

นิพนธ์ฉบับ

การศึกษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ 1011 ราย ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

จเร ผลประเสริฐ*

วรุณ เลหาประสิทธิ์* เต็มศรี ชานิจารกิจ**

Phonprasert C, Laoha-Prasit V, Chumnijarakij T. A Prospective Study of 1011 patients with head injury. Chula Med J 1982 Mar; 26 (2) : 123-135

The 1011 patients with head injury have prospectively been studied in order to assess the real incidence, mortality, result of the present program of management and the significance of the skull fracture in relation to intracranial hematoma. Of 1011, 47 patients who could not follow doctor's commands were classified as severe head injured and 964 patients who could as mild head injured. Fifty percent of the injured patients were caused by traffic accidents and half of the accidents affected the pedestrians. Twenty percent of the 1011 patients were admitted in the hospital for observation and treatment. of 80% of the patients with mild head injured who were sent home, one patient returned and was admitted for the treatment of epidural hematoma. The incidence of intracranial hematoma in this series was 4%. The mortality rate was 1.7% ; of mild head injury 0.3% and of severe 30%. The incidence of intracranial hematoma in patients with skull fracture was significantly higher than those without skull fracture and should alert the attending doctors to follow up and treat them with great caution.

* ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นโรงพยาบาลหนึ่งในกรุงเทพมหานครที่มีผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมารับการรักษาอย่างคับคั่ง ปัญหาในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีจำนวนมากเหล่านี้ ไม่ได้ประสบแก่แพทย์พยาบาลแต่เพียงฝ่ายเดียว การสูญเสียเวลาในการประกอบอาชีพ การสูญเสียทางเศรษฐกิจการเงินแก่ผู้ป่วย ญาติพี่น้องและงบประมาณของรัฐบาลเองก็เป็นปัญหาที่น่าวิตก และนับวันจะทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ จุดมุ่งหมายในการศึกษาผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์นั้น คือ 1) เพื่อทราบอุบัติการณ์ที่แท้จริงของจำนวนผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 2) เพื่อทราบพยาธิสภาพชนิดต่างๆ ของการบาดเจ็บที่ศีรษะและความสำคัญของกระโหลกศีรษะแตกว่า จะมีผลต่อการตกเลือดในโพรงกระโหลกหรือไม่ 3) ต้องการตรวจสอบประสิทธิภาพและทราบผลของการดูแลรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่กำลังดำเนินการอยู่ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ขณะนี้ เพื่อจะได้เป็นพื้นฐานในการตัดแปลงแก้ไขให้ดีขึ้น ในอนาคต

ผู้ป่วยและวิธีการ

ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะแต่เพียงอย่างเดียว หรือได้รับบาดเจ็บที่ระบบอื่นของร่างกายร่วมด้วยทุกรายจะได้รับการลงทะเบียนแยกออกจากเวชระเบียนของโรงพยาบาล เพื่อ

การศึกษาวิจัยนี้โดยเฉพาะ ผลการตรวจวินิจฉัยแยกโรค การตรวจพิเศษทางรังสี การดำเนินโรค รวมทั้งผลการผ่าตัดจะได้รับการบันทึกไว้โดยละเอียด การติดตามผลการรักษาและการดำเนินโรค ตรวจสอบจากบัตรตรวจโรคของแผนกผู้ป่วยนอกและรายงานของภาควิชานิติเวชศาสตร์ ผู้ป่วยที่ถึงแก่กรรมทุกรายได้รับการตรวจศพโดยแพทย์ของภาควิชานิติเวชศาสตร์ และบันทึกพยาธิสภาพที่ตรวจพบไว้โดยละเอียด ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม โดยใช้ระดับความรู้สึกเป็นหลัก กลุ่มที่ 1 คือกลุ่มที่มีบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างเบา เรียกชื่อย่อว่า MHI (mild head injury) ผู้ป่วยกลุ่ม MHI นี้ยังรู้สึกอยู่ สามารถทำตามคำสั่งและมีปฏิกิริยาโต้ตอบเป็นคำพูดที่แพทย์ผู้ตรวจสามารถเข้าใจได้ โดยไม่คำนึงว่าจะมีความผิดปกติของระบบประสาทส่วนอื่นหรือไม่ กลุ่มที่ 2 คือกลุ่มที่มีบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง เรียกชื่อย่อว่า SHI (severe head injury) ผู้ป่วยกลุ่ม SHI มีระดับความรู้สึกเร็วกว่ากลุ่ม MHI กล่าวคือไม่สามารถทำตามคำสั่งง่ายๆ ได้ และไม่สามารถมีปฏิกิริยาโต้ตอบเป็นคำพูดที่เข้าใจได้โดยแพทย์ผู้ตรวจ

