



คู่มือปฏิบัติงาน WORK MANUAL

การคัดแยกและดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ที่ได้รับบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม



EMERGENCY
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉินเร่งด่วน ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉินโรงพยาบาลมหาวิทาลัยบูรพา

ลำดับ	สี	ประเภท	ความเร่งด่วน	หมายเหตุ
1	สีแดง Red	ผู้ป่วยวิกฤต Critical Patient	ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิต หรือมีภาวะแทรกซ้อน	ส่งต่อให้ทีมแพทย์ฉุกเฉิน หรือทีมศัลยกรรม
2	เหลือง Yellow	ผู้ป่วยฉุกเฉิน Emergency	ผู้ป่วยที่อาจมีอาการรุนแรง หากไม่ได้รับการดูแล	ส่งต่อให้ทีมแพทย์ฉุกเฉิน หรือทีมศัลยกรรม
3	เขียว Green	ผู้ป่วยฉุกเฉิน Emergency	ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง แต่จำเป็นต้องได้รับการดูแล	ส่งต่อให้ทีมแพทย์ฉุกเฉิน หรือทีมศัลยกรรม
4	ขาว White	ผู้ป่วยฉุกเฉิน Emergency	ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง แต่จำเป็นต้องได้รับการดูแล	ส่งต่อให้ทีมแพทย์ฉุกเฉิน หรือทีมศัลยกรรม
5	ดำ Black	ผู้ป่วยฉุกเฉิน Emergency	ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง แต่จำเป็นต้องได้รับการดูแล	ส่งต่อให้ทีมแพทย์ฉุกเฉิน หรือทีมศัลยกรรม

ณ ศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

ศิริชัย เวียงย่างกุ้ง



คำนำ

ผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการที่ศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยเรื่องอุบัติเหตุยังมีจำนวนมากในทุก ๆ ปี และสาเหตุหลักของอุบัติเหตุในผู้สูงอายุคือการพลัดตกหกล้ม ซึ่งการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุนำไปสู่การได้รับบาดเจ็บในส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย อาทิเช่น การได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ การได้รับบาดเจ็บที่ทรวงอก การได้รับบาดเจ็บจนทำให้กระดูกหัก หรือการเกิดบาดแผลเป็นต้น ซึ่งการบาดเจ็บดังกล่าวหากไม่ได้รับการคัดแยกที่ถูกต้องและเหมาะสมทำให้เกิดการดูแลและรักษาที่ล่าช้า อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจนทำให้ผู้ป่วยสูงอายุต้องนอนรักษาอาการในโรงพยาบาลนานขึ้นและมีโอกาสเป็นผู้ป่วยนอนติดเตียง เกิดเป็นภาระของผู้ดูแลเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ดังนั้นศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นด่านหน้าที่เจอผู้ป่วยสูงอายุตั้งแต่แรก จึงมีความสำคัญเป็นอย่างมากที่เจ้าหน้าที่ต้องมีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการคัดแยกและดูแลรักษาพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มได้รับการรักษาอย่างทันที่ตามลำดับความรุนแรงของอาการ

พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญเพราะเป็นผู้ปฏิบัติงานที่เริ่มตั้งแต่กระบวนการคัดแยกระดับความรุนแรงของอาการผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม หากการคัดแยกได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามลำดับความรุนแรงของอาการอย่างถูกต้อง รวมถึงบทบาทของการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุตามแผนการรักษาจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุออกจากศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วย ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการดูแลและรักษาอย่างถูกต้องและเหมาะสม ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลรักษาที่ล่าช้าและเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย

ศิริชัย เวียงย่างกุ่ม

พยาบาลวิชาชีพ

มิถุนายน 2565

สารบัญ

	หน้า
คำนำ.....	ก
สารบัญ.....	ข
สารบัญภาพ.....	ง
สารบัญตาราง.....	จ
สารบัญแผนภูมิ.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ขอบเขตของงานตามคู่มือ.....	2
1.2 วัตถุประสงค์.....	2
1.3 คำจำกัดความหรือนิยามศัพท์เฉพาะ.....	2
1.4 ผู้เกี่ยวข้อง หน้าที่และอำนาจ.....	3
บทที่ 2 บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ	
2.1 โครงสร้างของหน่วยงานและภาระหน้าที่ของหน่วยงาน.....	5
2.2 มาตรฐานภาระงานและลักษณะงานที่ปฏิบัติ.....	7
บทที่ 3 กระบวนการปฏิบัติงาน	
3.1 ผังกระบวนการปฏิบัติงาน (Work Flow).....	11
3.2 ขั้นตอนการปฏิบัติงาน.....	20
3.3 หลักการ หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติงาน.....	38
3.4 แนวทางในการปฏิบัติงาน.....	52
3.5 มาตรฐานคุณภาพงาน.....	53
3.6 ระบบติดตามและประเมินผล.....	55
บทที่ 4 ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการแก้ไขและพัฒนา	
4.1 ปัญหา อุปสรรค และความเสี่ยง.....	57
4.2 แนวทางการแก้ไขและพัฒนางาน.....	58
บรรณานุกรม.....	61
ภาคผนวก	
ก ตัวอย่างแบบฟอร์ม	
ภาพที่ 1 แบบบันทึกการส่งต่อจากจุดคัดกรองผู้ป่วยด้านหน้าตึก อาคารวิจัย.....	65
ภาพที่ 2 ใบนำทาง.....	66
ภาพที่ 3 แบบบันทึกการรักษาผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา.....	67

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาพที่ 4 ใบบันทึกการบาดเจ็บ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา.....	68
ภาพที่ 5 ใบแยกระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยสำหรับแจกผู้ป่วย.....	69
ภาพที่ 6 แบบบันทึกการช่วยฟื้นคืนชีพในกรณีความรุนแรงระดับ1.....	70
ภาพที่ 7 แบบบันทึกการเจ็บป่วย ที่ศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา.....	71
ภาพที่ 8 หนังสือรายงานการตาย.....	72
ภาพที่ 9 แบบรายงานการตาย.....	73
ภาพที่ 10 ใบสังเกตอาการทางสมอง.....	74
ภาพที่ 11 ใบ Standing order head injury สำหรับ Admit ผู้ป่วยที่ได้รับ บาดเจ็บที่ศีรษะ.....	75
ภาพที่ 12 ใบ Record neurosign สำหรับ Standing order head injury.....	76
ภาพที่ 13 แบบสำหรับส่งตัวผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อ(ใบ refer).....	77
ภาพที่ 14 ใบเช็คสิทธิการรักษาของผู้ป่วย.....	78
ข ข้อบังคับสภาการพยาบาล ว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพ การพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2563 (ด้านการพยาบาลเวช ปฏิบัติฉุกเฉิน).....	80
ประวัติผู้เขียน.....	85

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
3-1	การใช้ Hard collar with long spinal board.....	20
3-2	การคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ MOPH ED TRIAGE.....	21
3-3	การประเมินระดับความรู้สึกตัว.....	23
3-4	การคัดแยกผู้ป่วยระดับ1.....	24
3-5	การปั๊มหัวใจ (CPR).....	25
3-6	หุ่นผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ.....	25
3-7	การใส่ท่อระบายทรวงอก.....	27
3-8	ชนิดของกระดูกหัก.....	28
3-9	การคัดแยกผู้ป่วยระดับ2.....	29
3-10	ภาพเอกซเรย์กระดูกซี่โครงหัก.....	30
3-11	ภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่มีเลือดออกในสมอง.....	31
3-12	ตารางสรุปการนับกิจกรรม.....	34
3-13	ภาพเอกซเรย์กระดูกข้อมือหัก.....	35
3-14	ผู้ป่วยใส่เฟือกพร้อม On arm sling.....	35
3-15	ใบนัดทำแผล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา.....	37

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
3-1	รายละเอียดกระบวนการปฏิบัติงานภาพรวม (Work Flow).....	13
3-2	รายละเอียดงานและขั้นตอนการปฏิบัติ.....	20
3-3	ระดับความฉุกเฉิน ของ Emergency Severity Index (ESI) Version 4.....	41
3-4	มาตรฐานคุณภาพงานการคัดแยกและดูแลผู้ป่วยที่เกิดจากการพลัดตกหกล้ม ในผู้สูงอายุ ณ ศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา.....	54
4-1	ปัญหา อุปสรรค และความเสี่ยงสำคัญในการปฏิบัติงาน.....	57
4-2	แนวทางการแก้ไขปัญหาและพัฒนางาน.....	58

สารบัญแนภูมิ

แผนภูมิที่	หน้า
2-1	โครงสร้างองค์กร โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา..... 5
2-2	โครงสร้างการบริหาร ศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา..... 6
3-1	ผังกระบวนการปฏิบัติงานภาพรวม (Work Flow)..... 11

บทที่ 1
บทนำ

1.1 ขอบเขตของงานตามคู่มือ

คู่มือการปฏิบัติงานเรื่อง การคัดแยกและดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มฉบับนี้ ครอบคลุมกระบวนการตั้งแต่ขั้นตอนที่ผู้สูงอายุที่เกิดการพลัดตกหกล้มมารับบริการที่ศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน และได้รับการประเมินแยกแยะระดับความรุนแรงของผู้ป่วยโดยพยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติงานศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน ณ จุดนี้ถือว่าสำคัญมากเพราะถ้าคัดแยกได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการดูแลและรักษาตามลำดับความรุนแรงของอาการอย่างถูกต้อง รวมไปถึงบทบาทของการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุตามแผนการรักษาพร้อมกับทีมในศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉินจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุออกจากศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องและเหมาะสม ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลรักษาล่าช้าและเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย ผู้จัดทำได้เห็นความสำคัญและวางแผนที่จะทำคู่มือการคัดแยกและดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม ณ ศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพาขึ้น โดยการจัดทำคู่มือ ได้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการตัดสินใจวางแผนการพยาบาลโดยการบูรณาการระหว่างองค์ความรู้จากการทำงานและงานวิจัยต่าง ๆ ซึ่งทำให้เกิดคุณภาพของการคัดแยกและดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม ณ ศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

1.2 วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุที่พลัดตกหกล้มได้รับการคัดแยกที่ถูกต้องและเหมาะสมตามระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุที่พลัดตกหกล้มได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามลำดับความรุนแรงของอาการอย่างเหมาะสม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลรักษาล่าช้า
3. เพื่อให้พยาบาลศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉินสามารถคัดแยกและดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม
4. เพื่อให้บุคลากรปฏิบัติงานเป็นแบบแผนเดียวกัน ไม่เกิดความสับสนในขั้นตอนการปฏิบัติงาน

1.3 คำจำกัดความหรือนิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

การพลัดตกหกล้ม หมายถึง การเปลี่ยนตำแหน่งของร่างกายจากการลื่น ถลา หรือตกไปสู่พื้นหรือพื้นผิวที่ต่ำกว่าร่างกาย ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจและไม่สามารถควบคุมได้ ส่งผลให้ร่างกายได้รับบาดเจ็บหรือไม่ได้รับบาดเจ็บก็ตาม

การได้รับบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม หมายถึง การได้รับบาดเจ็บในส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย หลังจากที่เกิดการพลัดตกหกล้ม ทั้งทางตรง เช่น ตกเก้าอี้กั้นกระแทกเจ็บบริเวณก้น หรือหกล้มศีรษะกระแทกพื้นมีแผลฉีกขาด เป็นต้น และทางอ้อม เช่น สะดุดล้มแล้วไปโดนโต๊ะทำครัว มีดที่อยู่บนโต๊ะทำครัวจึงหล่นลงมาบาดแขน หรือ ขณะช่อมหลังคาสูงประมาณ 2 เมตร แล้วพลัดตกลงมาที่นั่งร้าน นั่งร้านเกิดการสะเทือนทำให้เหล็กที่อยู่ใกล้ๆ เอนลงมาทับขาจนทำให้กระดูกหัก เป็นต้น

การคัดแยกผู้ป่วย หมายถึง การแบ่งระดับความรุนแรงของการได้รับบาดเจ็บของผู้ป่วย โดยการซักประวัติ ประเมินอาการบาดเจ็บเบื้องต้น วัดสัญญาณชีพ วิเคราะห์และประเมินภาวะคุกคามชีวิตและความต้องการในการทำหัตถการกับผู้ป่วย ดังนี้ ระดับ 1 คือต้องได้รับความช่วยเหลืออย่างทันทีทันใด ระดับ 2 คือ ต้องได้รับความช่วยเหลืออย่างรวดเร็วต่อจากระดับ 1 ระดับ 3 คือ ประเมินแนวโน้มความต้องการทำหัตถการ ≥ 2 อย่างขึ้นไป ระดับ 4 คือประเมินแนวโน้มความต้องการทำหัตถการ 1 อย่าง และระดับ 5 คือประเมินแนวโน้มแล้วไม่มีการทำหัตถการ

การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย หมายถึง กระบวนการที่ทำต่อเนื่องหลังจากการคัดแยกผู้ป่วยแล้ว รวมถึงการทำหัตถการทุกอย่างตามแผนการรักษา จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน

1.4 ผู้ที่เกี่ยวข้อง หน้าที่และอำนาจ

1. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา มีหน้าที่ให้คำปรึกษา กำกับดูแล เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อย
2. รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล มีหน้าที่ให้คำปรึกษา กำกับดูแลการทำงานของบุคลากรฝ่ายการพยาบาล ผู้ปฏิบัติงานในศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน
3. แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน มีหน้าที่ให้คำปรึกษา และกำกับดูแลการทำงานของบุคลากรในศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน รวมถึงเป็นแพทย์ staff ในศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วย
4. แพทย์ staff คือแพทย์เฉพาะทางทุกสาขาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา จะอยู่เวรเช้าและเวรบ่ายที่ศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีหน้าที่คอยให้คำปรึกษาแพทย์เวรและช่วยเหลือในเรื่องการรักษาผู้ป่วย
5. แพทย์เวร คือแพทย์ทั่วไป จะอยู่เวร เช้า บ่าย และดึก ที่ศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีหน้าที่ตรวจรักษาผู้ป่วย
6. พยาบาลวิชาชีพ มีหน้าที่ตั้งแต่คัดแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วย ช่วยเหลือแพทย์และทีมในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย ตลอดจนทำหน้าที่ในการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน
7. ผู้ช่วยปฏิบัติงานพยาบาล/ผู้ช่วยเหลือคนไข้ มีหน้าที่ช่วยแพทย์ และพยาบาล ในการทำหัตถการในการดูแลรักษาผู้ป่วย รวมถึงการช่วยเหลือผู้ป่วยในกรณีผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ด้วย
8. พนักงานเปล มีหน้าที่ในการช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ในระหว่างที่กำลังดูแลรักษาที่ศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตลอดจนกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน

บทที่ 2
บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ

2.1 โครงสร้างหน่วยงานและภาระหน้าที่ของหน่วยงาน

2.1.1 โครงสร้างองค์กร โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

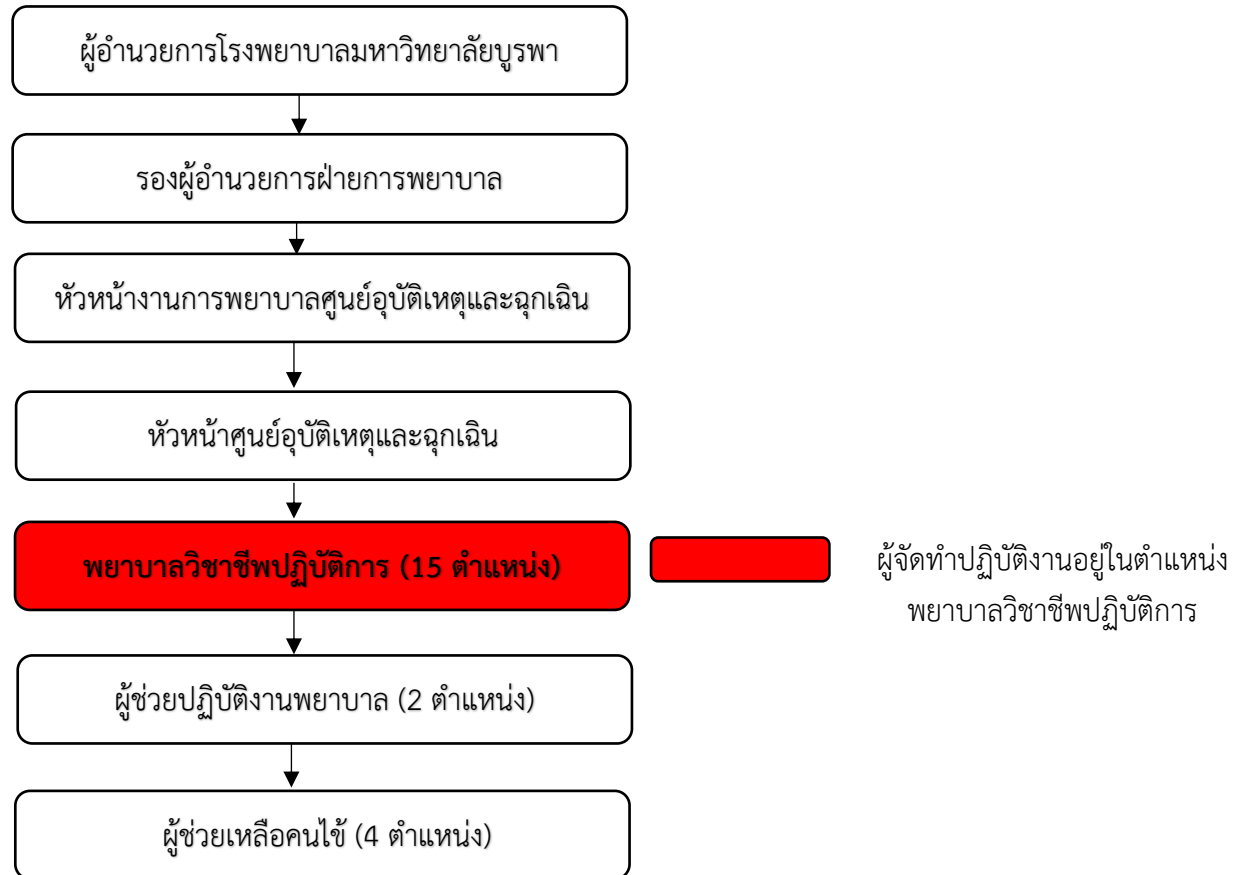


คือหน่วยงานที่ผู้จัดทำปฏิบัติงานอยู่ในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการประจำศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน

แผนภูมิที่ 2-1 : โครงสร้างองค์กร โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

ที่มา : งานบริหารงานยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

2.1.2 โครงสร้างการบริหาร งานการพยาบาลผู้ป่วย ศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน



แผนภูมิที่ 2-2 โครงสร้างการบริหาร ศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

ที่มา : งานการพยาบาลศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน

2.1.3 ภาระหน้าที่ของหน่วยงาน

ศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทาลัยบูรพา ในส่วนของงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประกอบไปด้วย จุดคัดแยกผู้ป่วยอยู่ด้านหน้าศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน และมีประตูทางเข้าเชื่อมต่อกับห้องตรวจโรคภายในศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน ภายในห้องตรวจโรคแยกเป็นสามส่วนคือ ห้องช่วยฟื้นคืนชีพ (Resuscitation room) พื้นที่สำหรับตรวจรักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุ (Trauma zone) และพื้นที่สำหรับตรวจรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ (Non-trauma zone) นอกจากนี้ยังมีพื้นที่สำหรับตรวจรักษาผู้ป่วยทางเดินหายใจซึ่งอยู่ลานด้านหน้าศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉินบริเวณที่อากาศถ่ายเทได้สะดวก โดยศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉินเปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมงและให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยทุกเพศ ทุกวัย โดยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุมาไม่เกิน 72 ชั่วโมง และเป็นผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยภาวะคุกคามถึงชีวิตหรือมีภาวะเร่งด่วนที่ต้องรีบให้การรักษา ซึ่งผู้รับบริการส่วนใหญ่คือประชาชนในเขตรับผิดชอบ ผู้ที่พักอาศัยอยู่ในจังหวัดชลบุรีและพื้นที่ใกล้เคียง โดยมีลักษณะงานที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยดังนี้

1. ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่เข้ามารับบริการ ตั้งแต่ขั้นตอนการคัดแยก ระดับความรุนแรงของผู้ป่วย ตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ปฏิบัติกิจกรรมการรักษาตามแผนการรักษา เฝ้าระวังอันตรายและภาวะแทรกซ้อน แก้ไขปัญหาที่เกิดจากภาวะการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ให้เหมาะสมกับปัญหาและสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละราย ตลอดจนถึงขั้นตอนของการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน หรือการรับรักษาตัวไว้ในโรงพยาบาล

2. ให้บริการเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินตามนโยบายของโรงพยาบาลร่วมกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดชลบุรี โดยออกรับผู้ป่วยถึงที่เกิดเหตุหรือสถานที่ ที่ผู้ป่วยเจ็บป่วย ซึ่งเป็นการทำงานเป็นทีมของเจ้าหน้าที่ในศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลจะให้การพยาบาลเบื้องต้นเมื่อไปถึงที่เกิดเหตุ และนำผู้ป่วยกลับมารักษาต่อที่โรงพยาบาล โดยการเดินทางและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยรถพยาบาล

3. รับผิดชอบงานการพยาบาลในส่วนของ การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล และส่งตรวจผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล จากศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน

4. ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่ครอบคลุมและมีความปลอดภัย

2.2 ลักษณะงานที่ปฏิบัติ (Job Description)

ปฏิบัติงานในฐานะผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์ ช่วยแนะนำการปฏิบัติงานแก่ผู้ร่วมปฏิบัติงาน โดยใช้ความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์และความชำนาญในด้านพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ปฏิบัติงานที่ต้องตัดสินใจหรือแก้ปัญหาที่ยาก และปฏิบัติงานอื่นตามที่ได้รับมอบหมายโดยมีลักษณะงานที่ปฏิบัติในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1.ด้านการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

- 1.1 ประเมินผลและการวินิจฉัยของโรคเบื้องต้น ในผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้อย่างถูกต้อง
- 1.2 วางแผนการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม รวดเร็ว ปลอดภัย ได้มาตรฐานวิชาชีพ
- 1.3 เป็นผู้ร่วมทีมในการรับส่งรายงาน สถานการณ์อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและการรักษาพยาบาลและประชุมปรึกษารื้อเพื่อวางแผนการพยาบาลในทีมผู้ป่วยที่รับผิดชอบโดยใช้กระบวนการพยาบาล
- 1.4 ปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยยึดหลักการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุในภาวะวิกฤตฉุกเฉินและการดูแลส่งเสริมคุณภาพชีวิตในระยะพ้นวิกฤต คือ การรักษาชีวิต การรักษารยางค์ (แขนขา) และการฟื้นคืนกลับของร่างกายมาทำหน้าที่ได้ตามปกติ (Save Life, Limb and Function) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยบรรเทาทุกข์ทรมาน และมีความพึงพอใจ
- 1.5 เผื่อระวังความเสี่ยงและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยขณะให้การดูแลรักษาในศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน
- 1.6 ช่วยแพทย์ในการตรวจประเมินและวินิจฉัยเบื้องต้น และนำหลักการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมาใช้
- 1.7 บันทึก และตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลในศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉินให้มีความถูกต้อง ชัดเจน สามารถตรวจสอบได้ตลอดเวลา
- 1.8 ปฏิบัติการพยาบาลตามหลักการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลตามมาตรฐานของหน่วยงานที่กำหนด
- 1.9 บริหารยาที่ใช้ในคำสั่งการรักษาของแพทย์พื้นฐาน และยาที่มีความจำเป็นต้องใช้ในผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
- 1.10 ดูแลยาและเวชภัณฑ์วัสดุอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ ให้มีพร้อมใช้งาน
- 1.11 ให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรคและการดูแลรักษา
- 1.12 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ จนญาติสามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างเหมาะสม
- 1.13 มีหน้าที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการประสานการส่งต่ออย่างครบถ้วนและได้รับการดูแลขณะส่งต่ออย่างถูกต้อง ปลอดภัย ทั้งการส่งต่อภายในและภายนอกโรงพยาบาล
- 1.14 ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุต่าง ๆ และเจ็บป่วยฉุกเฉิน อย่างมีประสิทธิภาพ ถูกต้อง รวดเร็ว เหมาะสม และทันต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น นับตั้งแต่จุดเกิดเหตุถึงสถานพยาบาลที่มีศักยภาพเหมาะสมในการรับดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมุ่งความปลอดภัยและความคุ้มค่าคุ้มทุน

2. ด้านบริหารงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

- 2.1 ร่วมประชุมเพื่อปรับปรุงพัฒนาคุณภาพงานบริการของหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
- 2.2 เสนอแนะแนวทางแก้ไขปรับปรุงสภาพแวดล้อมและงานบริการของหน่วยงาน
- 2.3 สำนวจความต้องการใช้วัสดุ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ต่าง ๆ ในหน่วยงาน
- 2.4 ช่วยรวบรวมสถิติผู้ป่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกประเภทรวมทั้งสถิติทางการพยาบาลต่าง ๆ ประจำเดือนประจำปี
- 2.5 ดูแลงาน 5 ส.ในส่วนที่รับผิดชอบ
- 2.6 ร่วมดูแลงานพัฒนางานคุณภาพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ได้รับมอบหมาย
- 2.7 วางแผนและเป็นผู้ดำเนินการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง
- 2.8 นิเทศ ควบคุมและวางแผนให้บริการพยาบาล ตามมาตรฐานการพยาบาล โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางให้ครอบคลุมทั้งทางด้าน การส่งเสริม การป้องกัน การรักษาและฟื้นฟูสุขภาพแก่เจ้าหน้าที่ระดับรอง
- 2.9 เป็นที่ปรึกษาแก้ไขปัญหาด้านการรักษาพยาบาลแก่เจ้าหน้าที่ระดับรอง
- 2.10 วางแผนงาน มอบหมายงานในเวลาที่เว้นหน้าเวร หน้าที่ความรับผิดชอบให้บุคลากรทุกระดับตามความรู้ ความสามารถ และทักษะ
- 2.11 เป็นผู้นำการประชุมทีมเพื่อสื่อสารนโยบาย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น รับฟังข้อเสนอแนะและปรับปรุง พัฒนาปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติงาน

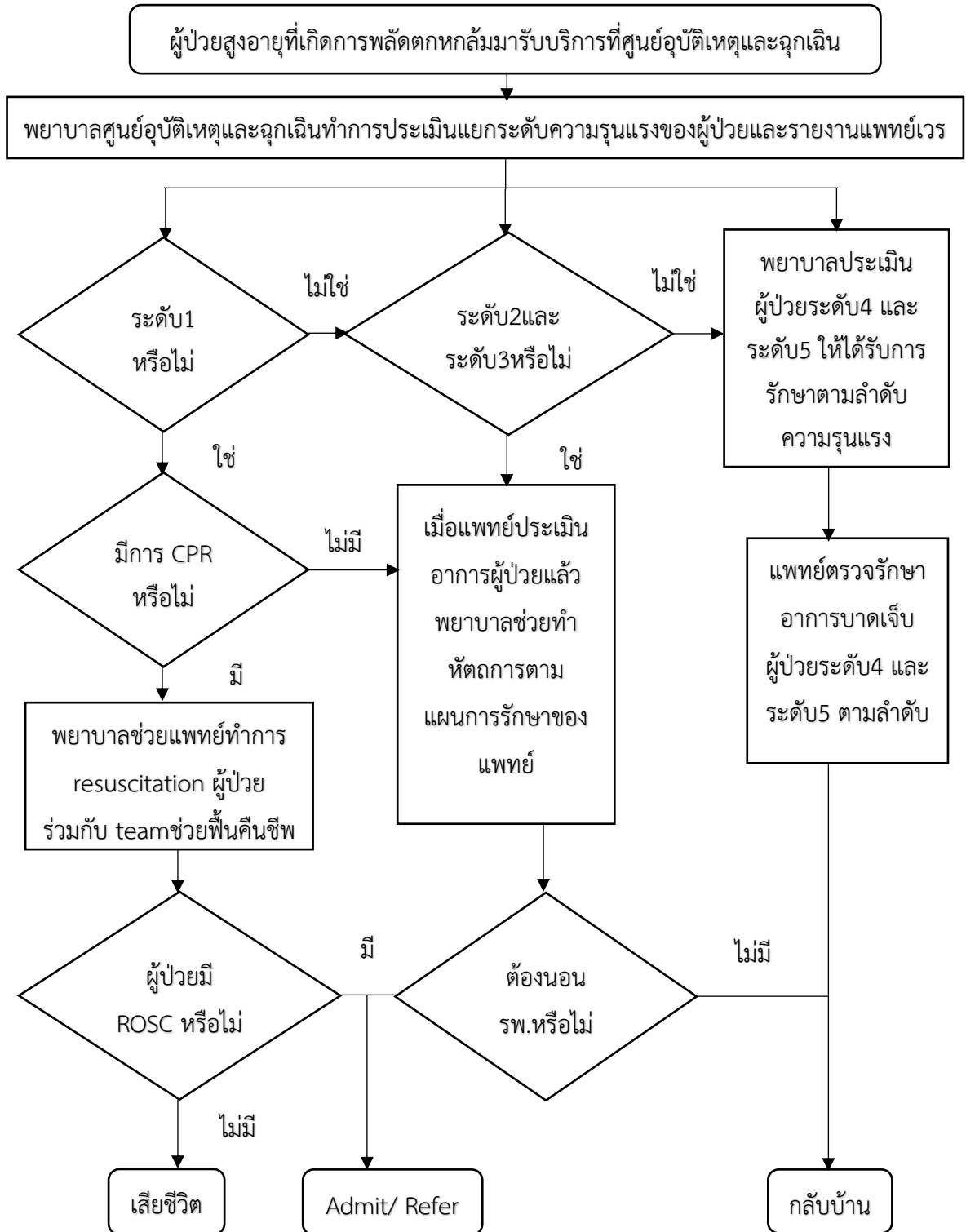
3. ด้านงานวิชาการในศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน

- 3.1 ให้คำแนะนำด้านวิชาการแก่ผู้ร่วมงานที่มีประสบการณ์และความรู้ต่ำกว่า
- 3.2 เป็นผู้นิเทศและเป็นครูคลินิกให้กับนิสิต นักศึกษาที่มาฝึกปฏิบัติงานในหน่วยงาน
- 3.3 ร่วมอบรม/ประชุมวิชาการ ทั้งภายในและนอกหน่วยงาน/องค์กร
- 3.4 จัดทำแผนการสอนสุศึกษา ตลอดจนสื่อการสอน หรือสื่อความรู้ในผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และญาติ
- 3.5 เข้าร่วมกิจกรรมทบทวนคุณภาพของหน่วยงาน
- 3.6 ช่วยปฐมนิเทศผู้เข้ามาปฏิบัติงานใหม่ในหน่วยงานและผู้ที่มาอบรม
- 3.7 ช่วยจัดเตรียม การเรียน การสอน และเอกสารสำหรับนักศึกษา
- 3.8 สอนแนะนำให้คำปรึกษาด้านการปฏิบัติการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉินในเชิงวิชาการแก่พยาบาลและเจ้าหน้าที่ระดับรองลงมา
- 3.9 การเป็นวิทยากรให้ความรู้เกี่ยวกับการปฐมพยาบาลและการให้บริการรักษาพยาบาลทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน
- 3.10 ทำวิจัยที่เป็นหัวหน้าหรือผู้ร่วมวิจัย

บทที่ 3
กระบวนการปฏิบัติงาน

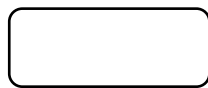
3.1 ผังกระบวนการปฏิบัติงาน (Work flow)

3.1.1 ผังกระบวนการปฏิบัติงาน (Work flow) การคัดแยกและดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม ณ ศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา



แผนภูมิที่ 3-1 ผังกระบวนการปฏิบัติงานภาพรวม (Work Flow)

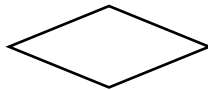
ผู้จัดทำคู่มือการคัดแยกและดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มออกแบบขั้นตอนกระบวนการสำหรับใช้ในการคัดแยกและดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม ที่มารับบริการ ณ ศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อให้กระบวนการมีความชัดเจนและเข้าใจง่ายโดยมีสัญลักษณ์ดังนี้



จุดเริ่มต้นและสิ้นสุดของกระบวนการ



กิจกรรมและการปฏิบัติงาน



การตัดสินใจ เช่น การตรวจสอบ การอนุญาต/อนุมัติ และการเห็นชอบ เป็นต้น



แสดงถึงทิศทาง หรือการเคลื่อนไหวของงาน



จุดเชื่อมต่อระหว่างขั้นตอน เช่น กรณีการเขียนกระบวนการไม่สามารถจบได้ภายในหนึ่งหน้า

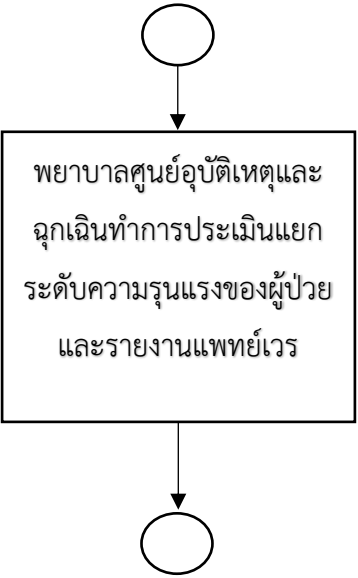
3.1.2 ผังแสดงรายละเอียดกระบวนการปฏิบัติงาน (Work Flow)

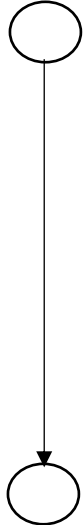
ชื่อกระบวนการ : การคัดแยกและดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม ณ ศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา


ข้อกำหนดสำคัญของกระบวนการ : 1.แนวปฏิบัติการทางการแพทย์เรื่องการดูแลผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม 2.แนวปฏิบัติทางการแพทย์เรื่องการคัดกรองและแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉินและมาตรฐานการคัดแยกผู้ป่วยตามหลัก MOPH ED TRIAGE 3.มาตรฐานการดูแลผู้บาดเจ็บ Advanced Traumatic Life Support 4.มาตรฐานทางเวชปฏิบัติ

ตัวชี้วัดสำคัญของกระบวนการ : ผู้ป่วยสูงอายุที่เกิดการพลัดตกหกล้มได้รับการคัดแยกและดูแลตามมาตรฐานทางเวชปฏิบัติอย่างเหมาะสมทุกราย
ตารางที่ 3-1 รายละเอียดกระบวนการปฏิบัติงานภาพรวม (Work Flow)

ลำดับที่	ผังกระบวนการ	ระยะเวลา	รายละเอียดงาน	มาตรฐานคุณภาพงาน	เอกสารที่เกี่ยวข้อง	ผู้รับผิดชอบ
1.	<pre> graph TD Start([เริ่ม]) --> Process[ผู้ป่วยสูงอายุที่พลัดตกหกล้มมารับบริการที่ศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน] Process --> End(()) </pre>	2-5 นาที	1.เมื่อมีผู้ป่วยสูงอายุที่พลัดตกหกล้มมาโรงพยาบาลอาจมาที่หน้าศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยตรงหรือผ่านจุดคัดกรองทางด้านหน้าตึกอาคารวิจัยแล้วพยาบาลประจำจุดคัดกรองซักประวัติเบื้องต้นพบว่ามีอาการบาดเจ็บหรือสงสัยว่าจะมีอาการบาดเจ็บจึงส่งผู้ป่วยมายังศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉินอีกที และทำการเปิดไบนำทางให้แก่ผู้ป่วย	1. ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการเคลื่อนย้ายมายังศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยวิธีที่ถูกต้องและปลอดภัย 2. เปิดไบนำทางได้รวดเร็วและระบุตัวตนได้ถูกต้อง	-แบบบันทึกการส่งต่อจากจุดคัดกรองผู้ป่วยด้านหน้าตึกอาคารวิจัย (ภาคผนวก ก ภาพที่ 1) -ไบนำทาง (ภาคผนวก ก ภาพที่ 2)	1.พยาบาลศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2.พยาบาลจุดคัดกรองหน้าตึกอาคารวิจัย

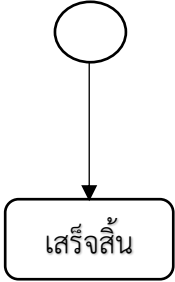
ลำดับที่	ผังกระบวนการ	ระยะเวลา	รายละเอียดงาน	มาตรฐานคุณภาพงาน	เอกสารที่เกี่ยวข้อง	ผู้รับผิดชอบ
2.	 <p data-bbox="430 528 786 820">พยาบาลศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉินทำการประเมินแยก ระดับความรุนแรงของผู้ป่วย และรายงานแพทย์เวร</p>	2-5 นาที	<p data-bbox="972 395 1328 970">1.เมื่อผู้ป่วยสูงอายุที่พลัดตกหกล้มมาถึงจุดคัดแยกด้านหน้า ศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลจะทำการประเมินเพื่อคัดแยกระดับความรุนแรงโดยคัดแยกระดับความรุนแรงโดย พยาบาลจะวัดสัญญาณชีพ ชักประวัติจากผู้ป่วย ญาติ หรือ ผู้เห็นเหตุการณ์ที่นำส่ง ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยได้รับการเคลื่อนย้ายอย่างถูกต้องและปลอดภัย</p> <p data-bbox="972 978 1328 1362">2.เมื่อพยาบาลคัดแยก ระดับความรุนแรงของผู้ป่วยแล้ว รายงานแพทย์เวรให้ตรวจรักษาผู้ป่วยตามลำดับความรุนแรงของอาการ โดยความรุนแรงมี 5 ระดับดังนี้ ระดับ 1 คือต้องได้รับความช่วยเหลืออย่างทันที่</p>	<p data-bbox="1344 395 1610 528">1.มาตรฐานการคัดแยกผู้ป่วยตามหลัก MOPH ED TRIAGE</p> <p data-bbox="1344 536 1610 778">2.ผู้ป่วยสูงอายุที่พลัดตกหกล้มทุกรายได้รับการประเมินเพื่อนัดคัดแยกระดับความรุนแรงโดยพยาบาล</p> <p data-bbox="1344 786 1610 975">3.พยาบาลคัดแยก ระดับความรุนแรงของผู้ป่วยสูงอายุที่พลัดตกหกล้มได้อย่างถูกต้อง</p> <p data-bbox="1344 983 1610 1161">4.ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามลำดับความรุนแรงอย่างเหมาะสมโดยแพทย์</p>	<p data-bbox="1628 395 1827 683">-แบบบันทึกการรักษาผู้ป่วย โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคผนวก ก ภาพที่ 3)</p> <p data-bbox="1628 691 1827 975">-ใบบันทึกการบาดเจ็บ โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคผนวก ก ภาพที่ 4)</p> <p data-bbox="1628 983 1827 1362">-ใบแยก ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย สำหรับแจกผู้ป่วย (ภาคผนวก ก ภาพที่ 5)</p>	<p data-bbox="1863 395 2033 874">1.แพทย์เวร</p> <p data-bbox="1863 443 2033 587">2.พยาบาล ศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน</p> <p data-bbox="1863 595 2033 826">3.ผู้ช่วยปฏิบัติการพยาบาล/ผู้ช่วยเหลือคนไข้</p> <p data-bbox="1863 834 2033 874">4.พนักงานเปล</p>

ลำดับที่	ผังกระบวนการ	ระยะเวลา	รายละเอียดงาน	มาตรฐานคุณภาพงาน	เอกสารที่เกี่ยวข้อง	ผู้รับผิดชอบ
			<p>ระดับ2 คือ ต้องได้รับความช่วยเหลืออย่างรวดเร็วต่อจากระดับ 1</p> <p>ระดับ3 คือประเมินแนวโน้มความต้องการทำหัตถการ ≥ 2 อย่างขึ้นไป</p> <p>ระดับ4 คือประเมินแนวโน้มความต้องการทำหัตถการ 1 อย่าง</p> <p>ระดับ5 คือประเมินแนวโน้มแล้วไม่มีการทำหัตถการ</p>			

