

การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง (Head Injury) โรงพยาบาลพนมไพร

นางสาวกิตพร แผลงฤทธิ์ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

1. บริบท

โรงพยาบาลพนมไพร เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง ไม่มี ICU ,ไม่มีCT SCAN และศัลยกรรมระบบประสาท มีผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินปี 2556-2559 มีผู้ป่วยจำนวน 682 ราย 637 ราย 660 ราย และ 738 รายตามลำดับ ในปี 2559 มีผู้ป่วย severe head injury และผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ที่ส่งต่อรักษาจำนวน 75 ราย ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลสังเกตอาการจำนวน 170 ราย นอกจากนี้ยังผู้ป่วยที่กลับบ้าน และแนะนำให้สังเกตอาการทางสมองจำนวน 493 ราย ซึ่งผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทางสมองส่วนใหญ่มิสาเหตุจากอุบัติเหตุบนท้องถนน จากการทบทวนข้อมูลพบว่าผู้ป่วยกลับบ้านแล้วได้ Re-visit 1 ราย ผู้ป่วยยังไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน การส่งต่อจากที่เกิดเหตุจนถึงโรงพยาบาลยังไม่ครอบคลุมอย่างมีคุณภาพ รวมถึงการจัดระบบการดูแลรักษาที่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานนำมาสู่การจัดการระบบดูแลรักษาที่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องพัฒนาต่อเนื่องเพื่อลดอัตราการและความพิการในผู้ป่วยที่บาดเจ็บทางสมอง

2. ประเด็นคุณภาพความเสี่ยงที่สำคัญ:

1. ลดการ Re-visit ภายใน 48 ชั่วโมง
2. การเข้าถึงจุดเกิดเหตุล่าช้า
3. มีกู้ชีพพื้นฐานดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุและขณะนำส่ง ไม่ถูกต้อง

3. เป้าหมายการพัฒนา:

1. มีทีมกู้ชีพพื้นฐานครอบคลุมทุกพื้นที่ สามารถให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง
2. ร้อยละของการออกรับผู้ป่วยฉุกเฉิน (Respons time)ภายใน 8 นาทีถึงที่เกิดเหตุ
3. อุบัติการณ์ผู้ป่วย Head injury เสียชีวิตเท่ากับ 0
4. ร้อยละของผู้ป่วย Head injury Re-visit ที่ ER ภายใน 48 hrs. เท่ากับ 0
5. ผู้ป่วย Head injury ได้ตามCPG

4.กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ:

1. ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบถึงช่องทางด่วน 1669 เมื่อได้บาดเจ็บ / เจ็บป่วยฉุกเฉิน
2. จัดทีมกู้ชีพให้ครอบคลุมทุกตำบล จำนวน 12 หน่วย ทีมกู้ชีพโรงพยาบาล 1 หน่วย ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง
3. จัดอบรมฟื้นฟูวิชาการ CPR การดูแลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บแก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล 100 % อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
4. จัดเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอบรมฟื้นฟูผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ
5. พัฒนาศักยภาพกู้ชีพตำบลในระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน โดยการอบรมหลักสูตร FR BLS การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุและการดูแลระหว่างนำส่งโรงพยาบาล

6. ประเมินสมรรถนะของเจ้าหน้าที่กู้ชีพ
7. พัฒนา CPG Trauma , Head injury โดยอิงกระบวนการรักษาตามมาตรฐาน ATLS
8. จัดทีมส่งต่อให้มีความพร้อม สามารถให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง
9. ทบทวนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองที่มีการวินิจฉัย การรักษา การส่งตัวล่าช้า

5.ผลการพัฒนา :

| ข้อมูล/ตัวชี้วัด | เป้า หมาย | ปีงบประมาณ | | | |
|--|--------------|------------|-------|-------|-------|
| | | 2557 | 2558 | 2559 | 2560 |
| จำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองเสียชีวิตที่โรงพยาบาล | 0 | 0 | 0 | 4 | 2 |
| ร้อยละการดูแลผู้ป่วย Head injury ได้ตาม CPG | 85% | 77.6 | 94.87 | 91.66 | 90.23 |
| ร้อยละการออกรับผู้ป่วยฉุกเฉิน(Respons Time)ภายใน 8 นาที | >80% | 93.52 | 96.81 | 91.22 | 86.31 |
| ร้อยละของทีมกู้ชีพที่ส่งผู้ป่วยอุบัติเหตุถูกต้องตามเกณฑ์ | >80% | NA | 93.90 | 93.91 | 92.06 |
| ผู้ป่วย trauma head injury ที่ revisit ภายใน 48 ชั่วโมง | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| จำนวนผู้ป่วยที่นอนสังเกตอาการแล้วได้รับการส่งต่อภายใน 24 ชั่วโมง | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |

6. ปัญหาอุปสรรค

1. การส่งเสริมการปฏิบัติตามมาตรการลดอุบัติเหตุยังไม่มีประสิทธิภาพ
2. มาตรฐานการนำส่งของหน่วย FR ยังมีโอกาสพัฒนา
3. การติดตามการรักษาในผู้ป่วยที่ส่งต่อยังไม่มีประสิทธิภาพ

7. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

การดำเนินงานตามนโยบายเชิงป้องกันที่มีประสิทธิภาพ ทั้งคน สิ่งแวดล้อม และวิศวกรรมจราจร ทำให้ลดการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สินจากอุบัติเหตุ

8 .แผนพัฒนาต่อเนื่อง

1. ติดตามการดูแลผู้ป่วยภาวะบาดเจ็บทางสมองให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน
2. จัดอบรมฟื้นฟูวิชาการความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะบาดเจ็บทางสมอง สำหรับเจ้าหน้าที่ทั้งในโรงพยาบาลและหน่วยเจ้าหน้าที่กู้ชีพพื้นฐานปีละ 1 ครั้ง
3. การประเมินสมรรถนะพยาบาลและเจ้าหน้าที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง
4. ติดตามระบบการรวบรวมข้อมูลผู้บาดเจ็บทางสมองอย่างเป็นระบบ
5. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่ได้รับการส่งตัวรักษาต่อทุกราย
6. ประชาสัมพันธ์รณรงค์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
7. จัดหาเครื่องอัลตราซาวด์มาไว้ที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน
8. ทบทวนผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่ไม่ได้รับการส่งต่อตามมาตรฐาน ATLS

เรื่องการเข้าถึงระบบบริการEMS ของเครือข่ายบริการสุขภาพเสลภูมิจังหวัดร้อยเอ็ด

เนาวรัตน์ ภูมิบุญชู พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเสลภูมิ

1. ความเป็นมา

1.1 ปัญหาพื้นที่ : การเข้าถึงระบบบริการ EMS ยังล่าช้า จากความไม่ชำนาญเส้นทางของเจ้าหน้าที่เส้นทางคดเคี้ยว ซึ่งต้องเหตุภายใน 10 นาทีตามตัวชี้วัดของการแพทย์ฉุกเฉิน

1.2 ยุทธศาสตร์และตัวชี้วัด จากยุทธศาสตร์ที่ 3 ของจังหวัดร้อยเอ็ดและเครือข่ายบริการสุขภาพเสลภูมิ ตัวชี้วัดที่ 12 , 17 การลดการตายของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน(MI)และหลอดเลือดสมอง (Stroke) จากสถิติเวชระเบียนโรงพยาบาลเสลภูมิ พ.ศ 2560 มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 6,103 คน โรคความดันโลหิตสูง 7,759 คนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆทุกปี ซึ่ง 2 โรคเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิด MI ,Stroke โรงพยาบาลเสลภูมิสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (SK) ในผู้ป่วย MI ระยะเวลาปลอดภัยของผู้ป่วย ที่ต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือดผู้ป่วย MI ภายใน 90 นาทีและ Stroke ภายใน 270 นาทีตั้งแต่เริ่มมีอาการแต่พบว่าการเข้าถึงล่าช้าและใช้บริการ EMS น้อย ดังนี้

| ภาวะเจ็บป่วย | พ.ศ 2557 | | พ.ศ 2558 | | พ.ศ 2559 | |
|-------------------------------------|-----------------|--------------------|-----------------|--------------------|-----------------|--------------------|
| | ทั้งหมด (คน) | มาด้วย EMS (คน) | ทั้งหมด (คน) | มาด้วย EMS (คน) | ทั้งหมด (คน) | มาด้วย EMS (คน) |
| กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (MI) | 62 | 10 | 43 | 13 | 38 | 18 |
| หลอดเลือดสมอง(Stroke) | 179 | 17 | 216 | 22 | 248 | 25 |

จากการสุ่มสอบถามพบว่า ประชาชนยังไม่ทราบวิธีการใช้EMSด้วยการโทร 1669 ไม่ทราบอาการเตือนและเจ้าหน้าที่ไม่ชำนาญพื้นที่ก่อให้เกิดความล่าช้าในการบริการดังนั้นงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินกับงานสารสนเทศโรงพยาบาลเสลภูมิ จึงได้จัดทำและนำใช้เทคโนโลยีโปรแกรม Geographic Information System (GIS) นำทางระบบEMS ให้เข้าถึงพิกัด ให้รวดเร็วขึ้นและเชื่อมโยงผู้ป่วย ใน 43 แฟ้ม ถึงข้อมูลการรักษาผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลรักษามีประสิทธิภาพ โดยนำใช้ในหมู่บ้านต้นแบบที่สมัครใจ คือ หมู่ 9,10 บ้านนาทม ตำบลภูเงิน อำเภอเสลภูมิ ในกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยระดับไม่รุนแรง โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงจำนวน 110 คน ร่วมกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ ด้วยการพัฒนาทักษะผู้ใช้บริการ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงไม่เป็นผู้ป่วยรายใหม่ กลุ่มป่วยไม่ให้เป็นระดับรุนแรงขึ้น แต่หากมีอาการเตือนของโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง ให้สามารถเข้าถึงระบบบริการทางด่วน (Fast track) ได้ทันเวลาด้วยระบบ EMS โทร1669