ในช่วงระยะเวลา 8 เดือนจากเดือนกันยายน 2522 ถึงเดือนเมษายน 2523 ได้มีผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมารับการรักษาใน

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ทั้งหมด 1011 ราย แบ่ง
ออกเป็นกลุ่ม MHI 964 ราย และกลุ่ม SHI
47 ราย

วิธีการดูแลรักษาผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเมื่อมาถึง
ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลจะได้รับการซัก
ประวัติ และตรวจร่างกายทั่วไป โดยเน้นหนัก
ในระบบการหายใจ ระบบการไหลเวียนโลหิต
ผู้ป่วยที่มีบาดแผล บริเวณช่องปากหรือมีตก
เลือดในลำคอรุนแรงจะได้รับการเจาะคอ (tra-
cheostomy) ทุกราย เมื่อได้แก้ไขระบบการ
หายใจและระบบการไหลเวียนโลหิตเป็นที่
เรียบร้อยแล้ว จึงทำการตรวจระบบประสาท
โดยละเอียดรวมถึงการซักประวัติเกี่ยวกับการ
หมดสติหลังได้รับบาดเจ็บจากตัวผู้ป่วยเอง ญาติ
หรือผู้นำส่ง การถ่ายภาพรังสีกระดูกศีรษะ
จะทำในผู้ป่วยทุกราย ยกเว้นผู้ป่วยที่ไม่มี
ประวัติการหมดสติและไม่มีลักษณะการบาดเจ็บ
บนหนังศีรษะ ผู้ป่วยที่มีอาการซึ่งว่ามีเลือด
ตกในโพรงกระดูกและมีการแสดงของ
uncal herniation จะถูกนำจากห้องฉุกเฉินเข้า
ห้องผ่าตัดทันทีโดยไม่มีโอกาสได้ถ่ายภาพรังสี
กระดูก

ผู้ป่วยกลุ่ม MHI ที่มีประวัติของการ
หมดสติหลังบาดเจ็บ มีความผิดปกติของระบบ
ประสาทส่วนใดส่วนหนึ่งหรือมีกระดูกศีรษะ

แตก จะถูกรับตัวไว้ในโรงพยาบาลเพื่อเฝ้า
สังเกตอาการเป็นเวลา 24 ถึง 48 ชม. ถ้าไม่มี
อาการของเลือดตกในโพรงกระดูกจะถูกส่ง
กลับบ้าน และนัดมาตรวจเช็คที่แผนกผู้ป่วย
นอกอีกครั้งภายใน 7 วัน ผู้ป่วย MHI ที่นอก
เหนือจากที่กล่าวข้างต้นจะถูกส่งกลับบ้านและ
แนะนำญาติให้เฝ้าสังเกตอาการ ถ้าผู้ป่วยมี
อาการปวดศีรษะมากขึ้น คลื่นไส้อาเจียน หรือ
ซีดลงให้รีบนำส่งโรงพยาบาลทันที

ผู้ป่วยกลุ่ม SHI จะถูกรับตัวไว้ดูแล
รักษาในโรงพยาบาลทุกราย angiography หรือ
computerized axial tomography (CAT) จะ
ทำในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความรู้สึก
การเปลี่ยนแปลงที่เฉวลงหรือมีความผิดปกติ
ของหน้าที่การทำงานของระบบประสาท ผู้ป่วย
ที่มีประวัติแน่ชัดว่ามีเลือดตกในโพรงกระดูก
และมีอาการแสดงของ uncal herniation จะถูก
นำเข้าห้องผ่าตัดโดยเร็วที่สุด ทำ exploratory
burr holes แล้วตามด้วย craniotomy เพื่อเอา
ก้อนเลือดออก จะทำ craniotomy ในผู้ป่วย
ทุกรายที่ตำแหน่งของก้อนเลือดได้ทราบล่วงหน้า
แล้วจาก CAT หรือ angiogram ผู้ป่วย
chronic subdural hematoma จะได้รับการ
ผ่าตัดด้วยวิธี burr holes และใส่ท่อ จะให้
mannitol หรือ steroid เฉพาะในผู้ป่วยที่จำเป็น
ต้องเสียเวลาก่อนจะนำไปผ่าตัดหรือสมองมีการ
ชอกช้ำและบวมมากเท่านั้น

