



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โทร. ๐ ๓๘๒๘ ๕๕๑๑ ต่อ ๒๔๖๗ - ๘

ที่ ขบ ๐๐๓๓/ ๑๕๗๐๑

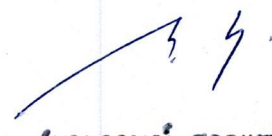
วันที่ ๑๓ กรกฎาคม ๒๕๖๙

เรื่อง แจ้งรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกที่ได้รับอนุมัติและติดประกาศให้มีโอกาสตกค้างเป็นเวลา ๓๐ วัน
และจัดส่งผลงานทางวิชาการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพัทยาพนม คุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนสนิม
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ
และหัวหน้ากลุ่มงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ได้ดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติและเอกสารประกอบ การคัดเลือกบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ จำนวน ๑ ราย ซึ่งผู้บังคับบัญชาพิจารณาเห็นชอบ และเสนอผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี อนุมัติบุคคลและประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกบุคคลฯ แล้ว ตามประกาศจังหวัดชลบุรี ลงวันที่ ๑๐ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๙ ดังบัญชีรายละเอียดแนบท้ายนี้ จึงขอให้หน่วยงานติดประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมิน บุคคลฯ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวน และเงื่อนไขที่ คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะตกค้างให้ตกค้างได้ 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 ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคล ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดชลบุรี ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๑ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑	นางสาวสิดาพร สังฆมานนท์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

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

ประกาศ ณ วันที่ ๑๐ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

(นายพงศ์สิทธิ์ ปิจนันท์)

รองผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดชลบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวสิตาพร สังฆมานนท์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ	๒๒๓๕๒๓	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๒๓๕๒๓	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน ลำดับที่ ๑	การพัฒนาการสังเกตอาการในผู้ป่วยเจ็บทางสมองสำหรับผู้ป่วยและญาติ				๑๐๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	การพัฒนาการสังเกตอาการในผู้ป่วยเจ็บทางสมองสำหรับผู้ป่วยและญาติ				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”					

5.3.6 ศึกษาผู้ป่วยรายโรค (Case conference) ที่สนใจเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญใน
หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

5.3.7 ร่วมเข้าประชุมวิชาการตามที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้างานในสาขาการพยาบาลและอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

5.3.8 ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและนำไปใช้ประโยชน์ในการพยาบาล

5.3.9 ร่วมการทำวิจัย/สนับสนุนการทำวิจัย และนำผลการวิจัยมาใช้ในการงานบริการพยาบาล

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพัฒนาการสังเกตอาการในผู้บาดเจ็บทางสมองสำหรับผู้ป่วยและญาติ

2. ระยะเวลาดำเนินการ

ตั้งแต่วันที่ 10 พฤศจิกายน 2568 เวลา 20.13 น. ถึงวันที่ 10 พฤศจิกายน 2568 เวลา 22.15 น. รวมระยะเวลาที่รับ
ไว้ดูแลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช 2 ชั่วโมง 2 นาที

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ความหมายของการได้รับบาดเจ็บทางสมอง

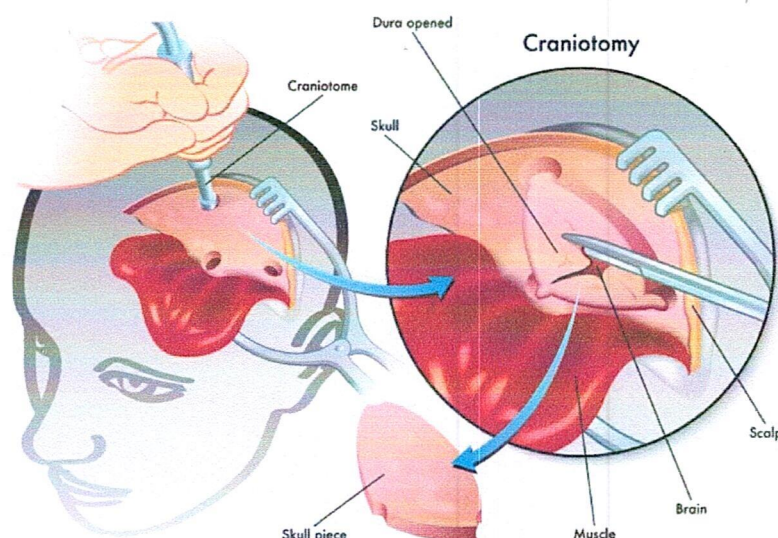
Traumatic Brain Injury (TBI) หมายถึง ภาวะที่สมองได้รับการบาดเจ็บจากแรงกระแทกหรือแรงภายนอกที่มา
กระทบต่อศีรษะ ทำให้เกิดความผิดปกติของโครงสร้างหรือการทำงานของสมอง ซึ่งอาจส่งผลต่อระดับความ
รู้สึกตัว การรับรู้ ความจำ การเคลื่อนไหว อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วย

สมองประกอบด้วยส่วนสำคัญ เช่น

Cerebrum ควบคุมการคิดและการเคลื่อนไหว

Cerebellum ควบคุมการทรงตัว

Brainstem ควบคุมการหายใจและการเต้นของหัวใจ



ภาพนี้แสดงถึงกายวิภาคของสมอง

สาเหตุหลักของการได้รับบาดเจ็บทางสมอง (Centers for Disease Control and Prevention. (2023). *Get the facts about TBI.*) (Mayo Clinic. (2021, February 4). *Traumatic brain injury.*) (National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (2023). *Traumatic brain injury (TBI).*)

1. การหกล้ม (Falls) เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและเด็กเล็ก เช่น การตกเตียง ลื่นล้มในห้องน้ำ หรือตกบันได
2. อุบัติเหตุทางรถยนต์ (Vehicle-related collisions): ไม่ว่าจะเป็นรถยนต์ รถจักรยานยนต์ หรือคนเดินถนนที่ถูกรถชน มักก่อให้เกิดการบาดเจ็บที่รุนแรง
3. การถูกทำร้ายร่างกาย (Violence) เช่น การถูกตีที่ศีรษะ การยิงกัน หรือเหตุการณ์ความรุนแรงในครอบครัว (รวมถึงกลุ่มอาการทารกกถูกสั่นสะเทือน หรือ Shaken Baby Syndrome)
4. การบาดเจ็บจากการเล่นกีฬา (Sports injuries) พบมากในกีฬาที่มีการปะทะ เช่น ฟุตบอล มวย บาสเกตบอล หรือสเก็ตบอร์ด
5. การระเบิดและแรงกระแทกจากสงคราม (Explosive blasts and combat injuries) มักพบในบุคลากรทางการทหาร โดยแรงอัดอากาศจากการระเบิดสามารถทำให้เนื้อสมองเสียหายได้แม้ไม่มีบาดแผลภายนอก

อาการและอาการแสดง

1. อาการบาดเจ็บระดับเล็กน้อย (Mild TBI / Concussion)

- 1.1 ด้านร่างกาย : ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย มีปัญหาด้านการนอนหลับ หรือเวียนศีรษะ
- 1.2 ด้านประสาทสัมผัส : ตาพร่ามัว หูอื้อ หรือการรับรสชาติ/กลิ่นเปลี่ยนไป
- 1.3 ด้านจิตใจและอารมณ์ : มีอาการมึนงงชั่วคราว สับสน ขี้หลงขี้ลืม หรืออารมณ์แปรปรวน

