Extradural Hemorrhage) หมายถึง การมีเลือดออกระหว่างกะโหลกศีรษะกับเยื่อหุ้มสมองชั้นนอกสุด เลือดที่ออกจะรวมกันเป็นก้อน

(Hematoma) มักพบการแตกของกะโหลกศีรษะร่วมกับมีการฉีกขาดของหลอดเลือดแดง Middle Meningeal Artery อาการแสดงที่พบคือผู้ป่วยส่วนมากจะหมดสติทันทีไปสักครู่หนึ่งแล้วกลับรู้สึกตัวตื่นอาการทั่วไปแจ่มใสเป็นเวลาอาจเป็นหลายชั่วโมงหรือเป็นวันไม่แน่นอน ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการบาดเจ็บ และผู้ป่วยอาจมีอาการปวดศีรษะมากขึ้น มีอาการอาเจียน ชี้น และไม่รู้สีกตัว ม่านตาข้างเดียวกับสมองที่ได้รับการบาดเจ็บขยายโต แขนและขาข้างตรงข้ามกับเลือดออกจะอ่อนกำลังลง การหายใจไม่สม่ำเสมอ หากไม่ได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยอาจถึงเสียชีวิตได้ เมื่อผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บจนหมดสติไปครั้งแรกในระยะสั้นแล้ว กลับมีอาการแจ่มใส ช่วงเวลาที่มีอาการแจ่มใสนี้จนถึงเมื่อผู้ป่วยมีอาการหมดสติไปอีกครั้งเรียกช่วงนี้ว่าระยะพักแจ่มใส (Lucid interval) ซึ่งเป็นอาการแสดงที่สำคัญและใช้ในการวินิจฉัยว่ามีเลือดออกในชั้นระหว่างกะโหลกศีรษะกับเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค เปรียบเทียบและวางแผนปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย

วิธีดำเนินการวิจัย

ศึกษาผู้ป่วยวิกฤต ที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก จำนวน 2 ราย แบบเจาะจงในปี พ.ศ. 2563 เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและสังเกตการณ์ปฏิบัติ การวิเคราะห์เนื้อหาโดยใช้กรอบแนวคิดตามการประเมิน 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

กรณีศึกษา ผู้ป่วย 2 ราย

ผู้ป่วยรายที่ 1 ชายไทยคู่ อายุ 58 ปี รับไว้รักษาในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2563

อาการสำคัญ รับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ด้วยอาการซีดจาง ทรานซิสตัวเอง จำเหตุการณ์ไม่ได้ 5 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

พฤติกรรมสุขภาพ ดื่มสุราทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ครั้งละ 2-3 แก้ว โรคประจำตัว Cirrhosis child C ขาดการรักษา 2 ปี และโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ Atrial fibrillation

การวินิจฉัยโรค Epidural hemorrhage at right temporal and Closed fracture right clavicle Underlying Cirrhosis child C, Atrial fibrillation

การผ่าตัด ไม่ได้รับการผ่าตัด

สรุปอาการและการรักษาพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย

แรกรับที่โรงพยาบาลชุมชนเมื่อวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2563 เวลา 09.30 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวสับสน หายใจมีกลิ่น แอลกอฮอล์ ตรวจทางระบบประสาทแรกรับ E4V5M6 Pupil 2 mm Reaction to light both eyes แขนขาทั้งสองข้างยกได้ สัญญาณชีพ แรกรับ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 131/85 มม.ปรอท O₂sat 98% ปวดศีรษะ ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ Acetar 1,000 ml iv drip 80 cc/hr DTX 279 mg% ได้ยา Vitamin K 30 mg iv stat, Thiamine 1 amp iv stat ส่งผู้ป่วยไปทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง พบ Epidural hemorrhage at right temporal 30 นาทีต่อมาผู้ป่วยซึมลง ตรวจทางระบบประสาท E3V1M5 Pupil 2 mm Reaction to light both eyes แขนขาอ่อนแรง Motor power grade 3 แขนขาอ่อนแรง Motor power grade 5 แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ Atrial fibrillation อัตราการเต้นหัวใจ 168 ครั้งต่อนาที ให้ยา Amiodarone 150 mg + 5% DW 100 ml iv drip in 15 min แล้วส่งต่อมารักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น มาถึงเวลา 13.55 น. รับไว้รักษาหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ Retained NG tube มีเลือดออก NG Lavage ด้วย NSS 1,000 ml ได้ Fresh blood, FAST positive มี Ascites ส่งทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องพบ Liver cirrhosis with ascites

