



วิธีปฏิบัติงาน work instruction รหัสเอกสาร : WI-NUR- IPD๖-๐๐๑	ประกาศใช้ วันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๒ ทบทวนทุก๑ปี	หน้าที่ ๑ /๑๒
	ทบทวนครั้งที่วันที่.....	แก้ไขครั้งที่วันที่.....
เรื่อง : แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ		
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ER, OPD, IPD๕, IPD๖, ICU, OR		
จัดทำโดย: คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ การพยาบาลศัลยกรรมและออโรโธปิดิกส์๒ (นางศศิธร จันทร์ตื้อ) หัวหน้าตึกศัลยกรรมและออโรโธปิดิกส์๒	ผู้ทบทวน: (นางสมปอง สาราณสุข) หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล	ผู้อนุมัติ : (นายสมชาย พรหมจักร) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวานรนิวาส

แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะ

๑. ความหมาย

การบาดเจ็บที่ศีรษะ(Head Injury) คือ การบาดเจ็บที่เกิดจากแรงที่เข้ามาระทบต่อศีรษะและร่างกายแล้วก่อให้เกิดความบาดเจ็บต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ และ สมอง กับเส้นประสาทสมองซึ่งทำให้มีพยาธิสภาพที่ศีรษะส่วนใดส่วนหนึ่ง อาจเป็นหนังศีรษะ (Scale) กะโหลกศีรษะ (Skull) เยื่อหุ้มสมองหรือส่วนต่าง ๆ ของสมอง รวมทั้งหลอดเลือดสมองแตก ทำให้มีเลือดออกในชั้นต่าง ๆ ของสมอง การบาดเจ็บที่ศีรษะนี้อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยพิการ หรือเสียชีวิตได้

สาเหตุ ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากอุบัติเหตุจากรถ มีวัตถุหล่นจากที่สูงลงมากระทบศีรษะ จากการหกล้ม ตกจากที่สูง ศีรษะกระทบพื้น ถูกตีที่ศีรษะ ทารกคลอดยากทำให้ศีรษะได้รับการกระทบกระเทือน

พยาธิสภาพ จากการบาดเจ็บที่ศีรษะอาจเกิดขึ้นจากการมีแรงกระทบที่ศีรษะทันทีหรือเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นตามมาภายหลัง เช่น ภาวะสมองบวม ภาวะความดันในสมองสูง การมีเลือดออกในสมอง เป็นต้น การบาดเจ็บจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความแรงที่กระทบศีรษะ ตำแหน่งที่ถูกกระทบ ขนาดและชนิดของแรงที่กระทบ หากมีแรงเคลื่อนมากระทบศีรษะที่อยู่นิ่ง จะทำให้สมองบาดเจ็บเฉพาะที่ แต่ถ้าแรงนั้นมากระทบศีรษะที่อยู่นิ่ง แล้วศีรษะเคลื่อนไปกระทบกับวัตถุอื่นจะทำให้เกิดการบาดเจ็บทั้งที่สมองเฉพาะที่และที่สมองทั่วไปด้วย

การแบ่งระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ (severity of head injury)

แนะนำให้ใช้คะแนนของ Glasgow Coma Scale (GCS) เป็นหลักในการแบ่งความรุนแรง ดังต่อไปนี้

- | | |
|--|-------------|
| ๑. การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย (Mild or minor head injury) | GCS = ๑๓-๑๕ |
| ๒. การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลาง (Moderate head injury) | GCS = ๙-๑๒ |
| ๓. การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง (Severe head injury) | GCS < ๘ |

๒. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของการบาดเจ็บที่ศีรษะ
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลถูกต้องตามมาตรฐานทางการพยาบาลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
๓. ทีมดูแลผู้ป่วยสามารถให้คำแนะนำเบื้องต้นแก่ผู้ป่วย และญาติ เกี่ยวกับตัวโรค, การดูแล, และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมได้
๔. เพื่อให้แนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ไม่รุนแรงในโรงพยาบาลวานรนิวาสเป็นไปในทิศทางเดียวกัน



วิธีปฏิบัติงาน work instruction
รหัสเอกสาร : WI-NUR- IPD๖ - ๐๐๑

ประกาศใช้
วันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๒
ทบทวนทุก๑ปี

หน้าที่ ๒ /๑๒

ทบทวนครั้งที่วันที่.....

เรื่อง : แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

แก้ไขครั้งที่วันที่.....

๓. ผู้รับผิดชอบ :

พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติตามแนวทางและวางแผนการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะ รวมทั้งให้คำแนะนำและบันทึกอาการได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม
เจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือคนไข้ สามารถดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

๔. เกณฑ์ตรวจสอบ

๑. ผู้ป่วยโรค head injury ได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติ
๒. เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติได้ถูกต้อง

๕. ตัวชี้วัด

๑. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บทางศีรษะ ร้อยละ ๑๐๐
๒. พยาบาลปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บทางศีรษะ ร้อยละ ๑๐๐

๖. วิธีปฏิบัติ

การสื่อสารข้อมูลการรักษาที่ได้จากการประเมินและผลการดูแลแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๑. การส่งต่อการรักษา โดยประสานกับโรงพยาบาลที่ส่งต่อผู้ป่วย
๒. กลับบ้าน ส่งต่อข้อมูลการรักษา สภาพผู้ป่วยและปัญหาที่ต้องการดูแลต่อเนื่องที่บ้านแก่ทีม Home health care
๓. ระยะเวลาท้าย ส่งต่อข้อมูลการยอมรับความเจ็บป่วย ความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรม แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและญาติ



โรงพยาบาลวานรนิวาส
Wanonnivat Hospital

วิธีปฏิบัติงาน work instruction
รหัสเอกสาร : WI-NUR- IPD๖- ๐๐๑

ประกาศใช้
วันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๒
ทบทวนทุกปี

หน้าที่ ๓ /๑๒

ทบทวนครั้งที่วันที่.....

เรื่อง : แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะ

แก้ไขครั้งที่วันที่.....

แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะ

การประเมินปัญหา	การวินิจฉัยทางการพยาบาล	การวางแผนการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
<p>ระยะแรกเริ่ม</p> <p>-พยาบาลประจำหอผู้ป่วย ประเมินผู้ป่วยรับใหม่ รับย้ายทุกราย และจัดผู้ป่วยลงเตียงที่เหมาะสม</p> <p>- พยาบาลแนะนำตัวผู้รับบริการ ชื่อแพทย์ผู้ดูแลสถานที่ สิ่งแวดล้อมในหน่วยบริการและกฎระเบียบของหน่วยงาน</p> <p>- ตรวจสอบป้ายชื่อมือ เอกสารสิทธิผู้ป่วย ให้ตรงกับตัวบุคคล-มีพยาบาลเจ้าของไข้ดูแล</p> <p>- ประเมินภาวะการเจ็บป่วยปัจจุบัน อดีต โรคประจำตัว แบบแผนการดำรงชีวิต การรับรู้ต่อการเจ็บป่วย</p> <p>- ค้นหาผู้ดูแล Care Giver พร้อมทั้งประเมินความรู้และทักษะผู้ดูแล</p>	<p>๑.มีการกำซาบเลือดของเนื้อเยื่อสมองลดลง</p> <p>เนื่องจากมีความผิดปกติของพยาธิสภาพที่สมอง</p> <p><u>Subjective</u></p> <p>-</p> <p><u>Objective</u></p> <p>- ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะ มีแผลฉีกขาด</p> <p>- ผล CT มี Hemorrhage</p> <p>- GCS.....</p> <p>- Pupil.....</p> <p>- EMV.....</p>	<p>ให้การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีการกำซาบเลือดที่เนื้อเยื่อสมองเพียงพอ</p>	<p>๑.ซักประวัติ ตรวจร่างกาย และตรวจวัดสัญญาณชีพ ระบบประสาททุก ๑ ชั่วโมง</p> <p>๒.จัดท่านอนศีรษะสูงประมาณ ๓๐ - ๔๕ องศา</p> <p>๓.สังเกตอาการปวดศีรษะที่รุนแรงเพิ่มขึ้น อาการอาเจียนอ่อนแรงมาก กระสับกระส่าย</p> <p>๔.จัดศีรษะผู้ป่วยให้อยู่ในแนวตรง ไม่เอียงหรือพับงอ</p> <p>๕.ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งมีการระบายอากาศที่ดีหรือให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา</p> <p>๖.ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอหลีกเลี่ยงการรบกวนที่ไม่จำเป็น จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ลดสิ่งกระตุ้น</p> <p>๗.ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา</p> <p>๘.ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาและติดตามผลข้างเคียง</p> <p>๙.ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการตาม</p> <p>๑๐.Record I/O</p> <p>๑๑.แนะนำผู้ป่วย/ญาติเรื่องไม่ให้เบ่งถ่ายอุจจาระ การกลั้นหายใจ ไม่เกร็งแขนยึดไม้กั้นเตียง และไม่ควรรอนอน ในท่าที่ทำให้เข้าและข้อสะโพกงอ การเคลื่อนไหวร่างกายอย่างเหมาะสม เช่น walker ไม้ค้ำยัน</p> <p>๑๒.ช่วยเหลือในการทำมาสะอาดร่างกายผู้ป่วยและส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมที่จำเป็นในระดับที่สามารถปฏิบัติได้</p>	<p>๑.การรับรู้เวลาและสถานที่ ดีขึ้นหรือคงเดิม</p> <p>๒.ระดับความรู้สึกรู้ตัวไม่ลดลงหรือคงเดิม</p> <p>๓.ผู้ป่วยรับรู้สัมผัสและการเคลื่อนไหว ส่วนต่างๆ ของร่างกาย</p>



โรงพยาบาลวานอนิวัต
Wanonnivat Hospital

วิธีปฏิบัติงาน work instruction
รหัสเอกสาร : WI-NUR- IPD๖- ๐๐๑

ประกาศใช้
วันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๒
ทบทวนทุก๑ปี

หน้าที่ ๔ /๑๒

ทบทวนครั้งที่วันที่.....

แก้ไขครั้งที่วันที่.....

เรื่อง : แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

การประเมินปัญหา	การวินิจฉัยทางการแพทย์	การวางแผนการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
	<p>๒. ระดับความรู้สติเปลี่ยนแปลงเนื่องจากสมองได้รับการกระทบกระเทือนสมองซ้ำอีกขาดมีเลือดออกสมองบวม</p> <p>Subjective:-</p> <p><u>Objective:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะ มีแผลฉีกขาด -GCS.drop≥๒คะแนน - ผล CT มีHemorrhageหรือ edema - Level of conscious - การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล 	<p>- ระดับความรู้สติดีขึ้น</p> <p>อาการผิดปกติต่าง ๆ น้อยลง ไม่มีภาวะสมองบวม</p>	<p>๑. ดูแลให้หายใจสะดวก</p> <p>๒. สังเกตและบันทึกอาการทางระบบประสาท ทุก ๑ -๒ ชั่วโมง ใน ๒๔ ชั่วโมงแรก ถ้ามีอาการที่แสดงว่ามีความดันเพิ่มในกะโหลก รีบรายงานแพทย์</p> <p>๓. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเพื่อแก้ไขสาเหตุ เช่น ในผู้ป่วยที่มีกะโหลกศีรษะแตก มีเลือดออกในสมอง จะต้องได้รับการรักษาด่วน เพื่อป้องกันมิให้เซลล์สมองถูกทำลายมากขึ้น เมื่อพยาบาลตรวจพบ Classical sign ม่านตาขยายโต แขนขาอ่อนแรงด้านตรงข้ามแล้ว ควรจะรีบรายงานแพทย์และเตรียมผู้ป่วยเพื่อรับการผ่าตัดด่วน ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยฟื้นเร็วมาก</p> <p>๔. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา เพื่อลดความดันในกะโหลกตามแผน หรือ ยานอนหลับที่ออกฤทธิ์สั้นๆ เพื่อลดการเผาผลาญ และการให้ออกซิเจนของเซลล์ประสาท ควบคุมอุณหภูมิเมื่อมีไข้เกิน ๓๗.๘°C ควรลดไข้ทุกวิธี เพื่อลดความต้องการออกซิเจนของร่างกาย และลดการไหลเวียนเลือดสู่สมอง</p>	<p>ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกลับคืนมา อาการผิดปกติต่าง ๆ น้อยลง ไม่มีภาวะสมองบวม</p>



โรงพยาบาลวานอนนิวาส
Wanonnawat Hospital

วิธีปฏิบัติงาน work instruction
รหัสเอกสาร : WI-NUR- IPD๖- ๐๐๑

ประกาศใช้
วันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๒
ทบทวนทุก๑ปี

หน้าที่ ๕ /๑๒

ทบทวนครั้งที่วันที่.....

แก้ไขครั้งที่วันที่.....