2. อาการบาดเจ็บระดับปานกลางถึงรุนแรง (Moderate to Severe TBI)

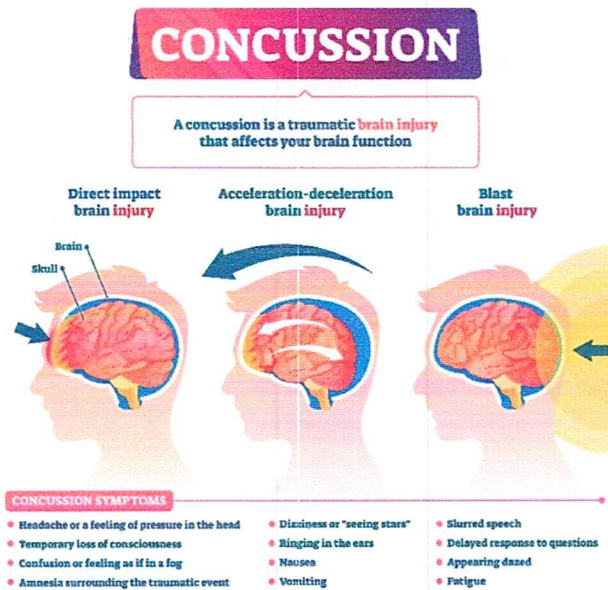
อาการในกลุ่มนี้มักปรากฏให้เห็นภายในไม่กี่ชั่วโมงหลังเกิดเหตุ

- 2.1 ด้านร่างกาย : ปวดศีรษะอย่างรุนแรงไม่หาย อาเจียนพุ่ง ชัก หรือมีของเหลวใส (น้ำไขสันหลัง) ไหลออกจากหูหรือจมูก
- 2.2 ด้านพฤติกรรม : สับสนอย่างรุนแรง พุดจาไม่รู้เรื่อง มีพฤติกรรมก้าวร้าวผิดปกติ
- 2.3 ด้านระบบประสาท : รูม่านตาขยายข้างเดียวหรือไม่ตอบสนองต่อแสง กล้ามเนื้ออ่อนแรง

3. อาการในเด็กเล็ก (Symptoms in Children)

เนื่องจากเด็กเล็กอาจจะไม่สามารถสื่อสารความรู้สึกออกมาเป็นคำพูดได้ ให้สังเกตสัญญาณเหล่านี้

- 3.1 ร้องไห้ไม่หยุดและปลอบโยนได้ยาก
- 3.2 พฤติกรรมการกินหรือการนอนเปลี่ยนไปอย่างชัดเจน
- 3.3 เชื่องซึม ไม่ร่าเริงเหมือนปกติ หรือขาดความสนใจในของเล่นที่เคยชอบ



ภาพนี้แสดงถึงกายวิภาคของสมองเมื่อได้รับบาดเจ็บ

การวินิจฉัยโรค (American Association of Neurological Surgeons. (n.d.). *Traumatic brain injury*.)

1. การประเมินทางคลินิก (Clinical Assessment)

1.1 Glasgow Coma Scale (GCS) เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการวัดระดับความรู้สึกตัว โดยประเมินจาก 3 ด้าน

คือ การลืมตา (Eye opening), การตอบสนองทางคำพูด (Verbal response), และการเคลื่อนไหว (Motor response) คะแนนรวมจะอยู่ระหว่าง 3–15 คะแนน สามารถแบ่งระดับความรุนแรงได้เป็น

1.1.1 ระดับเล็กน้อย (Mild) 13-14 คะแนน

1.1.2 ระดับปานกลาง (Moderate) 9-12 คะแนน

1.1.3 ระดับรุนแรง (Severe) 3-8 คะแนน

การประเมินระดับความรู้สึกตัวด้วย Glasgow Coma Scale (GCS) เพื่อประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บทางสมอง



1. ประเมินการลืมตา (Eyes Open (E))

1.1 Grade 4 (Spontaneously) หมายถึง ลืมตาได้เอง หลับตาได้เอง สามารถลืมตา-หลับตามาตามที่บอกได้ และรับรู้สิ่งแวดล้อม

1.2 Grade 3 (To speed) หมายถึง ผู้ป่วยลืมตาเมื่อเรียก หรือกระตุ้นโดยตะโกนหรือเขย่าตัวจึงจะลืมตา

1.3 Grade 2 (To pain) หมายถึง ผู้ป่วยจะลืมตาเมื่อเจ็บปวด เช่น กดเล็บ โดยการใช้ด้ามดินสอกดบริเวณโคนเล็บมือจึงจะลืมตา แต่จะไม่ใช้วิธีการกดบนกระบอกตาระหว่างคิ้วทั้งสองข้าง (supra-orbital notch)

1.4 Grade 1 (No Response) หมายถึง ผู้ป่วยไม่ลืมตาเลย แม้ถูกกระตุ้นด้วยความเจ็บปวดที่รุนแรงที่สุด



2. ประเมินการสื่อสารภาษา (Best verbal response (V))

- 2.1. Grade 5 (Orientated) หมายถึง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยได้ไม่สับสน
- 2.2. Grade 4 (Confused) หมายถึง ผู้ป่วยพูดคุยได้แต่สับสน
- 2.3. Grade 3 (Inappropriate words) หมายถึง ผู้ป่วยพูดเป็นคำ ไม่เป็นประโยค
- 2.4. Grade 2 (Incomprehensible sounds) หมายถึง ผู้ป่วยส่งเสียงไม่เป็นคำพูด เช่น เสียงอืออ
- 2.5. Grade 1 (None) หมายถึง ไม่มีการออกเสียงเลยเมื่อถูกกระตุ้น



3. ประเมินการเคลื่อนไหว (Best Motor Response(M)) เป็นการตรวจการเคลื่อนไหวที่ดีที่สุดของแขนเท่านั้น เพราะเห็นได้ชัดเจนและไม่มี Withdrawal Spinal Reflex ของไขสันหลังมาเกี่ยวข้อง

3.1. Grade 6 (Obey commands) หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำตามบอกได้

3.2. Grade 5 (Localize pain) หมายถึง ผู้ป่วยทราบตำแหน่งที่เจ็บ พยายามเอามือมาปิด หรือยกมือขึ้นมา บริเวณเจ็บปวดได้

3.3. Grade 4 (NonPurposeful) หมายถึง ผู้ป่วยชักแขนขาหนีเมื่อเจ็บ ผู้ป่วยจะตอบสนองต่อความเจ็บปวดเร็ว เช่น ใช้นิ้วตมดินสอกดที่เล็บมือก็ขยับแขนหนี

3.4. Grade 3 (Flexion to pain) หมายถึง แขนงอผิดปกติ ผู้ป่วยจะตอบสนองต่อความเจ็บปวดช้า และตอบสนองต่อความเจ็บปวดในท่าเดียวกัน โดยแขนเคลื่อนไหวผ่านหน้าอก ขาเกร็งเหยียดตรง ปลายแขนหมุนเข้า หาลำตัวรูป คล้ายตัว C เรียกลักษณะนี้ว่า Decorticate rigidity

