
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.
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นโรงพยาบาลหนึ่งในกรุงเทพมหานครที่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศิริราชกรรภารกิจอังกฤษ ปัญหาในการคุณภาพผู้สูงอายุที่มีจำนวนมากที่สุด นั่นคือ การประเมินแพทย์พยาบาลแท้เพื่อที่จะสามารถ การสูญเสียเวลาในการประกอบวิชาชีพ การสูญเสียทางเศรษฐกิจการเงินแก่ผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ป่วย บุคคลเหล่านี้จึงเป็นกลุ่มเป้าหมายที่มีภาระหน้าที่มากกว่าและมีปัญหาทางสุขภาพความรุนแรงซึ่งเรียก ดัจจักรวนมาในการศึกษาผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศิริราชกรรภารกิจในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ คือ 1) เพื่อทราบถึงคุณภาพที่แท้จริงของจำนวนผู้มีคุณภาพการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 2) เพื่อทราบพยาบาลการศึกษาที่ผ่านการอบรมการบาดเจ็บที่ศิริราชกรรภารกิจสามารถควบคุมการบาดเจ็บที่ศิริราชกรรภารกิจได้ 3) ท่องทางศูนย์ประสิทธิภาพและระเบียบของการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศิริราชกรรภารกิจในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ณ วันที่ 4 มีนาคม 2565 เพื่อนำไปเป็นฐานในการจัดทำแผนการ ให้ผู้ป่วยและวิธีการ

ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศิริราชแห่งอย่างเต็มข้อ หรือได้รับบาดเจ็บที่ระบบย่อยของร่างกายรวมทั้งทุกข์ที่รายจะได้รับการรักษาโดย แยกออกจากเวชระเบียบของโรงพยาบาล เพื่อการศึกษาวิจัยโดยเฉพาะ ผลการตรวจวินิจฉัยแยกโรค การตรวจพยาธิศาสตร์ อาการล้มเหลวโรค รวมทั้งผลการผ่าตัดจะได้รับการรักษา ไวรัสและเชื้อ การติดเชื้อและการรักษาตาม อาการล้มเหลวโรค ตรวจพบจากบัตรตรวจโรคของแผนกผู้ป่วยนอกและรายงานของภาคคลินิก นิติเวชศาสตร์ ผู้ป่วยที่มีการเจาะกระชับได้รับ การตรวจพบจากแพทย์ของภาคคลินิกนิติเวชศาสตร์ และนักพยาบาลจากภาคการตรวจพบไวรัสและเชื้อ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศิริราชกรรภารกิจเป็นกลุ่มใหญ่ ซึ่งมีระดับความรุนแรงตามหลัก 2 กึ่งหนึ่ง 3 กึ่งหนึ่งมีบาดเจ็บที่ศิริราชกรรภารกิจ กลุ่มที่ 1 คือ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศิริราชกรรภารกิจเป็นกลุ่มใหญ่มีการตรวจพบจากบริษัท MHI (mild head injury) ผู้ป่วยกลุ่ม MHI นี้ยังมีอาการที่เป็นสาเหตุและมีปฏิกิริยา ได้เกิดขึ้นแล้ว มีอาการที่จากรังของผู้ป่วยผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ศิริราชกรรภารกิจ ผู้ป่วยกลุ่ม SHI (severe head injury) ผู้ป่วยกลุ่ม SHI มีระดับความผิดปกติมากกว่ากลุ่ม MHI กลุ่มที่ 2 ไม่สามารถที่จะมีการตรวจพบจากบริษัท MHI กลุ่มที่ 2 ไม่มีอาการที่จากรังของผู้ป่วยผู้ป่วยกลุ่ม MHI กลุ่มที่ 2 มีอาการที่จากรังของผู้ป่วยผู้ป่วยกลุ่ม MHI กลุ่มที่ 2 ไม่มีอาการที่จากรังของผู้ป่วยผู้ป่วยกลุ่ม MHI กลุ่มที่ 2 มีอาการที่จากรังของผู้ป่วยผู้ป่วยกลุ่ม MHI กลุ่มที่ 2
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 1011 ราย แบ่งออกเป็นกลุ่ม MHI 964 ราย และกลุ่ม SHI 47 ราย