2. วัตถุประสงค์

21 เพื่อพัฒนาการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (EMS) สายด่วน 1669 ให้มีประสิทธิภาพ โดยการใช้โปรแกรมระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์เพื่อการวิเคราะห์พื้นที่ (Geographic Information Systems: GIS)

2.2 เพื่อให้เกิดความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในพัฒนาทักษะส่วนบุคคลของผู้ใช้บริการต่อการการสร้างเสริมสุขภาพพื้นที่ต้นแบบโรค DM HT โดยกลุ่มเสี่ยงไม่เป็นผู้ป่วยรายใหม่ กลุ่มป่วยไม่ให้เป็นระดับรุนแรงขึ้น แต่หากมีอาการเตือนของโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองให้สามารถเข้าถึงระบบบริการทางด่วน (Fast track) ได้ทันเวลาด้วยระบบ EMS โทร 1669

3. การดำเนิน

3.1 ขั้นเตรียมการ

- 1) ปรึกษาผู้บริหารถึงแนวคิดโครงการ การดำเนินงานต่างๆ
- 2) การประสานงานและประชุมผู้เกี่ยวข้อง สหสาขาวิชาชีพภาคีเครือข่ายต้นแบบ คั้นข้อมูลและร่วมกันวิเคราะห์ ปัญหา แนวทางแก้ไข การดำเนินโครงการ
- 3) เสนอโครงการผู้บริหารตามลำดับ
- 4) แต่งตั้งคณะกรรมการผู้รับผิดชอบและกำหนดบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงาน
- 5) จัดประชุมคณะกรรมการ วางแผนงาน จัดเตรียมอุปกรณ์ เอกสารต่างๆ
- 6) ร่วมกับงานแผนงานและงานสารสนเทศพัฒนาการออกแบบ โปรแกรมระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์เพื่อการวิเคราะห์พื้นที่ (GIS) นำใช้ต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) โดยเชื่อมโยงฐานข้อมูลทั้งโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

3.2 ขั้นดำเนินงาน พัฒนาทักษะ 3 กลุ่ม

- 1) พัฒนาทักษะ อสม.ใช้แบบคัดกรองประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปในพื้นที่รับผิดชอบ ให้การความรู้ และการส่งเสริมสุขภาพใน โรค DM HT MI stroke แล้วคัดกรองประชาชนในพื้นที่แยกกลุ่มด้วยปิงปอง 7 สี CVD risk และ BMI
- 2) พัฒนาทักษะกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยระดับไม่รุนแรง (สมัครใจ 110 คน) ด้วยพัฒนาทักษะ ดั้งนี้ การสร้างความตระหนักในภาวะสุขภาพด้วยเชิงสัญลักษณ์ “ห่วงรักษ์สุขภาพ” โดยใช้เชือกสีต่างๆ ผูกที่เอว และคล้องห่วงตามจำนวนความเสี่ยงที่ผู้เข้าร่วมประชุมมี เช่น ระดับBMI เกินระดับ 3 ใช้สีแดง ใส่จำนวน 3 ห่วง เพิ่มจำนวนห่วงตามความเสี่ยงที่ได้สำรวจมา สร้างความตั้งมั่นด้วยการปวารณาตนไม่กิน หวาน มัน เค็ม ผักทักษะ ปลุกพลังใจด้วยคำว่านาทมสตาร์อัฟ การตั้งคำถามต่อปลดห่วงปัญหาสุขภาพ เรียนรู้แบบผู้ใหญ่ การฝึกคิดวิเคราะห์ผ่านเกมส์ต่างๆ และ ฝึกปฏิบัติการควบคุมโรคอ้วนลงพุงด้วยการกินกลับหลังในอาหารมื้อเที่ยง การคำนวณปริมาณน้ำที่ต้องดื่ม ฝึกการออกกำลังกายเพื่อนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน วันละ 30 นาที 5 วัน ต่อสัปดาห์ การควบคุมอาหาร อาหารหวาน มัน เค็ม ด้วยโมเดลอาหาร เรียนรู้โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อันตรายและอาการเตือนของโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง ฝึกทักษะการเรียกใช้ระบบบริการ EMS ด้วยการโทรฟรี 1669
- 3) ฝึกทักษะบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการใช้โปรแกรมGIS ต่อระบบEMS ได้แก่ พยาบาล เจ้าหน้าที่ EMS พนักงานยานพาหนะทั้งโรงพยาบาลและกู้ชีพฉุกเฉิน