3.5. Grade 2 (Extension to pain) หมายถึง ผู้ป่วยเหยียดเกร็งแขน เมื่อถูกกระตุ้นด้วย Pain โดยเหยียดเกร็ง แขนไปกับลำตัว ลักษณะนี้เรียกว่า Decerebrate rigidity

3.6. Grade 1 (No response) หมายถึง ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อ Pain เลย อาจมีหรือไม่มีการกระตุกของนิ้วมือ นิ้วเท้า ซึ่งเป็นการตอบสนองโดย Reflex เท่านั้น

1.2 การซักประวัติ แพทย์จะสอบถามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจากผู้ป่วยในเหตุการณ์หรือกู้ชีพ เพื่อทราบกลไกการ

บาดเจ็บ (เช่น ความเร็วของรถ หรือความสูงที่ตกลงมา)

2. การตรวจวินิจฉัยด้วยภาพถ่ายรังสี (Imaging Tests)

เมื่อประเมินเบื้องต้นแล้ว แพทย์จะส่งตรวจเพิ่มเติมเพื่อดูความเสียหายภายในกะโหลกศีรษะ

2.1 Computerized Tomography (CT SCAN) เป็นวิธีที่นิยมที่สุดในห้องฉุกเฉิน เพราะทำได้รวดเร็ว สามารถ

ตรวจพบกระดูกแตก เลือดออกในสมอง (Hemorrhage) หรือสมองบวมได้อย่างชัดเจน

2.2 Magnetic Resonance Imaging (MRI) มักใช้ในกรณีที่อาการไม่สัมพันธ์กับผล CT หรือต้องการดูรายละเอียด

ความเสียหายของเนื้อสมองในระดับลึก (Diffuse axonal injury) หลังจากผู้ป่วยมีอาการคงที่

3. การตรวจติดตามความดันภายในกะโหลกศีรษะ (Intracranial Pressure Monitoring)

ในกรณีที่สมองบวมมาก แพทย์อาจสอดอุปกรณ์เข้าไปในกะโหลกศีรษะเพื่อวัดค่า ICP (Intracranial Pressure)

เพราะหากความดันสูงเกินไปจะทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่ได้และเกิดความเสียหายถาวร

การรักษา (Riggio, S. (2023, July). *Management of traumatic brain injury*. Merck Manual Professional Edition.)

1. การรักษาเบื้องต้นในระยะฉุกเฉิน (Acute Care)

1.1 การประเมินซ้ำ: ใช้ Glasgow Coma Scale (GCS) เพื่อติดตามระดับความรู้สึกตัวอย่างใกล้ชิด

2. การรักษาด้วยยา (Medications)

2.1 ยาขับปัสสาวะ (Diuretics) เช่น *Mannitol* เพื่อลดความดันภายในกะโหลกศีรษะและลดอาการสมองบวม

2.2 ยากันชัก (Anti-seizure drugs) มักให้ในช่วงสัปดาห์แรกหลังบาดเจ็บ เนื่องจากผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการชัก

2.3 ยาที่ทำให้หลับลึก (Coma-inducing drugs) ในกรณีที่ความดันในกะโหลกสูงมาก แพทย์อาจใช้ยาเพื่อให้สมองพักการทำงานและใช้พลังงานน้อยลง

3. การผ่าตัด (Surgery)

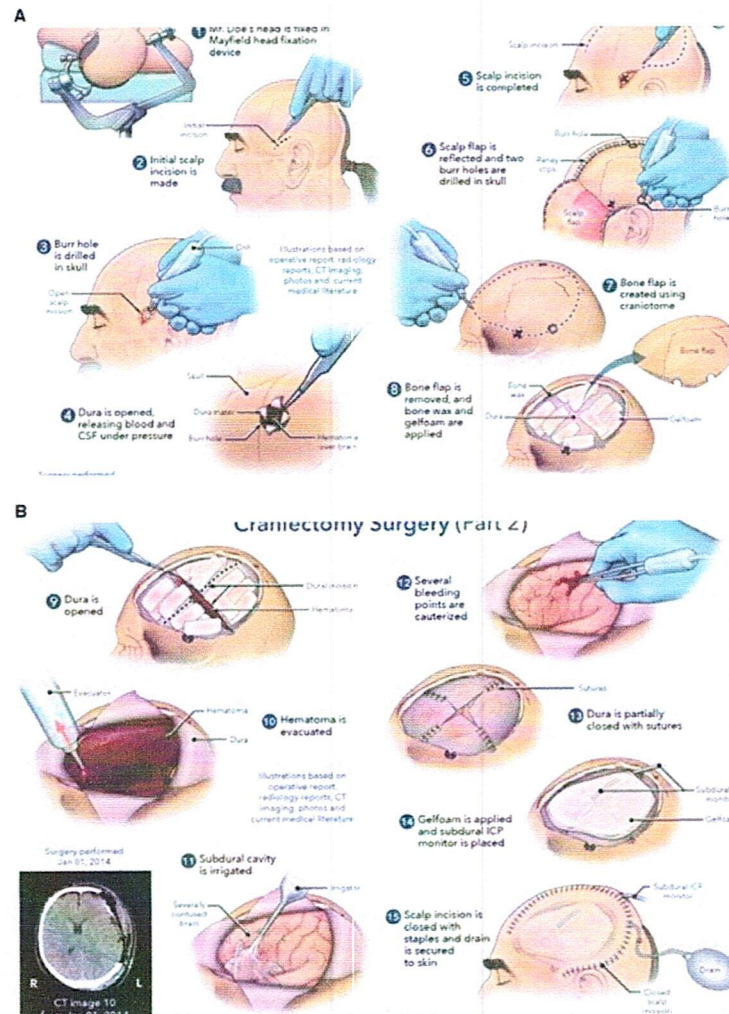
ในกรณีที่การรักษาด้วยยาไม่ได้ผล หรือมีความเสียหายเชิงโครงสร้างที่ชัดเจน

3.1 การระบายเลือดเสีย (Removing Clotted Blood) การผ่าตัดเอาเลือดที่คั่งอยู่ในสมอง (Hematoma) ออกเพื่อลดแรงกดทับ

3.2 การซ่อมแซมกะโหลกศีรษะ ในกรณีที่กะโหลกแตกหรือร้าว

3.3 การผ่าตัดกะโหลกศีรษะ (Craniectomy) การเปิดชิ้นส่วนกะโหลกออกชั่วคราวเพื่อให้สมองที่มีอาการบวมมีพื้นที่ขยายตัว เช่น เนื้องอกสมอง ,เลือดออกในสมอง ,สมองบวม ,ความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง หลังการผ่าตัด กระดูกกะโหลกจะถูกนำกลับมาติดตั้งในตำแหน่งเดิมและเย็บปิดแผล

3.3.1 ภาพพยาธิสภาพของการผ่าตัดสมอง



คำอธิบายภาพ ขั้นตอนการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ

1. แพทย์เปิดหนังศีรษะ
2. ตัดกระดูกกะโหลกศีรษะ
3. เปิดเยื่อหุ้มสมอง (Dura mater)
4. ทำการรักษาโรคในสมอง
5. ปิดเยื่อหุ้มสมองและใส่กระดูกกลับ

4. การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation)

เมื่อพ้นขีดอันตราย ผู้ป่วยมักต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูทักษะที่สูญเสียไป

4.1 กายภาพบำบัด (Physical Therapy): เน้นการเคลื่อนไหวและการทรงตัว

4.2 กิจกรรมบำบัด (Occupational Therapy): ฝึกการทำงานวัตรประจำวัน เช่น การแต่งตัว การกินอาหาร

4.3 อรรถบำบัด (Speech Therapy): ฝึกการพูดและการสื่อสาร รวมถึงการฝึกกลืน

การพยาบาล (Hickey, J. V., & Strayer, A. L. (Eds.). (2019). *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing* (8th ed.). Wolters Kluwer.) (McNett, M., Gianakis, A., & Doheny, M. (2021).