ลำดับที่	ผังกระบวนการ	ระยะเวลา	รายละเอียดงาน	มาตรฐานคุณภาพงาน	เอกสารที่เกี่ยวข้อง	ผู้รับผิดชอบ
3.	 <p>แพทย์เวรทำการตรวจ ประเมินและรักษา ผู้ป่วยตามลำดับความรุนแรง</p>	30 นาที - 1 ชั่วโมง	<p>1.แพทย์เวรทำการตรวจ ประเมิน และรักษาผู้ป่วย ตามลำดับความรุนแรง</p> <ul style="list-style-type: none"> -ระดับ1 ต้องAdmit/Refer ทุก ราย กรณีมีการปั๊มหัวใจ(CPR) ประเมิน ROSC ด้วย หากไม่มี ROSC จำหน่ายแบบเสียชีวิต -ระดับ2 และระดับ3 มีทั้งต้อง Admit/Refer หรือกลับบ้านได้ -ระดับ4 และระดับ5 ไม่จำเป็นต้อง Admit/Refer สามารถกลับบ้านได้ <p>2.พยาบาลช่วยแพทย์ทำหัตถการตามแผนการรักษาของแพทย์ร่วมกับทีมเจ้าหน้าที่ในศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน</p>	<p>1.แพทย์เวรตรวจรักษาผู้ป่วยตามลำดับความรุนแรงได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม</p> <p>2.มาตรฐานทางการแพทย์</p> <p>3.มาตรฐานการดูแลผู้บาดเจ็บ Advanced Traumatic Life Support</p>	<ul style="list-style-type: none"> -แบบบันทึกการรักษาผู้ป่วย โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคผนวก ก ภาพที่ 3) -แบบบันทึกการช่วยฟื้นคืนชีพในกรณีความรุนแรงระดับ1(ภาคผนวก ก ภาพที่ 6) -แบบบันทึกการเจ็บป่วย ที่ศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคผนวก ก ภาพที่ 7) 	<ul style="list-style-type: none"> 1.แพทย์เวร 2.พยาบาล ศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน 3.ผู้ช่วยปฏิบัติการพยาบาล/ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 4.พนักงานเปล

ลำดับที่	ผังกระบวนการ	ระยะเวลา	รายละเอียดงาน	มาตรฐานคุณภาพงาน	เอกสารที่เกี่ยวข้อง	ผู้รับผิดชอบ
4.	<pre> graph TD Start(()) --> Deceased[เสียชีวิต] Deceased -- ไม่มี --> Decision{ผู้ป่วยระดับ1 ที่ CPR มี ROSC} Decision -- มี --> Admit[Admit/ Refer] Admit --> End(()) </pre>	5-10 นาที	<p><u>ไม่มี</u> ROSC ในผู้ป่วยระดับ1</p> <ul style="list-style-type: none"> -แพทย์เวรลงบันทึกในหนังสือรับรองการตาย -พยาบาลศุนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉินลงบันทึกในแบบรายงานการตาย -โทรแจ้ง สภ.แสนสุขและนิติเวช รพ.ชลบุรีให้ทราบว่ามีผู้เสียชีวิตที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา <p><u>มี</u> ROSC ในผู้ป่วยระดับ1</p> <ul style="list-style-type: none"> -พยาบาลศุนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉินเช็คสิทธิการรักษาของผู้ป่วยจากศุนย์ดูแลสิทธิ์ -แพทย์ประเมินทำการ Admit หรือ Refer -หลังจากพยาบาลทำหัตถการเรียบร้อยก็ส่งเวร Admit หรือ Refer ผู้ป่วย 	<ol style="list-style-type: none"> 1.มาตรฐานทางการแพทย์ 2.มาตรฐานการดูแลผู้บาดเจ็บ Advanced Traumatic Life Support 3.การลงบันทึกทางการรักษาถูกต้องครบถ้วน 	<ul style="list-style-type: none"> -แบบบันทึกการรักษาผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา(ภาคผนวก ก ภาพที่ 3) -แบบบันทึกการช่วยฟื้นคืนชีพในกรณีความรุนแรงระดับ1(ภาคผนวก ก ภาพที่ 6) -หนังสือรายงานการตาย (ภาคผนวก ก ภาพที่ 8) -แบบบันทึกรายงานการตาย (ภาคผนวก ก ภาพที่ 9) 	<ol style="list-style-type: none"> 1.แพทย์เวร 2.พยาบาลศุนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน 3.เจ้าหน้าที่ศุนย์ดูแลสิทธิ์

ลำดับที่	ผังกระบวนการ	ระยะเวลา	รายละเอียดงาน	มาตรฐานคุณภาพงาน	เอกสารที่เกี่ยวข้อง	ผู้รับผิดชอบ
5.	<pre> graph TD Start(()) --> Admit[Admit/ Refer] Admit --> Decision{ต้องนอน รพ. หรือไม่} Decision -- มี --> Admit Decision -- ไม่มี --> Home[กลับบ้าน] Home --> End(()) </pre>	5-10 นาที	<p>มี การนอนโรงพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> -พยาบาลศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉินเช็คสิทธิการรักษาของผู้ป่วยจากศูนย์ดูแลสิทธิ -แพทย์ประเมินทำการ Admit หรือ Refer -แพทย์เขียนเอกสาร Admit หรือ เอกสาร Refer -ในกรณี Admit พยาบาลเตรียมเอกสารAdmit ให้ครบถ้วนพร้อมส่งเวรไปยังหอผู้ป่วยที่จะส่งผู้ป่วยไป Admit -ในกรณี Refer พยาบาลเตรียมเอกสาร Refer ให้ครบถ้วนพร้อมทั้งส่งเวรไปยังโรงพยาบาลปลายทางก่อน Refer ผู้ป่วยไป <p>ไม่มี การนอนโรงพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> -ระดับ4และระดับ5 แพทย์สั่งยาและให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ 	<ol style="list-style-type: none"> 1.ผู้ป่วยทุกรายได้รับการตรวจรักษาและวินิจฉัยโรคโดยแพทย์ก่อนกลับบ้านหรือ Admit / Refer ทุกครั้ง 2.เอกสาร Admit หรือ Refer ถูกต้องและครบถ้วน 3.ผู้ป่วยที่ต้อง Admit ไปถึงหอผู้ป่วยโดยไม่มีภาวะเปลี่ยนแปลงที่แย่ลง 4.ผู้ป่วยที่ต้อง Refer ไปถึงโรงพยาบาลปลายทางโดยไม่มีภาวะเปลี่ยนแปลงที่แย่ลง 5.ผู้ป่วยที่สามารถกลับบ้านได้ ได้รับเอกสาร 	<ul style="list-style-type: none"> -ใบสั่งยาของแพทย์ -ใบเช็คสิทธิการรักษาของผู้ป่วย (ภาคผนวก ก ภาพที่ 14) -เอกสาร Admit (ภาคผนวก ก ภาพที่ 11-12) -เอกสาร Refer (ภาคผนวก ก ภาพที่ 13) -ใบสั่งเกตอาการทางสมอง (ภาคผนวก ก ภาพที่ 10) -ใบแนะนำการทำแผล(ภาพที่ 3-15) 	<ol style="list-style-type: none"> 1.แพทย์เวร 2.พยาบาลศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน 3.ผู้ช่วยปฏิบัติการพยาบาล/ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 4.พนักงานเปล 5.เจ้าหน้าที่ศูนย์ดูแลสิทธิ 6.พนักงานขับรถฉุกเฉิน

ลำดับที่	ผังกระบวนการ	ระยะเวลา	รายละเอียดงาน	มาตรฐานคุณภาพงาน	เอกสารที่เกี่ยวข้อง	ผู้รับผิดชอบ
			<p>-ในกรณีระดับ2 และระดับ3 ที่แพทย์ตรวจรักษาเรียบร้อยแล้ว ไม่มีข้อบ่งชี้ที่ต้อง Admit/Refer สามารถกลับบ้านได้เช่นกัน</p>	<p>แนะนำการดูแลตนเองครบถ้วน เช่น ไข้สังเกตอาการทางสองใบไม้ทำแผล เป็นต้น</p>		

3.2 ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

ตารางที่ 3-2 รายละเอียดงานและขั้นตอนการปฏิบัติ

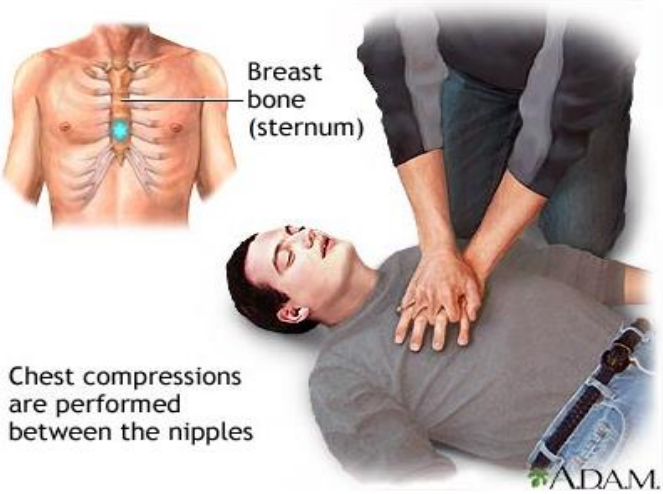

รายละเอียดงาน	ขั้นตอนการปฏิบัติงาน
<p>ผู้ป่วยสูงอายุที่เกิดการพลัดตกหกล้มมารับบริการ ณ ศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน</p>	<p>1. เมื่อมีผู้ป่วยสูงอายุที่พลัดตกหกล้มมาโรงพยาบาลอาจมาที่หน้าศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยตรงหรือผ่านจุดคัดกรองทางด้านหน้าตึกอาคารวิจัยแล้วพยาบาลประจำจุดคัดกรองซักประวัติเบื้องต้นพบว่ามีอาการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มจึงส่งผู้ป่วยมายังศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉินอีกทีและทำการเปิดไบนำทางให้แก่ผู้ป่วย</p> <p>2. พยาบาลศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉินและพนักงานเปลที่จุดคัดแยกช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสูงอายุที่พลัดตกหกล้มได้รับการเคลื่อนย้ายโดยถูกวิธี เช่น ถ้าผู้ป่วยมีอาการปวดต้นคอ เจ็บสะโพกหรือเดินไม่ไหวให้เคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยใช้ Hard collar ร่วมกับ Long spinal board เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของกระดูก หรือถ้าผู้ป่วยสูงอายุบาดเจ็บเพียงระยางค์เดียวก็สามารถใช้รถเข็นนั่งได้ เป็นต้น</p> <div data-bbox="691 1039 1295 1429" data-label="Image"> </div> <p>ภาพที่ 3-1 การใช้ Hard collar with long spinal board</p> <p>ที่มา : การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่</p> <p>สืบค้นจาก http://portal.nurse.cmu.ac.th/</p> <p>วันที่ค้นข้อมูล 20 พฤษภาคม 2565</p>
<p>พยาบาลศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉินทำการประเมินแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยและรายงานแพทย์เวร</p>	<p>1. เมื่อผู้ป่วยสูงอายุที่พลัดตกหกล้มมาถึงจุดคัดแยกด้านหน้าศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉินพยาบาลจะทำการประเมินเพื่อคัดแยกระดับความรุนแรงโดยพยาบาลจะวัดสัญญาณชีพ ซักประวัติจากผู้ป่วยญาติ หรือผู้เห็นเหตุการณ์ที่น่าสงสัย ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยได้รับการเคลื่อนย้ายอย่างถูกต้องและปลอดภัย</p>