เรื่อง : แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

การประเมินปัญหา	การวินิจฉัยทางการพยาบาล	การวางแผนการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
<p>ระยะดูแลต่อเนือง</p> <p>-ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เฝ้าระวังสังเกตอาการและอาการแสดงเป็นระยะ</p>	<p>๓. ได้รับอาหารและน้ำไม่เพียงพอ เนื่องจากกลืนไม่ได้</p> <p>Subjective</p> <p>- ผู้ป่วยหิวน้ำ</p> <p>Objective</p> <p>- NPO obs. N/S</p> <p>- on NG tube for feed</p>	<p>- ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำเพียงพอ ค่า Hct. อยู่ในเกณฑ์ปกติ ปริมาณน้ำที่ได้รับ และขับออกมีความสมดุล</p>	<p>๑. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำเข้าหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ ในช่วงแรกจะให้สารน้ำหลายวัน ต่อเมื่อลำไส้เคลื่อนไหว จึงเริ่มให้อาหารทางสายยาง (ปกติหลังบาดเจ็บ ๒๔ ชั่วโมง) เมื่อเริ่มมีรีเฟลกซ์การกลืน จึงเริ่มให้อาหารทางปาก</p> <p>๒. ตรวจสอบ Hct. เป็นระยะ ๆ หรือตรวจหาระดับไขขาวใน กระแสเลือดเพื่อประเมินการขาดสารอาหาร</p> <p>๓. บันทึกปริมาณน้ำที่ร่างกายได้รับและขับออกทุก ๘ ชั่วโมง</p>	<p>ไม่มีอาการขาดน้ำ ได้รับอาหารเพียงพอ</p>



โรงพยาบาลวานานิวาส
Wanonnivat Hospital

วิธีปฏิบัติงาน work instruction
รหัสเอกสาร : WI-NUR- IPD๖- ๐๐๑

ประกาศใช้
วันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๒
ทบทวนทุกปี

หน้าที่ ๖ /๑๒

ทบทวนครั้งที่วันที่.....

แก้ไขครั้งที่วันที่.....

เรื่อง : แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

การประเมินปัญหา	การวินิจฉัยทางการพยาบาล	การวางแผนการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
	<p>๔.เสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บและการติดเชื้อเนื่องจากการปนเปื้อนของบาดแผล</p> <p><u>Subjective</u></p> <p>-</p> <p><u>Objective</u></p> <p>- ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะ มีแผลฉีกขาด</p> <p>- มีสารคัดหลั่งออกจากหูหรือจมูก</p> <p>- Lab CBC WBC > ๑๐,๐๐๐ cell หรือ < ๕๐๐๐ cell</p> <p>- V/S BT > ๓๗.๕ c</p>	<p>-ไม่ได้รับอุบัติเหตุซ้ำ</p> <p>-ไม่มีอาการของการติดเชื้อ อุณหภูมิอยู่ในเกณฑ์ปกติ</p>	<p>๑. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบายไม่ก้มคอ ศีรษะสูง ๓๐ องศา</p> <p>๒. ใส่ไม้กั้นเตียง เพื่อป้องกันการตกเตียงในรายที่มีอาการกระสับ กระส่าย สับสนหรือมีอาการชัก ในรายที่ตื่นมากอนุญาตให้ญาติอยู่ด้วย ไม่ควรผูกมัดผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น เพราะจะทำให้ผู้ป่วยตื่น เกร็ง เพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะได้ และการที่ผู้ป่วยตื่นกระสับกระส่าย เป็นอาการแสดงให้ทราบว่า เริ่มมีความดันในกะโหลกเพิ่มขึ้น</p> <p>๓. ควบคุมการติดเชื้อที่จะเข้าสู่ร่างกาย ทางบาดแผลที่ฉีกขาด กะโหลกแตก กรามหัก มีบาดแผลเปิด การดูแลบาดแผลต้องเข้มงวดเทคนิคปลอดเชื้อ ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ หรือมีกระดูกกรามหัก ควรทำความสะอาดช่องปากทุก ๒ ชั่วโมง เมื่อตรวจพบอาการเยื่อหุ้มสมองอักเสบ (ไข้ คอแข็ง สับสน) ควรรีบรายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาทันที ผู้ป่วยที่มีเลือดหรือน้ำไขสันหลังออกมาทางจมูกหรือหูก็ตาม จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง ๓๐ องศา ห้ามใช้เครื่องมือใดแหยงหรือดูด เพียงแต่เช็ดรอบนอกด้วยสำลีปลอดเชื้อชุบ แอลกอฮอล์ ห้ามลูกนั่ง หรือสูดน้ำมูก จะทำให้น้ำหรือเลือดออกมากขึ้น ควรนอนพักนี้ประมาณ ๓-๕ วัน ในขณะเดียวกัน ควรวัดอุณหภูมิทุก ๒-๔ ชั่วโมง เพื่อตรวจสอบการติดเชื้อ แพทย์อาจให้ยาปฏิชีวนะป้องกัน</p> <p>๔. ผู้ป่วยที่ได้รับสแตียรอยด์ ดูแลให้ได้รับยาลดกรด และสังเกต อาการข้างเคียงในทางเดินอาหาร เช่น อาเจียน อุจจาระ ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการชัก ดูแลให้ได้รับยาระงับชัก</p>	<p>ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยไม่มีการติดเชื้อในร่างกาย</p>



โรงพยาบาลวานานิวาส
Wanonnivat Hospital

วิธีปฏิบัติงาน work instruction
รหัสเอกสาร : WI-NUR- IPD๖- ๐๐๑

ประกาศใช้
วันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๒
ทบทวนทุกปี

หน้าที่ ๗ /๑๒

ทบทวนครั้งที่วันที่.....

แก้ไขครั้งที่วันที่.....

เรื่อง : แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

การประเมินปัญหา	การวินิจฉัยทางการพยาบาล	การวางแผนการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
	<p>๕. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดแผลกดทับเนื่องจากเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อยหรือเคลื่อนไหวตนเองไม่ได้</p> <p><u>Subjective</u></p> <p>-</p> <p><u>Objective</u></p> <p>- GCS คะแนน</p> <p>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือเคลื่อนไหวได้น้อย</p>	<p>- ให้การพยาบาลเพื่อไม่ให้เกิดแผลกดทับหรือขนาดลดลง</p>	<p>๑. ประเมินและบันทึกลักษณะแผลกดทับตาม barden scale วันละ ครั้ง</p> <p>๒. ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิด แผลกดทับ</p> <p>๓. ทำแผลวันละครั้ง หรือเปียกชุ่ม</p> <p>๔. เปลี่ยนท่านอนหรือพลิกตะแคงตัวทุก ๒ ชั่วโมง</p> <p>๕. เคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยใช้ผ้ารองเลื่อนไม่ลากผู้ป่วย</p> <p>๖. หลีกเลี่ยงการใช้ท่วงวาง ถูมือน้ำ รองตามปุ่มกระดูกเพราะเป็นการเพิ่มแรงกดทับ</p> <p>๗. ตรวจสอบผิวหนังผู้ป่วยและทำความสะอาดผิวหนังด้วยสิ่งที่ไม่ระคายเคือง</p> <p>๘. ให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์โดยเฉพาะอาหารที่มีโปรตีนและวิตามิน ซี เพื่อเสริมสร้างเนื้อเยื่อ</p> <p>๙. ค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุของการเกิดแผลกดทับ</p> <p>ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง การสูญเสียประสาทสัมผัส ระดับความรู้สึกตัวไม่ดี แรงกด แรงเฉือน แรงเสียดสี ประวัติการเกิดแผลกดทับมาก่อน การขาดสารอาหาร อายุที่มากขึ้น ความชุ่มชื้นที่ผิวหนังที่มากหรือน้อยเกินไป</p> <p>๑๐. บันทึกอาการเปลี่ยนแปลงลักษณะผิวหนัง ขนาดของบาดแผลอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>๑. แผลกดทับขนาดลดลงหรือไม่เกิดแผลกดทับในตำแหน่งอื่น ๆ</p> <p>๒. ญาติสามารถพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยได้ถูกต้อง</p>