4. กิจกรรมชุมชน

- 1) จัดกิจกรรมการออกกำลังกายภายในหมู่บ้านวันละ 30 นาที โดยอบต.จัดสร้างลานออกกำลังกาย มุ่งหลังคาให้
- 2) สร้างกระแสการกินกลับหลังและการกินผัก โดยมีธรรมนูญหมู่บ้านให้ทุกหลังคาเรือนปลูกผัก 10 ชนิด/หลัง ในกิจกรรมชื่อ “หน้าบ้านสวย หลังบ้านสวย”
- 3) การใช้ทุนทางสังคมร่วมกับการดำเนินงาน โดยให้หมอพื้นบ้านประดิษฐ์อุปกรณ์มาช่วยในการนวด เยี่ยมบ้านฟื้นฟูผู้พิการในหมู่บ้านและถ่ายทอดความรู้ให้ผู้สูงอายุได้มีอาชีพจัดจำหน่าย ส่งเสริมรายได้ให้กับตนเองและครอบครัว
- 4) ให้เยาวชน คือนักเรียนโรงเรียนนาทมโคกก่อวิทยามีส่วนร่วมส่งเสริมสุขภาพโดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลนาทม เข้าไปให้ความรู้การงด หวาน มัน เค็ม งดน้ำอัดลม จัดให้ดื่มน้ำ สมุนไพร การออกกำลังกายทุกวันและชักชวนผู้ปกครองออกกำลังกายตอนเย็นเป็นกลุ่มที่ลานหมู่บ้าน
- 5) ร่วมกับองค์กรส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชนปลูกสวนผักและสมุนไพรสาธารณสุข โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วม จัดกลุ่มรับผิดชอบดูแล นำไปบริโภคและขายสร้างรายได้ให้กับชุมชน
- 6) การใช้แพทย์ทางเลือกส่งเสริมสุขภาพ ถั่วดาวอินคา ใช้ดื่มเป็นน้ำชา ภายใต้การดูแลงานแพทย์ไทย เพื่อควบคุม DM HT ในผู้ไม่ขึ้นทะเบียนโรคเรื้อรัง

5. ผลลัพธ์

1. การเข้าถึงระบบบริการEMS โดยนำใช้ GIS นำทางและเชื่อมโยงข้อมูล เดิมกู้ชีพใช้เวลา 9-10 นาที ผลนำใช้GIS ใช้ระยะเวลาถึงพิภคเฉลี่ย 5.29 นาที (ช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2560-6 เมษายน 2560)
2. EMS เชิงรุกของงาน ER ร่วมกับภาคีเครือข่ายต่อระบบ Fast track MI Stroke มีการแจ้งเหตุ โทร 1669 สัญญาณเตือนของ โรคหัวใจ 5 รายโรคหลอดเลือดสมอง 2 ราย (ช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2560-6 เมษายน 2560)
3. เกิดกระแสการดูแลสุขภาพ ด้วยการกินกลับหลัง กินปลาเป็นหลักกินผักเป็นยา ลดอาหารหวาน มันเค็ม การออกกำลังกาย มีผู้ลดน้ำหนักตัวได้ คิดเป็นร้อยละ 55.56
4. การใช้สมุนไพรได้แก่ ถั่วดาวอินคาควบคุมระดับน้ำตาล และ ความดันโลหิต 2 เดือน ในผู้ที่มี น้ำตาลในกระแสเลือดเกินเกณฑ์ไม่ยอมขึ้นทะเบียน 30 ราย ใช้ดื่มสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่เกิน 125 mg% ได้ 26 รายควบคุมไม่ได้ 4 รายเป็นผู้ไม่ให้ความร่วมมือ
5. สร้างสิ่งแวดล้อมต่อการส่งเสริมสุขภาพ : ปลูกสวนผักขนาดใหญ่ 3 แห่ง ได้แก่ หนองพิมาน หนองกุดฮาด แหล่งเรียนรู้บ้านมะหรี

การต่อยอดนวัตกรรม

1. การใช้โปรแกรม GIS ต่อการออกเหตุ EMS ในพื้นที่ที่เกิดอุบัติเหตุ ด้วยมือถือของผู้ใช้บริการที่ ลงทะเบียน
2. การพัฒนาศักยภาพการรักษาพยาบาลในรถออกเหตุด้วย VDO conference กับแพทย์ประจำER
3. ขยายแนวทางการพัฒนาไปยังพื้นที่ต่างๆ เพื่อให้เกิดการพัฒนาต่อยอด

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย

(Mild Traumatic Brain Injury)

นางสาวหนึ่งฤทัย ยุบลชิต พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโพหนอง

เบอร์โทร : 08 0011 5311 E-mail : Nuengruetaiy@kkumail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นปัญหาที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก และเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บและเสียชีวิตและทุพพลภาพของประชากรโลก ประเทศไทยมีสถิติการเสียชีวิตอยู่ในอันดับ 1 ของกลุ่มประเทศอาเซียน (สำนักงานเครือข่ายลดอุบัติเหตุ, 2559 ซึ่งโรงพยาบาลโพหนอง จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ (M2) ที่มีผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุเข้ารับบริการรักษา จากสถิติปี 2557 , 2558 , 2559 พบว่า มีผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ 5,534 , 6,901 และ 7,284 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้พบว่า อวัยวะที่บาดเจ็บมากที่สุดคือ ศีรษะ พบว่าในแต่ละปี มีผู้บาดเจ็บที่ศีรษะเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินเป็นจำนวน 554 , 574, 607 ตามลำดับ ซึ่งร้อยละ 80 ของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ ไม่จำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลและจำหน่ายเมื่ออาการดีขึ้น (เวชระเบียนโรงพยาบาลโพหนอง, 2560 กลุ่มผู้บาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย เป็นกลุ่มที่พบได้มากที่สุดถึงร้อยละ 80 ของผู้บาดเจ็บทั้งหมด (เวชระเบียนโรงพยาบาลโพหนอง, 2560) แม้ว่าการบาดเจ็บที่ศีรษะนี้จะมีลักษณะไม่รุนแรง ไม่มีบาดแผลเปิดที่ศีรษะ หรือไม่มีการแตกร้าวของกะโหลกศีรษะ หรือตรวจเบื้องต้นไม่พบความผิดปกติทางระบบประสาท เช่น ปวดศีรษะรุนแรง ตาพร่ามัว คลื่นไส้อาเจียนหรือมีอาเจียนพุ่ง มองเห็นภาพซ้อน เดินเซ ชักเกร็ง เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้หากไม่ได้รับการประเมินหรือตรวจร่างกายอย่างละเอียดแล้วนั้น อาจจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา ได้แก่ ภาวะมีเลือดออกในสมอง ซึ่งผู้ป่วยอาจเกิดอันตรายถึงขั้นเสียชีวิต แต่หากผู้บาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรง มีระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีประวัติสลบ หรือไม่มีประวัติมีเมาสุรา จำเรื่องราวเหตุการณ์ไม่ได้ อาการดังกล่าวเหล่านี้ แพทย์จะพิจารณาอนุญาตให้ผู้บาดเจ็บกลับไปพักรักษาตัวที่บ้านได้ แต่ต้องมีญาติหรือผู้อยู่ดูแลใกล้ชิดเพื่อสังเกตอาการทางระบบประสาท 24 ชั่วโมง

จากประสบการณ์ในการดูแลผู้บาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย ที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลโพหนอง โดยใช้เกณฑ์การคัดแยกประเภทผู้ป่วยตาม Emergency Severity Index 5 level. (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน , 2554) พบว่า การประเมินคัดแยกผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ยังไม่เป็นระบบที่ชัดเจน พบว่า ผู้บาดเจ็บที่แพทย์พิจารณาอนุญาตให้กลับบ้าน มีอาการทรุดลง จำนวน 1ราย และเสียชีวิตในเวลาต่อมา ซึ่งอุบัติการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเสียชีวิต ญาติเกิดความไม่พึงพอใจไม่เชื่อมั่นในการบริการ เสี่ยงต่อการเกิดข้อร้องเรียนต่างๆ อีกทั้งยังทำให้เจ้าหน้าที่เสียขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน และบ่งบอกถึงคุณภาพด้านการดูแลรักษาที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงต้องการพัฒนาแนวทางการประเมิน และเฝ้าติดตามผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองเล็กน้อยที่มีความเสี่ยง เพื่อพัฒนาการประเมินผู้ป่วย การประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยและเป็นแนวทางการดูแลรักษา การปฏิบัติการพยาบาล รวมถึงการเฝ้าระวังติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง การให้ข้อมูลและการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพต่อไป ซึ่งจะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้ อีกทั้งยังช่วยในการ

พัฒนาบทบาทการปฏิบัติกาพยาบาลและพัฒนาวิชาชีพพยาบาลต่อไป การประเมิน การดูแลและสังเกตอาการ ผิดปกติภายหลังการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะได้อย่างครบถ้วน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้นและ เกิดความพึงพอใจแก่ผู้บาดเจ็บและญาติผู้ดูแลต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อย ในหน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนาแนวทางการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองเล็กน้อยที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง โดยใช้หลักการสร้างแนวปฏิบัติทางคลินิกตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence base practice model) ในการพยาบาลตามรูปแบบของ Sou-kup ปี พ.ศ. 2004 เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการ พยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence-triggered phase), ระยะที่ 2 การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นทางคลินิก (Evidence supported phase), ระยะที่ 3 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและนำไปทดลองใช้ (Evidence observed phase) และระยะที่ 4 การนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน (Evidence based phase) การสรุปผลการศึกษาและเกณฑ์การประเมินคุณภาพทางคลินิก Melynk & Fineout-Overholt 2005 ซึ่งใช้ในการประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์

ผลการดำเนินการ

- 1) ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย (Mild Head Injury) ได้รับการประเมินคัดแยกความรุนแรงได้อย่าง ถูกต้อง = 95 %
- 2) อัตราการ Re-visit = 3 %
- 3) ผู้ป่วยไม่เกิด Complication หรือไม่มีอาการทรุดลง = 100%
- 4) เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการประเมินการบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย (Mild head injury)= 97 %