รายละเอียดงาน	ขั้นตอนการปฏิบัติงาน																																
	<p>2.เมื่อพยาบาลคัดแยกกระตือรือร้นของผู้ป่วยแล้ว รายงานแพทย์เวรให้ตรวจรักษาผู้ป่วยตามลำดับความรุนแรงของอาการ โดยความรุนแรงมี 5 ระดับดังนี้</p> <p>ระดับ1 คือต้องได้รับความช่วยเหลืออย่างทันที่</p> <p>ระดับ2 คือ ต้องได้รับความช่วยเหลืออย่างรวดเร็วต่อจากระดับ 1</p> <p>ระดับ3 คือประเมินแนวโน้มความต้องการทำหัตถการ ≥ 2 อย่างขึ้นไป</p> <p>ระดับ4 คือประเมินแนวโน้มความต้องการทำหัตถการ 1 อย่าง</p> <p>ระดับ5 คือประเมินแนวโน้มแล้วไม่มีการทำหัตถการ</p> <div data-bbox="603 772 1380 1892" style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <h3 style="text-align: center;">MOPH ED. TRIAGE</h3> <p>ใช่ CPR, ET tube, ใส่ ICD, GCS ≤ 8 O₂SAT < 90%, Life-threatening Arrhythmia, Shock (Sys BP < 90 หรือ MAP < 60 mmHg), ชัก, Apnea → ต้องได้รับความช่วยเหลืออย่างทันที → คัดแยก ระดับ 1</p> <p>ไม่ใช่</p> <p>มีอาการเสี่ยง, ช็อค, ปวดหรือมีความเสี่ยงหากให้หรือ • Fast track • V/S dangerous • อื่น ๆ 1.) เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 2.) GCS 9-12 3.) ปวดมาก Pain score ≥ 7 (ร่วมด้วย V/S abnormality, ความสมเหตุสมผล, อวัยวะสำคัญ) 4.) Danger Zone vital sign 5.) New onset alteration of conscious, confusion, lethargy ความหมายของคำว่าเสี่ยง โรงพยาบาลต่าง ๆ สามารถอธิบายเพิ่มเติมได้ เช่น Triage for Pediatric*, Ob-Gyn**, Geriatric***, Psychiatric****, Trauma</p> <p>ใช่ ต้องได้รับความช่วยเหลืออย่างรวดเร็วต่อจากระดับ 1 → คัดแยก ระดับ 2</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th colspan="2">V/S</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Age</td> <td>FR RR</td> </tr> <tr> <td>< 3 m</td> <td>180 >50</td> </tr> <tr> <td>3 m - 3 yr</td> <td>>160 >40</td> </tr> <tr> <td>3-8 yr</td> <td>>140 >30</td> </tr> <tr> <td>> 8 yr</td> <td>>100 >20</td> </tr> <tr> <td colspan="2">SpO₂ < 92%</td> </tr> </tbody> </table> <p>V/S ผิดปกติ → คัดแยก ระดับ 3 V/S ปกติ → คัดแยก ระดับ 4</p> <p>ไม่ใช่</p> <p>ประเมินแนวโน้มความต้องการทำหัตถการ Resource (Lab, X-ray, EKG, Ultrasound, หัตถการ, Suture, Consult, IV)</p> <p>ไม่ต้องการ → คัดแยก ระดับ 5 1 อย่าง → คัดแยก ระดับ 4 มากกว่า 1 อย่าง → คัดแยก ระดับ 3</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>บริการที่เลือก</th> <th>บริการที่หลีกเลี่ยง</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Lab (เจาะเลือด, ตรวจปัสสาวะ)</td> <td>การตรวจร่างกาย (History & Physical)</td> </tr> <tr> <td>EKG, X-ray, Ultrasound, CT scan</td> <td>On Heparin Lock</td> </tr> <tr> <td>IV fluid (hydration)</td> <td>ยาพิษ, ยาฉีด สารเคมี</td> </tr> <tr> <td>ฉีด IV, IM หรือฉีด</td> <td>ฉีด Tetanus toxoid (TT), TAT</td> </tr> <tr> <td>Consult เฉพาะทาง</td> <td>โรตราแมเทรียการ</td> </tr> <tr> <td>หัตถการ NG, Foley, เบี่ยงเบน, eye irrigation, Remove FB, I&D, เจ็บตัว, คลำได้</td> <td>Splint, Sling, ผ้าพันแผล, cold pack</td> </tr> <tr> <td>CBC, BUN/Cr, E-lyte, G/M คือเป็นการเจาะเลือดทั้งหมด = 1 รายการ</td> <td>CBC+UA คือว่าเป็น Lab = 1 รายการ</td> </tr> <tr> <td>CXR, Skull film, C-spine ถือว่าเป็น x-ray เหมือนกัน = 1 รายการ</td> <td>CXR,CT scan = 2 รายการ</td> </tr> </tbody> </table> <p>* Pediatric Triage: กรณีที่เป็นผู้ป่วยเด็ก มีข้อดีพิจารณา ดังนี้ 1. อายุ 1-28 วัน ในกรณี อุณหภูมิ > 38.0 c ให้พิจารณาเป็นเคสระดับ 2 เป็นอย่างน้อย, 2. อายุ 1-3 เดือน ในกรณี อุณหภูมิ > 38.0 c ให้พิจารณาเป็นเคสระดับ 2, 3. อายุ 3 เดือน-3 ปี ในกรณี อุณหภูมิ > 39.0 c, ให้รับ vaccine ไม่ครบตามกำหนด หรือ ให้ผลลบไม่ทราบผล ให้พิจารณาเป็นเคสระดับ 5 ** Ob-Gyn, Triage *** Geriatric Triage **** Mental Health Triage: Mental Health Triage Tool, Department of Health, Australian Government ***** กรณีที่อยู่ใน danger zone vital sign ให้พิจารณาเป็น เคสระดับ 2</p> <p>➤ แนวทางการคัดแยกคนไข้ตามระดับความรุนแรง เป็นเพียงแนวทางในการจัดบริการเท่านั้นและขึ้นกับบริบทและศักยภาพของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง</p> <p>➤ ข้อมูลที่ได้จากการทำการคัดแยกด้วยแนวทางเดียวกันจะนำมาซึ่งผลกระทบของ Thailand National Triage Guideline</p> </div>	V/S		Age	FR RR	< 3 m	180 >50	3 m - 3 yr	>160 >40	3-8 yr	>140 >30	> 8 yr	>100 >20	SpO ₂ < 92%		บริการที่เลือก	บริการที่หลีกเลี่ยง	Lab (เจาะเลือด, ตรวจปัสสาวะ)	การตรวจร่างกาย (History & Physical)	EKG, X-ray, Ultrasound, CT scan	On Heparin Lock	IV fluid (hydration)	ยาพิษ, ยาฉีด สารเคมี	ฉีด IV, IM หรือฉีด	ฉีด Tetanus toxoid (TT), TAT	Consult เฉพาะทาง	โรตราแมเทรียการ	หัตถการ NG, Foley, เบี่ยงเบน, eye irrigation, Remove FB, I&D, เจ็บตัว, คลำได้	Splint, Sling, ผ้าพันแผล, cold pack	CBC, BUN/Cr, E-lyte, G/M คือเป็นการเจาะเลือดทั้งหมด = 1 รายการ	CBC+UA คือว่าเป็น Lab = 1 รายการ	CXR, Skull film, C-spine ถือว่าเป็น x-ray เหมือนกัน = 1 รายการ	CXR,CT scan = 2 รายการ
V/S																																	
Age	FR RR																																
< 3 m	180 >50																																
3 m - 3 yr	>160 >40																																
3-8 yr	>140 >30																																
> 8 yr	>100 >20																																
SpO ₂ < 92%																																	
บริการที่เลือก	บริการที่หลีกเลี่ยง																																
Lab (เจาะเลือด, ตรวจปัสสาวะ)	การตรวจร่างกาย (History & Physical)																																
EKG, X-ray, Ultrasound, CT scan	On Heparin Lock																																
IV fluid (hydration)	ยาพิษ, ยาฉีด สารเคมี																																
ฉีด IV, IM หรือฉีด	ฉีด Tetanus toxoid (TT), TAT																																
Consult เฉพาะทาง	โรตราแมเทรียการ																																
หัตถการ NG, Foley, เบี่ยงเบน, eye irrigation, Remove FB, I&D, เจ็บตัว, คลำได้	Splint, Sling, ผ้าพันแผล, cold pack																																
CBC, BUN/Cr, E-lyte, G/M คือเป็นการเจาะเลือดทั้งหมด = 1 รายการ	CBC+UA คือว่าเป็น Lab = 1 รายการ																																
CXR, Skull film, C-spine ถือว่าเป็น x-ray เหมือนกัน = 1 รายการ	CXR,CT scan = 2 รายการ																																
	<p>ภาพที่ 3-2 การคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ MOPH ED TRIAGE</p> <p>ที่มา : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พิมพ์ครั้งที่1.(2561). MOPH ED TRIAGE. วันที่ค้นข้อมูล 20 พฤษภาคม 2565</p>																																

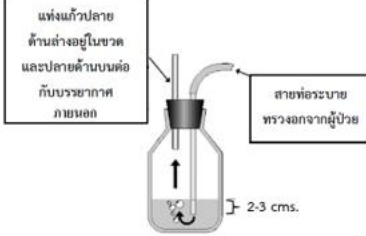
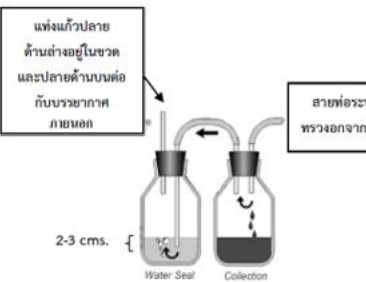
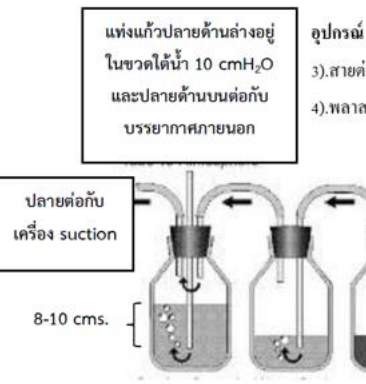
รายละเอียดงาน	ขั้นตอนการปฏิบัติงาน
	<p>3.ในกรณีที่มีผู้ป่วยสูงอายุที่มีประวัติพลัดตกหกล้มและหมดสติ(ถือว่าอยู่ในความรุนแรงระดับ1) พยาบาลศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉินที่จุดคัดแยกสามารถนำผู้ป่วยเข้าไปยังห้องตรวจโรค (ห้อง Resuscitation) ได้เลยเพื่อทำการช่วยฟื้นคืนชีพได้ทันเวลา</p>
<p>คัดแยกผู้ป่วยสูงอายุที่พลัดตกหกล้มจัดอยู่ในความรุนแรงระดับ1 ดูแลรักษา และทำ Admit/Refer หรือ จำหน่ายในกรณีเสียชีวิต</p>	<p>1.พยาบาลศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉินคัดแยกให้เป็นผู้ป่วยระดับ1 โดยประเมินจาก</p> <p>-สัญญาณชีพประกอบด้วย</p> <p><u>อุณหภูมิ</u> ปกติอยู่ที่ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส</p> <p><u>อัตราการหายใจ</u> ปกติในวัยผู้สูงอายุอยู่ที่ 16-20 ครั้ง/นาที</p> <p><u>อัตราการเต้นของหัวใจ</u> ปกติในผู้สูงอายุอยู่ที่ 60-100 ครั้ง/นาที</p> <p><u>ความดันโลหิต</u> ปกติในผู้สูงอายุอยู่ที่ SBP 90-140 / DBP 60-90 มิลลิเมตรปรอท</p> <p>ความผิดปกติที่ตรวจพบได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ(SBP<90 หรือ MAP<60) ไม่มีชีพจรหรือหยุดหายใจ(ต้อง CPRและใส่ ET Tubeเข้ากระบวนการ Resuscitation)</p> <p>-ระดับความรู้สึกตัวประกอบด้วย</p> <p><u>การลืมตา</u> (eyes opening assessment) เป็นการประเมินการเปิดของตาที่เกิดขึ้นเองและเป็นการวัดจากการถูกกระตุ้น</p> <p>4 คะแนน ลืมตาได้เอง (spontaneous opening)</p> <p>3 คะแนน ลืมตาเมื่อเรียก (eye opening to speech)</p> <p>2 คะแนน ลืมตาเมื่อเจ็บ (eye opening to pain)</p> <p>1 คะแนน ไม่ลืมตาเลย (none)</p> <p><u>การพูด</u> (verbal response assessment) ประเมินจากการตอบสนองในการสนทนา เมื่อพยาบาลสอบถามอาการผู้ป่วย</p> <p>5 คะแนน พูดคุยได้ไม่สับสน (oriented)</p> <p>4 คะแนน พูดคุยได้แต่สับสน (confuse)</p> <p>3 คะแนน พูดเป็นคำ ๆ พูดเป็นประโยคไม่ได้ (inappropriate words)</p> <p>2 คะแนน ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด (incomprehension Words)</p> <p>1 คะแนน ไม่ออกเสียงเลย (none)</p> <p><u>การตอบสนองการเคลื่อนไหว</u> (motor response assessment)</p> <p>การประเมินผู้ป่วยจะมีการตอบสนองต่อการเคลื่อนไหวที่แตกต่างกัน การเคลื่อนไหวที่มีความชัดเจนและการเคลื่อนไหวที่ไม่มีความ</p>