ผล

1. อายุ เพศ และลักษณะของการบาดเจ็บ ผู้ป่วยอายุสูงสุด 89 ปี อายุต่ำสุด 3 เดือนอัตราส่วนระหว่างชายต่อหญิงเท่ากับ 3 ต่อ 1 อัตราส่วนระหว่างกลุ่มผู้ป่วย MHI ต่อ SHI เท่ากับ 20 ต่อ 1 (964 : 47) ตามกฎหมายที่ 1 อัตราส่วนของกลุ่ม MHI ต่อ SHI ในช่วงอายุ 10 ปีแรกสูงสุดถึง 115 ต่อ 1 และอัตราส่วนนี้ลดลงหลังช่วงอายุเลย 40 ปีไปแล้ว ข้อที่น่าสังเกตจากกฎหมายนี้ คือในผู้ป่วยสูงอายุ (เกิน 40 ปีล่วงไปแล้ว) ผู้ป่วยกลุ่ม MHI มีจำนวนลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับอุบัติเหตุในช่วงอายุ 30 ปีแรก

2. สาเหตุที่ทำให้เกิดบาดเจ็บที่ศีรษะ

แบ่งสาเหตุออกเป็น 2 พวกใหญ่คือ สาเหตุจากการจราจรและสาเหตุที่ไม่ใช่จากการจราจร ตามตารางที่ 1

สาเหตุจากการจราจร มีผู้ป่วย 502 ราย ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเนื่องจากถูกรถชน โดยเป็นผู้เดินมากถึง 202 ราย (40%) และเกิดได้ในทุกวัยของอายุ ส่วนอุบัติเหตุจากการขับขี่รถมอเตอร์ไซด์และรถยนต์ มีจำนวนรองลงมาคือ 149 ราย และ 100 รายตามลำดับ อุบัติเหตุที่ทำให้มีบาดเจ็บที่ศีรษะอีกอย่างหนึ่งคือ การตกจากตึก ในรายงานนี้มีถึง 36 ราย (7%)

สาเหตุที่ไม่ใช่จากการจราจรมีผู้ป่วย 509 ราย พบว่าการทำร้ายร่างกาย โดยวิธีตีศีรษะกันด้วยของถือ ยังเป็นที่กระทำกันในกลุ่มคนไทยมาก จากจำนวนผู้ป่วย 509 ราย มีผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเนื่องจากตีศีรษะกันถึง 324 ราย (64%) ผู้ป่วยที่มีอาชีพในการบินปายที่สูง เช่น ช่างก่อสร้าง ช่างติดเสาอากาศโทรทัศน์ มีถึง 77 ราย (15%) ส่วนสาเหตุอื่น ๆ ซึ่งประกอบด้วยถูกฟันถูกแทงถูกยิงและไม่ทราบสาเหตุ มี 108 ราย (21%) จากรายงานนี้จะเห็นว่าสาเหตุที่สำคัญในการเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ คือ อุบัติเหตุบนท้องถนน โดยเฉพาะผู้เดินทางด้วยเท้า และสาเหตุสำคัญอีกอย่างหนึ่งคือ การทำร้ายร่างกายด้วยการตีศีรษะกัน

3. อุบัติการของกระดูกศีรษะแตก

จำนวนผู้ป่วย 1011 รายมีผู้ป่วย 699 รายที่ได้รับการถ่ายภาพรังสีเอ็กซเรย์ของกระดูกศีรษะ แบ่งออกเป็นผู้ป่วยกลุ่ม MHI 654 ราย และกลุ่ม SHI 45 ราย

ในกลุ่มผู้ป่วย MHI ทั้งหมด 654 ราย มีกระดูกศีรษะแตก 113 ราย (15%) โดยแบ่งออกเป็น แตรั่ว 81 ราย (10%) และแตกยุบ 32 ราย (5%) และไม่พบว่ามีการแตกศีรษะแตกถึง 541 ราย (85%)