อภิปรายผล

ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อยที่ไม่รุนแรง(Mild Head Injury) ที่เข้ารับบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ โรงพยาบาลโพนทอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีสถานภาพคู่ อายุระหว่าง 18-65ปี ได้รับการประเมิน ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะได้ถูกต้อง มีประสิทธิภาพและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือไม่มีอัตรา การเกิดอาการที่ทรุดลงจากการใช้รูปแบบการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อยที่พัฒนาขึ้น ใน โรงพยาบาลโพนทอง ซึ่งหากโรงพยาบาลชุมชนอื่นๆที่มีบริบทที่คล้ายคลึงกัน สามารถนำรูปแบบการประเมิน นี้ไปประยุกต์หรือปรับใช้ได้ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยในการประเมินและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ดียิ่งขึ้น

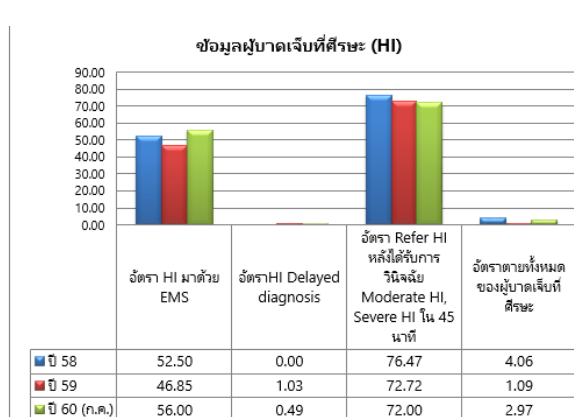
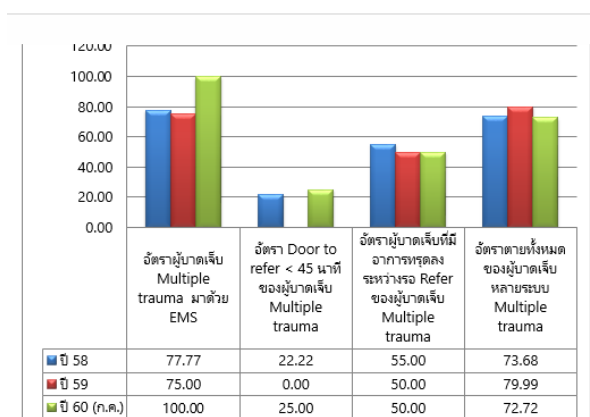
ความภาคภูมิใจ

- 1) ได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทุกคนเป็นอย่างดี ในการนำรูปแบบไปใช้ในการประเมินผู้ป่วย และทำให้รูปแบบการประเมินดังกล่าวมีประสิทธิภาพสูงสุด
- 2) ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้รูปแบบการประเมินการบาดเจ็บที่ศีรษะ ดังกล่าว
- 3) ได้รับความร่วมมือและคำแนะนำจากการหน่วยงานอื่นๆ ในการเป็นที่ปรึกษา เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉิน เป็นต้น เพื่อให้รูปแบบการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ มีความสมบูรณ์และมีประสิทธิภาพ
- 4) ผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่าย/งาน ให้ความสำคัญและส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาวิชาชีพอยู่เสมอ
- 5) ส่งเสริมและเป็นผู้กระตุ้นให้บุคลากรในหน่วยงาน เกิดความสนใจในการพัฒนาองค์ความรู้ พัฒนาวิชาชีพ ให้เกิดความก้าวหน้า และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

การดำเนินงาน Service plan สาขาอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ

1. ผลการพัฒนาระบบบริการ

| ตัวชี้วัด | ปี 2558 | ปี 2559 | ปี 2560 (ก.ค.) |
|---|---------|---------|----------------|
| 1.จำนวนผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร | 1,714 | 1,945 | 1,626 |
| - จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรที่จุดเกิดเหตุ | 20 | 14 | 18 |
| - จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรระหว่างนำส่ง | 2 | 6 | 2 |
| 2. จำนวนผู้บาดเจ็บทั้งหมดจากอุบัติเหตุหมู่ | 62 | 26 | 25 |
| - จำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุหมู่ | 6 | 4 | 5 |
| - จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุหมู่ | 7 | 0 | 4 |
| 3. จำนวนผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ (HI) | 320 | 365 | 404 |
| 4. จำนวนผู้บาดเจ็บหลายระบบ (Multiple trauma) | 11 | 19 | 11 |



2. Key Success Factor

1. มีระบบการ Consult กับโรงพยาบาลแม่ข่าย
2. มีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย Mild Head Injury For ER โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ
3. มีระบบการปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุกับหน่วยงานภายนอก
4. มีการเตรียมความพร้อมบุคลากร เครื่องมือ และรถพยาบาลฉุกเฉิน

3. แนวทางการรับ - ส่งต่อ

1. กรณีผู้บาดเจ็บ Dx. Mild Head injury แพทย์ให้ Admit Observe Neurosigns ทุกราย
2. กรณีผู้บาดเจ็บ Moderate หรือ Severe HI หรือ Multiple trauma จะส่งไปรักษาต่อโรงพยาบาล ร้อยเอ็ด มีแนวทางการรับส่งต่อ ผู้ป่วย Fast Track แบบบูรณาการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด (พ.ค. 59 ผู้ป่วย Trauma Fast Track ผู้ป่วย Blunt/ Penetration Abdominal Chest injury และมีสัญญาณชีพที่ไม่คงที่ ให้เข้าระบบช่องทางด่วน