วิธีการคัดเลือกวัตถุปั้น

ผู้บวญัติได้บุกเบิกจับที่กระชุนเมื่อถึง。
ห้องฉันท์เดี่ยวของโรงพยาบาลจะได้ทำการขั้น
ประกับ และตรวจวัดเกษตรทั่วไป โดยในห้องนั้น
ในระบบการตรวจไข้ ระบบการไอเดียในโลหิต
ผู้ร่วมที่มีบาดแผลเยื่อผิวที่ดัดหลังจาก
เลือดในลักษณะแรงจะได้รับการเจาะคอ (tracheostomy) ทุกราย เมื่อได้เก็บระบบที่
หายใจและระบบการไอเดียในโลหิตเป็นที่
เรียบร้อยแล้ว จึงทำการตรวจระบบประสาท
โดยจะยืดและความกระชุนประสาทเข้ากับการ
ผลิตหลังได้รับบาดเจ็บจากพยาบาล ถ้าหาก
หรือผู้ร่วม การลายภาพกระชุนโรคศีรษะ
จะทำในห้องพยาบาล ยังไงก็ขับที่ไม่มี
ประสาทกระชุนแตกและไม่มีหลักการของการเจาะ
บาดแผลศีรษะ ผู้ร่วมที่มีอาการช็อคจากเลือด
ตกในโรงพยาบาลและมีอาการแสดงของ
uncal herniation จะถูกนำออกจากห้องฉันท์เดี่ยว
ห้องพยาบาลที่โดยไม่มีโอกาสได้ลายภาพกระชุน
โรคศีรษะ

ผู้ร่วมกลุ่ม MHI ที่มีประสาทของ
مركซ์โดยง่ายเจ็บ มีความผิดปกติของระบบ
ประสาทส่วนใดส่วนหนึ่งหรือกระชุนศีรษะ
แตก จะได้รับการตรวจโดยมี
ผู้ประกอบการเป็นเวลา 24 ถึง 48 ชม. ถ้าไม่มี
อาการของเลือดตกในโรงพยาบาลจะต้อง
กลับบ้าน และกักการเจาะและแผลของ
ออกฤทธิ์ภายใน 7 วัน ผู้ร่วม MHI ทั้งหมด
เท่านั้นที่ทำลายการซึ่งจะถูกกลับบ้านและ
แนะนำบุคคลให้ไปทำเอกซเรย์ตรวจ
ถ้าผู้ร่วมมี
อาการปวดศีรษะมากขึ้น คลื่นเสียหาย หรือ
ซึมลงไปรับยาสู้ในโรงพยาบาลทันที

ผู้ร่วมกลุ่ม SHI จะรับการตรวจ
ก๊าซในโรงพยาบาลมากกว่า angiography หรือ
computed axial tomography (CAT) จะ
ทำ ในผู้ร่วมที่มีความผิดปกติของความรู้สึก
การเปลี่ยนแปลงของ血液หรือความผิดปกติ
ของหน้าที่พื้นที่ของระบบประสาท ผู้ร่วม
ที่มีอาการเจ็บหรือมีเลือดตกในโรงพยาบาล
และมีอาการแสดงของ uncal herniation จะถูก
นำเข้าห้องพยาบาลโดยเร็วที่สุด ทำการ exploratory
burr holes และการแก้ไข craniotomy เพื่ออาก
งก์เลือดออก จะทำการ craniotomy ให้ผู้ร่วม
อาการที่ทำเห็นของก้นเลือด ให้ทราบข้อมูล
หน้าแรกจาก CAT หรือ angiogram ผู้ร่วม
chronic subdural hematoma จะได้รับการ
ผ่าตัดโดยวิธี burh holes และใส่ท่อ จะให้
mannitil หรือ steroid เฉพาะในผู้ร่วยที่มีปัญ
ห้องเลือดก่อนจะนําไปผ่านที่ทำเมื่อมีการ
ชักช้าและรวมมักที่หาย