รายละเอียดงาน	ขั้นตอนการปฏิบัติงาน																					
	<p>ชัดเจนพยาบาลจะพิจารณาจากการถูกกระตุ้นด้วยความเจ็บ และตำแหน่งของแขนขาในการตอบสนองของผู้ป่วย</p> <p>6 คะแนน ทำตามคำสั่งได้ (obey Commands)</p> <p>5 คะแนน ปิดตำแหน่งที่เจ็บได้ (localize pain)</p> <p>4 คะแนน ขยับเมื่อเจ็บ (flexion to pain)</p> <p>3 คะแนน แขนงอผิดปกติ งอเข้า (decorticate rigidity)</p> <p>2 คะแนน แขนเหยียดเกร็ง งอออก (decerebrate rigidity)</p> <p>1 คะแนน ไม่มีการเคลื่อนไหวเลย (none)</p> <p>บาดเจ็บระดับเล็กน้อย (mild injury) อยู่ในช่วง 13-15 คะแนน</p> <p>บาดเจ็บระดับปานกลาง (Moderate injury) อยู่ในช่วง 9-12 คะแนน</p> <p>บาดเจ็บระดับรุนแรง (Severe injury and coma) อยู่ในช่วง 8 คะแนนหรือน้อยกว่า</p> <div data-bbox="611 965 1378 1536" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p style="text-align: center; background-color: #e91e63; color: white; padding: 2px;">การประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Scale :EVM)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr style="background-color: #e91e63; color: white;"> <th style="width: 33%;">E = Eyes opening</th> <th style="width: 33%;">V = Verbal response</th> <th style="width: 33%;">M=Motor response</th> </tr> </thead> <tbody> <tr style="background-color: #fce4ec;"> <td>E1 ไม่ลืมตาเลย</td> <td>V1 ไม่ออกเสียง</td> <td>M1 ไม่ขยับเลย</td> </tr> <tr style="background-color: #fce4ec;"> <td>E2 ลืมตามือเอื้อม</td> <td>V2 ออกเสียงไม่เป็นภาษา ไม่มีความหมาย</td> <td>M2 แขนเหยียดเกร็ง งอออก (Decerebrate rigidity)</td> </tr> <tr style="background-color: #fce4ec;"> <td>E3 ลืมตามือเรียก</td> <td>V3 ออกเสียงเป็นภาษา เป็นคำๆ มีความหมาย</td> <td>M3 แขนงอผิดปกติ งอเข้า (Decorticate rigidity)</td> </tr> <tr style="background-color: #fce4ec;"> <td>E4 ลืมตาเอง</td> <td>V4 ออกเสียงเป็นประโยคแต่สับสน</td> <td>M4 ขยับเมื่อเจ็บ</td> </tr> <tr style="background-color: #fce4ec;"> <td></td> <td>V5 พูดคุยได้ตามปกติ</td> <td>M5 เอามือปิดตำแหน่งเจ็บได้</td> </tr> <tr style="background-color: #fce4ec;"> <td></td> <td></td> <td>M6 ทำตามคำสั่งได้</td> </tr> </tbody> </table> <p style="background-color: #e91e63; color: white; padding: 2px; text-align: center;">บาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี (Mild Head Injury) GCS = 13-15 คะแนน</p> <p style="background-color: #ffeb3b; color: black; padding: 2px; text-align: center;">บาดเจ็บที่ศีรษะปานกลาง (Moderate Head Injury) GCS = 9-12 คะแนน</p> <p style="background-color: #e91e63; color: white; padding: 2px; text-align: center;">บาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง (Severe Head Injury) GCS = 3-8 คะแนน</p> </div> <p style="text-align: center;">ภาพที่ 3-3 การประเมินระดับความรู้สึกตัว</p> <p>ที่มา : การประเมินระดับความรู้สึกตัว</p> <p>สืบค้นจาก www.facebook.com/page R.S.K.Rescue Equipment</p> <p>วันที่ค้นข้อมูล 20 พฤษภาคม 2565</p> <p>การประเมินระดับความรู้สึกตัวต้องประเมินรูปร่างตาควบคู่กันไปด้วย เนื่องจากเป็นการประเมินระบบประสาทไปในตัวซึ่งปกติแล้วรูปร่างตาต้องหดขยายโดยตอบสนองต่อแสงจึงจะแสดงว่าปกติ จะตรวจโดยสීමตาผู้ป่วยแล้วใช้ไฟฉายส่องจากหัวตาไปหางตา หากไม่ตอบสนองต่อแสงหรือหดขยายไม่สัมพันธ์กับแสงแสดงว่าผิดปกติ</p>	E = Eyes opening	V = Verbal response	M=Motor response	E1 ไม่ลืมตาเลย	V1 ไม่ออกเสียง	M1 ไม่ขยับเลย	E2 ลืมตามือเอื้อม	V2 ออกเสียงไม่เป็นภาษา ไม่มีความหมาย	M2 แขนเหยียดเกร็ง งอออก (Decerebrate rigidity)	E3 ลืมตามือเรียก	V3 ออกเสียงเป็นภาษา เป็นคำๆ มีความหมาย	M3 แขนงอผิดปกติ งอเข้า (Decorticate rigidity)	E4 ลืมตาเอง	V4 ออกเสียงเป็นประโยคแต่สับสน	M4 ขยับเมื่อเจ็บ		V5 พูดคุยได้ตามปกติ	M5 เอามือปิดตำแหน่งเจ็บได้			M6 ทำตามคำสั่งได้
E = Eyes opening	V = Verbal response	M=Motor response																				
E1 ไม่ลืมตาเลย	V1 ไม่ออกเสียง	M1 ไม่ขยับเลย																				
E2 ลืมตามือเอื้อม	V2 ออกเสียงไม่เป็นภาษา ไม่มีความหมาย	M2 แขนเหยียดเกร็ง งอออก (Decerebrate rigidity)																				
E3 ลืมตามือเรียก	V3 ออกเสียงเป็นภาษา เป็นคำๆ มีความหมาย	M3 แขนงอผิดปกติ งอเข้า (Decorticate rigidity)																				
E4 ลืมตาเอง	V4 ออกเสียงเป็นประโยคแต่สับสน	M4 ขยับเมื่อเจ็บ																				
	V5 พูดคุยได้ตามปกติ	M5 เอามือปิดตำแหน่งเจ็บได้																				
		M6 ทำตามคำสั่งได้																				

รายละเอียดงาน	ขั้นตอนการปฏิบัติงาน
	<p>ความผิดปกติที่ตรวจพบได้แก่ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัว ≤ 8 คะแนน (ต้องใส่ ET Tube เข้ากระบวนการ Resuscitation) อาจจะมีรูม่านตาไม่ตอบสนองต่อแสงร่วมด้วย</p> <p>-ออกซิเจนในกระแสเลือดต่ำกว่า 90% (ปกติต้อง $\geq 95\%$)</p> <p>-ผู้ป่วยมีอาการชก (อาจมาจากการที่ศีรษะได้รับบาดเจ็บ)</p> <p>ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดแยกระดับ 1 จัดอยู่ในภาวะไม่คงที่ ต้องได้รับการดูแลรักษาทันที</p> <div data-bbox="619 741 1366 929" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>CPR, ET tube, ใส่ ICD, GCS ≤ 8 O₂SAT < 90%, Life-threatening Arrhythmia, Shock (Sys BP < 90 หรือ MAP < 60 mmHg), ชก, Apnea</p> <p style="text-align: center;">↓ ไม่ใช่</p> <p style="text-align: center;">ใช่ → ต้องได้รับความช่วยเหลืออย่างทันที → คัดแยก ระดับ 1</p> </div> <p>ผู้ป่วยกำลังจะตายหรือไม่ เป็นคำถามหลักของ Algorithm เพื่อประเมินลักษณะของผู้ป่วยและสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ เพื่อช่วยให้อายุยืนยาวได้คืออะไร (CPR ET tube ICD GCS ≤ 8 O₂ sat < 90 life threatening arrhythmia shock (SBP < 90 หรือ MAP < 60) ชก apnea) เพื่อช่วยรักษาชีวิต ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการคัดแยกระดับ 1 จัดอยู่ในภาวะไม่คงที่ จำเป็นต้องได้รับการดูแลทันที</p> <p style="text-align: center;">ภาพที่ 3-4 การคัดแยกผู้ป่วยระดับ 1</p> <p>ที่มา : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พิมพ์ครั้งที่ 1.(2561). MOPH ED TRIAGE. วันที่ค้นข้อมูล 20 พฤษภาคม 2565</p> <p>2.เมื่อพยาบาลศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉินคัดแยกพบว่าผู้ป่วยอยู่ในความรุนแรงระดับ 1 แล้วรายงานแพทย์เวร เมื่อแพทย์ตรวจประเมินผู้ป่วยแล้ว พยาบาลช่วยแพทย์ทำหัตถการในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์กระทั่ง Admit/Refer ดังกรณีศึกษาความรุนแรงระดับ 1 ดังต่อไปนี้</p> <p>กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยอายุ 65 ปี มาด้วยตกจากเก้าอี้ ศีรษะกระแทกพื้นปูนมาถึงจุดคัดแยกศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉินพยาบาลประเมินพบผู้ป่วยไม่มีชีพจร ระดับความรู้สึกตัวได้ 3 คะแนน (E1V1M1) จึงรีบเคลื่อนย้ายเข้าห้อง Resuscitation เพื่อทำการ CPR และช่วยฟื้นคืนชีพ โดยในทีมจะมีแพทย์ทำการใส่ ET Tube และมีผู้ช่วยปฏิบัติการพยาบาล/ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ช่วยทำการ CPR (สามารถใช้เครื่อง CPR อัตโนมัติได้หากแพทย์ประเมินแล้ว)และพยาบาลมีหน้าที่ให้ยากระตุ้นการทำงานของหัวใจตามแผนการรักษาของแพทย์ เมื่อช่วยฟื้นคืนชีพได้ประมาณ 30 นาทีหากผู้ป่วยยังไม่มี ROSC (Return of Spontaneous</p>

รายละเอียดงาน	ขั้นตอนการปฏิบัติงาน
	<p data-bbox="603 347 1385 436">Circulation) แพทย์จะคุยกับญาติถึงอาการของผู้ป่วยเพื่อให้ทราบว่า มีแนวโน้มที่ต้องยุติการช่วยฟื้นคืนชีพ</p> <div data-bbox="667 533 1332 1025">  <p data-bbox="673 891 922 981">Chest compressions are performed between the nipples</p> <p data-bbox="912 586 1034 676">Breast bone (sternum)</p> <p data-bbox="1200 990 1327 1025">ADAM.</p> </div> <p data-bbox="826 1034 1168 1079">ภาพที่ 3-5 การปั๊มหัวใจ (CPR)</p> <p data-bbox="603 1086 1385 1176">ที่มา : จาก www.facebook.com/page R.S.K.Rescue Equipment วันที่ค้นข้อมูล 20 พฤษภาคม 2565</p> <div data-bbox="609 1227 1385 1630">  </div> <p data-bbox="785 1639 1200 1684">ภาพที่ 3-6 หุ่นผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ</p> <p data-bbox="603 1691 1385 1825">ที่มา : การใส่ท่อช่วยหายใจ สืบค้นจาก www.facebook.com/page ศูนย์บรรเทาทุกข์ รพ.มหาราชนครศรีธรรมราช วันที่สืบค้นข้อมูล 20 พฤษภาคม 2565</p> <p data-bbox="603 1877 1385 2011">ในกรณีไม่มี ROSC (Return of Spontaneous Circulation) หรือภาวะที่ได้รับการฟื้นคืนชีพ จนผู้ป่วยรู้สึกตัวและมีสัญญาณชีพคืนมา -แพทย์เวรลงบันทึกในหนังสือรับรองการตาย</p>

รายละเอียดงาน	ขั้นตอนการปฏิบัติงาน
	<p>-พยาบาลศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉินลงบันทึกในแบบรายงานการตาย</p> <p>-โทรแจ้ง สภ.แสนสุขและนิติเวช รพ.ชลบุรีให้ทราบว่ามีผู้เสียชีวิตที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา</p> <p>-หากเกิน 2 ชั่วโมงหลังจากที่แพทย์ยืนยันว่าเสียชีวิตแล้ว ยังไม่มีเจ้าหน้าที่จาก สภ.แสนสุข หรือ นิติเวชจาก รพ.ชลบุรีมาตรวจศพ ผู้เสียชีวิต พยาบาลจะติดต่อเจ้าหน้าที่ห้องรักษาศพเพื่อนำศพไปยังห้องรักษาศพก่อน เพื่อให้เจ้าหน้าที่จาก สภ.แสนสุข หรือ นิติเวชจาก รพ.ชลบุรี มารับช่วงต่อไป</p> <p>ในกรณี ROSC (Return of Spontaneous Circulation) หรือภาวะที่ได้รับการฟื้นคืนชีพ จนผู้ป่วยรู้สึกตัวและมีสัญญาณชีพคืนมา</p> <p>-พยาบาลศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉินตรวจสอบสิทธิการรักษาของผู้ป่วยจากศูนย์ดูแลสิทธิ</p> <p>-แพทย์ประเมินทำการ Admit หรือ Refer</p> <p>-แพทย์เขียนเอกสาร Admit หรือ refer</p> <p>-ในกรณี Admit พยาบาลเตรียมเอกสารAdmit ให้ครบถ้วนพร้อมส่งเวรไปยังหอผู้ป่วยที่จะส่งผู้ป่วยไป Admit</p> <p>-ในกรณี Refer พยาบาลเตรียมเอกสาร Refer ให้ครบถ้วนพร้อมทั้งส่งเวรไปยังโรงพยาบาลปลายทางก่อน Refer ผู้ป่วยไป</p> <p>กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยอายุ 60 ปี หกล้มหน้าอกกระแทกขอบเตียง หลังเกิดอุบัติเหตุมีอาการหายใจไม่สะดวก มาถึงจุดคัดแยกศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉินพยาบาลประเมินอาการผู้ป่วยยังพูดคุยรู้เรื่อง วัดสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่ตรวจวัดออกซิเจนในกระแสเลือดได้ 89% จึงรายงานแพทย์เวรให้ประเมินอาการผู้ป่วย เมื่อแพทย์ตรวจแล้วพบว่าผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดโดยอ้างอิงจากการเอกซเรย์ทรวงอกแพทย์ประเมินแล้วจะทำการใส่ท่อระบายทรวงอก (ICD) ผู้ช่วยปฏิบัติการพยาบาล/ผู้ช่วยเหลือคนไข้ทำการเตรียมอุปกรณ์ในการใส่ท่อระบายทรวงอก(ICD) และให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษาของแพทย์ พยาบาลช่วยแพทย์ในการใส่ท่อระบายทรวงอก เมื่อเสร็จสิ้น ก็ให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและเจาะเลือดส่งตรวจตามแผนการรักษาของแพทย์ เมื่อช่วยแพทย์ทำหัตถการเรียบร้อยแล้ว ก็ทำการส่งเวร Admit หรือ Refer ตามสิทธิ์หรือข้อบ่งชี้อื่น ๆของผู้ป่วยรายนั้น ๆ</p> <p>จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยรายนี้มีภาวะคุกคามชีวิตที่ถูกจัดให้อยู่ในความรุนแรงระดับ1 คือ ออกซิเจนในกระแสเลือด <90%</p>