1. Direct Contact Staff 24 ชั่วโมง เพื่อพิจารณาประกาศ Case Fast Track โดยแพทย์จากรพ. ประสานงานเข้าที่ AE ก่อนเพื่อรับทราบ แพทย์เวรศัลยกรรมพร้อมเบอร์มือถือและติดต่อผ่านมือถือ

2. เปิดเส้น IV ด้วย Medicath 18 หรือ 20 สั้น

3. เจาะ Lab CBC BUN Cr Electrolyte HIV และส่ง Fax ผล Lab มาที่ AE 043 – 513001
4. เจาะ Blood group นำ Tube Blood group มาด้วย
5. ติดสติ๊กเกอร์สีเหลืองสีแดง มุมขวาบนใบ Refer Fast Track Head injury

4. ปัญหา/อุปสรรค

1. ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ Door to Refer < 45 นาทียังล่าช้า เนื่องจากต้องให้การรักษาเบื้องต้นก่อนเช่น ให้ การ CPR, ใส่ ET.tube, ให้ IV Resuscitation, การเย็บแผล Stop Bleeding
2. ผู้บาดเจ็บเสียชีวิตในที่เกิดเหตุสูง

5. แผนพัฒนา ปี 2561

1. พัฒนาระบบ EMS
2. โครงการบุคลากรสาธารณสุขต้นแบบการขับขี่ปลอดภัย

ผลการดำเนินงานสาขาอุบัติเหตุโรงพยาบาลอาจสามารถ

นางนงคราญ สุระพินิจ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอาจสามารถ

บริบท

โรงพยาบาลอาจสามารถเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง (ระดับF2) ปีพ.ศ. 2558-2559 พบผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทั้งหมดจำนวน 2,970 และ 3,345 ราย ตามลำดับ พบว่าผู้ป่วยที่บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากรถเป็นกลุ่มที่มีการบาดเจ็บที่รุนแรง ซึ่งต้องได้รับการดูแลตั้งแต่รับไว้ในโรงพยาบาล ส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ดและรุนแรงถึงกับเสียชีวิตโดยจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากรถมี จำนวน 705 และ 872 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.08 และ 26.07 ตามลำดับ มีจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจากรถ จำนวน 3 และ 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.43 และ 0.46 ตามลำดับ จำนวนผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากรถมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะรถจักรยานยนต์มีจำนวน 562 และ 711 ราย คิดเป็นร้อยละ 79.72 และ 81.54 ตามลำดับ ผู้ป่วยอุบัติเหตุจากรถได้รับการนำส่งโดยระบบ EMS คิดเป็นร้อยละ 39.58 และ 38.07 ตามลำดับ เมื่อเกิดเหตุได้รับการออกมารับเหตุภายใน 10 นาที คิดเป็นร้อยละ 97.24 และ 97.93 ตามลำดับ ผู้ป่วยกลุ่ม Severe Head Injury ได้รับการส่งต่อภายใน 45 นาทีทุกราย จากการวิเคราะห์ปัญหาส่วนใหญ่ของผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุเป็นผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุด้านการจราจรซึ่งพบว่าการดูแลเบื้องต้นยังไม่เหมาะสม และมีการบาดเจ็บบริเวณศีรษะก่อให้เกิดอันตรายที่รุนแรงเพิ่มขึ้น ระบบติดตามผู้ป่วยที่ส่งต่อของโรงพยาบาลยังไม่ครอบคลุมและยังขาดระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ

1. ผู้ป่วยอุบัติเหตุจากรถมีจำนวนมากขึ้น การนำส่งโดยระบบ EMS ยังมีน้อย
2. ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะ (Head injury) การดูแลเบื้องต้นยังไม่เหมาะสม
3. ชุมชนยังมองว่าไม่ใช่ปัญหาของชุมชน
4. ระบบการดูแลต่อเนื่องที่ชุมชนยังไม่ครอบคลุม

กิจกรรมการพัฒนา

Prevention บูรณาการกัปฏิบัติงาน DHS ของอำเภอในลักษณะ DHS RTI การดำเนินงานทั้งในเชิงป้องกันและการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการฟื้นฟูโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนกระตุ้นให้ชุมชนเห็นความสำคัญและผลกระทบที่จะเกิดตามมา

Pre hospital care

- พัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ให้บริการในระดับรพ.สต.และอาสาสมัครสุขภาพในการประเมินตรวจวินิจฉัยและการดูแลเบื้องต้นในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ
- การ Consult แพทย์ในโรงพยาบาลทางโทรศัพท์
- พัฒนาระบบ EMS ชี้แจงให้ผู้รับบริการทราบถึงช่องทางการรับบริการ 1669 เมื่อเกิดอุบัติเหตุ

Hospital care

- พัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ เพื่อให้สามารถประเมินได้ถูกต้องและรวดเร็ว
- จัดระบบ Line เพื่อรายงาน case กับแพทย์เวร