Nursing care of patients with traumatic brain injury. In D. S. Hebra (Ed.), *Emergency nursing: Principles and practice* (pp. 455–470). Elsevier.) (The Joanna Briggs Institute. (2022). *Traumatic brain injury: Acute management*. JBI Evidence Summary.) (Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M.

E. (2022). *Critical care nursing: Diagnosis and management* (9th ed.). Elsevier.)

1. การประเมินและการจัดการระยะแรก (Primary Survey)

A - Airway & C-spine Protection ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งด้วยวิธี Jaw Thrust และใส่ Hard Collar เพื่อประคองกระดูกต้นคอจนกว่าจะยืนยันได้ว่าไม่มีการหัก กรณีผู้ป่วย GCS 8 เตรียมอุปกรณ์ดูดเสมหะ (Suction) ที่มีความดันเหมาะสม และเตรียมอุปกรณ์ใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal Tube)

B – Breathing ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ให้ออกซิเจนความเข้มข้นสูงเพื่อให้ SpO₂ > 94 % ฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดร่วม เช่น ลมรั่วในช่องอก (Tension Pneumothorax) ซึ่งจะส่งผลต่อการแลกเปลี่ยนก๊าซ หาก GCS 8 พยาบาลต้องเตรียมอุปกรณ์ช่วยหายใจ (Intubation) ทันที

C – Circulation ประเมินสัญญาณชีพ เปิดเส้นเลือดดำส่วนปลาย (IV line) อย่างน้อย 2 สายด้วยเข็มเบอร์ใหญ่ (เบอร์ 18) เริ่มให้สารน้ำกลุ่ม Isotonic Crystallloid (เช่น 0.9% NSS) เพื่อรักษาความดันโลหิต (SBP > 100-110 mmHg) และเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงสมองเพียงพอ (Cerebral Perfusion Pressure) หลีกเลี่ยงน้ำเกลือที่มีน้ำตาล เพราะจะทำให้สมองบวมมากขึ้น

D – Disability ประเมินระดับความรู้สึกตัวด้วย Glasgow Coma Scale (GCS) และตรวจการตอบสนองของรูม่านตา (Pupil reflex)

E – Exposure สำนวณบาดแผลทั่วร่างกายและป้องกันภาวะตัวเย็น (Hypothermia)

2. การประสานงานและการส่งตรวจ (Interventions & Coordination)

ใช้การสื่อสารแบบ SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation)

2.1 การแจ้งเหตุและสถานการณ์ (Situation)

ระบุตัวตนผู้ส่งต่อ จุดประสงค์ที่ต้องการส่งต่อให้ชัดเจน และเตรียมข้อมูลเบื้องต้น: ชื่อ-นามสกุล อายุ สิทธิการรักษา และวินิจฉัยเบื้องต้น (Diagnosis)

2.2 ข้อมูลภูมิหลัง (Background)

สรุปอาการสำคัญและการรักษาที่ได้รับไปแล้ว รวมทั้งสาเหตุที่ต้องใส่ท่อ เช่น Respiratory Failure จาก Pneumonia หรือ Alteration of Conscious พร้อมแจ้งรายละเอียดอุปกรณ์ใส่ท่อช่วยหายใจเบอร์อะไร (ET tube size), ความลึกที่ขีดกึ่งเซนติเมตร (Mark at), ชนิดของเครื่องช่วยหายใจที่ใช้อยู่ และแจ้งประวัติสำคัญ โรคประจำตัว, การแพ้ยา หรือสถานะสัญญาณชีพก่อนหน้านี้

2.3 การประเมินอาการปัจจุบัน (Assessment)

แจ้งสถานะล่าสุดเพื่อให้ปลายทางเตรียมทีมรับมือ

2.3.1 Vital Signs ความดันโลหิต (Blood Pressure), อัตราการเต้นของหัวใจ (Heart Rate), ค่าออกซิเจนปลายนิ้ว (SpO2)

2.3.2 Ventilator Settings แจ้งโหมดและค่าที่ตั้งไว้ (เช่น Mode AC, FiO2 1.0, PEEP 5)

2.3.3 ยาสูญเสียความรู้สึก/ยากระตุ้นความดัน เช่น กำลังให้ Levophed หรือ Morphine drip อยู่

2.3.4 ระดับความรู้สึกตัว GCS Score หรือการตอบสนองต่อยา sedation

2.4 ข้อเสนอแนะและความต้องการ (Recommendation)

ระบุความต้องการปลายทางและการเตรียมความพร้อมระหว่างเคลื่อนย้าย

2.4.1 เหตุผลการส่งต่อ เช่น ต้องการ ICU, ต้องการพบแพทย์เฉพาะทางด้านหัวใจ

2.4.2 การเตรียมตัว แจ้งว่าตอนนี้ผู้ป่วย Stable/Unstable พร้อมออกเดินทางภายในเวลา และมีทีมแพทย์และพยาบาลร่วมเดินทางไปด้วย

2.4.3 ประสานปลายทาง ทางปลายทางมีเตียงว่างหรือเครื่องช่วยหายใจรองรับพร้อมหรือไม่

2.5 การเตรียมส่ง CT Scan พยาบาลต้องประเมินความพร้อมและดูแลความปลอดภัยระหว่างเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

2.6 การจัดการยา เตรียมและให้ยาตามแผนการรักษา เช่น ยาขับปัสสาวะกลุ่ม Mannitol หรือยากันชัก

2.7 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เจาะเลือดระดับน้ำตาล (Glucose), เกลือแร่ (Electrolytes), และการแข็งตัวของเลือด (Coagulation)

3. การพยาบาลหลังการจัดการเบื้องต้น (Post-stabilization Nursing Care)

การเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased ICP) ในผู้ป่วยบาดเจ็บทางศีรษะ (Head Injury)

3.1 การสังเกตอาการแสดง (Clinical Signs)

อาการระยะเริ่มแรก (Early Signs)

1. ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง (LOC) สับสน กระสับกระส่าย ซึมลง หรือเรียกตอบสนองช้าลง
2. อาการปวดศีรษะ ปวดรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ หรือปวดมากเวลาไอ/เบ่ง
3. การอาเจียน มีลักษณะ "อาเจียนพุ่ง" (Projectile Vomiting) โดยไม่มีอาการคลื่นไส้ก่อน