รายละเอียดงาน	ขั้นตอนการปฏิบัติงาน
	<div style="text-align: center;"> <p>ขั้นตอนการปฏิบัติงาน</p> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 30%;"> <p>แพ่งแก้วปลาย ด้านล่างอยู่ในขวด และปลายด้านบนต่อ กับบรรยากาศ ภายนอก</p>  <p>2-3 cms.</p> </div> <div style="width: 65%;"> <p>อุปกรณ์ 1. ขวดปากกว้าง 1ขวด 2. จุก2 คายาว 1 ชุด 3. พลาสติกอร์เหนียว 4. กรรไกร 5. Sterile water</p> </div> </div> <p style="text-align: center;">รูปที่ 1: ระบบขวดเดียว</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 30%;"> <p>แพ่งแก้วปลาย ด้านล่างอยู่ในขวด และปลายด้านบนต่อ กับบรรยากาศ ภายนอก</p>  <p>2-3 cms.</p> </div> <div style="width: 65%;"> <p>อุปกรณ์ 1. ขวดปากกว้าง 2ขวด 2. จุก2 คายาว 1 ชุด 3. สายต่อระหว่างจุกของขวดที่ 1 ไปยังขวดที่ 2 4. พลาสติกอร์เหนียว 5. กรรไกร 6. Sterile water</p> </div> </div> <p style="text-align: center;">รูปที่ 2: ระบบสองขวด</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 30%;"> <p>แพ่งแก้วปลายด้านล่างอยู่ ในขวดไดน้ำ 10 cmH₂O และปลายด้านบนต่อกับ บรรยากาศภายนอก</p>  <p>8-10 cms.</p> </div> <div style="width: 65%;"> <p>อุปกรณ์ 1). ขวดปากกว้าง 3 ขวด 2). จุก2 คายาว 1 ชุด 3). สายต่อระหว่างจุกของขวดที่ 1 ไปยังขวดที่ 2 4). พลาสติกอร์เหนียว 5). กรรไกร 6). Sterile water 7). เครื่อง Suction</p> </div> </div> <p style="text-align: center;">รูปที่ 3: ระบบ 3 ขวดต่อกับเครื่อง suction</p> <p style="text-align: center;">ภาพที่ 3-7 การใส่ท่อระบายทรวงอก</p> <p>ที่มา : การดูแลผู้ป่วยขณะใส่ท่อระบายทรวงอก สืบค้นจาก : www.nurse.kku.ac.th วันที่สืบค้นข้อมูล 20 พฤษภาคม 2565</p> <p>กรณีศึกษาที่ 3 ผู้ป่วยอายุ 70 ปี หกล้มต้นขาซ้ายกระดูกแตกขอบ พุ่ตบาท ต้นขาซ้ายบวมและมีอาการปวด เดินไม่ได้หลังล้ม ญาติจึงเรียกร รถมูลนิธิรับมาส่งที่โรงพยาบาล เมื่อมาถึงศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลได้ประเมินระดับความรู้สึกตัวผู้ป่วยพูดคุรู้เรื่อง หลังสอบถาม อาการพบว่าผู้ป่วยเดินไม่ได้หลังล้ม ต้นขาซ้ายบวมผิดรูปจึงให้พนักงาน เปลช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยรถนอน และประเมินอาการปวดพบว่า ผู้ป่วยมีอาการปวดมากให้คะแนนความปวด 9/10 คะแนน เมื่อวัด</p>

รายละเอียดงาน	ขั้นตอนการปฏิบัติงาน
	<p>สัญญาณชีพพบความผิดปกติคือ ความดันโลหิต วัดได้ 80/40 มิลลิเมตรปรอท จึงเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องตรวจโรคอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จากนั้นรายงานแพทย์เพื่อให้ตรวจประเมินผู้ป่วย ในขณะเดียวกันใช้ไม้ตามขาแบบยาวมาตามขาข้างที่ผิดปกติไว้เนื่องจากสงสัยว่าอาจมีกระดูกหักและเป็นสาเหตุให้ความดันโลหิตต่ำได้ เมื่อแพทย์ตรวจร่างกายแล้วพยาบาลเปิดเส้นให้สารน้ำเพื่อช่วยเพิ่มความดันโลหิต และฉีดยาแก้ปวดให้ผู้ป่วยเพื่อลดอาการปวด ส่งผู้ป่วยเอกซเรย์ในตำแหน่งที่เจ็บ ตามแผนการรักษาของแพทย์ เมื่อให้สารน้ำตามแผนการรักษาแล้วผู้ป่วย ความดันโลหิตที่ 100/60 มิลลิเมตรปรอท และผลเอกซเรย์พบว่า มีกระดูกต้นขาข้างซ้ายหัก แพทย์เวรปรึกษาแพทย์เฉพาะทางด้านกระดูกแล้วจะต้องทำการผ่าตัดเพื่อรักษากระดูกที่หักให้กลับมาใช้งานได้ จากนั้นพยาบาลทำการส่งเวร Admit หรือ Refer ตามสิทธิ์หรือข้อบ่งชี้อื่น ๆ ของผู้ป่วยรายนั้น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดรักษาต่อไป</p> <div style="text-align: center;">  <p>ชนิดของกระดูกหัก (Types of Bone Fractures)</p> </div> <p>ภาพที่ 3-8 ชนิดของกระดูกหัก</p> <p>ที่มา : จาก https://haamor.com วันที่สืบค้นข้อมูล 20 พฤษภาคม 2565</p> <p>จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยรายนี้มีภาวะคุกคามชีวิตที่ถูกจัดให้อยู่ในความรุนแรงระดับ1 คือ ความดันโลหิตต่ำ 80/40 มิลลิเมตรปรอท</p>

รายละเอียดงาน	ขั้นตอนการปฏิบัติงาน
<p>คัดแยกผู้ป่วยสูงอายุที่พลัดตกหกล้มจัดอยู่ในความรุนแรงระดับ2 ดูแลรักษา และทำ Admit/Refer หรือจำหน่ายในกรณีกลับบ้านได้</p>	<p>1.การคัดแยกผู้ป่วยความรุนแรงระดับ2 โดยประเมินจาก 3 คำถามหลัก</p> <ul style="list-style-type: none"> -ภาวะเสี่ยง -ภาวะซึม -ภาวะปวด <p>โดยใช้หลักเกณฑ์ประเมินดังนี้</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>มีอาการเสี่ยง ซึม ปวดหรือมีความเสี่ยงมากหากให้รอ</p> <ul style="list-style-type: none"> •Fast track •V/S dangerous •อื่นๆ <ol style="list-style-type: none"> 1. เสี่ยงต่อการมีเลือดออกในสมอง ในผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ 2. GSC 9-12 3. ปวดมาก Pain score ≥ 7 (ร่วมด้วย V/S abnormality ความสมเหตุสมผลและอวัยวะสำคัญ) 4. Danger Zone vital sign 5. New onset alteration of conscious, confusion, lethargy </div> <p style="text-align: center;">↓ ใช่</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p>ต้องได้รับความช่วยเหลืออย่างรวดเร็วต่อจากระดับที่1</p> </div> <p style="text-align: center;">↓</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p>คัดแยกระดับ2</p> </div> <p style="text-align: center;">ภาพที่ 3-9 การคัดแยกผู้ป่วยระดับ2</p> <p>ที่มา : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พิมพ์ครั้งที่1.(2561). MOPH ED TRIAGE. วันที่ค้นข้อมูล 20 พฤษภาคม 2565</p> <p>2.รายงานแพทย์เวร เมื่อแพทย์ตรวจประเมินผู้ป่วยแล้ว พยาบาลช่วยแพทย์ทำหัตถการในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์ กระทั่งAdmit/ Refer หรือผู้ป่วยกลับบ้านดังกรณีศึกษาต่อไปนี้</p> <p><u>การประเมินภาวะเสี่ยง</u></p> <p>จำเป็นต้องใช้พื้นฐานของการซักประวัติ และประสบการณ์ในการประเมินผู้ป่วยว่าผู้ป่วยเสี่ยงจนรอไม่ได้หรือไม่</p> <p>กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยอายุ70 ปี มีโรคประจำตัวเป็นอัลไซเมอร์ญาติให้ข้อมูลว่าผู้ป่วยหลงลืม ถ้านอนบนเตียงมักจะลงเตียงมาเองโดยไม่บอกทำให้พลัดตกเตียงอยู่บ่อย ๆ จึงพยายามให้นอนที่นอนบนพื้น</p>

รายละเอียดงาน	ขั้นตอนการปฏิบัติงาน
	<p>ราบเพื่อป้องกันการตกเตียง แต่ผู้ป่วยมักไปนอนบนเตียง หรือโซฟา วันนี้นำโรงพยาบาลด้วยอุบัติเหตุพลัดตกจากโซฟาขณะดูทีวี เพราะญาติไปเข้าห้องน้ำจึงไม่ได้ดูแลผู้ป่วยไปขณะหนึ่ง มาพบผู้ป่วยนอนอยู่บนพื้นปูนเจ็บหน้าอก และมีรอยช้ำที่หน้าอก จึงรีบพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล เมื่อมาถึงจุดคัดแยกศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลให้พนักงานเปลเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยรถเข็นนั่งและได้ทำการวัดสัญญาณชีพพบว่าอยู่เกณฑ์ปกติ เมื่อสอบถามอาการจากญาติได้ข้อมูลว่าผู้ป่วยพลัดตกโซฟาและเจ็บหน้าอก พยาบาลประเมินให้อยู่ในความรุนแรงระดับ2 เพราะว่าผู้ป่วยสูงอายุและมีอาการเจ็บหน้าอก ซึ่งการเจ็บหน้าอกถือว่าเสี่ยงต่ออวัยวะภายในทรวงอกได้รับบาดเจ็บหากรอบานผู้ป่วยอาจอาการแย่และกลายเป็นความรุนแรงระดับ1 ได้ พยาบาลจึงให้พนักงานเปลเข็นผู้ป่วยเข้าห้องตรวจอุบัติเหตุพร้อมญาติเนื่องจากผู้ป่วยเป็นอัลไซเมอร์ ให้แพทย์ทำการตรวจประเมินการบาดเจ็บของผู้ป่วย แพทย์ฟังปอด และอัลตราซาวด์ทรวงอกที่ข้างเดียวกับผู้ป่วยโดยปิดม่านมิดชิด พบว่าปอดยังทำงานปกติ จึงส่งเอกซเรย์ทรวงอกเพิ่มพบว่ามีการดูซี่โครงข้างซ้ายหักสามซี่ แพทย์จึงให้ผู้ป่วย Admit พยาบาลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เจาะเลือดและฉีดยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ และส่งเวรไปยังหอผู้ป่วยที่จะส่งผู้ป่วยไป Admit</p> <div data-bbox="719 1249 1270 1653" data-label="Image"> </div> <p>ภาพที่ 3-10 ภาพเอกซเรย์กระดูกซี่โครงหัก</p> <p>ที่มา : จาก https://haamor.com วันที่ค้นข้อมูล 20 พฤษภาคม 2565</p> <p><u>การประเมินภาวะซีม</u> การประเมินภาวะซีมในผู้ป่วยสูงอายุที่พลัดตกหกล้ม สิ่งนี้นักถึงเป็นอันดับแรกคือการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ</p>

รายละเอียดงาน	ขั้นตอนการปฏิบัติงาน
	<p>กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยอายุ 64 ปี เดินสะดุดล้มศีรษะกระแทกขอบปูนมีแผลฉีกขาดและบวมโนบริเวณกึ่งกลางหน้าผาก แล้วกลับไปญาติไปพบจึงปลุกผู้ป่วยให้ตื่นรู้ตัว ญาติได้นำส่งโรงพยาบาล เมื่อมาถึงจุดคัดแยกศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉินพบผู้ป่วยมีบาดแผลที่หน้าผากจึงให้พนักงานเปลเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยเตียงนอน พยาบาลประเมินผู้ป่วยพบว่าพูดคุยได้แต่ไม่ทราบว่าเกิดอะไรขึ้น ประเมินระดับความรู้สึกตัวได้ 12 คะแนนคือ ต้องเรียกผู้ป่วยถึงจะลืมตา พูดคุยได้แต่สับสนโดยพยาบาลถามว่าสถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ในขณะนี้คือที่ไหน ผู้ป่วยตอบว่าห้องนอน และพยาบาลให้ผู้ป่วยยกแขนขาแต่ผู้ป่วยทำตามไม่ได้พยาบาลจึงทดสอบความเจ็บปวดผู้ป่วยก็ปิดตำแหน่งที่เจ็บได้ จากนั้นพยาบาลวัดสัญญาณชีพพบว่ายังอยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงจัดให้อยู่ในความรุนแรงระดับ 2 เพราะผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวที่ลดลง ซึม และสับสน หากปล่อยให้รอนานผู้ป่วยอาจกลายเป็นความรุนแรงระดับ 1 ได้พยาบาลจึงให้พนักงานเปลเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องตรวจอุบัติเหตุ และพยาบาลรายงานแพทย์เพื่อให้แพทย์ทำการตรวจรักษาผู้ป่วย แพทย์ให้ใส่ Hard collar ร่วมกับ Long spinal board ให้กับผู้ป่วย และส่งผู้ป่วยไปทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองร่วมกับกระดูกคอ เมื่อเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เสร็จแพทย์เวรปรึกษาผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์กับแพทย์เฉพาะทาง ทางด้านสมองและระบบประสาทพบว่าผู้ป่วยมีเลือดในสมอง พยาบาลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ร่วมกับยารักษาภาวะเลือดออกในสมองและเย็บแผลที่หน้าผาก จากนั้นพยาบาลทำการส่งเวร Admit/ Refer ตามสิทธิ์หรือข้อบ่งชี้อื่น ๆ ของผู้ป่วยรายนั้น ๆ</p> <div data-bbox="743 1442 1246 1800" data-label="Image"> </div> <p>ภาพที่ 3-11 ภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่มีเลือดออกในสมอง ที่มา : จาก https://haamor.com วันที่ค้นข้อมูล 20 พฤษภาคม 2565</p>