ในกลุ่มผู้ป่วย SHI 47 ราย ได้ถ่ายภาพเอ็กซเรย์กระดูกศีรษะ 45 ราย ไม่พบ

กระโหลกศีรษะแตก 22 ราย (47%) มีกระโหลกศีรษะแตก 23 ราย และจากการตรวจสอบรายงานการผ่าตัดในผู้ป่วยทั้ง 2 รายที่ไม่ได้ถ่ายเอ็กซเรย์กระโหลกศีรษะก่อนการผ่าตัด พบว่ามีกระโหลกศีรษะแตกร้าวทั้ง 2 ราย รวมกระโหลกศีรษะแตกในผู้ป่วยกลุ่ม SHI เป็น 25 ราย (53%) แบ่งออกเป็นแตกร้าว 21 ราย (45%) แตะยุบ 4 ราย (8%) อุบัติการณ์ของกระโหลกศีรษะแตกในกลุ่มผู้ป่วย SHI มีมากกว่าในกลุ่มผู้ป่วย MHI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

4. การดำเนินโรค จากจำนวนผู้ป่วย 1011 รายที่มารับการตรวจรักษาที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้ส่งผู้ป่วยกลับไปดูแลที่ที่บ้าน 807 ราย (80%) และรับตัวไว้ดูแลรักษาในโรงพยาบาล 204 ราย (20%) โดยแบ่งออกเป็นผู้ป่วยกลุ่ม MHI 157 ราย (15%) และผู้ป่วยกลุ่ม SHI 47 ราย (5%)

จากจำนวนผู้ป่วย 807 รายที่ส่งกลับบ้าน มี 1 รายได้กลับมารับการตรวจเพิ่มเติมหลังจากกลับบ้านไปได้ 3 วัน เพราะมีอาการปวดศีรษะมากขึ้น อาเจียน และซึมลง หลังจากได้ทำผ่าตัดเอา epidural hematoma ออก ผู้ป่วยก็หายเรียบร้อยดี

ผู้ป่วยที่รับไว้ดูแลรักษาในโรงพยาบาล 204 ราย แบ่งออกเป็นผู้ป่วยกลุ่ม MHI

157 ราย ซึ่งมีก้อนเลือดในโพรงกระโหลก 19 ราย ถ้ารวมผู้ป่วยกลุ่ม MHI ทั้งหมด 964 ราย จะมีผู้ป่วยที่มีเลือดตกในโพรงกระโหลกทั้งหมด 20 ราย (2%) และผู้ป่วยกลุ่ม SHI 47 ราย มีตกเลือดในโพรงกระโหลก 24 ราย (51%) (ดูตารางที่ 3) ฉะนั้นอุบัติการณ์ของการตกเลือดในโพรงกระโหลกศีรษะในผู้ป่วยกลุ่ม SHI มีมากกว่าผู้ป่วยกลุ่ม MHI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

ในทำนองเดียวกัน ถ้าดูตามตารางที่ 4 ผู้ป่วยที่มีกระโหลกศีรษะแตก (รวมแตกร้าว และ แตะยุบ) ทั้งหมด 138 รายพบว่ามี การตกเลือดในโพรงกระโหลก 26 ราย (19%) แต่ในผู้ป่วยที่ไม่มีกระโหลกศีรษะแตกทั้งหมด 563 ราย (ไม่รวมจำนวนผู้ป่วยในกลุ่ม MHI 310 ราย ที่ไม่ได้ถ่ายรังสีเอ็กซเรย์ของกระโหลกศีรษะ) มีเลือดตกในโพรงกระโหลกศีรษะเพียง 18 ราย (3%) ฉะนั้นโอกาสของการเกิดการตกเลือดในโพรงกระโหลกศีรษะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีกระโหลกศีรษะแตกจะมีมากกว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีกระโหลกศีรษะแตกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

5. การตกเลือดชนิดต่าง ๆ ในโพรงกระโหลกศีรษะ (ดูตารางที่ 5)

มีการตกเลือดใน epidural space 13 ราย และมีตกเลือดทั้งใน epidural และ

subdural space อีก 4 ราย รวมทั้งหมดเป็น 17 ราย ผู้ป่วยที่มีทั้ง epidural และ subdural hematoma 4 รายนี้มีอัตราการตายถึง 50% ผู้ป่วย subdural hematoma ซึ่งมีทั้งหมด 21 ราย แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม¹ คือ 1) acute subdural hematoma คือผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงของการตกเลือดที่จำเป็นต้องให้การรักษาและผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมงหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ มีทั้งหมด 16 ราย ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอัตราการตายถึง 44% 2) subacute subdural hematoma คือ มีอาการและอาการแสดงของการตกเลือดที่จำเป็นต้องให้การรักษาผ่าตัด ในระหว่างวันที่ 2 ถึงวันที่ 10 หลังจากได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ในกลุ่มนี้มีผู้ป่วย 2 ราย และ 3) chronic subdural hematoma คือมีอาการและอาการแสดงหลังจากได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ 11 วัน ล่วงไปแล้วมี 2 ราย ในผู้ป่วยกลุ่ม 2 และกลุ่ม 3 ไม่มีตายเลย มี intracerebral hematoma (temporal lobe) 5 ราย ไม่มีอัตราการตาย มี intraventricular hemorrhage 1 ราย และตายด้วย จากจำนวนผู้ป่วย 1011 ราย มีตกเลือดในโพรงกะโหลกศีรษะ 44 ราย (4%)