อาการระยะท้าย (Late Signs) สัญญาณอันตรายขั้นวิกฤต

1. Cushing's Triad: สัญญาณชีพที่บ่งบอกว่าสมองเริ่มถูกเบียดทับอย่างหนัก ประกอบด้วย Systolic BP สูงขึ้น (ความดันตัวบนสูงขึ้นจนห่างจากตัวล่าง), Pulse ช้าลง (Bradycardia, การหายใจผิดปกติ (เช่น หายใจเป็นพักๆ หรือหายใจไม่สม่ำเสมอ)

3.2 การประเมินทางระบบประสาท (Neurological Monitoring)

ใช้เครื่องมือมาตรฐานในการวัดระดับความรุนแรง

1. Glasgow Coma Scale (GCS) ประเมินการลืมตา การตอบสนองต่อคำพูด และการเคลื่อนไหว
2. จุดเฝ้าระวังหากคะแนน GCS ลดลงตั้งแต่ 2 คะแนนขึ้นไป จากเดิม ต้องรีบรายงานแพทย์ทันที
3. Pupil Reaction ตรวจดูขนาด (Size) และการตอบสนองต่อแสง (Reaction to light)
4. เฝ้าระวังรูม่านตาที่ขยายข้างเดียว (Anisocoria) หรือไม่ตอบสนองต่อแสง (Fixed) ซึ่งบ่งบอกถึงการกดทับเส้นประสาทสมองคู่ที่ 3

หากพบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยง หรือต้องการป้องกันไม่ให้ความดันสูงขึ้น ให้ปฏิบัติดังนี้

Positioning & Environment

1. 30 (Head up) ยกศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อให้เลือดดำไหลกลับจากสมองได้สะดวก ลดอาการสมองบวม
2. Neutral (ตรง) จัดศีรษะและคอให้อยู่ในแนวตรง ห้ามพับหรือบิดคอ เพราะจะไปกดทับหลอดเลือด Jugular vein ทำให้เลือดไหลออกจากสมองไม่ได้
3. Calm (สงบ) จำกัดการดูดเสมหะ (Suction) เท่าที่จำเป็นเท่านั้น (ไม่เกิน 10-15 วินาที/ครั้ง)

Intracranial Pressure (ICP) Control

1. ประเมิน Cushing's Triad (SBP สูง/กว้าง, ชีพจรช้า, หายใจผิดปกติ) ทุก 15 นาที
2. ดูแลความสบาย: ให้อาบน้ำตามแผนการรักษา เพราะความเจ็บปวดและความสับสนจะทำให้ ICP พุ่งสูงขึ้น
3. หากต้องดูดเสมหะ ให้ทำเท่าที่จำเป็น (ไม่เกิน 10 วินาทีต่อครั้ง) และเพิ่ม O2 100 % ก่อนและหลังทำเสมอ

Metabolic Control

1. Temperature เช็ดตัวลดไข้ทันทีหาก T 38.0C เพื่อลดการใช้พลังงานของสมอง
2. Glucose เจาะน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX) เพื่อคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในช่วง 80-120 mg/dL (ป้องกันทั้งภาวะน้ำตาลต่ำและสูงเกินไป)

Safe Transport

1. ก่อนนำผู้ป่วยไป CT Scan หรือส่งต่อไปยังหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) พยาบาลต้องตรวจสอบว่าระดับออกซิเจนและความดันโลหิตคงที่ และมีอุปกรณ์ฉุกเฉินพร้อมเคลื่อนย้าย

ตารางสรุปการประเมิน (Monitoring Checklist)

สิ่งที่ต้องตรวจ	ปกติ	ผิดปกติ (ต้องรายงานด่วน)
GCS Score	คงที่ หรือ ดีขึ้น	ลดลง 2 คะแนน
Pupils	2-3 mm, React to light	ขนาดไม่เท่ากัน, Fixed, ขยายข้างเดียว
Motor Power	ขยับได้เท่ากันทั้ง 2 ข้าง	อ่อนแรงซีกใดซีกหนึ่ง (Hemiparesis)
Vital Signs	สม่ำเสมอ	BP สูงขึ้นร่วมกับชีพจรช้าลง

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 22 ปี มาด้วยประวัติรับแจ้งจาก FR ออกรับ 30 นาทีก่อนมาผู้ป่วยชายไทยอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ชนคนเดินเท้าที่หน้าโรงเรียนผืนแจ่ม ไม่สวมหมวกกันน็อค มีแผลฉีกขาดที่ทางคิ้วข้างซ้ายขนาดใหญ่ถึงที่เกิดเหตุพบผู้ป่วย รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ทำตามสั่งได้ ใส่ Hard collar c long spinal board เคลื่อนย้ายกลับโรงพยาบาล

แรกรับที่ห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยซึม ปลุกไม่ตื่น ไม่ลืมตา ไม่ทำตามสั่ง ไม่พูด Glasgow coma score = 5 คะแนน E1M3V1 ,Pupil 2 mm reaction to light both eyes น้ำหนักตัว 85 กิโลกรัม ,ส่วนสูง 180 เซนติเมตร , อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที,ชีพจร 120 ครั้ง/นาที,ความดันโลหิต 150/76 mmHg ,ความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด 98 % ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด (DTX) = 156mg% มีเลือดออกจากรูจมูกสองข้าง ,เบ้าตาซ้ายบวมปิด ,มีแผลฉีกขาดที่ทางคิ้วข้างซ้ายกว้าง 3 ซม ยาว 5 ซม ลึก 2 ซม เย็บห้ามเลือดด้วย nylon 6 เข็ม เปิดเส้นให้สารน้ำ RLS 1000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตรา load และเก็บlab trauma (CBC,BUN,Cr,Elyte,PT,PTT,INR)