วิธีปฏิบัติงาน work instruction
รหัสเอกสาร : WI-NUR- IPD๖- ๐๐๑

ประกาศใช้ วันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๒ ทบทวนทุก๑ปี	หน้าที่ ๘ /๑๒
ทบทวนครั้งที่วันที่.....	
แก้ไขครั้งที่วันที่.....	

เรื่อง : แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

การประเมินปัญหา	การวินิจฉัยทางการพยาบาล	การวางแผนการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
<p>๖.ได้รับความไม่สุขสบาย</p> <p>เนื่องจากการบาดเจ็บ</p> <p><u>Subjective</u></p> <p>- ผู้ป่วยหรือญาติแจ้งมีอาการปวดศีรษะ</p> <p><u>Objective</u></p> <p>- Pain score</p> <p>- กระสับกระส่าย พักไม่ได้</p>	<p>๖.ได้รับความไม่สุขสบาย</p> <p>เนื่องจากการบาดเจ็บ</p> <p><u>Subjective</u></p> <p>- ผู้ป่วยหรือญาติแจ้งมีอาการปวดศีรษะ</p> <p><u>Objective</u></p> <p>- Pain score</p> <p>- กระสับกระส่าย พักไม่ได้</p>	<p>- ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายตามสมควร</p>	<p>๑. จัดทำให้อุ่นในท่าที่สบายลดความดันในกะโหลก ช่วยเปลี่ยน ท่า เมื่อจำเป็น</p> <p>๒. ดูแลความสะอาดของร่างกาย เริ่มตั้งแต่ความสะอาดของ ผิวหนัง ปาก ความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์ ดูแลเสมหะด้วยความนุ่มนวล</p> <p>๓. จัดหมอนนุ่มๆ รองรับร่างกายส่วนที่อัมพาตหรือแข็งเกร็ง</p> <p>๔. ไม่พยายามผูกมัดผู้ป่วย สังเกตพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการกระสับกระส่าย อาจเนื่องจากผู้ป่วย ปวดศีรษะหรือปัสสาวะคั่ง หรือเริ่มจะรู้สึก การให้การพยาบาลจะแตกต่างกันออกไปตามสาเหตุของปัญหา</p> <p>๕. ประเมิน Pain score พิจารณาจัดการความเจ็บปวดด้วยการแนะนำการบำบัดโดยไม่ใช้ยา เช่น กระจกเป่าน้ำ ร้อน น้ำเย็น เบี่ยงเบนความปวด หรือการใช้ยา(ตามแนวการรักษา) ตั้งแต่ระดับการปวดเล็กน้อยขึ้นไป</p>	<p>สีหน้าแจ่มใส</p> <p>นอนหลับ</p> <p>พักผ่อนได้</p>
<p>๗.การเคลื่อนไหวร่างกายบกพร่อง เนื่องจากระดับความรู้สติลดลงและการรักษาที่ต้องนอนบนเตียง</p> <p><u>Subjective</u> -</p> <p><u>Objective</u></p> <p>- GCS คะแนน</p> <p>- ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อย</p>	<p>๗.การเคลื่อนไหวร่างกายบกพร่อง เนื่องจากระดับความรู้สติลดลงและการรักษาที่ต้องนอนบนเตียง</p> <p><u>Subjective</u> -</p> <p><u>Objective</u></p> <p>- GCS คะแนน</p> <p>- ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อย</p>	<p>- ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้เอง</p>	<p>๑. ตรวจสอบความรู้สึกและพฤติกรรมทุก ๑-๒ ชั่วโมง เพื่อค้นหา ความผิดปกติทางระบบประสาท และข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว</p> <p>๒. ตรวจสอบการรับรู้ความรู้สึก/การเคลื่อนไหวของร่างกายทั้งสองซีกว่าเท่ากันหรือไม่ทุก ๑-๒ ชั่วโมง</p> <p>๓. ทำ Passive exercise ทุก ๒-๔ ชั่วโมง เพื่อป้องกันกล้ามเนื้อ แข็งเกร็งและลีบ จัดหาไม้กระดานแข็งรองปลายเท้าเพื่อป้องกันการหดรั้ง ข้อเท้าตก</p> <p>๔. พลิกตะแคงตัวทุก ๒ ชั่วโมง เพื่อป้องกันแผลกดทับ</p> <p>๕. ตรวจสอบผิวหนังว่ามีอาการแตกทำลาย หรือแดง หรือไม่ขณะ ที่อาบน้ำหรือเปลี่ยนท่านอน</p> <p>๖. จัดหาที่นอนที่สามารถกระจายน้ำหนักได้ทั่วถึง และหมอนนุ่มๆ รองบริเวณข้อเท้า ข้อศอก</p> <p>๗. ผู้ป่วยที่มีอาการอัมพาตครึ่งซีก ควรจับลูกนั่งบนเตียงและพาลงรถเข็นวันละ ๑ -๒ ครั้ง เพื่อป้องกันปัญหาแทรกซ้อนทางระบบ หายใจจะช่วยให้ฟื้นเร็วขึ้น</p>	<p>ช่วยเหลือตัวเองได้ตามสมควร</p> <p>ออกกำลังแขนขาเองได้</p>



โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
Wanonnawat Hospital

วิธีปฏิบัติงาน work instruction
รหัสเอกสาร : WI-NUR- IPD๖- ๐๐๑

ประกาศใช้
วันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๒
ทบทวนทุกปี

หน้าที่ ๙ /๑๒

ทบทวนครั้งที่วันที่.....

แก้ไขครั้งที่วันที่.....