ผล

1. อาสาฯ เฟส และลักษณะของการ

บ้านเกิด ผู้ป่วยอายุสูงสุด 89 ปี อายุที่สุด 3

เก็บอยู่ ครอบครัวในระหว่างพักผ่อนที่บ้าน 3

1 อาทิตย์ในระหว่างกลุ่มผู้ป่วย MHI คือ SHI

เน้น 20 คือ 1 (964 : 47) ตามภาพที่ 1

อาทิตย์ของกลุ่ม MHI คือ SHI ไม่ชัดเจน 10

ปีแรกสูงสุด 115 คือ 1 และในราวกับ

ต่ำสุดและนั้นช่วงอายุ 40 ปีไปแล้ว ซึ่งทำให

สังเกตจากภาพที่ 1 คือในผู้ป่วยอาสาฯ (เกิน

40 ปีไปแล้ว) ผู้ป่วยกลุ่ม MHI มีจานหน้า

ต่ำสุดเรียงเบียบที่บ่อกลุ่มการในการช่วงอายุ

30 ปีแรก

2. สาเหตุที่ทำให้เกิดการเจ็บที่ศีรษะ

แบ่งสาเหตุออกเป็น 2 พวกใหญ่คือ สาเหตุ

จากการจากราชและสาเหตุที่ไม่ใช่จากการจากราช

ตามตารางที่ 1

สาเหตุจากการจากราช มีผู้ป่วย 502 ราย

ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บที่ศีรษะเนื่องจากถูกชน

โดยเบื้องผู้ก่อเหตุ 202 ราย (40%) และกัก

ไว้ในที่ว่างของยาสิ่งอุบัติเหตุจากการจากราช

รวมอยู่ในชุดเดียวกันและสะสม

มีจำนวนรวมอยู่

มากกว่า 149 ราย และ 100 รายตามลำดับ

อุบัติเหตุที่ทำให้มีการเจ็บที่ศีรษะถืออย่างหนึ่ง

คือ การกระแทก ในรายงานมีถึง 36 ราย

(7%)

สาเหตุที่ไม่ใช่จากการจากราชมีผู้ป่วย 509

ราย พบว่าการจากรายร่วมกับ โควิดที่ศีรษะ

กันตัวของที่ อยู่ที่ที่กระทำกันในหุ้น

ไทยมาก จากจำนวนผู้ป่วย 509 ราย มีผู้ป่วย

บาดเจ็บที่ศีรษะเนื่องจากศีรษะบก 324 ราย

(64%) ผู้ป่วยที่มีอาการในการบ่นมากที่สุด เช่น

ช้างที่กระทำ ช้างที่อยู่อาศัยไป และสุนัข 163

ราย (32%) ส่วนสาเหตุอื่น ๆ ที่ประกอบ

กันดีที่สุดเหลักษ์ต่อไปและไม่ทราบสาเหตุ มี

108 ราย (21%) จากรายงานจะเห็นว่าสาเหตุ

ที่สำคัญในการกระทำบาดเจ็บที่ศีรษะ คือ

อุบัติเหตุบนถนน โดยเฉพาะผู้ป่วยทางช้าง

เท้า และสาเหตุที่สำคัญอยู่ห่างหนึ่งก็ การจา

รายว่าการฝ่าทางที่ศีรษะ

3. อุบัติการณ์ของการเองศีรษะ

จำนวนผู้ป่วย 1011 รายมีผู้ป่วย 699 รายที่

ดื้อสู่การกระทำจากผู้เริ่มเหตุของการเองศีรษะ

แบ่งออกเป็นผู้ป่วยกลุ่ม MHI 654 ราย

และกลุ่ม SHI 45 ราย

ในกลุ่มผู้ป่วย MHI ทรงมี

64 ราย ที่การเองศีรษะแยก 113 ราย (15%)