6. การตายและสาเหตุ (ดูตารางที่ 6)

ในผู้ป่วยกลุ่ม MHI 964 ราย มีตาย 3 ราย (0.3%) ในผู้ป่วย 3 รายนี้ 2 รายเป็น

acute subdural hematoma ตอนเข้ามาห้องปฐมพยาบาลยังพอรู้สึก 1 ชั่วโมง ต่อมาก็หมดสติ แล้วมานตาขยายโต ให้นำเข้าห้องผ่าตัดทันที ผู้ป่วยถึงแก่กรรมวันที่ 3 และวันที่ 5 หลังผ่าตัดตามลำดับ ผู้ป่วยอีก 1 รายเป็น epidural hematoma ของ posterior fossa พบโดยการตรวจศพ โดยภาควิชานิติเวชศาสตร์ ซึ่งถือว่าเป็นความผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคก่อนการผ่าตัด และเป็นความผิดพลาดโดยตรงของศัลยแพทย์ ในกลุ่มผู้ป่วย SHI 47 ราย มีตาย 14 ราย (30%) จากจำนวนผู้ป่วยที่ตาย 14 ราย 6 รายเกิดจากสมองชอกช้ำจากการบาดเจ็บอย่างรุนแรง ผู้ป่วยหมดสติทันทีหลังได้รับบาดเจ็บ 5 รายจาก acute subdural hematoma 2 รายจาก epidural subdural hematoma, 1 รายจาก intraventricular hemorrhage อัตราตาย (30%) ของผู้ป่วยในกลุ่ม SHI ในรายงานนี้ ใกล้เคียงกับที่มีผู้เคยรายงานไว้² ซึ่งมีอัตราการตาย 34% จากผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะทั้งหมด 1011 ราย ตาย 17 ราย คิดเป็นอัตราการตาย 1.7%

วิจารณ์

ผลของการศึกษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ 1011 ราย พบว่า 50% มีสาเหตุจากอุบัติเหตุ การจราจรบนท้องถนน และเกือบครึ่งหนึ่งของสาเหตุนี้ เกิดแก่ประชาชนผู้เดิน และมี 36 ราย

เกิดจากการตกกระทบ จะเน้นการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการจราจรน่าจะเป็นไปได้ที่จะลดอัตราการเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ และถ้าได้รับความร่วมมือจากทุก ๆ ฝ่ายที่มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวข้องกับการจราจร อุบัติเหตุบนท้องถนนจะต้องลดลงอย่างเห็นผลทันที ทั้งนี้ต้องอาศัยองค์ประกอบ 5 อย่างที่ต้องทำงานไปพร้อม ๆ กัน คือ 1) ตัวผู้ขับขี่ยานพาหนะต้องมีความรู้กฎจราจรดี มีมารยาทและมีความเห็นอกเห็นใจในการขับรถต่อรถคันอื่นและคนเดินถนน 2) สภาพรถที่ใช้ขับขี่ต้องอยู่ในสภาพที่ดี โดยเฉพาะ ระบบไฟส่องสว่างและเบรก 3) สภาพถนน ถนนที่คืนันผิวจราจรต้องเรียบและกว้างพอ มีทางเท้าให้ผู้เดิน เดินไปมาได้ มีป้ายการจราจรที่เห็นเด่นชัด ไฟส่องสว่างและสัญญาณไฟจราจรตามทางแยก, ทางข้ามถนน เป็นต้น 4) การรักษากฎหมายซึ่งเป็นหน้าที่ของเจ้าพนักงานจราจรโดยเฉพาะ 5) ผู้เดินทางเท้าต้องรู้กฎจราจรเช่นเดียวกัน จากที่กล่าวมาทั้ง 5 ข้อนี้ เป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่บ้านเมือง ซึ่งนอกเหนืออำนาจและหน้าที่ของแพทย์และพยาบาล หน้าที่ของแพทย์และพยาบาล คือจะทำอย่างไรเมื่อมีผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและหรือบาดเจ็บที่ระบบอื่นเกิดร่วมด้วยแล้ว ให้มีอัตราตายและอัตราทุพพลภาพน้อยที่สุด โดยใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่มีอยู่และ

