



กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลบ้านนา

CNPG: แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (Traumatic Brain Injury)

รหัส: CNPG-NUR-007

วันที่มีผลบังคับใช้ / วันที่ออกเอกสารครั้งแรก : วันที่ 21 ตุลาคม 2567

ผู้จัดทำ

งนก

(นางสาวธนกร สุขชัยศรี)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ผู้ทบทวน

นพ

(นายบุญชู กันบัวลา)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

ผู้อนุมัติ

นพ

(นางสาวพรภัสร์ เชี่ยวชาญนิธิกิจ)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

นิยาม

บาดเจ็บที่ศีรษะ (Traumatic Brain Injury) หมายถึง การบาดเจ็บที่เกิดจากแรงที่เข้ามากระทบต่อศีรษะและร่างกาย แล้วก่อให้เกิดความบาดเจ็บต่อหนังศีรษะ กระโหลกศีรษะ และสมองกับเส้นประสาทสมอง โดยแบ่งระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ (severity of traumatic brain injury) โดยใช้คะแนนของ Glasgow Coma Scale (GCS) เป็นหลักในการแบ่งความรุนแรง ดังต่อไปนี้

1. การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย (Mild or minor traumatic brain injury) GCS = 13-15
2. การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลาง (Moderate traumatic brain injury) GCS = 9-12
3. การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง (Severe traumatic brain injury) GCS $\leq$ 8

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (Traumatic Brain Injury) ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน
2. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (Traumatic Brain Injury)
3. เพื่อให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (Traumatic Brain Injury) ได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาที่รพ.แม่ข่าย อย่างรวดเร็วและปลอดภัย

ตัวชี้วัด

1. ร้อยละของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (Traumatic Brain Injury) ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน $\geq$ 90 %
2. ร้อยละของพยาบาลปฏิบัติตามแนวทางในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (Traumatic Brain Injury) 100 %
3. อุบัติการณ์ความเสี่ยงผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (Traumatic Brain Injury) มีอาการทรุดลงระหว่างดูแล เนื่องจากการเฝ้าระวังติดตามประเมินไม่เป็นไปตามมาตรฐาน เท่ากับ 0

Clinical Nursing Practice Guideline (CNPg)

1. พยาบาลที่หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ทำการซักประวัติญาติผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ตั้งแต่แรกรับที่หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยประเมินและตรวจร่างกายอย่างรวดเร็วเพื่อหาภาวะคุกคามต่อชีวิต (Primary Survey) ได้แก่ การประเมินทางเดินหายใจ (Airway with cervical spine control) ประเมินการหายใจ (breathing) การไหลเวียนโลหิต (circulation) ซึ่งเมื่อพบว่าผู้ป่วยมี GCS ≤ 8 ให้รายงานแพทย์ทันที เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาให้พ้นจากภาวะวิกฤติ ซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต ได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจ, การช่วยหายใจ, การให้ fluid resuscitation, การห้ามเลือด โดยให้การพยาบาลตั้งแต่แรกรับ ดังนี้
 - 1.1 ดูแลทำทางเดินหายใจให้โล่ง
 - 1.2 ดูแลเปิดทางเดินหายใจ
 - 1.3 ดูแลช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ กรณี GCS ≤ 8
 - 1.4 ดูแลให้มีการระบายอากาศพอเพียง ให้ O₂ Mask with bag 10 LPM กรณี O₂ sat <94 %
 - 1.5 ดูแลห้ามเลือด
 - 1.6 ดูแลให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ 0.9%NSS 1,000 ml iv 80 cc/hr. (หลีกเลี่ยง hypotonic หรือสารน้ำที่มีน้ำตาล)
2. ดูแลประเมินซ้ำอย่างละเอียด (Secondary survey) หลังจากที่ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤติ ดังนี้
 - 2.1 ซักประวัติ กลไกการบาดเจ็บช่วงระยะเวลาของการหมดสติ ความจำเหตุการณ์ สภาพผู้ป่วยเมื่อแรกพบ
 - 2.2 ประเมินอาการทางระบบประสาท (Glasgow coma scale) ขนาดและปฏิกิริยาต่อแสงของรูม่านตา การเคลื่อนไหวและกำลังของแขนขา ประเมิน Sign IICP (Cushing reflex : ความดัน Systolic สูงขึ้น , ความดัน Diastolic เท่าเดิมหรือลดลง ทำให้ pulse pressure กว้าง > 60 mmHg , Bradycardia pulse < 60 /min)
 - 2.3 ประเมินสัญญาณชีพ ความดันโลหิต ชีพจร การหายใจ อุณหภูมิ
 - 2.4 ดูแลประเมิน O₂ saturation
 - 2.5 ดูแลประเมินกระดูกไขสันหลังส่วนคอ และ Motor power ดูแล On Philadelphia collar
 - 2.6 ดูแลประเมิน การมองเห็น
 - 2.7 ดูแลประเมิน อาการชักเกร็ง
 - 2.8 ดูแลประเมิน ของเหลวออกทางจมูก และทางหู
 - 2.9 ดูแลประเมิน รอยคล้ำรอบดวงตา
 - 2.10 ดูแลให้ได้รับการตรวจวินิจฉัยด้วย CT Brain ภายใน 60 นาที (Severe / Moderate TBI)
 - 2.11 ดูแลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, BUN, Cr, Electrolyte , PT, PTT, INR , DTX
 - 2.12 EKG 12 lead กรณีอายุ > 40ปี
 - 2.13 ดูแล Retain Foley's catheter ในผู้ป่วย Severe Traumatic Brain injury
 - 2.14 ดูแลให้ข้อมูลญาติ และอธิบายขั้นตอนการรักษา
3. การประเมินในระยะการดูแลต่อเนื่องในระหว่างรับไว้เป็นผู้ป่วยใน
 - 3.1 ดูแลประเมินภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) โดยประเมินอาการทางระบบประสาท (Glasgow coma scale) ตามระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ (severity of traumatic brain injury) ดังนี้