โดยแบ่งออกเป็น แยกซ้าย 81 ราย (10%) และ

แยกขวา 32 ราย (5%) และไม่พบว่ามีการเองศีรษะ

แยกที่อยู่ใน 41 ราย (65%)

ในกลุ่มผู้ป่วย SHI 47 ราย ให้ถ่าย

แยกซ้าย 47 ราย แยกขวา
กะรโยกลศิริราชาแยก 22ราย (47%) มีการเกิดการศึกษารายการเต็มที่ในผู้ป่วยทั้ง 2 รายไม่ได้ถ่ายเอ็สกระยะการศึกษาการผ่าตัดพะ ว่ามีการเกิดการศึกษาการผ่าตัดทั้ง 2 ราย รวมการโยกลศิริราชาแยกในผู้ป่วยกลุ่ม SHI เป็น 25ราย (53%) แบ่งออกเป็นผู้ป่วย 21 ราย (46%) แตกยุบ 4 ราย (8%) อุบติกการขอการโยกลศิริราชาแยกในกลุ่มผู้ป่วย SHI มีมากกว่าในกลุ่มผู้ป่วย MHI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < 0.001)

4. การดำเนินโรค จากจำนวนผู้ป่วย 1011 รายที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช ได้ส่งผู้ป่วยกลับไปก่อน แพทย์ที่บ้าน 807 ราย (80%) และรับทัวร์ผู้ป่วยกลับในโรงพยาบาล 204 ราย (20%) โดยแบ่งออกเป็นผู้ป่วยกลุ่ม MHI 157 ราย (15%) และผู้ป่วยกลุ่ม SHI 47 ราย (5%)

จากการสังเกต 807 รายที่ส่งกลับบ้านมี 1 รายได้กลับมาตรวจรักษาเพิ่มเติมหลังจากกลับบ้านไปได้ 3 วัน เพราะมีอาการปวดกระรอกมัน ผู้ป่วยมีอาการปวดที่รังไขว้ ไข้ ปวดหัว และปวดท้อง ได้ทำการเอกซาม์ย่า epidural hematoma อย่างมีนัยศักยภาพ

ผู้ป่วยที่ร่างกายมีการกระตุ้น 204 ราย แบ่งออกเป็นผู้ป่วยกลุ่ม MHI 157 ราย ซึ่งมีอาการเสียโอกาสในพระยาโมก และการศึกษาการผ่าตัดทั้ง 2 ราย (2%) และผู้ป่วยกลุ่ม SHI 47 ราย มีตั้งหลายในการศึกษาการผ่าตัดทั้ง 2 ราย (61%) (กลุ่ม MHI) จะเห็นลักษณะของการกระตุ้นในผู้ป่วยกลุ่ม SHI มีมากกว่าผู้ป่วยกลุ่ม MHI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < 0.001)

ในจำนวนผู้ป่วยที่ 4 ผู้ป่วยที่มีการเกิดการศึกษาแยก (รวมแตกยุบ รักษาและผู้ป่วย) ทั้งหมด 138รายพบว่ามีการเกิดการศึกษาแยกในโรงพยาบาล 26 ราย (19%) แต่ในผู้ป่วยที่มีการเกิดการศึกษาแยกทั้งหมด 563 ราย (ไม่รวมจำนวนผู้ป่วยในกลุ่ม MHI 310 ราย ที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยการศึกษาแยก) มีเกิดการศึกษาแยกทั้งหมด 18 ราย (3%) ขณะที่การศึกษาแยกที่มีการเกิดการศึกษาแยกในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการเกิดการศึกษาแยกจะมีมากกว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการเกิดการศึกษาแยกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < 0.001)

5. การเกิดการศึกษาต่าง ๆ ในโรงพยาบาลศิริราชา (กลุ่มการศึกษา 6)