จำนวนเตียงที่มีอย่างจำกัดอยู่แล้ว ให้ได้ประโยชน์มากที่สุด และประหยัดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและของโรงพยาบาลให้มากที่สุดเช่นกัน

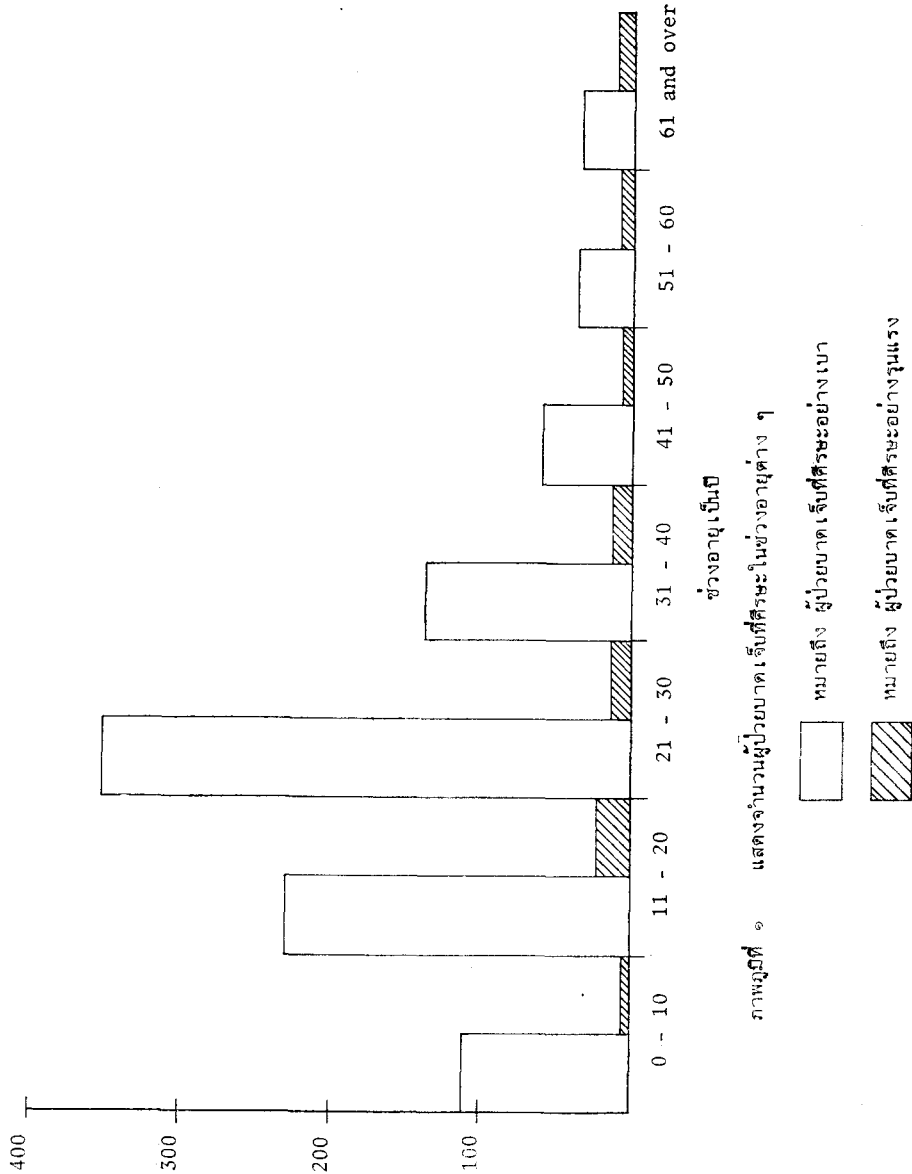
เนื่องจากจำนวนเตียงของหน่วยประสาทศัลยศาสตร์ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีจำกัด การรับผู้ป่วยในกลุ่ม MHI กลับไปเผ่าดูแลอาการที่บ้าน โดยให้คำแนะนำแก่ญาติผู้ป่วยว่า ถ้ามีอาการปวดศีรษะมากขึ้น อาเจียน และความรู้สึกซึมลง ให้รีบนำส่งโรงพยาบาลทันที นั้น ทำให้สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแบบคนไข้นอกได้ถึง 80% และรับไว้ดูแลรักษาในโรงพยาบาลเพียง 20% เท่านั้น จากจำนวนผู้ป่วยที่ให้กลับบ้าน 80% (807 ราย) นี้ มีเพียง 1 ราย กลับมาหาแพทย์ตามคำแนะนำที่ได้ให้ไว้ ด้วยอาการของเลือดตกในโพรงกระโหลกและแพทย์ก็ให้การรักษาผ่าตัดหายเป็นปกติภายใน 5 วัน แสดงให้เห็นว่าวิธีการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในกลุ่ม MHI ของหน่วยประสาทศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่ใช้อยู่ในปัจจุบันนี้ ยังได้ผลดีอยู่ ส่วนการถ่ายภาพเอ็กซเรย์ของกระโหลกศีรษะนั้น ถึงแม้จะเป็นการเสียค่าใช้จ่ายสูงก็ตาม แต่อัตราการเกิดการตกเลือดในโพรงกระโหลกในผู้ป่วยที่มีกระโหลกศีรษะแตก มีมากกว่าในผู้ป่วยที่ไม่มีกระโหลกแตกและการถ่ายภาพเอ็กซเรย์กระโหลกจะช่วยบอกถึงกระโหลกศีรษะแตก