แพทย์เวรเยี่ยมอาการเตรียมใส่ท่อช่วยหายใจเบอร์6.5 ลึก 22 ซม หลังจากนั้นคนไข้มีชักเกร็งประมาณ 1 นาที และมีอาเจียนเป็นเศษอาหาร 1 ครั้ง มีagitateดินตลอดเวลา แพทย์จึงเอาใส่ท่อช่วยหายใจออกหลังจากนั้นเปลี่ยนเป็นเบอร์7.5 ลึก 26 ซม หลังใส่failจึงให้yasdatenก่อนใส่เป็นเบอร์6 ลึก 23 ซม หลังใส่ใส่ท่อช่วยหายใจส่งตรวจเอกซเรย์ทรวงอก ผลnot seen fracture ribs ,no cardiomegaly ,ETT adequate position และส่งตรวจเอกซเรย์กระดูกสันหลังคervical ผล seen fracture skull at left frontal and orbital แพทย์เวรทำ Ultrasound (FAST) = ปกติ ส่วนปัสสาวะคาสายได้ปัสสาวะเหลืองใส 100 มิลลิลิตร ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ผลsinus tachycardia HR = 120-160 ครั้งต่อนาที ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ White blood cell 32870 cell/cu.mm ,Hemoglobin 15.84 g/dl ,Hematocrit 51.3 % ,Platelets count 382000 cell/cu.mm ,Neutrophil 67 % ,Lymphocytes 26 % ,Sodium 154 mmol/L ,Potassium 4.09 mmol/L, Chloride 104 mmol/L ,cabondioxide 21 mEq/L ,anion gap 29.0 ,creatinine 1.39 mg/dl แพทย์วินิจฉัย Severe head injury ได้รับยา Ceftriazone 2 gms ทางหลอดเลือดดำอัตรา 200 cc/hr ติดต่อส่งตัวเพื่อรักษาต่อโรงพยาบาลชลบุรี สัญญาณชีพก่อนส่งต่ออัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ชีพจร 138 ครั้ง/นาที,ความดันโลหิต 104/89 mmHg ความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด 100 % ให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลคือเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อสมองขาดออกซิเจน และเสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ส่งต่อรพ.ชลบุรีไปทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง(CT brain) ผลมีภาวะสมองบวม,มีภาวะเลือดคั่งเนื้อเยื่อหุ้มสมองบริเวณสมองส่วนหน้าทั้งสองข้าง,มีภาวะกระดูกหน้าผากแตกทั้งสองข้าง และภาวะที่มีเลือดออกในโพรงงูมกด้านขวาส่งต่อผู้ป่วยไปพบศัลยแพทย์แมกซิลโลเฟเชียล หลังจากกลับบ้านช่วยเหลือตนเองได้ ทานอาหารได้ ทำกิจวัตรได้เช่นเดิม มีอาการปวดศีรษะบ้างบางครั้ง มีนัดติดตามอาการที่โรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี ต่อเนื่อง แนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร การสังเกตอาการทางสมอง การรับประทานยาแก้ปวดและยาแก้แพ้ การพักผ่อนและจัดท่านอน การพบแพทย์ตามนัด

รวมระยะเวลาที่รับไว้ดูแลในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช 2 ชั่วโมง 2 นาที

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.2.1 ศึกษาสถิติและคัดเลือกเรื่องที่น่าสนใจจากกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม จำนวน 1 ราย โดยเลือกเรื่องเกี่ยวกับโรคการบาดเจ็บที่ศีรษะ ระดับรุนแรง

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 เพื่อศึกษาการพยาบาลภาวะการบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง

4.3.2 เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม ใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลภาวะการบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรงเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/ คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง

ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 10 พฤศจิกายน 2568 ถึง 10 พฤศจิกายน 2568 รวมเวลาที่รับไว้ดูแล 2 ชั่วโมง 2 นาที

เชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่พบ

ภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการ เช่น Extubation ,Mainstem intubation ,Tracheal injury/stenosis เป็นต้น ในขณะที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล แพทย์จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ โดยมีการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยและญาติได้รับคำแนะนำทั้งจากแพทย์และพยาบาลในการจัดการการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนเมื่อกลับไปอยู่

บ้าน เน้นให้ผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัด ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลตลอดเวลาที่รักษาตัว อยู่ในโรงพยาบาล รับฟังและเข้าใจคำแนะนำต่าง ๆ มีความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้าน และมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ ผลกระทบ

ใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ภายในหน่วยงาน ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวค่อนข้างมาก และcordมีภาวะบวม รุเล็กลงหลังใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยมีอาการชักเกร็ง อาเจียนเป็นเศษอาหาร ดิ้น กระสับกระส่าย อาจทำให้ท่อช่วยหายใจเลื่อนออกจากตำแหน่ง เดิมหรือหลุดออกมาได้ และอาจส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะพร่องออกซิเจน และทำให้หัวใจวายเฉียบพลันได้

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยได้รับยานอนหลับ diazepam 10 มิลลิกรัม อาจส่งผลให้เกิดการกดระบบประสาทส่วนกลาง หายใจช้าลง ความดันโลหิต จึงต้องมีการให้ข้อมูลกับญาติผู้ป่วย และหากผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจเป็นระยะเวลานาน อาจส่งผลให้เกิดภาวะVentilator-Associated Pneumonia (VAP) เนื่องจากเสมหะสะสมและเชื้อโรคลงสู่ปอด จึงต้องมีการให้ข้อมูลเพื่อเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยในการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน โดยให้ครอบครัวและญาติ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ฟันฟุสมรรถภาพร่างกายให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดูแลตนเองในสภาวะความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยเฉพาะในระยะแรกถึงระยะปานกลาง (72 ชั่วโมงแรก) เป็นช่วงเวลาวิกฤตที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เนื่องจากอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสมองที่เรียกว่า Secondary Brain Injury ซึ่งเป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นตามมาหลังจากอุบัติเหตุครั้งแรก สามารถประยุกต์ใช้ความรู้ในการเฝ้าระวังและติดตามผลการรักษาได้อย่างถูกต้อง แม่นยำ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น

9.2 ต้องมีการเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือต่าง ๆ และยาที่จำเป็น ให้สามารถพร้อมใช้งานในภาวะฉุกเฉินและช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที

10. สัตว์ส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

นางสาวสิตาพร สังฆมานนท์ สัตว์ส่วนผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) สิตาพร ผู้ขอประเมิน

(นางสาวสิตาพร สังฆมานนท์)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ 30 เดือน ก.ค. พ.ศ. ๖๙

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) สจ

(นางนงนุช สุขจิตร)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

วันที่ 1 เดือน พ.ค. พ.ศ. ๖๙(ลงชื่อ) สจ

(นางพิชญภา สายนภา)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม

วันที่ 5 เดือน พ.ค. พ.ศ. ๖๙(ลงชื่อ) สจ

(นางสุคนธ์ บุรณเบญจเสถียร)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม

วันที่ 5 เดือน พ.ค. พ.ศ. ๖๙(ลงชื่อ) สจ

(นายฤกษ์ สกฤตแพทย์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

วันที่ 0 เดือน ก.ค. พ.ศ. ๖๙

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง การพัฒนาการสังเกตอาการในผู้บาดเจ็บทางสมองสำหรับผู้ป่วยและญาติ

2. หลักการและเหตุผล

การบาดเจ็บที่ศีรษะ (Head Injury) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญ เนื่องจากสมองเป็นอวัยวะหลักที่ควบคุมการทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสมอง เช่น สมองบวม เลือดออกในสมอง และความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งอาการสามารถเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็วและอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต แนวโน้มของอุบัติเหตุจากการจราจร การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ และอุบัติเหตุในชีวิตประจำวันมีเพิ่มขึ้น ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วย Head Injury ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลต้องเฝ้าระวังและสังเกตอาการทางสมองอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

จากข้อมูลทางสถิติพบว่า การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการจากอุบัติเหตุ โดยเฉพาะอุบัติเหตุทางถนนซึ่งเป็นสาเหตุหลักของ Head Injury ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานและผู้สูงอายุ โดยกลุ่มผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงจากการพลัดตกหกล้ม รายงานทางการแพทย์หลายแห่งระบุว่า ผู้ป่วย Head Injury ประมาณร้อยละ 10-15 มีอาการรุนแรงและต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในโรงพยาบาล อีกทั้งยังมีผู้ป่วยบางส่วนเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสมองภายหลังการบาดเจ็บ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการประเมินและสังเกตอาการทางสมองอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