มีการเกิดการศึกษาใน epidural space 13 ราย และมีเกิดการศึกษาใน epidural และ
subdural space อีก 4 ราย รวมทั้งหมดคือ 17 ราย มีปัญหา about epidural และ subdural hematoma 4 รายมีอาการต่ำที่ 50% ผู้ป่วย subdural hematoma ซึ่งทำให้hematoma ใน 21 ราย แปลงออกเป็น 3 กุ้ม คือ 1) acute subdural hematoma คือผู้ป่วยมีอาการและการเร่งด่วน ของการเลือกที่จะเป็นเลือกให้การรักษาและ ผ่าทันทีใน 24 ชั่วโมงหลังได้รับบาดเจ็บที่ ศีรษะ มีก้อนมัน 16 ราย ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการตายอัตราถึง 44% 2) subacute subdural hemato-

toma คือผู้ป่วยมีอาการและการแสดงของการ คลื่นที่จับตามองให้การรักษาผ่าศีรษะ ในระยะเวลาบริเวณ 2 ถึง 9 เดือน 10 หลังจากได้รับ บาดเจ็บที่ศีรษะ ในกลุ่มนี้มีราย 2 ราย และ 3) chronic subdural hematoma คือผู้ป่วยการ และอาการแสดงต่อมากที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ 11 วัน ต่างไปแล้ว 2 ราย ในกลุ่มกลุ่ม 2 และกลุ่ม 3 ไม่มีอาการ มี intracerebral hematoma (temporal lobe) 5 ราย ไม่มี ปัญหา การมี intraventricular hemorrhage

6. การตายและสาเหตุ (คุณทราบที่ 6)

ในผู้ป่วยกลุ่ม MHI 964 ราย มีตาย 3 ราย (0.3%) ในผู้ป่วย 3 รายนี้ 2 รายเป็น acute subdural hematoma คือผู้ป่วยที่มีปัญหา about epidural และ subdural hematoma โดยการตรวจศพ โดยร่วมวินิจฉัยโรค ซึ่งมีข้อมูลความผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค ก่อนการผ่าศีรษะ และมีความผิดพลาดโดยตรง ของศีรษะเฉพาะ ในกลุ่มมี SHI 47 ราย มี ตาย 14 ราย (30%) จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 14 ราย 6 รายเกิดจากสมองซอนจากการบาดเจ็บอย่างรุนแรง ผู้ป่วยกลุ่มที่เหลือ ได้รับบาดเจ็บ 5 รายจาก acute subdural hematoma 2 รายจาก epidural subdural hematoma, 1 รายจาก intraventricular hemorrhage ที่ตาย (30%) ของผู้ป่วยในกลุ่ม SHI ในรายงานนี้ ใกลเคียงกับที่มีเคยรายงานไว้ ซึ่งมีอัตราตาย 34% จากผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ 1011 ราย ตาย 17 ราย คิดเป็นอัตราตาย 1.7%