ยู่บได้ ซึ่งมีความสำคัญต้องให้การรักษา ฉะนั้น การถ่ายภาพเอ็กซเรย์กระโหลกศีรษะยังมีความ จำเป็นอยู่ในผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บก่อนข้างรุนแรง โดยยึดถือนโยบายดังกล่าวข้างต้น เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีกระโหลกศีรษะแตก แพทย์ที่ดูแลรักษาผู้ป่วยควรสังวรณไว้เสมอว่าผู้ป่วยนั้น มีโอกาสที่จะมีตกเลือดในโพรงกระโหลกได้มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีกระโหลกแตก โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ารอยแตกของกระโหลกผ่านรอยของ หลอดเลือด เช่น middle meningeal artery, Sagittal และ lateral venous sinus ในรายงานนี้ผู้ป่วย 1 รายถึงแก่ความตายเพราะให้การวินิจฉัยโรคผิดก่อนการผ่าตัด จากการตรวจศพพบว่า เป็น posterior fossa epidural hematoma ฉะนั้นปัญหาของแพทย์ที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยก็คือทำอย่างไรจึงจะให้การวินิจฉัยโรคให้ถูกต้องและอย่างรวดเร็ว ว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะนี้มีการตกเลือดในโพรงกระโหลกหรือเปล่า ถ้ามีตกเลือดต้องรีบผ่าตัดเอาก้อนเลือดออกโดยเร็ว ฉะนั้นการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่เสวลงเพียงเล็กน้อยแล้ว รีบนำผู้ป่วยไปตรวจวินิจฉัยพิเศษทางรังสีด้วย cerebral angiography หรือ CAT scan จะทำให้วินิจฉัยโรคได้ในระยะแรก และจะได้ให้การ รักษาได้ทันทั่วทั้งที่ ผลการรักษาที่จะติดตาม มา ในขณะที่ทำการศึกษานี้ผู้ป่วยในรายงานนี้ทางโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ยังไม่มีเครื่อง

computerized axial tomography และเครื่องมือเอกซเรย์ตัดขวางในโรงพยาบาลนี้เมื่อกลางปี 2524 นี้เอง ฉะนั้นผู้รายงานหวังว่าอัตราคุณภาพ และอัตราตายในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในโรงพยาบาลนี้ ในอนาคตจะดีขึ้นกว่าที่ได้รายงานไว้อย่างแน่นอน

