

Clinical Pathway for Traumatic Brain Injury Management โรงพยาบาลเชียงใหม่ราชประชานุเคราะห์ ปรับปรุง ม.ค.2567

	Admission date	24-48 ชม./Pre op	48 ชม.ขึ้นไป /Post op	D/C Day
Medical Treatment and Nursing care	1. CBC, PTT INR 2. Electrolyte, LFT 3. Anti-HIV 4. ATK covid screening 5. CXR 6. CT brain and CT C-spine as indicated 7. EKG 12 lead if age ≥45 y. or U/D Heart disease 8. V/S, N/S อย่างน้อย q1 hrs (SOP) if EVM ลดลง ≥1 notify แพทย์ 9. I/O 10. Wound care 11. ตรวจค้นภาวะการบาดเจ็บร่วม ประเมิน 2 nd survey 12. Hyperosmolar Rx (Mannitol /hypertonic saline /glycerol) as indicated 13. Early post-traumatic seizure prophylaxis as indicated 14. Antibiotic IV as indicated 15. Stress ulcer prophylaxis as indicated	1.V/S, N/S q1-2 hrs. (SOP) 2.I/O 3.ประเมิน complication -Lung condition -Bleeding -Infection signs -skin (pressure ulcer) -postural hypotension -pain 4.Serial DTX if NPO or DM patient 5.Total CK ในเช้าวันหลังเกิดอุบัติเหตุใน case Severe TBI และ Multiple trauma 5.Hyperosmolar treatment (Mannitol/ hypertonic saline/glycerol) as indicated 6. Early post traumatic seizure prophylaxis as indicated 7 Pre-operative 7.1 Shave skull 7.2 G/M 7.3 Foley 's catheter 7.4 consent from	1. V/S ,N/S q 2-4 hrs. (ตามเกณฑ์) /Routine post op care 2.I/O as indicated 3. ประเมิน complication -Lung condition -Bleeding -Infection signs -skin (pressure ulcer) -postural hypotension - pain 4.Foley 's catheter management 5.Avoid paroxysmal sympathetic hyperactivity (Pharmacotherapy, non- Pharmacotherapy) 6.Post-operative Wound and drain care	1. Re-assessed V/S, การหายใจ ก่อน D/C 2.Re-assessed surgical wound 3. Stitch off as ordered 4. Silver tube exchange (ตาม order แพทย์) 5. Home medication and education
Nutrition	1.NPO 2.ประเมินภาวะโภชนาการ CNA	1.NPO 2.Diet as tolerated (Early enteral feeding) ประเมินการกลืนก่อนรับประทานอาหารครั้งแรก	1.Diet as tolerated ประเมินการกลืนก่อนรับประทานอาหารครั้งแรก 2.consult นักโภชนาการ เมื่อ CNA ผิดปกติ 3. ประเมินการขับถ่าย หากผิดปกติ รายงานแพทย์	1.Feeding or Regular diet
Rehabilitation &Activity	1.ศีรษะสูง 30 องศาหากไม่มีข้อห้าม	1.ศีรษะสูง 30 องศาหากไม่มีข้อห้าม	1.Early ambulation ไขหัวเตียงขึ้นหากไม่มีข้อห้าม 2.Bed mobility 3.Consult PT (ประเมิน Barthel's index+impairment)	1.Refer for PT ต่อ รพช.
Discharge planning	1. Check สิทธิการรักษา/พรบ 2. Explore any anxiety 3. ค้นหา care giver หลัก 4. Patient/Family support	1.Explore any anxiety 2.ค้นหา care giver หลัก 3.Patient/Family support	1. Explore any anxiety รายงานแพทย์/consultจิตเวช Patient/Family support 2. ประเมินผู้ป่วยตาม 11 กรรตอนให้ความรู้แก่ Caregiver ตามปัญหาของผู้ป่วย 3.ส่ง consult ทีม Quality round เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อนทางกาย จิตสังคม 4.ประเมินอุปกรณ์ที่จำเป็นก่อนกลับบ้าน และให้คำแนะนำ	1.Patient/Family support 2. ส่ง IMC Program
Expect outcome	1.ไม่เกิดภาวะ IICP 2.ระดับความรู้สึกตัวไม่เลวลง 3.V/S, N/S stable 4. Lab/Test normal range 5.I/O balance 6.ผ่านการรับรองสิทธิการรักษา 7.ได้รับการประเมิน complication 8.ผลไม่มี active bleeding	1.ไม่เกิดภาวะ IICP 2.V/S, N/S stable 3.ผลไม่มี active bleeding 4.ผ่านการรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล 5.ยินยอมและเซ็นใบรับการรักษา 6.ได้รับการบรรเทาอาการปวด 7.ผู้ป่วยและครอบครัวคลายความวิตกกังวล	1.ไม่เกิดภาวะ IICP V/S, N/S stable 2.ผลไม่มี bleeding/infection 3.ไม่เกิด Complication VAP, UTI , HAP 4.ควบคุมอาการปวดได้ (VAS ≤ 4) 5.ผ่านการรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล 6.ผู้ป่วยและครอบครัวคลายความวิตกกังวล 7.ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้	1. V/S,N/S stable 2. ผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลผู้ป่วย 3. บอกวันนัดและวันตัดไหมได้ถูกต้อง

วันที่ Admit.....วันที่ Discharge.....LOS.....วัน ค่ารักษา.....บาท การผ่าตัด.....
 สถานการณ์จำหน่าย 1. ทุเลา 2. ไม่สมัครอยู่ 3. Refer back กลับรพ.....4. เสียชีวิต
 การดูแล 1. Self-care 2. Palliative care 3. Intermediate care 4 อื่นๆ.....
 การดูแลต่อเนื่อง 1. NG tube for Feed 2. Foley 's Cath 3 TT.tube 4 Pressure sore 5 อื่นๆ ระบุ.....

ติด Sticker