เรื่อง : แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

การประเมินปัญหา	การวินิจฉัยทางการพยาบาล	การวางแผนการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
	<p>๘. มีความวิตกกังวลเนื่องจากสภาวะทางสุขภาพเปลี่ยนแปลง สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล และขาดความรู้เกี่ยวกับการดำเนินโรค</p> <p><u>Subjective</u> - ผู้ป่วย / ผู้ดูแล สอบถามข้อมูลในการเตรียมจำหน่าย</p> <p><u>Objective</u> - สีหน้าของผู้ดูแลแสดง ความวิตกกังวล</p>	<p>- สุขภาพดีขึ้นทันต่อสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล เข้าใจการดำเนินโรค</p>	<p>๑.ยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เกิดเนื่องจากความผิดปกติของสมอง เช่น บาดเจ็บแฉกศีรษะ จะมีพฤติกรรมก้าวร้าว หรือ ศีลธรรมบกพร่อง เช่น แก้วผ้าเดิน ค่าพยาบาล หรือผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งจะเป็นอยู่ชั่วระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น</p> <p>๒. บอกผู้ป่วยก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่พูดไม่ได้ พยาบาลจะต้องมีความอดทน ความสามารถในการคาดเดาความต้องการต่าง ๆ ของผู้ป่วยได้</p> <p>๓. ช่วยให้การเคลื่อนไหวในรายที่เป็นอัมพาต กระตุ้น ให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะออกกำลังกายเอง</p> <p>๔. เปิดโอกาสให้ญาติ มีส่วนร่วมในกิจกรรมการฟื้นฟูสุขภาพแก่ ผู้ป่วย</p> <p>๕. ให้ความรู้ในการรับฟังปัญหา เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกคลายกังวล และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล</p> <p>๖. การให้คำปรึกษา ผู้ป่วยหลายรายที่ได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย ไม่จำเป็นต้องรับไว้รักษา ควรให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ ให้สังเกตอาการที่บ้านอย่างน้อย ๒๔ ชั่วโมง และให้นำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล ถ้ามีอาการผิดปกติดังนี้ กระสับกระส่ายหรือซึมลง ปลุกไม่ตื่น อาเจียน ชัก มีเลือดออกทางหู จมูก แขนขา อ่อนแรง หรือขา ตามัว พูดไม่ชัด อย่างไม่ดีอย่างหนึ่ง ซึ่งแสดงว่ามีสิ่งเกินที่เกิดขึ้นในสมอง การช่วยเหลือในช่วงนี้จะรักษาชีวิตไว้</p>	<p>สีหน้ายิ้มแย้มคลายความวิตกกังวล อาการทั่วไปดีขึ้น และบอกวิธีการปฏิบัติตนได้</p>



โรงพยาบาลวานอนนิวาส
Wanonnivat Hospital

วิธีปฏิบัติงาน work instruction
รหัสเอกสาร : WI-NUR- IPD๖- ๐๐๑

ประกาศใช้ วันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๒	หน้าที่ ๑๐ /๑๒
ทบทวนทุกปี	
ทบทวนครั้งที่	วันที่.....
แก้ไขครั้งที่	วันที่.....

เรื่อง : แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

การประเมินปัญหา	การวินิจฉัยทางการพยาบาล	การวางแผนการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
<p>ระยะจำหน่าย</p> <p>-ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยซ้ำก่อนจำหน่าย</p> <p>การส่งต่อการรักษากลับบ้าน</p> <p>ระยะสุดท้าย</p>	<p>๙. ผู้ป่วย/ผู้ดูแลขาดความรู้/ความเข้าใจและทักษะในการปฏิบัติตนก่อนกลับบ้าน</p> <p><u>Subjective</u></p> <p>- ผู้ป่วย / ผู้ดูแลสอบถามข้อมูลในการเตรียมจำหน่าย</p> <p>- ผู้ดูแลไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน</p> <p><u>Objective</u></p> <p>- สีหน้าของผู้ดูแลแสดงความวิตกกังวล</p> <p>- ผู้ดูแลไม่สามารถตอบคำถามเรื่องการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายได้อย่างถูกต้อง</p>		<p>๑.ให้ข้อมูลผู้ดูแลเรื่องการเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้านเช่นการเตรียมสถานที่บ้าน อุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้กับผู้ป่วย</p> <p>๒.แนะนำสถานที่ใกล้บ้าน เช่นรพสต แก่ผู้ดูแลกรณีเหตุฉุกเฉินที่ต้องการคำปรึกษา</p> <p>๓.ปรึกษากับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย</p> <p>๔. ประสาน Home Health Care ร่วมเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายผู้ป่วย ๓-๕ วัน</p> <p>๕.จัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยยากไร้เช่นเตียงนอน ที่นอนลมถึงออกซิเจน</p> <p>๖.แนะนำหมายเลข ๑๖๖๙ กรณีเกิดเหตุฉุกเฉินเรียกรถพยาบาลรับผู้ป่วยที่บ้าน</p> <p>๗.ทบทวนความรู้และทักษะของผู้ดูแล ในการปฏิบัติงานเมื่อผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน</p>	<p>๑. ผู้ป่วย /ผู้ดูแลรับทราบข้อมูลการเตรียมตัวจำหน่ายก่อนกลับบ้าน</p> <p>๒. สามารถบอกการเตรียมอุปกรณ์ในการจำหน่ายได้อย่างถูกต้อง</p> <p>๓. สามารถบอกแหล่งประโยชน์เกี่ยวกับสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยได้</p>