ผู้จัดทำกรณีศึกษามีความสนใจเลือกศึกษาผู้ป่วย Head Injury เนื่องจากเป็นภาวะที่ต้องอาศัยทักษะการพยาบาลที่มีความละเอียด รอบคอบ และการตัดสินใจอย่างรวดเร็ว การสังเกตอาการทางสมองอย่างถูกต้องและต่อเนื่องมีผลโดยตรงต่อความปลอดภัยและการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย อีกทั้งการดูแลผู้ป่วย Head Injury จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากญาติในการสังเกตอาการผิดปกติและการดูแลต่อเนื่อง การจัดทำกรณีศึกษานี้จึงมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะด้านการพยาบาลในการเฝ้าระวังอาการทางสมอง และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะนั้น มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องปฏิบัติตนให้มีความเหมาะสม และการสังเกตอาการทางสมองอย่างใกล้ชิด จะทำให้สามารถส่งผู้ป่วยไปตรวจรักษาภาวะเลือดออกในสมองได้อย่างทันท่วงที เพื่อป้องกันการสูญเสียรุนแรงที่อาจเสียชีวิตหรืออาจทำให้เป็นอัมพาตไปตลอดได้ การบาดเจ็บที่สมองเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเสียชีวิตและพิการในคนไทยเนื่องจากการใช้จักรยานยนต์ที่มีจำนวนมาก ปัญหาการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นปัญหาสำคัญของโลก มีอุบัติการณ์สูงเนื่องจากสัมพันธ์กับการบาดเจ็บจากจราจร ข้อมูลอุบัติเหตุจราจรทั่วประเทศไทยในปี 2567 พบผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงถึง 14,147 ราย

ข้อมูลศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ (Thai RSC) และข้อมูลอุบัติเหตุจราจรทั่วประเทศไทยในปี 2568 โดยสำนักงานตำรวจแห่งชาติ พบผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนทั่วประเทศจำนวน 11,779 ราย ซึ่งลดลงจากปีก่อนกว่า 15% และเกิดอุบัติเหตุทั้งหมด 20,967 ครั้ง

สำหรับโรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม ในปีพ.ศ.2566-2568 พบว่ามีผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ (Head injury) มาเข้ารับการรักษาเป็นจำนวน 1396, 1,142, 928 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.68, 22.08, 20.44 (Mild HI 1,371, 1,124, 921 ราย คิดเป็นร้อยละ 97.89, 98.20, 98.42 และ 20.28, Moderate HI 4, 2, 1 ราย, คิดเป็นร้อยละ 0.28, 0.03, 0.02 และ Severe HI 21, 16, 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.50, 0.30, 0.15 และพบว่ามี re-visit 1 รายในผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย ปัญหาที่พบคือการประเมินความเสี่ยงและการดูแลสังเกตอาการทางสมองที่บ้านล่าช้า ทำให้เมื่อรับการรักษาพบว่ามีการเลือดออกในสมองจำนวนมากแล้ว การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะตั้งแต่รับเข้ารักษา โดยผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมประเมินอาการและรับทราบแผนการรักษาตั้งแต่แรกจนกระทั่งจำหน่าย (Discharge Planning) ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาลเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและการสูญเสีย รวมถึงลดความรุนแรงของโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วย

3. บทวิเคราะห์/ แนวความคิด/ ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

3.1 บทวิเคราะห์

3.1.1 สภาพปัญหา (The Gap) ปัญหาหลักคือ "การตรวจพบอาการเปลี่ยนแปลงที่ล่าช้า" (Delayed Recognition of Clinical Deterioration) ซึ่งนำไปสู่การเกิดภาวะบาดเจ็บทางสมองซ้ำ (Secondary Brain Injury) เช่น สมองบวม หรือเลือดออกเพิ่ม จนกีดกันการควบคุมการหายใจ

3.1.2 สาเหตุของปัญหา (Root Causes)

1. ด้านบุคลากร (Staff Context) เช่น

- ภาระงานทางการพยาบาลที่สูง (High Workload) ทำให้พยาบาลไม่สามารถเฝ้าสังเกตอาการผู้ป่วยที่เตียงได้ตลอดเวลา (Continuous Observation)

- การประเมินทางระบบประสาท (Neuro signs) ในบางครั้งอาจมีความคลาดเคลื่อนระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability)

2. ด้านญาติและผู้ดูแล (Caregiver Context) เช่น

- ขาดความรู้ (Knowledge Deficit): ญาติมักเข้าใจว่าอาการ "หลับ" คือการพักผ่อน แต่ในผู้ป่วย TBI อาจหมายถึงระดับความรู้สึกตัวที่ลดลง (Decreased consciousness)

- ความวิตกกังวล (Anxiety) ความกลัวทำให้ญาติไม่กล้าซักถามพยาบาล แม้จะเริ่มเห็นความผิดปกติเล็กน้อย

3. ด้านระบบการสื่อสาร (Communication System)

- ไม่มีเครื่องมือช่วยเตือนอาการผิดปกติที่เป็น "ภาษาชาวบ้าน" ทำให้ญาติไม่รู้ว่าต้องรายงานพยาบาลเมื่อใด

3.2 แนวความคิด

3.2.1. แนวคิด SIMPLE (Patient Safety Goals) ในบริบทของประเทศไทย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลได้กำหนดมาตรฐาน SIMPLE เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยส่วนที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการสังเกตอาการผู้บาดเจ็บทางสมองคือ

1. S (Safe Care) การให้การดูแลที่ปลอดภัยโดยเน้นการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทอย่างใกล้ชิด
2. M (Monitoring/Medication) การติดตามสัญญาณชีพและ Glasgow Coma Scale (GCS) ซึ่งเป็นมาตรฐานทองคำในการประเมินระดับความรู้สึกตัว (Teasdale & Jennett, 1974)
3. L (Line of Communication) การสร้างช่องทางการสื่อสารระหว่างญาติ พยาบาล และแพทย์ (SBAR Communication) หรือใช้ระบบ 1669
4. E (Emergency Response) การตอบสนองต่อภาวะวิกฤตอย่างรวดเร็วเมื่อพบอาการผิดปกติ เช่น ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased ICP)

3.2.2. ทฤษฎี PDCA การใช้ PDCA (Plan-Do-Check-Act) เป็นหัวใจสำคัญในการ "สร้างระบบ" เพื่อให้ญาติสามารถสังเกตอาการได้อย่างถูกต้อง (Deming, 1986)

1. P (Plan) วิเคราะห์ช่องว่างของการสื่อสาร เช่น ญาติไม่กล้ารายงานอาการ หรือไม่เข้าใจศัพท์เทคนิค จึงวางแผนสร้างสื่อการสอนที่เข้าใจง่าย
2. D (Do) ดำเนินการสอนญาติด้วยวิธีการ Teach-Back Method (การให้ญาติอธิบายซ้ำ) เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในเรื่องสัญญาณอันตราย (Warning Signs)
3. C (Check) ประเมินผลว่าหลังจากสอนแล้วญาติสามารถตรวจพบอาการผิดปกติและแจ้งพยาบาลได้รวดเร็วขึ้นหรือไม่ (Clinical Outcome)
4. A (Act) หากพบว่าญาติยังสับสนระหว่าง "อาการรบกวนปกติ" กับ "ซึมจากสมอง" ให้ปรับปรุงคู่มือการสอนให้ชัดเจนขึ้นเป็นมาตรฐาน (Standardization)