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hct 24 Vol% ได้รับเลือด PRC 2 Unit iv drip unit ละ 3 ชั่วโมง หลังให้เลือดหมดเจาะ Hct ซ้ำ 32 Vol%, Serum potassium 3.35 mmol/L ได้รับ Acetar 1,000 ml add KCL 40 mEq/L iv drip rate 120 ml/hr จำนวน 2 ขวด เจาะเลือดซ้ำ Serum potassium 4.54 mmol/L ,PT22.0 sec. INR 2.00 PTT

38.6 sec. ได้รับ FFP 2 Unit iv drip unit ละ 1 ชั่วโมง เจาะเลือดซ้ำ, PT24.1 sec. INR 2.21 PTT 46.1 sec., Blood Urea Nitrogen 12 mg/dL, Creatinine 2.51 mg/dL, Arterial blood gas pH 7.020 pCO₂ 23.1mmHg pO₂ 70.2 mmHg HCO₃ 6.0 mmol/L, ABE -22.9 mmol/L ได้รับ 7.5% NaHCO₃ 2 amp iv drip in 30 min. เจาะเลือดซ้ำ Arterial blood gas pH 7.252 pCO₂ 21.8mmHg pO₂ 132.2 mmHg HCO₃ 9.7 mmol/L, ABE -15.3 mmol/L

ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ Atrial fibrillation อัตราการเต้นหัวใจ 90 ครั้งต่อนาที ให้ยา Amiodarone 150 mg + 5% DW 100 ml iv drip in 15 min then Amiodarone 900 mg + 5% DW 500 ml iv drip in 24 hrs

ส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางประสาทศัลยแพทย์เรื่องการผ่าตัด Epidural hemorrhage at right temporal แพทย์พิจารณาการรักษาแบบประคับประคอง (Supportive treatment) เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะ Metabolic acidosis, Hypokalemia, Coagulopathy, Atrial fibrillation, Anemia due to blood loss Upper GI Bleeding และส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ เรื่อง Closed fracture right clavicle แพทย์พิจารณาการรักษาแบบประคับประคอง (Supportive treatment) แพทย์ได้ให้ข้อมูลคำปรึกษากับญาติผู้ป่วยให้เข้าใจและทราบเรื่องอาการและแผนการรักษาผู้ป่วย

วันที่ 2 ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ สัญญาณทางระบบประสาท E1VTM5 Pupil 2 mm Reaction to light both eyes แขนขาต้านซ้ายอ่อนแรง Motor power grade 3 แขนขาต้านขวา Motor power grade 5 สัญญาณชีพอุณหภูมิ 35.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 95/48 มม.ปรอท O₂sat 95% ใช้ผ้าห่มไฟฟ้าเพื่อควบคุมอุณหภูมิร่างกายให้เพิ่มขึ้น ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hct ลดลงจาก 32 Vol% เป็น 23 Vol% ได้รับเลือด PRC 2 Unit iv drip unit ละ 3 ชั่วโมง DTX Low ได้รับ 50%Glucose 50 ml iv push DTX ซ้ำ 68 mg% ได้รับ 50%Glucose 50 ml iv push เจาะ DTX ซ้ำ 128 mg% ได้รับสารน้ำ 5%DN/2 1,000 ml iv drip

80 cc/hr, Urine out put ออกน้อยลง 50 ml/ 6 hrs ได้รับสารน้ำเพิ่ม Acetar 500 ml iv load in 30 min Blood Urea Nitrogen 13 mg/dL Creatinine 3.17 mg/dL

เวลา 11.40 น. ผู้ป่วยมี Cardiac arrest คลำชีพจรไม่ได้ เริ่มทำ CPR 6 นาที ได้รับยา Adrenaline 2 amp iv, EKG HR 20 /min ได้รับยา Atropine 1 amp iv, On Dopamine (4:1) iv drip 20 ml/min แพทย์ให้ข้อมูลญาติเรื่องการช่วยเหลือผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นภรรยาและบุตรสาวของผู้ป่วยตัดสินใจไม่ทำหัตถการเพื่อลดความทุกข์ทรมานผู้ป่วย ต่อมาผู้ป่วยเสียชีวิตเวลา 203.5 น. รวมระยะเวลารับไว้รักษาในโรงพยาบาล 2 วัน

ผู้ป่วยรายที่ 2 ชายไทยคู่ อายุ 49 ปี รับไว้รักษาในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 27 มีนาคม พ.ศ. 2563 รวมอยู่รักษา 45 วัน

อาการสำคัญ รับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งด้วยซีร็ดจักรยานยนต์ชนกับจักรยานยนต์ สลบจำเหตุการณ์ไม่ได้ มีแผลที่ศีรษะ ได้กลืนแอลกอฮอล์ 5 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