Referral

- ผู้ป่วยอุบัติเหตุ ที่เข้าเกณฑ์ Fast track (HI, Trauma) ต้องได้รับการส่งต่อภายใน 45 นาที
- เตรียมความพร้อมของรถกู้ชีพ และอุปกรณ์ช่วยชีวิตที่จำเป็นในรถ
- จัดทำแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยและการประสานงาน มีระบบปรึกษาแพทย์เฉพาะทางก่อนส่งต่อ/

ขณะส่งต่อและมีพยาบาลดูแล

- มีระบบ Line เพื่อ Consult case

ผลการพัฒนาระบบบริการ

| ข้อมูล/ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ๒๕๕๘ | ๒๕๕๙ | ๖ เดือนแรก ๒๕๖๐ |
|--|------------------------------|-------|-------|--------------------|
| ๑. ความครอบคลุมของหน่วยกู้ชีพ | ๑๐๐% | ๑๐๐ | ๑๐๐ | ๑๐๐ |
| ๒. ผู้ป่วยอุบัติเหตุจราจรได้รับการ นำส่งโดยระบบEMS | ≥ ๖๐% | ๓๙.๕๘ | ๓๘.๐๗ | ๕๗.๑๔ |
| ๓. การออกรับเหตุผู้ป่วยอุบัติเหตุ ภายในเวลา ๑๐ นาที | ๑๐๐% | ๙๗.๒๔ | ๙๗.๙๓ | ๙๗.๙๑ |
| ๔. ผู้ป่วยอุบัติเหตุ ที่เข้าเกณฑ์Fast track (HI, Trauma) ได้รับการส่ง ต่อภายใน ๔๕ นาที | ๑๐๐% | ๙๑ | ๙๖ | ๑๐๐ |
| ๕. ผู้ป่วยอุบัติเหตุ ไม่มี ภาวะแทรกซ้อนขณะส่งต่อ | ๑๐๐% | ๑๐๐ | ๑๐๐ | ๑๐๐ |
| ๖. อัตราการตายจากอุบัติเหตุทาง ถนน | ไม่เกิน ๑๘ ต่อแสน ประชากร | ๓.๘๐ | ๕.๑๐ | ๕.๑๐ |

ปัญหาอุปสรรค/โอกาสพัฒนา

ระยะ Prevention

- ผู้ป่วยอุบัติเหตุขาดการดูแลฟื้นฟูหลังการบาดเจ็บ เช่น การกายภาพบำบัด การประคบสมุนไพร
- ป้ายเตือนสัญญาณต่างๆยังไม่เอื้อต่อการป้องกันอุบัติเหตุ
- การมีส่วนร่วมของหน่วยงานราชการ รัฐวิสาหกิจ องค์กรท้องถิ่นและชุมชน ในการบูรณาการสร้าง
การมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน โดยบูรณาการกับงานDHS

ระยะ Pre hospital

- การปฐมพยาบาลเบื้องต้นก่อนนำส่งโรงพยาบาลยังไม่เหมาะสม เช่น ไม่มีการห้ามเลือด ไม่มีการตาม
กระดูกหรือมีการดึงกระดูกก่อนการตาม
- การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ยังไม่เหมาะสม
- ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุส่วนใหญ่ที่นำส่งโดยญาติหรือผู้ประสบเหตุไม่มีการเรียกใช้1669
- การประชาสัมพันธ์ส่วนมากดำเนินการเฉพาะในช่วงเทศกาล

ระยะ In hospital

- บุคลากรใหม่ที่ยังปฏิบัติงานยังขาดทักษะในการคัดแยกและ การดูแลผู้ป่วยเจ็บฉุกเฉิน
- การลง Diagnosis การบาดเจ็บและสาเหตุของการบาดเจ็บตาม ICD-10 ยังไม่ถูกต้องและครบถ้วน มีการบันทึกข้อมูลเฉพาะตำแหน่งการบาดเจ็บหรือเฉพาะสาเหตุของการบาดเจ็บ
- ระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยบาดเจ็บในโรงพยาบาลยังไม่สามารถเชื่อมต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้อย่างเหมาะสม ขาดการติดตามและส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วย
- สถานที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินคับแคบเมื่อมีผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินมารับบริการทำให้ต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเต็มอกทำให้เสียเวลาในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเจ็บ

แนวทางการพัฒนาปี 2561

1. ดำเนินการต่อเกี่ยวกับการบูรณาการร่วมกับงาน DHS (DHS RTI)
2. พัฒนาศักยภาพทีม โดยการจัดอบรมทีม EMS พยาบาลส่งต่อและอาสากู้ชีพปีละ 2 ครั้ง
3. พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยบาดเจ็บให้สามารถเชื่อมต่อฐานข้อมูลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งเครือข่ายเพื่อนำสู่การวางแผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บครอบคลุมทั้งระยะ Pre-hospital, In hospital และในชุมชน
4. การวิจัย การพัฒนาเครือข่ายในเชิงป้องกันและการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บแบบบูรณาการของเครือข่ายอำเภออาจสามารถ ปี 2561