วิเคราะห์

ผลของการศึกษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ 1011 ราย พบว่า 50% มีสาเหตุจากอุบัติเหตุ การจราจรบกพร่อง และเกิดจากที่ต่างๆ ของ สถานที่ เกิดแก่ประชาชนผู้ป่วย และมี 36 ราย
เกิดจากการกระตุ้นภูมิ และการย้ายอัยการภูมิ ท่าให้เกิด อาการอักเสบจากการ จราจรที่เกิดขึ้น ได้ทั้งเวลา อัตราการเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ และหากได้รับ ความรุ้มเมื่อจากทุก ๆ ฝ่ายที่มีการกระทบผิดข้อม กระชับใน要进一步การจราจร อุบัติเหตุที่เกิดขึ้น จะต้องลดลงอย่างเห็นแก่ชัด ที่นั่นต้องอาศัย องค์ประกอบ 5 อย่างที่จะทำให้ป้องกัน ๆ กัน คือ 1) คว่ำผู้ขับขี่ระยะทางที่มีความ รุ้มจราจรที่ มีระดับและมีความเหนือ เที่ยงใจในการขับรถต่อหน้าต่อหน้า และคนที่ 2) ศาลพิจารณาให้ขับขี่อยู่ในสภาพที่ ไทยเฉพาะระบบไฟส่องสว่างและแสง 3) ศาลพิจารณา ถนนที่นั่นให้เจ้าหน้าที่ออกเรียบและ กว้างพอ มีทางที่ทำให้ผู้คน เดินไม่ยาก มี พิษการจราจรที่เห็นแต่ชัดใจไฟส่องสว่างและ สัญญาณไฟจราจรทำฝ่ายแยก ทางข้างถนน เบื้องหน้า 4) การจราจรต้องมีช่องเปลี่ยนทาง ของเจ้าหน้าที่จราจรโดยเฉพาะ 5) ผู้คน ทางเท้าอยู่รู้จักจราจรชัดเจน หลักที่ กลางทางที่ 5 ช่อง เบื้องหน้าของเจ้าหน้าที่ รมเนื่องจาก ช่องแยกทางอย่างน้อยและหน้าที่ของ แพทย์และพยาบาล หน้าที่ของแพทย์และ พยาบาล คือจะทำอย่างไรมีมีระบบดับเจ็บ ที่ศีรษะและเสียบจับทรงระบบในเวลาร่วมคู่ เล่า ให้มีการพาเลยและอยู่ยุทธภาพพยาบาลอยู่ ที่สุด โดยใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่มีอยู่และ จำนวนเดิมที่มีอย่างจำกัดอยู่แล้ว ให้ได้ ประโยชน์มากที่สุด และประหยัดค่าใช้จ่ายของ ผู้ป่วยและของโรงพยาบาลให้มากที่สุดเช่นกัน นี้เนื่องจากจำนวนเพียงอย่างที่จะประสบ ศักยภาพของโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์มิจฉาทึก การรับผู้ป่วยในกลุ่ม MHI ทำไปเมื่อเวลา อาหารที่บ้าน โดยให้การแห่งเกณฑ์ผู้ป่วยว่า ตามการประวัติเรื่องมากขึ้น อาจมีและ ความรุ้มชัด การ ให้บริการต่อโรงพยาบาลที่ นั้น ทำให้สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ ศัพท์แบบนี้ให้ยากได้อย่าง 80% และภายใน 1 ถึง 2 วัน ถูกเปลี่ยนที่ การเริ่มทำให้มีการมีการพยาบาลเพียง 20% เท่านั้น จากข้ามผู้ป่วยที่เกิดขับบัน 80% (807 ราย) เท่านั้น มีเพียง 1 ราย กลับมาทำแพทย์ก่อนที่ แนะนักให้ได้ใช้ คุ้ณผ้าอากาศของเด็กที่ใน โรงพยาบาลและแพทย์มีการรักษาที่ผู้ ทำบนกลับดีกว่า 5 วัน แต่งให้เห็นว่า วิธีการศึกษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในกลุ่ม MHI ของทนายประสาทศาสตร์ โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ ที่ใช้อุปกรณ์ที่รุ้ม ยังไม่ได้ผลอยู่ ด้วยการถ่ายภาพซีเรียของกระโหลกศีรษะ ในขณะที่จะมีการสร้างร่างกาย จุด แต่ อัตราการภูมิภูมิของโรคระบาดในโรงพยาบาลใน ผู้ป่วยที่มีการกระโหลกศีรษะแตก มีมากกว่าในผู้ ป่วยที่ไม่มีการกระโหลกแตกและการถ่ายภาพซีร์เรียกระยะไกลจะช่วยบอกกลั่นการกระโหลกศีรษาะแตก
ูนัก ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการรักษา จนถึงการแข่งกันซึ่งกันและกันของความเจ็บป่วย ได้แก่ นิวโรไวเริลที่ให้กระแส ไวรัสหน่วยยี ซึ่งเป็นภัยภัยที่มีการเจ็บป่วยของสมอง  oko อยู่ในศีรษะที่ทำให้เกิดอาการต่างๆ เช่น middle meningeal artery, Sagittal และ lateral venous sinus ในราย บางที่มีผลผ้ายี 1 รายถึง 5 เท่าที่จะเพิ่มได้ การวินิจฉัยโรคภัยกันการผ่าตัด จากการ ตรวจสอบพบว่าเป็น posterior fossa epidural hematoma และเนื่องจากแพทย์ที่ได้การรักษา แล้ว ผู้ป่วยมีการกลับใจเข้าใจว่าจะให้การรักษา ยึดโรคให้ถูกต้องและอย่างรวดเร็ว ว่าผู้ป่วย บาดเจ็บที่ศีรษะจะมีการเกิดถังในผนังกัง โลกหรือเปล่า ถ้ามีแทรกสมองรับผ่าตัด แยกแยกแยกออกโดยเร็ว จะมีการสุ่มเกิด อาการเปลี่ยนแปลงที่ต้องเฝ้าระวังอย่างรัดกุม cerebral angiography หรือ CAT scan จะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับการรักษา แต่ยังขาดการรักษาที่มีผลการรักษาที่ดีมากในขณะนี้ การศึกษาปรากฏการณ์มีการใช้ computerized axial tomography และเครื่องมือที่มีพลังต่ำในโรงพยาบาลเมื่อกลางปี 2524 นั้น แต่นักวิจัยรายงานว่าการรักษาที่ดีที่สุดในโรค ที่เกิดขึ้นในผู้เล่นที่มีการเจ็บป่วย ในบางครั้งจะต้องทำการผ่าตัด โดยทำแอ่นแผนอ