พฤติกรรมสุขภาพ ดื่มสุราทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง ครั้งละ 4-5 แก้ว โรคประจำตัว Hepatitis C infection

การวินิจฉัยโรค Epidural hemorrhage at frontotemporal with Fracture of skull, Fracture facial bone

การผ่าตัด Right craniotomy to remove clot วันที่ 11 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 Tracheotomy, ORIF c mini plate screw วันที่ 21 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563

สรุปอาการและการรักษาพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย

แรกรับโรงพยาบาลชุมชนเมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2563 เวลา 17.49 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัว มีกลิ่นแอลกอฮอล์ สัญญาณทางระบบประสาทแรกรับ E3V4M6 Pupil 2 mm Reaction to light both eyes แขนขาทั้งสองข้างยกได้ สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 196/100 มม.ปรอท มีแผล Laceration wound

ที่หน้าความยาวผาก 5 เซนติเมตร มี Frontal bone depression ทำแผล Pressure dressing ผู้ป่วยไม่มีอาการ คลื่นไส้ อาเจียน 1 ชั่วโมงต่อมาผู้ป่วยซึมลง สัญญาณทางระบบประสาท E1V3M5 Pupil 2 mm Reaction to light both eyes แขนขาอ่อนแรงเล็กน้อย Motor power grade 4 แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจและให้สารน้ำ 0.9% NSS 1,000 ml iv drip 120 ml/hr DTX 127 mg% Hct 45 Vol% ส่งต่อมาโรงพยาบาลขอนแก่นมาถึงเวลา 19.51 น. ผู้ป่วยได้รับการประเมินสัญญาณชีพและสัญญาณประสาททุก 1 ชั่วโมง เจาะเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ จ้องเลือดเพื่อเตรียมผ่าตัดและเตรียมตัวผู้ป่วย Pre operative for Right craniotomy to remove clot ให้ข้อมูลอาการและแผนการรักษากับญาติและขอความยินยอมในใบยินยอมผ่าตัด ส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดเริ่มผ่าตัดเวลา 22.27-24.00 น.

ผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัดไม่รู้สึกตัว E1VTM5 Pupil 3 mm Sluggish Reaction to light both eyes แขนขาอ่อนแรงเล็กน้อย Motor power grade 4 BP 135/82 มม.ปรอท ชีพจร 112 ครั้งต่อนาที ใส่เครื่องช่วยหายใจ CMV Mode O2sat 98% ได้รับยา Cefazolin 1 gm iv ทุก 6 ชั่วโมง 7 วัน Transamine 1 gm iv ทุก 8 ชั่วโมง 3 วัน Dilantin 100 mg iv ทุก 8 ชั่วโมง Ranitidine 50 mg iv ทุก 8 ชั่วโมง 20% Mannitol 100 ml iv ทุก 6 ชั่วโมง 2 วัน Morphine 3 mg iv ทุก 6 ชั่วโมง 3 วัน Fentanyl (5:1) iv drip rate 10 ml/hr On Acetar 1,000 ml iv drip rate 80 ml/hr ผู้ป่วยได้รับอาหารเหลวทางสายยางวันที่ 3 หลังผ่าตัด Neomun(1.5 :1) 450 ml x 4 feeds

วันที่ 14 ผู้ป่วยมีไข้ เสมหะสีขุ่น ส่งตรวจ Tracheal suction culture พบเชื้อ Moderate Acinetobacter baumannii(CRAB MDR) Few Klebsiella pneumonia

และผลตรวจรังสีทรวงอกพบ Infiltration LLL แพทย์วินิจฉัยปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยา ได้รับยา Colistin 300 mg iv drip in 1 hr ทุก 12 ชั่วโมง 14 วันและ Meropaenam 2 gm iv drip in 3 hr ทุก 8 ชั่วโมง 18 วัน ปรีกษานักกายภาพบำบัดเพื่อช่วยบริหารปอดและกายภาพบำบัด ใช้ลดลงเสมหะลดลง Try wean เครื่องช่วยหายใจได้วันที่ 17 On O2 Collar mask 10 LPM O2sat 98% ได้ยา Be-radual 1 Nebule ฟันทุก 6 ชั่วโมง Acetin 3 mg ผสม NSS up to 4 ml ฟันทุก 6 ชั่วโมง