โรงพยาบาลวานอนิวัต
Wanonnivat Hospital

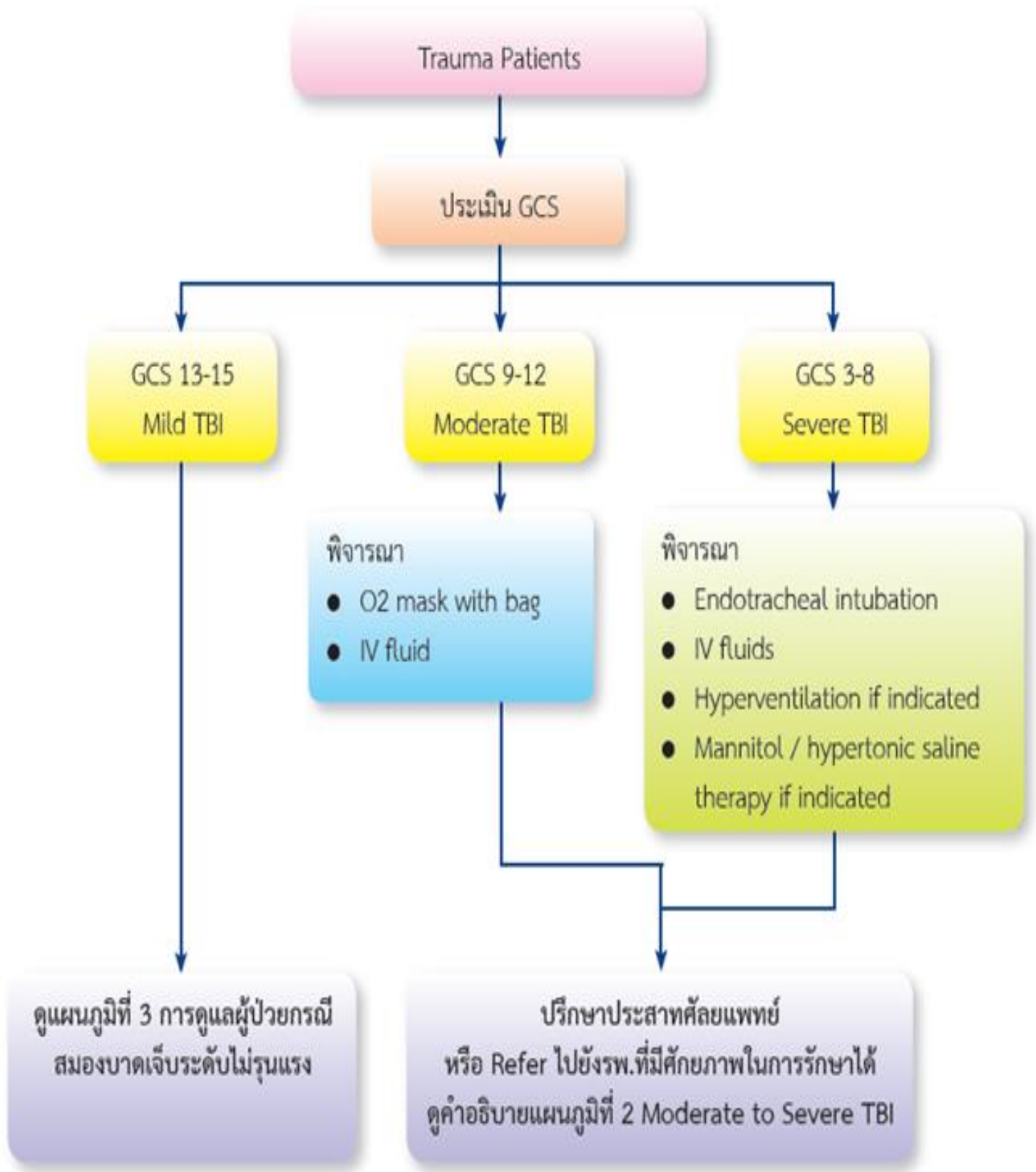
วิธีปฏิบัติงาน work instruction
รหัสเอกสาร : WI-NUR-IPD๖ - ๐๐๑

ประกาศใช้ วันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๒ ทบทวนทุกปี	หน้าที่ ๑๒ /๑๒
ทบทวนครั้งที่	วันที่.....
แก้ไขครั้งที่	วันที่.....

เรื่อง : แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

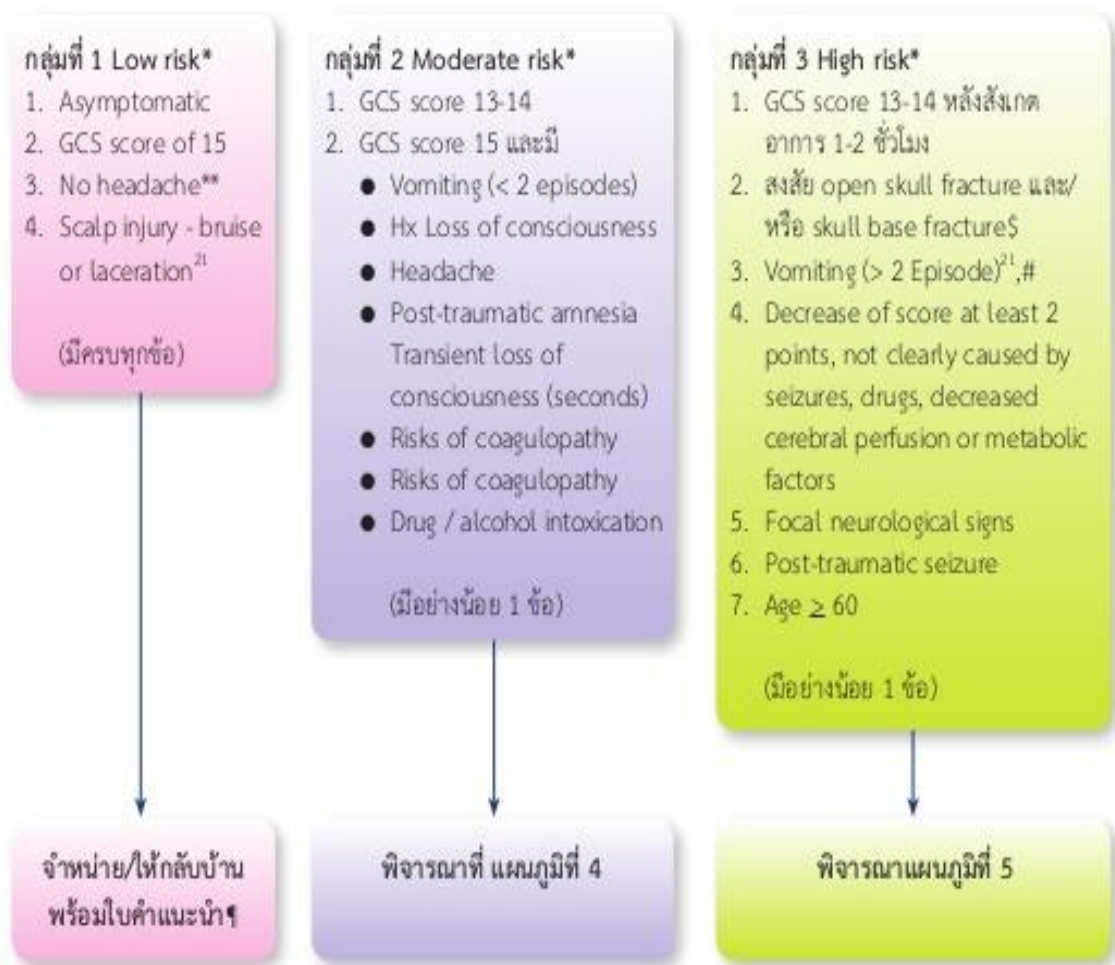
- ๙.๑ แผนภูมิการปฏิบัติงานเมื่อรับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
- ๙.๒ แผนภูมิแนวทางเวชปฏิบัติกรณีบาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรง
- ๙.๓ แผนภูมิแนวทางเวชปฏิบัติกรณีบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง
- ๙.๔ แผนภูมิแนวทางเวชปฏิบัติกรณีบาดเจ็บที่ศีรษะปานกลาง