สรุป

ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ 1011 ราย แบ่งออกเป็นบาดเจ็บที่ศีรษะอย่าง น่า (MHI) 964 ราย และบาดเจ็บที่ศีรษะอย่าง รุนแรง (SHI) 47 ราย โดยใช้ระดับความรู้สึก เป็นตัวบ่งการบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดขึ้นภายใน ผู้ป่วยมีอยู่ในช่วง 40 มีนาคม และทำการสูญ รายถึงหนึ่งที่มี 3 ถึง 1 สะเก็ดของการเกิด บาดเจ็บที่ศีรษะในทั่วไป คือ บุกเบิกจากการ กระแทก&T 0.5 ซิลลิ่ง 50% และในจำนวน 0.5 هذهข้อตกลงนี้เกิดแก่ประชากรเด็กที่อยู่ ลำต้นที่ไม่ใช่สุนัขและน้องหมาที่มีกว่า 50% เกิดจากการกระแทก 4% จากจำนวนคนใช้ ท่อนม 1011 ราย รับไวค์เล็กถ้าในโรค พบเฉพาะใน 20% มีการเกิดในโรคกระเพาะ ศีรษะ 4%, ในผู้ป่วยกลุ่ม MHI มีการตาย 0.3% แต่ในผู้ป่วยกลุ่ม SHI มีการตาย 30% ตายตายโดยเฉลี่ย 1.7% การศึกษาจากการวัน พบว่า การเจ็บป่วยในโรคกระเพาะของผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยศีรษะจะเพิ่มขึ้น และจะมีการเจ็บป่วยศีรษะเมื่อมีอาการมีอาการ
คำถามที่ ๐ แสดงจำนวนผู้เข้ารับการเจ็บป่วยทางศีรษะในช่วงอายุต่าง ๆ

- หมายถึง ผู้เข้ารับการเจ็บป่วยทางศีรษะอย่างบางบาง
- หมายถึง ผู้เข้ารับการเจ็บป่วยทางศีรษะอย่างรุนแรง
ตารางที่ 1 สาเหตุที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บ

<table>
<thead>
<tr>
<th>สาเหตุ</th>
<th>จำนวนคน</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>จากการกระทำ</td>
<td>502</td>
</tr>
<tr>
<td>อุบัติเหตุจากก่อสร้างอื่นๆ</td>
<td>149</td>
</tr>
<tr>
<td>อุบัติเหตุจากจราจรน้ำ</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>อุบัติเหตุจากภายนอก</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>ผู้เอกลักษณ์ผู้กระทำ</td>
<td>202</td>
</tr>
<tr>
<td>กรณีอื่นๆ</td>
<td>36</td>
</tr>
<tr>
<td>ไม่ใช่จากการกระทำ</td>
<td>509</td>
</tr>
<tr>
<td>กติกาทางสุขภาพ</td>
<td>77</td>
</tr>
<tr>
<td>กฎหมายสิทธิ์</td>
<td>324</td>
</tr>
<tr>
<td>อื่นๆ</td>
<td>108</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>รวม</strong></td>
<td><strong>1011</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