ก่อนจำหน่ายผู้ป่วย E2VTM5 Pupil 3 mm Sluggish Reaction to light both eyes แขนขาอ่อนแรงเล็กน้อย Motor power grade 4 ใส่ท่อหลอดลมคอหายใจได้เอง BP 110/78 มม.ปรอท ชีพจร 70-80 ครั้งต่อนาที RR 18-20 /min ไม่มีไข้ พยาบาลสอนญาติผู้ป่วยและสาธิตการดูแลแผลท่อหลอดลมคอ การทำความสะอาดท่อหลอดลมคอ การให้อาหารทางสายยาง การดูแลความสะอาดร่างกาย การทำกายภาพบำบัดและอาการผิดปกติ ภาวะแทรกซ้อนที่ต้องมาโรงพยาบาลก่อนวันนัด รวมทั้งส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยกลับไปโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านเพื่อการติดตามเยี่ยมบ้าน แพทย์จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วันที่ 27 มีนาคม พ.ศ. 2563 นัดติดตามอาการหลังจำหน่าย 3 เดือน รวมเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล 45 วัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ได้นำกรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผนของ Gordon มาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ร่วมกับทฤษฎีการพยาบาลของ Orem มาใช้ในการพยาบาล แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะแรกรับ ระยะดูแลต่อเนื่อง และระยะจำหน่าย โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยในภาวะวิกฤตและสามารถดูแลตนเองได้ ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
ระยะแรกเริ่ม	1.ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากมีเลือดออกในสมอง 2.ปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลงเนื่องจากภาวะCardiogenic shock 3.มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อคและเกร็ดเลือดต่ำ 4.เสี่ยงต่อพร่องออกซิเจน 5.ภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ	1. ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากมีเลือดออกในสมอง 2. เสี่ยงต่อพร่องออกซิเจน 3. การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด Craniotomy
ระยะต่อเนื่อง	6. ภาวะ Hypoglycemia 7.ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ 8.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสารน้ำและอาหาร 9.เสี่ยงต่อภาวะชักเนื่องจากพยาธิสภาพที่สมอง 10.พร่องความสามารถในการทำกิจวัตร 11.ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย	4.เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกซ้ำเนื่องจากสมองได้รับการกระทบกระเทือนจากการผ่าตัด 5.เสี่ยงต่อภาวะชักเนื่องจากพยาธิสภาพที่สมอง 6.เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากมีแผลผ่าตัด Craniotomy 7.ไม่สุขสบาย เนื่องจาก เจ็บปวดบาดแผลผ่าตัด 8.การติดเชื้อทางเดินหายใจ 9.พร่องความสามารถในการทำกิจวัตร 10.มีท่อเจาะคอ
ระยะจำหน่าย	12.มีความบกพร่องของจิตใจและอารมณ์จากความโศกเศร้าเนื่องจากญาติสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก	11.ญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วย หลังกลับบ้าน

ผลการวิจัย

1) ผู้ป่วยทั้งสองรายขณะขับชีจี้กรยานยนต์ไม่สวมหมวกนิรภัย ต้มสุรา ผู้ป่วยรายที่หนึ่งมีโรคประจำตัว Liver cirrhosis child C หัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะเลือดเป็นกรดเกลือแร่โพแทสเซียมในเลือดต่ำ ไตทำงานผิดปกติปัสสาวะออกน้อย ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ซึ่งปัจจัยทั้งหมดดังกล่าวส่งผลให้เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงมากขึ้นผู้ป่วยไม่พร้อมผ่าตัดฉุกเฉินส่งผลให้ผู้ป่วยรายนี้เสียชีวิต ส่วนผู้ป่วยรายที่สองได้รับการผ่าตัดเอาก้อนเลือดออกภายใน 6 ชั่วโมงหลังจากเกิดอุบัติเหตุ มีภาวะติดเชื้อที่ปอดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานเนื่องจากผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว

ผู้ป่วย 2 รายมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกันจำนวน 4 ข้อ และต่างกัน 7 ข้อ

2) ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาใน 3 ระยะของการดูแล ปัญหาประกอบด้วยภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากมีเลือดออกในสมอง ปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลงเนื่องจากภาวะ Cardiogenic shock มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อคและเกร็ดเลือดต่ำ เสี่ยงต่อพร่องออกซิเจน ภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ ภาวะ Hypoglycemia ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสารน้ำและอาหาร เสี่ยงต่อภาวะชักเนื่องจากพยาธิสภาพที่สมอง พร่องความสามารถในการทำกิจวัตร ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย

มีความบกพร่องของจิตใจและอารมณ์จากความโศกเศร้า เนื่องจากญาติสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด Craniotomy .เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกซ้ำเนื่องจากสมองได้รับการกระทบกระเทือนจากการผ่าตัด เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากมีแผลผ่าตัด Craniotomy ไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บปวดบาดแผลผ่าตัด การติดเชื้อทางเดินหายใจญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วย หลังกลับบ้าน