3.1.1 Mild TBI Moderate Risk

- Observe neuro signs & symptoms q 30minute x 4 times และ q 1 hr. x 4 times และ 2 hr. until 24 hr.

พิจารณา รายงานแพทย์เพื่อส่งทำ CT brain กรณี GCS <15 หลังอุบัติเหตุแล้ว 2 ชั่วโมง

3.1.2 Moderate TBI / Mild TBI High Risk พิจารณาส่ง CT brain ทุกราย กรณีผล CT brain ปกติ กลับมา Admit สังเกตอาการต่ออีกอย่างน้อย 24 ชม.

- Observe neuro signs & symptoms q 30minute x 4 times และ q 1 hr. x 4 times และ 2 hr. until 24 hr.

รายงานแพทย์เมื่อมีอาการดังนี้

- ผู้ป่วยปวดศีรษะ อาเจียนพุ่ง ซึมลง สับสน ระดับความรู้สึกตัวลดลง จอประสาทตาบวม ตาพร่ามัว
- ขนาดของ Pupil ที่เปลี่ยนแปลง 2 ข้าง แตกต่างกันเกิน 1 mm ไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อแสงหรือตอบสนองต่อแสงลดลง
- การเคลื่อนไหวและกำลังของแขนขา (Motor power) ลดลง อาจมี Decorticate/ Decerebrate
- พบ Cushing reflex : ความดัน Systolic สูงขึ้น , ความดัน Diastolic เท่าเดิมหรือลดลง ทำให้ pulse pressure กว้าง > 60 mmHg , Bradycardia pulse < 60 /min
- มีการหายใจตื้นลึกตื้นหยุด เร็ว-ช้าสลับกัน (Cheyne – strokes)
- อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น > 37.5 °C
- GCS drop $\geq$ 2 คะแนน

3.2 ดูแลจัดให้ท่านอนศีรษะสูง 30 องศา โดยให้ศีรษะและคออยู่ในแนวเดียวกันไม่บิดหมุนซ้ายขวา และการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยควรทำด้วยความระมัดระวังไม่สะโพกงอมากกว่า 90 องศา

3.3 ลดกิจกรรมที่ทำให้เกิดความดันในช่องอกและช่องท้อง (Valsalva maneuver) เช่น การเบ่งถ่ายอุจจาระ การไอหรือจามแรงๆ

3.4 ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ลดสิ่งกระตุ้น

3.5 ประเมินVital sign Keep SBP > 90 mmHg , SBP $\leq$ 140 mmHg

3.6 ดูแลทางเดินหายใจ การหายใจ และการไหลเวียนโลหิต

3.7 ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ Keep O2 saturation $\geq$ 94% ถ้า O2 saturation < 94% พิจารณาให้ O2 mask with bag 10 LPM