สรุป

ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ 1011 ราย แบ่งออกเป็นบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างเบา (MHI) 964 ราย และบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง (SHI) 47 ราย โดยใช้ระดับความรู้สติเป็นตัวแบ่ง การบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดขึ้นบ่อยในผู้ป่วยที่มีอายุในช่วง 40 ปีแรก และอัตราส่วนชายต่อหญิงเท่ากับ 3 ต่อ 1 สาเหตุของการเกิดบาดเจ็บที่ศีรษะที่สำคัญ คือ อุบัติเหตุจากการจราจรบนท้องถนน ซึ่งมีถึง 50% และในจำนวนนี้เกือบครึ่งหนึ่งเกิดแก่ประชาชนเดินถนน ส่วนสาเหตุที่ไม่ใช่อุบัติเหตุบนท้องถนนนั้นกว่า 50% เกิดจากการตีศีรษะกัน จากจำนวนคนไข้ทั้งหมด 1011 ราย รับไว้ดูแลรักษาในโรงพยาบาลเพียง 20% มีตกเลือดในโพรงกระโหลกศีรษะ 4% ในผู้ป่วยกลุ่ม MHI มีอัตราตาย 0.3% แต่ในผู้ป่วยกลุ่ม SHI มีอัตราตาย 30% อัตราตายโดยเฉลี่ย 1.7% การศึกษาจากรายงานนี้พบว่า การตกเลือดในโพรงกระโหลกของผู้ป่วยที่มีกระโหลกศีรษะแตก จะเกิดขึ้นมากกว่าในผู้ป่วยที่ไม่มีกระโหลกศีรษะแตกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



ตารางที่ 1 สาเหตุที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บ

สาเหตุ	จำนวนคน
จากการจราจร	502
อุบัติเหตุจากมอเตอร์ไซด์	149
อุบัติเหตุจากจักรยาน	15
อุบัติเหตุจากรถยนต์	100
ผู้เดินถนนถูกรถชน	202
ตกรถเมล์	36
ไม่ใช่จากการจราจร	509
ตกจากที่สูง	77
ถูกคีรีระชะ	324
อื่น ๆ	108
รวม	1011

ตารางที่ 2

กระโหลกคีรีระชะแตก	จำนวนผู้มีกระโหลกคีรีระชะแตก
ผู้ได้รับบาดเจ็บอย่างเบา (654)	113
กระโหลกคีรีระชะแตกกว้าง	81
กระโหลกคีรีระชะแตกยุบ	32
ผู้ได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรง (47)	25
กระโหลกคีรีระชะแตกกว้าง	21
กระโหลกคีรีระชะแตกยุบ	4
รวม (701 ราย)	138

$$X^2 = 28.9 \quad (df = 1) \quad P < 0.001$$

ตารางที่ 3 ก้อนเลือดในกระโหลกศีรษะ

	จำนวนผู้ป่วย	ผู้มีก้อนเลือด	
		No.	(%)
MHI (ผู้ได้รับบาดเจ็บอย่างเบา)	964	20	2
SHI (ผู้ได้รับบาดเจ็บรุนแรง)	47	24	51
รวม	1011	44	4

MHI = mild head injury

SHI = severe head injury

$\chi^2 .001$ df 1 = 257.7

$P < 0.001$

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างกระโหลกศีรษะแตกกับการมีก้อนเลือดในกระโหลกศีรษะ

ผู้ป่วย	จำนวน	ผู้มีก้อนเลือด	
		จำนวน	(%)
มีกระโหลกแตก	138	26	19
ไม่มี	563	18	3
รวม	701	44	4

$\chi^2 .001$ df 1 = 46.12

ตารางที่ 5 อัตราตายในผู้ที่มีก้อนเลือดในกระโหลกศีรษะแต่ละชนิด

ชนิดของก้อนเลือด	จำนวน	ตาย	
		จำนวน	(%)
Epidural	13	1	8
Epidural & subdural	4	2	50
Acute subdural	16	7	44
Subacute subdural	2	—	—
Chronic subdural	3	—	—
Intracerebral	5	—	—
Intraventricular	1	1	100
รวม	44		

ตารางที่ 6 สาเหตุตายในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

สาเหตุตาย	จำนวน
Severe brain damage (contusion)	6
Epidural hematoma (posterior fossa)*	1
Epidural & subdural hematoma	2
Acute subdural hematoma	7
Intraventricular hematoma	1
รวม	17

* = เกิดจากการวินิจฉัยผิดพลาดก่อนผ่าตัด

อ้างอิง

1. Gurdjian ES, Gurdjian ES Acute head injury. Surg Gynecol Obstet 1978 May; 146 (5) : 805-20
2. Miller JD, Butterworth JF, Gudeman SK, Faulkner JE, Choi SC, Selhorst JB, Harbison JW, Lutz HA, Young HF, Becker DP. Further experience in the management of severe head injury. J Neurosurg 1981 Mar; 54 (3) : 289-299
3. Phonprasert C, Suwanwela C, Hongsaprabhas C, Prichayudh P, O'Charoen S. Extradural hematoma: analysis of 138 cases. J Trauma 1980 Aug; 20 (8): 679-683