สรุป

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอกที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองและการรักษาด้วยการผ่าตัด รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมความรุนแรงการบาดเจ็บต่อสมอง และภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ฉะนั้นการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บต่อสมอง พยาบาลต้องประเมินอาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และต่อเนื่อง เพื่อประเมินความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาลทั้งในระยะที่จะเข้าสู่ระยะวิกฤตและระยะฟื้นฟู การปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางอย่างถูกต้องครบถ้วนจะสามารถลดภาวะแทรกซ้อน ลดวันนอนโรงพยาบาล ลดความพิการ และลดอัตราการเสียชีวิตได้

วิจารณ์

กรณีศึกษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุจราจรไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่หรือนั่งซ้อนจักรยานยนต์ ทำให้เกิดการบาดเจ็บและมีเลือดออกในสมอง การเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บต่อสมอง พยาบาลต้องมีความรู้และความเข้าใจถึงผลกระทบทางสรีรวิทยาของ ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงโดยให้ความสำคัญในเรื่องของการสังเกตอาการที่สำคัญและการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและทันทั่วทั้งเนื่องจากการจัดการภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงมี

ความซับซ้อน การประเมินอาการและการจัดการปัญหาสุขภาพในผู้ป่วยที่มีความดันในกะโหลกศีรษะสูงตั้งแต่ระยะเริ่มแรกเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่ กระบวนการฟื้นฟูเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ลด ความรุนแรงของโรค ลดความพิการ และอัตราการเสียชีวิต

การรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองเพื่อลดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงด้วยการผ่าตัดนั้น

ผู้ป่วยต้องมีความพร้อมก่อนการผ่าตัดด่วน โดยการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดด่วนที่สำคัญคือ การประเมินความพร้อมด้านร่างกาย สัญญาณชีพ สัญญาณทางระบบประสาท ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจอื่น ๆ เช่น ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ผลตรวจเอกซเรย์ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง เมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมโดยแพทย์ผู้ทำการรักษาพิจารณาความพร้อมและตัดสินใจรักษาด้วยการผ่าตัด พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับการรักษาแบบประคับประคองเพื่อลดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิตหลายปัจจัย ทำให้เกิดภาวะสมองเคลื่อนและเสียชีวิต ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาพบว่ามีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 69-95⁷ การเตรียมความพร้อมด้านความรู้ ทักษะ พยาบาล การประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานภายในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล รวมทั้งการเตรียมอุปกรณ์ต่างๆให้พร้อมใช้งานในภาวะวิกฤตเป็นปัจจัยสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ปอดหลังการใส่เครื่องช่วยหายใจทำให้ระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบเป็นประเด็นสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มบาดเจ็บที่สมองระดับรุนแรง พยาบาลต้องปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อที่ปอดอย่างเคร่งครัด และมีการติดตามประเมินอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการให้คำแนะนำญาติผู้ดูแลให้เข้าใจหลักการป้องกันการติดเชื้อ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยในระยะที่รักษาในโรงพยาบาลและเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

พฤติกรรมสุขภาพที่ดีที่จะช่วยป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรเป็นสิ่งสำคัญบทบาทพยาบาลในการส่งเสริม ป้องกัน และลดความรุนแรงการบาดเจ็บเพื่อให้ผู้ป่วยและประชาชนมีสุขภาพดี เมื่อเกิดการบาดเจ็บฉุกเฉินประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ทันที เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน และเสียชีวิตได้

เอกสารอ้างอิง

1. ไพบุลย์ สุริยวงศ์ไพศาล. เส้นทางแห่งอุบัติเหตุ. กรุงเทพฯ ฯ : มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ; 2548.
2. วิทยา ขาติบัญญัติชัย และคณะ.คู่มือการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น : สำนักงาน บริหารโครงการวิจัยและตำรา โรงพยาบาล ขอนแก่น ; 2547.
3. สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย. การดูแลผู้ป่วยก่อนนำส่งโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ : ศูนย์นเรนทร ; 2549.
4. สำนักกระบาดวิทยาของควบคุมโรค.ข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ ; 2548.
5. American College of Surgeons Committee on Trauma. “Advanced trauma life support for doctors.” ATLS student course manual 1 ; 2004. p 7.
6. จังหวัดขอนแก่น.รายงานการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน 3 ฐาน. ขอนแก่น ; 2562.
7. Fan JY. Effect of backrest position on intracranial pressure and cerebral perfusion pressure in individuals with brain injury: a systemic review. JNN 2004 ; 36(5) : 278-88.