4. การประเมินการดูแลต่อเนื่องระหว่างเคลื่อนย้ายนำส่ง หรือส่งไปรับการรักษาต่อรพ.แม่ข่าย

4.1 การเตรียมผู้ป่วยก่อนการส่งต่อ (Pre Transfer) หลังจากทีมแพทย์พยาบาล ให้การดูแลรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพในด้านต่างๆ ได้แก่ A B C D จนผู้ป่วยมีเสถียรภาพและปลอดภัยก่อนการส่งต่อ โดย

4.1.1 ประเมินอาการก่อนออกของผู้ป่วยตามมาตรฐานการประเมินอาการบาดเจ็บและฉุกเฉิน เช่น การตรวจ ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure)

4.1.2 ประเมิน GCS , ประเมิน Vital signs

4.1.3 ตรวจสอบการยึดตรึงเรียบร้อยปลอดภัย

4.1.4 ตรวจสอบสายต่ออุปกรณ์ต่างๆ เช่นสาย monitor

4.1.5 ตรวจสอบการให้สารน้ำ และยา

4.1.6 จัดเตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตที่จำเป็นในโรงพยาบาล เช่น เครื่องช่วยหายใจ, Defibrillator

4.1.7 จัดเตรียมข้อมูลผู้ป่วย เช่น ข้อมูลประวัติการบาดเจ็บ, ใบ refer, เอกสารข้อมูล investigate ทาง การแพทย์, และ ข้อมูลการประสานงานโรงพยาบาลแม่ข่าย

หมายเหตุ : กรณีประเมินพบผู้ป่วยไม่มีเสถียรภาพ ให้รายงาน In charge หน่วยงานที่ส่งต่อเพื่อรายงานแพทย์ พิจารณาให้การรักษาต่อไป

4.2 การดูแลผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อ ให้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินตามมาตรฐานวิชาชีพ เฝ้าระวังและติดตามอาการและ ผลการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยบาดเจ็บ

4.2.1 ตรวจสอบสัญญาณชีพ ความดันโลหิต, ชีพจร, อัตราการหายใจ และ GCS

- ทุก 5 นาที ในผู้ป่วยบาดเจ็บ Moderate/Severe TBI

- ทุก 15 นาที ในผู้ป่วยบาดเจ็บ Mild TBI

4.2.2 ดูแล Monitor ให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ Keep ให้ O2 saturation $\geq$ 94%

- ถ้า $< 94\%$ ให้ O2 Mask with bag 10 LPM

4.2.3 บันทึกข้อมูลและรายงานสถานการณ์ศูนย์ส่งต่อโรงพยาบาลปลายทาง หากพบมีอาการเปลี่ยนแปลง ประสาน ขอคำปรึกษาตามแนวทางขอคำปรึกษาระหว่างส่งต่อ

4.3 หลังส่งต่อ เมื่อนำผู้ป่วยถึงสถานพยาบาลปลายทาง ให้ส่งมอบผู้ป่วยและส่งมอบเอกสารข้อมูลผู้ป่วยให้ สถานพยาบาลปลายทาง ดังนี้

4.3.1 ประวัติการเจ็บป่วย

- ประวัติการเจ็บป่วยอดีต ปัจจุบัน

- ประวัติการเจ็บป่วยครั้งนี้

4.3.2 แผนการดูแลรักษาที่ได้รับ ได้แก่ การรักษาที่ได้รับ ผลการรักษาขั้นต้น

- การรักษาที่ได้รับจากสถานพยาบาลต้นทาง

- ผลการรักษาขั้นต้น เช่น ยาที่ได้รับ

- การดูแลระหว่างนำส่ง

4.3.3 อาการเปลี่ยนแปลงระหว่างนำส่ง สัญญาณชีพ และ การประเมินทางระบบประสาท

- V/S

- N/S

- Monitoring อื่นๆ เช่น O2 saturation , EKG

- อาการเปลี่ยนแปลงอื่นๆ

4.3.4 การส่งมอบเอกสาร

- ใบส่งต่อ

- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- ผล X-ray

4.3.5 การส่งมอบของมีค่า (กรณีผู้ป่วยมีทรัพย์สินติดตัวมาด้วย)

- แบบฟอร์มการส่งมอบของมีค่า