ภาคผนวก ๙.๑ แผนภูมิการปฏิบัติงานเมื่อรับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ



แผนภูมิที่ 3

แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บที่ไม่รุนแรง (Clinical Practice Guideline for Mild Traumatic Brain Injury)



* reference 21-24

** Headache ไม่รวมถึงปวดเฉพาะที่ของบาดแผล

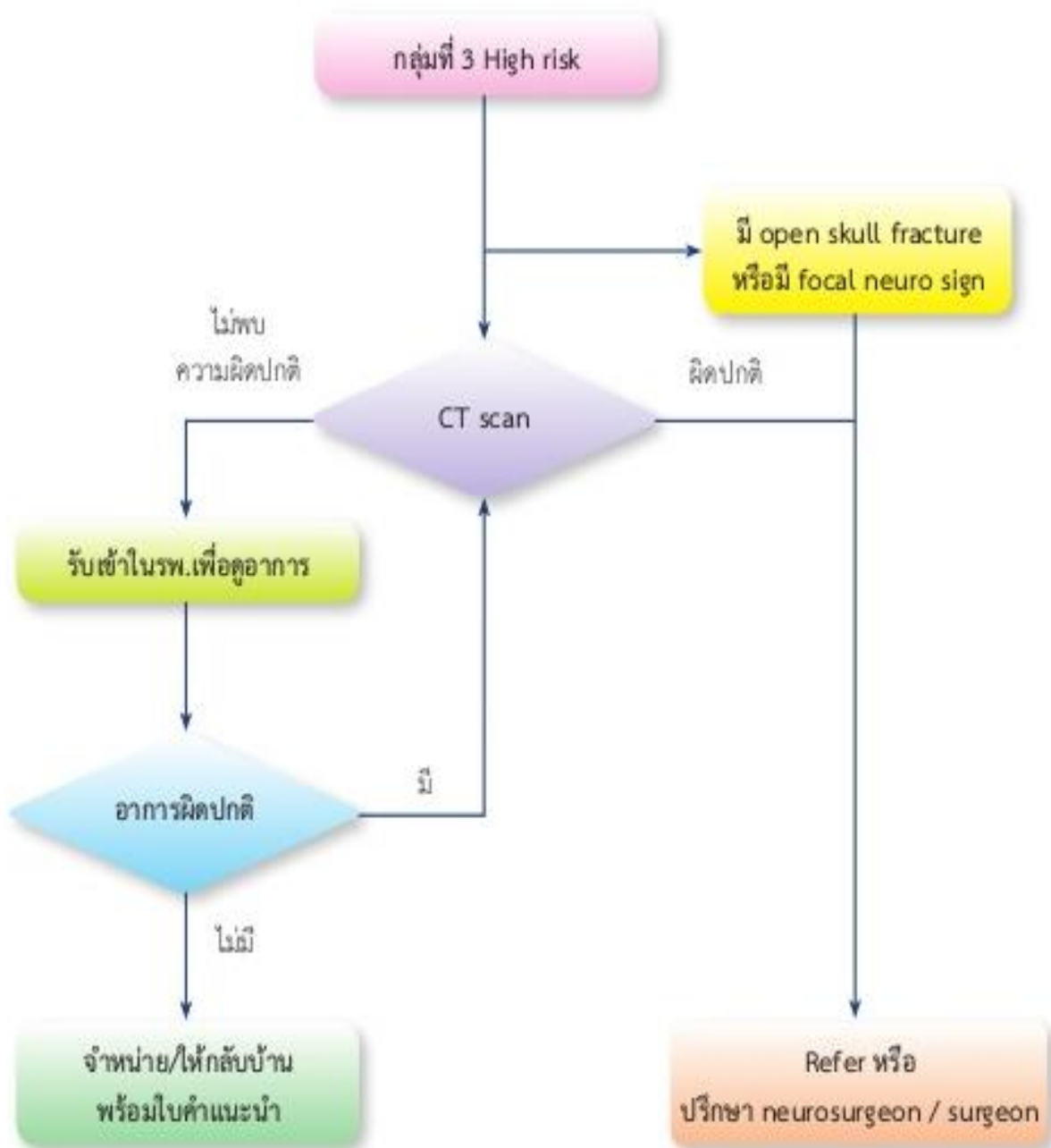
§ Clinical signs of skull fracture : palpable discontinuity of the skull, leakage of cerebrospinal fluid, periorbital or post-auricular ecchymosis, hemotympanum and bleeding from the nose or ear)

การอาเจียนแต่ละครั้งมีระยะห่างพอสมควร

¶ ใบใบคำแนะนํา ควรมีการลงนามรับทราบ และควรมีหลักฐานเก็บไว้ที่โรงพยาบาล โดยขึ้นกับบริบทของโรงพยาบาล

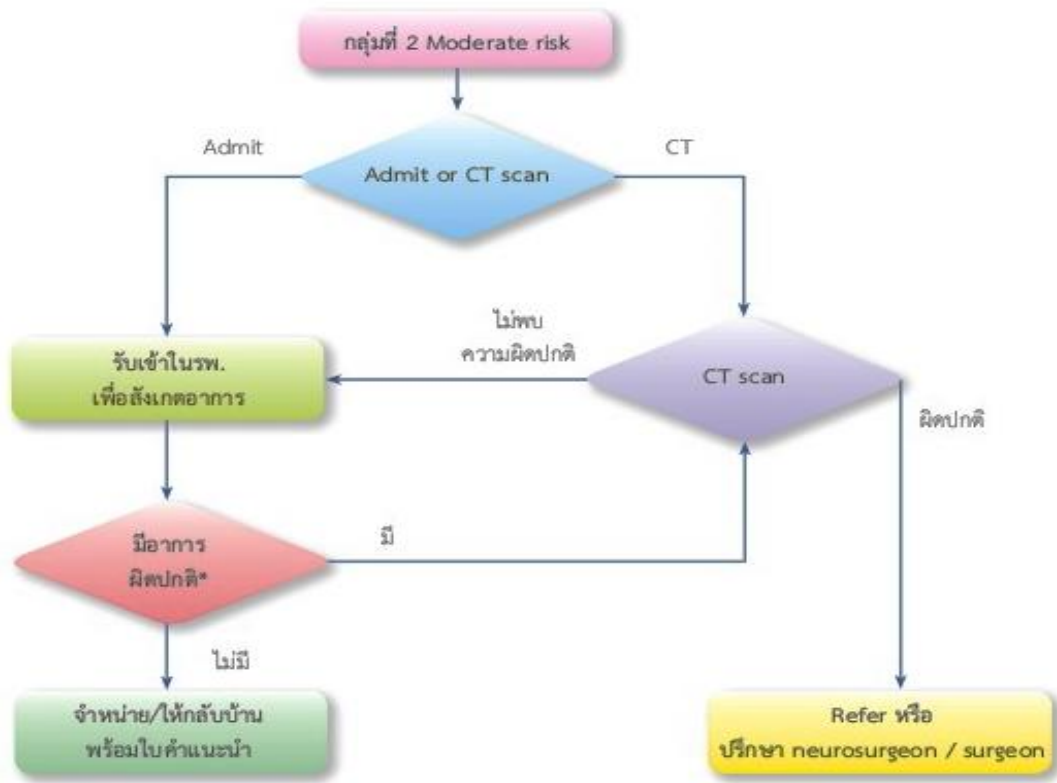
แผนภูมิที่ 5

แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บที่ไม่รุนแรงระดับ High risk
(Clinical Practice Guideline for Mild Traumatic Brain Injury – High risk)