3.3.3. ทฤษฎี Empowerment (การเสริมสร้างพลังอำนาจ) ตามแนวคิดของ Gibson (1991) การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการจัดการปัญหาและตัดสินใจได้ด้วยตนเอง สำหรับญาติผู้บาดเจ็บทางสมองประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก

1. การให้ความรู้ (Information Sharing) การสอนอาการ 5 อาการสำคัญที่ต้องแจ้ง (เช่น อาเจียนพุ่ง ปวดหัวรุนแรง ชัก) เพื่อให้ญาติมี "อำนาจจากความรู้"
2. การสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-Efficacy) ตามทฤษฎีของ Bandura (1997) เมื่อญาติได้รับการฝึกฝนจนทำได้ถูกต้อง จะเกิดความมั่นใจในการเฝ้าระวัง
3. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Participation) การที่พยาบาลรับฟังข้อสังเกตของญาติ และนำไปสู่การประเมินทางการแพทย์ทันที

3.3 ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จัดทำสื่อการสอนเรื่องการสังเกตอาการในผู้บาดเจ็บทางสมองสำหรับผู้ป่วยและญาติ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการสังเกตอาการทางสมองภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างถูกต้อง
2. เพื่อส่งเสริมความเข้าใจและความสามารถของผู้ป่วยและญาติในการเฝ้าระวังอาการผิดปกติ
3. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และทักษะในการสังเกตอาการทางสมองและการดูแลตนเองได้

ระยะเวลาดำเนินการ 1 กุมภาพันธ์ 2569 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2569

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยและญาติ

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ทบทวนปัญหา และศึกษากระบวนการ การดูแลรักษา และการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย
 2. ศึกษาตำรา เอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับ การสังเกตอาการในผู้บาดเจ็บทางสมองของผู้ป่วยและญาติ
 3. รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล และประเด็นปัญหาที่พบในการดูแล
 4. จัดทำแนวทางการพยาบาลการสังเกตอาการในผู้บาดเจ็บทางสมองของผู้ป่วยและญาติ
 5. นำเสนอแนวคิดการพัฒนาแนวทางการสังเกตอาการในผู้บาดเจ็บทางสมองของผู้ป่วยและญาติ
- อธิบายถึงรูปแบบและขั้นตอนการใช้แนวทางการพยาบาลกับหัวหน้าห้องฉุกเฉินและพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน
6. เสนอแนวทางการพยาบาล ประสานงานกับบุคลากร หรือทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง
 7. เตรียมเอกสารแนวทางการพยาบาลการสังเกตอาการในผู้บาดเจ็บทางสมองของผู้ป่วยและญาติ
 8. จัดทำแบบประเมินการสังเกตอาการในผู้บาดเจ็บทางสมองของผู้ป่วยและญาติ

9. นำแนวทางการพยาบาลการสังเกตอาการในผู้บาดเจ็บทางสมองของผู้ป่วยและญาติ
ที่จัดทำขึ้นมาใช้ในห้องฉุกเฉิน และประเมินผล
10. สรุปผลการใช้แนวทางการพยาบาลการสังเกตอาการในผู้บาดเจ็บทางสมองของผู้ป่วยและญาตินำ
ข้อเสนอแนะ และข้อบกพร่องที่พบมาปรับปรุง

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. มีแนวทางสำหรับการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะไปใช้ในแนวทางเดียวกัน
2. พยาบาลนำแนวทางการจำหน่ายผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะไปใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ
ก่อให้เกิดความปลอดภัยมากขึ้น

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. พยาบาลนำแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะไปใช้กับผู้ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ
เล็กน้อยก่อนกลับบ้าน ร้อยละ 100
2. ผู้ป่วยและญาติ มีความเข้าใจการสังเกตอาการผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะและการดูแลตนเองที่บ้านได้
ร้อยละ 100

ลงชื่อ..... ลิตดาพร ผู้ขอประเมิน

(นางสาวลิตดาพร สังฆมานนท์)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ 30 เดือน เมษายน พ.ศ. 2569

เอกสารอ้างอิง

อ้างอิงหนังสือ

- Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing. (2022). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (15th ed.). Wolters Kluwer.
- Lewis's Medical-Surgical Nursing: Assessment and Management of Clinical Problems. (2023). *Lewis's medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems* (12th ed.). Elsevier.
- Hickey, J. V., & Strayer, A. L. (Eds.). (2019). *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing* (8th ed.). Wolters Kluwer.
- McNett, M., Gianakis, A., & Doheny, M. (2021). Nursing care of patients with traumatic brain injury. In D. S. Hebra (Ed.), *Emergency nursing: Principles and practice* (pp. 455–470). Elsevier.
- The Joanna Briggs Institute. (2022). *Traumatic brain injury: Acute management*. JBI Evidence Summary.
- Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2022). *Critical care nursing: Diagnosis and management* (9th ed.). Elsevier.

เว็บไซต์ทางการแพทย์

- Mayo Clinic. (2024). *Craniotomy*.

<https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/craniotomy/about/pac-20384625>

- National Center for Biotechnology Information. (2023). *Craniotomy*. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539705/>

- Cleveland Clinic. (2023). *Craniotomy: Procedure, what it treats & recovery*.

<https://my.clevelandclinic.org/health/treatments/21058-craniotomy>

- World Health Organization. (2023). *Neurological disorders: Public health challenges*.

<https://www.who.int/publications>

- Centers for Disease Control and Prevention. (2023). *Get the facts about TBI*.

https://www.cdc.gov/traumaticbraininjury/get_the_facts.html

- Mayo Clinic. (2021, February 4). *Traumatic brain injury*. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/traumatic-brain-injury/symptoms-causes/syc-20378557>

- National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (2023). *Traumatic brain injury (TBI)*.

<https://www.ninds.nih.gov/health-information/disorders/traumatic-brain-injury-tbi>

- Zasler, N. D., Katz, D. I., & Zafonte, R. D. (Eds.). (2021). *Brain injury medicine: Principles and practice* (3rd ed.). Springer Publishing Company.

- American Association of Neurological Surgeons. (n.d.). *Traumatic brain injury*.

<https://www.aans.org/en/Patients/Neurosurgical-Conditions-and-Treatments/Traumatic-Brain-Injury>

- Galgano, M., Toshkezi, G., Stuffelbeam, S., & Chin, L. (2017). Traumatic brain injury: Current treatment strategies and future endeavors. *Cell Transplantation*, 26(7), 1118–1130.

<https://doi.org/10.1177/0963689717714102>

- Riggio, S. (2023, July). *Management of traumatic brain injury*. Merck Manual Professional Edition. <https://www.merckmanuals.com/professional/neurologic-disorders/traumatic-brain-injury-tbi/management-of-traumatic-brain-injury>