ตารางที่ 2

<table>
<thead>
<tr>
<th>กรณีหลักสิทธิแสวงหา</th>
<th>จำนวนผู้มีกรณีหลักสิทธิแสวงหา</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>ผู้ได้รับบาดเจ็บยังบาง</strong> (664)</td>
<td>113</td>
</tr>
<tr>
<td>กรณีหลักสิทธิแสวงหาข้อ 1</td>
<td>81</td>
</tr>
<tr>
<td>กรณีหลักสิทธิแสวงหาข้อ 2</td>
<td>32</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ผู้ได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรง</strong> (47)</td>
<td>25</td>
</tr>
<tr>
<td>กรณีหลักสิทธิแสวงหาข้อ 1</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>กรณีหลักสิทธิแสวงหาข้อ 2</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>รวม (701 ราย)</strong></td>
<td><strong>138</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

\[ X^2 = 28.9 \ (df = 1) \quad P < 0.001 \]
ตารางที่ 3 ก่อนเสียของในภาวะหลอกศีรษะ

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>จำนวนผู้ป่วย</th>
<th>ผู้มีก่อนเสียค</th>
<th>ผู้มีก่อนเสียค (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>MHI  (ผู้ได้รับบาดเจ็บอย่างเบา)</td>
<td>964</td>
<td>20</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>SHI  (ผู้ได้รับบาดเจ็บรุนแรง)</td>
<td>47</td>
<td>24</td>
<td>51</td>
</tr>
<tr>
<td>รวม</td>
<td>1011</td>
<td>44</td>
<td>4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

MHI = mild head injury
SHI = severe head injury

\[ \chi^2 = 257.7 \quad df = 1 \quad P < 0.001 \]

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะหลอกศีรษะแตกต่างกับการมีก่อนเสียของในภาวะหลอกศีรษะ

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>จำนวน</th>
<th>ผู้มีก่อนเสียค</th>
<th>ผู้มีก่อนเสียค (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>มีการหลอกแยก</td>
<td>138</td>
<td>26</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>ไม่มี</td>
<td>563</td>
<td>18</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>รวม</td>
<td>701</td>
<td>44</td>
<td>4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

\[ \chi^2 = 46.12 \quad df = 1 \]
ตารางที่ 5 อัตราตายในผู้ป่วยเลือดในกระโหลกศีรษะแต่ละชนิด

<table>
<thead>
<tr>
<th>ชนิดของก้อนเลือด</th>
<th>จำนวน</th>
<th>ตาย</th>
<th>จำนวน (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Epidural</td>
<td>13</td>
<td>1</td>
<td>8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Epidural &amp; subdural</td>
<td>4</td>
<td>2</td>
<td>50%</td>
</tr>
<tr>
<td>Acute subdural</td>
<td>16</td>
<td>7</td>
<td>44%</td>
</tr>
<tr>
<td>Subacute subdural</td>
<td>2</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Chronic subdural</td>
<td>3</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Intracerebral</td>
<td>5</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Intraventricular</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>รวม</strong></td>
<td><strong>44</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

ตารางที่ 6 สาเหตุตายในผู้ป่วยที่สูญหายในกระโหลกศีรษะ

<table>
<thead>
<tr>
<th>สาเหตุตาย</th>
<th>จำนวน</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Severe brain damage (contusion)</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Epidural hematoma (posterior fossa)*</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Epidural &amp; subdural hematoma</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Acute subdural hematoma</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Intraventricular hematoma</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>รวม</strong></td>
<td><strong>17</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

* เกิดจากการวินิจฉัยผิดพลาดก่อนผ่าตัด