ภาคผนวก ๙.๔ แผนภูมิแนวทางเวชปฏิบัติกรณีบาดเจ็บที่ศีรษะปานกลาง

แผนภูมิที่ 4
 แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บที่ไม่รุนแรงระดับ Moderate risk
 (Clinical Practice Guideline for Mild Traumatic Brain Injury – Moderate risk)



* มีอาการผิดปกติ หมายถึง GCS score ลดลงจากเดิม ปวดศีรษะมากขึ้น อาเจียนมาก หรือ GCS score < 15 หลังสังเกตอาการแล้ว 2 ชั่วโมง

คำอธิบายแผนภูมิที่ 4

การดูแลผู้ป่วย mild TBI with moderate risk

- เลือกสังเกตอาการไว้ในโรงพยาบาล หรือ CT scan ก็ได้ ขึ้นกับแพทย์ผู้ดูแล สถานการณ์ และบริบทของโรงพยาบาล
- ควรส่งผู้ป่วยทำ CT scan ตั้งแต่เริ่มต้น หากโรงพยาบาลไม่พร้อมในการส่งผู้ป่วยไปทำ CT scan ได้อย่างรวดเร็ว หรือไม่สามารถสังเกตอาการในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กรณีเลือกสังเกตอาการ

- อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงเหตุผลในการรับไว้ในรพ.
- Observe vital sign, GCS score และ pupils ทุก 1 ชม. และพร้อมที่จะส่งตัวผู้ป่วยไปทำ CT scan หรือส่งมายังโรงพยาบาลที่มีประสาทศัลยแพทย์ได้ตลอดเวลา
- ถ้ามีภาวะดังต่อไปนี้ให้ส่งทำ CT scan หรือส่งตัวมายังโรงพยาบาลที่สามารถดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บได้
 - ◆ GCS score ลดลงจากเดิม
 - ◆ ปวดศีรษะมาก
 - ◆ อาเจียนมาก

กรณีเลือกทำ CT scan

- ถ้า CT scan แล้วไม่พบความผิดปกติ ผู้ป่วยมี GCS score 15 และมีอาการคงที่อาจจำหน่ายผู้ป่วยได้เมื่อสังเกตอาการครบ 6 ชั่วโมง²²
- ถ้าทำ CT scan แล้วพบความผิดปกติ ให้ปรึกษาประสาทศัลยแพทย์ ศัลยแพทย์ทั่วไปที่สามารถดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บได้ หรือส่งตัวมายังรพ. ที่สามารถดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ

การจำหน่ายผู้ป่วยกรณี mild TBI with moderate risk

- ถ้าสังเกตอาการครบ 24 ชม. แล้วไม่มีอาการเปลี่ยนแปลง พิจารณาจำหน่ายผู้ป่วยได้ และนัดมาติดตามผล 1 สัปดาห์
- ผู้ป่วยสมองบาดเจ็บที่จำหน่าย ควรได้รับแผ่นข้อมูลคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ (ภาคผนวก 3 คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยกรณีสมองบาดเจ็บ)

แบบประเมิน specific competency/ การดูแลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ Head injury

ชื่อ – สกุล ผู้ป่วยอายุ HNAdmit date ward

หัวข้อการประเมิน	การปฏิบัติ		หมายเหตุ
	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	
๑. การประเมิน (Assessment)			
๑.๑ การซักประวัติ			
ประวัติการได้รับบาดเจ็บ			
อาการแรกเริ่ม/อาการและอาการแสดง			
การตรวจหาการบาดเจ็บของอวัยวะอื่น ๆ			
๑.๒ การตรวจร่างกาย			
- Vital sign			
- Glasgow coma score			
- ลักษณะอวัยวะ บวมผิดปกติ/บาดแผล / สารคัดหลั่ง / active bleed			
- Neuro Sign , Pupil ตอบสนองต่อแสง			
- motor power			
๑.๓ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ			
- film skull			
- CT brain			
- X-ray			
- CBC, PT, PTT, Plt. count			
๒. การวางแผนการพยาบาล (Problem and Plan)			
- มีการกำหนดข้อวินิจฉัยหรือปัญหาทางการพยาบาลโดยมีข้อมูลสนับสนุนครอบคลุมองค์รวม			
- มีการวางแผนการพยาบาลสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยตามแผนการรักษา			
- มีการกำหนดจุดมุ่งหมายและการประเมินผลการพยาบาล			
๓. การพยาบาล (Nursing intervention)			
- ให้การพยาบาลสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย			
- กิจกรรมในการพยาบาลผู้ป่วย ๓ ระยะ			
ระยะแรกเริ่ม			
ระยะดูแลต่อเนื่อง			
ระยะเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย			
-ประเมินภาวะแทรกซ้อน (bed sore, การกลืนลำบาก, การช่วยเหลือตนเองลดลง, ติดเตียง, ข้อติด เป็นต้น)			
-ประเมินการติดเชื้อ (infected wound, Phlebitis, respiratory infection)			
๔. การประเมินผลและการบันทึก (Document and evaluation)			
-การบันทึกผลทางการพยาบาลสอดคล้องและครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย			
-ผลการประเมินภาวะแทรกซ้อน			
-ผลการประเมินการติดเชื้อ (ไม่มีsign infection BT< ๓๗.๕, แผลแดงดีไม่มีหนองซึม, lung clear)			
๕.การวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning)			
-ให้ความรู้ในการดูแลตนเองโดยใช้ D-METHOD			
-ส่งต่อปัญหาที่มียืมบ้าน(COC) เพื่อดูแลต่อเนื่อง			

ลงชื่อผู้รับการประเมิน
(.....)

พยาบาลวิชาชีพ

ลงชื่อผู้ประเมิน
(.....)

หัวหน้าหน่วยงาน

วันที่.....