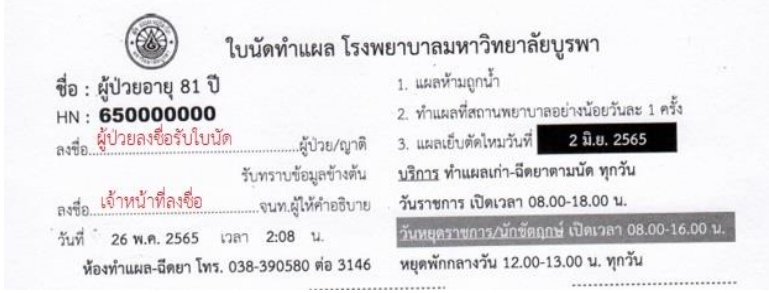
รายละเอียดงาน	ขั้นตอนการปฏิบัติงาน
	<p>กรณีศึกษาที่ 3 ผู้ป่วยอายุ 62 ปี หกล้มศีรษะกระแทกขอบบันไดมีแผลฉีกขาดจึงมาโรงพยาบาล ที่จุดคัดแยกศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลซีกประวัติพบว่าผู้ป่วยไม่สลบ จำเหตุการณ์ได้ตลอด ประเมินระดับความรู้สึกตัวปกติ วัตถุประสงค์แยกผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติ เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะจึงให้ผู้ป่วยนั่งรถเข็นนั่งและจัดให้อยู่ในความรุนแรงระดับ 2 เพราะ การได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในผู้สูงอายุเสี่ยงต่อมีภาวะเลือดออกในสมองแม้ระดับความรู้สึกตัวปกติ จากนั้นให้พนักงานเปลเข็นผู้ป่วยเข้าห้องตรวจอุบัติเหตุ โรงพยาบาลรายงานแพทย์ แพทย์ตรวจร่างกายแล้ว พยาบาลเย็บแผลให้ผู้ป่วยและส่งผู้ป่วยทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองตามแผนการรักษาของแพทย์ เมื่อผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ออกรายงานว่าไม่พบเลือดออกในสมอง แพทย์ก็สั่งยาให้ผู้ป่วยกลับไปทานที่บ้าน พยาบาลออกใบนัดทำแผลและให้ใบแนะนำการสังเกตอาการทางระบบประสาทแก่ผู้ป่วยเพื่อสังเกตอาการที่บ้านต่ออีก 24 ชั่วโมง</p> <p><u>การประเมินภาวะปวด</u></p> <p>ประเมินโดยการสอบถามคะแนนความปวดจากผู้ป่วยซึ่งคะแนนความปวดจะมีเต็ม 10 คะแนน ร่วมกับการประเมินจากลักษณะท่าทางของผู้ป่วย เช่น เหงื่อแตก มือกุมท้องบริเวณที่ปวดตลอดเวลา ปวดจนตัวงอ เป็นต้น</p> <p>กรณีศึกษาที่ 4 ผู้ป่วยอายุ 61 ปี ขณะยืนบนเก้าอี้เพื่อตัดกิ่งไม้ แล้วพลัดตกห้องด้านขวากระแทกพนักพิงเก้าอี้ มีบาดแผลฟกช้ำและปวดมาก ญาติพามาโรงพยาบาล มาที่จุดคัดกรองผู้ป่วยด้านหน้าอาคารวิจัย โรงพยาบาลที่จุดคัดกรองสอบถามอาการพบว่าผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุมาจึงให้นั่งรถเข็นนั่งและรีบส่งผู้ป่วยมายังจุดคัดแยกศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน เมื่อมาถึงโรงพยาบาลที่จุดคัดแยกได้ซักประวัติการเกิดอุบัติเหตุ และสอบถามอาการปวดพบว่าผู้ป่วยร้องโอดครวญตลอดเวลา ให้คะแนนความปวด 10/10 คะแนน วัตถุประสงค์แยกผู้ป่วยยังมีหายใจเร็ว 24 ครั้ง/นาที ชีพจรเร็ว 120 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตปกติ พยาบาลจึงจัดให้อยู่ในความรุนแรงระดับ 2 เพราะผู้ป่วยมีอาการปวดมากบริเวณใต้ชายโครงขวาซึ่งเป็นตำแหน่งที่ได้รับการกระแทก และปวดตลอดเวลาสันนิษฐานว่าอาจมีอวัยวะภายในช่องท้องได้รับบาดเจ็บ และหากให้รอนานผู้ป่วยอาจกลายเป็นความรุนแรงระดับ 1 ได้ พยาบาลจึงให้พนักงานเปลเข็นผู้ป่วยเข้าห้องตรวจอุบัติเหตุ โรงพยาบาลรายงานแพทย์ แพทย์ทำการตรวจร่างกายพบแผลฟกช้ำใต้ชายโครงขวา จึงให้ผู้ป่วยขึ้นเตียงนอน</p>

รายละเอียดงาน	ขั้นตอนการปฏิบัติงาน
	<p>และทำอัลตราซาวด์ข้างเดียว สงสัยมีเลือดออกในช่องท้อง จึงปรึกษากับแพทย์เฉพาะทางด้านรังสีวิทยาส่งผู้ป่วยทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง เพื่อความแม่นยำในการวินิจฉัยโรค เมื่อทำการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบว่าตับมีการฉีกขาด ต้องได้รับการผ่าตัดอย่างเร่งด่วน แพทย์เวรปรึกษาแพทย์ศัลยกรรมเพื่อเตรียมการผ่าตัด พยาบาลเจาะเลือดและเตรียมการขอเลือดสำหรับการผ่าตัด และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ฉีดยาแก้ปวด เมื่อทำหัตถการเรียบร้อย ได้ส่งเวรไปยังห้องผ่าตัด และหอบผู้ป่วยที่จะส่งผู้ป่วยไป Amit</p> <p>จากกรณีศึกษาที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยสูงอายุที่พลัดตกหกล้มที่จัดอยู่ในความรุนแรงระดับ2 มีทั้งที่ต้อง Admit และสามารถกลับบ้านได้ ขึ้นอยู่กับการคัดแยกเพราะถ้าประเมินแล้วพบว่าเสี่ยงที่จะมีภาวะคุกคามชีวิตแต่เมื่อแพทย์ตรวจรักษาเสร็จแล้วไม่มีข้อบ่งชี้ที่ต้อง Admit สามารถกลับบ้านได้</p>
<p>คัดแยกผู้ป่วยสูงอายุที่พลัดตกหกล้มจัดอยู่ในความรุนแรงระดับ3 ดูแลรักษา และทำ Admit/Refer หรือจำหน่ายในกรณีกลับบ้านได้</p>	<p>1.การคัดแยกผู้ป่วยที่มีความรุนแรงระดับ3 โดยประเมินจากแนวโน้มความต้องการทำหัตถการ(Resource) ≥ 2 อย่างขึ้นไป โดยจำแนกตามกิจกรรมที่ทำกับผู้ป่วยว่ากิจกรรมใดบ้างนับเป็นหัตถการและกิจกรรมใดบ้างที่ไม่นับเป็นหัตถการดังต่อไปนี้</p> <p><u>กิจกรรมที่นับเป็นหัตถการ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -LAB (การเจาะเลือด ตรวจปัสสาวะ) -Diagnostic test (EKG, X-ray, Ultrasound, CT scan) -Procedure Therapeutic treatments (IV fluid (hydration), ฉีดยา IV, เย็บแผล (Suture), Eye irrigation, Remove foreign body, Incision and drainage) -Consult แพทย์เฉพาะทาง <p>หมายเหตุ</p> <ul style="list-style-type: none"> -CBC, BUN, Creatinine, Electrolyte, Group /match ถือเป็น การเจาะเลือดทั้งหมดนับเป็น 1 หัตถการ -CBC, UA ถือเป็น LAB นับเป็น 1 หัตถการ -CXR, film Skull, film C-spine ถือเป็น X-ray นับเป็น 1 หัตถการ -CXR และ CT scan นับเป็น 2 หัตถการ <p><u>กิจกรรมที่ไม่นับเป็นหัตถการ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -การซักประวัติและตรวจร่างกาย

รายละเอียดงาน	ขั้นตอนการปฏิบัติงาน																				
	<p>-Procedure (On heparin lock, ยากิน, ฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยัก (Tetanus toxoid), การใส่เฝือก, splint, On sling, ทำแผล (Dressing), Cold pack</p> <p>-โทรตามแพทย์เวร</p> <p>ตาราง สรุปการนับกิจกรรม</p> <table border="1" data-bbox="619 568 1362 952"> <thead> <tr> <th>กิจกรรมที่นับ</th> <th>กิจกรรมที่ไม่นับ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Lab (เจาะเลือด, ตรวจปัสสาวะ)</td> <td>การตรวจร่างกาย (History & Physical)</td> </tr> <tr> <td>EKG, X-ray, Ultrasound, CT scan</td> <td>On Heparin Lock</td> </tr> <tr> <td>IV fluid (hydration)</td> <td>ยากิน, ยาฉีด ตามนัด</td> </tr> <tr> <td>ฉีดยา IV, IM หรือพ่นยา</td> <td>ฉีด Tetanus toxoid (TT), TAT</td> </tr> <tr> <td></td> <td>ฉีด verolab, PCEC, ERIG, HRIG</td> </tr> <tr> <td>Consult เฉพาะทาง</td> <td>โทรตามแพทย์เวร</td> </tr> <tr> <td>หัตถการ NG, foley , เย็บแผล, eye irrigation, Remove FB, I&D, เข็มค้ำ, ลดไข้</td> <td>Splint, Sling, ถ้างแผล, cold pack</td> </tr> <tr> <td>CBC, BUN/Cr, E-lyte, G/M ถือเป็นการเจาะเลือดทั้งหมด = 1 กิจกรรม</td> <td>CBC+UA ถือว่าเป็น Lab = 1 กิจกรรม</td> </tr> <tr> <td>CXR, Skull film, C-spine ถือว่าเป็น x-ray เหมือนกัน = 1 กิจกรรม</td> <td>CXR,CT scan = 2 กิจกรรม</td> </tr> </tbody> </table> <p>ภาพที่ 3-12 ตารางสรุปการนับกิจกรรม</p> <p>ที่มา : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พิมพ์ครั้งที่1.(2561). MOPH ED TRIAGE. วันที่ค้นข้อมูล 20 พฤษภาคม 2565</p> <p>2.รายงานแพทย์เวร เมื่อแพทย์ตรวจประเมินผู้ป่วยแล้ว พยาบาลช่วยแพทย์ทำหัตถการในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์ แพทย์สั่งยาให้ไปทานต่อที่บ้าน พยาบาลทำการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ดังกรณีศึกษาต่อไปนี้</p> <p>กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยอายุ 80 ปี เดินสะดุดหกล้มใช้แขนซ้ายยันพื้น ข้อมือซ้ายผิดรูปและปวด ญาติจึงพามาโรงพยาบาล เมื่อมาถึงจุดคัดแยกศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน พนักงานเปลให้ผู้ป่วยนั่งรถเข็นนั่ง เพราะเป็นผู้สูงอายุเดินไม่สะดวก และบาดเจ็บที่ข้อมืออย่างเดียว พยาบาลซักประวัติการเกิดอุบัติเหตุและสังเกตเห็นข้อมือซ้ายผิดรูปจึงนำไม่ตามสันมาตามข้อมือและแขนข้างที่ได้รับบาดเจ็บ วัดสัญญาณชีพยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ สอบถามคะแนนความปวดผู้ป่วยให้ 7/10 คะแนน จากนั้นให้ผู้ป่วยรอพบแพทย์ เมื่อแพทย์ตรวจร่างกายแล้ว ส่งเอกซเรย์ข้อมือข้างที่ได้รับบาดเจ็บ เมื่อเอกซเรย์เสร็จแพทย์ดูผลเอกซเรย์แล้วพบว่ามีการดุกแขนส่วนล่างหักสองท่อน จึงปรึกษาแพทย์เฉพาะทางด้านกระดูกและลงความเห็นที่ต้องผ่าตัดตามกระดูก ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลเพื่อรอรับการผ่าตัดจากแพทย์เฉพาะทาง พยาบาลเจาะเลือดและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ฉีดยาแก้ปวด ตามแผนการรักษาของแพทย์ ผู้ช่วยปฏิบัติการพยาบาล/ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ช่วยแพทย์ใส่เฝือกที่ข้อมือ</p>	กิจกรรมที่นับ	กิจกรรมที่ไม่นับ	Lab (เจาะเลือด, ตรวจปัสสาวะ)	การตรวจร่างกาย (History & Physical)	EKG, X-ray, Ultrasound, CT scan	On Heparin Lock	IV fluid (hydration)	ยากิน, ยาฉีด ตามนัด	ฉีดยา IV, IM หรือพ่นยา	ฉีด Tetanus toxoid (TT), TAT		ฉีด verolab, PCEC, ERIG, HRIG	Consult เฉพาะทาง	โทรตามแพทย์เวร	หัตถการ NG, foley , เย็บแผล, eye irrigation, Remove FB, I&D, เข็มค้ำ, ลดไข้	Splint, Sling, ถ้างแผล, cold pack	CBC, BUN/Cr, E-lyte, G/M ถือเป็นการเจาะเลือดทั้งหมด = 1 กิจกรรม	CBC+UA ถือว่าเป็น Lab = 1 กิจกรรม	CXR, Skull film, C-spine ถือว่าเป็น x-ray เหมือนกัน = 1 กิจกรรม	CXR,CT scan = 2 กิจกรรม
กิจกรรมที่นับ	กิจกรรมที่ไม่นับ																				
Lab (เจาะเลือด, ตรวจปัสสาวะ)	การตรวจร่างกาย (History & Physical)																				
EKG, X-ray, Ultrasound, CT scan	On Heparin Lock																				
IV fluid (hydration)	ยากิน, ยาฉีด ตามนัด																				
ฉีดยา IV, IM หรือพ่นยา	ฉีด Tetanus toxoid (TT), TAT																				
	ฉีด verolab, PCEC, ERIG, HRIG																				
Consult เฉพาะทาง	โทรตามแพทย์เวร																				
หัตถการ NG, foley , เย็บแผล, eye irrigation, Remove FB, I&D, เข็มค้ำ, ลดไข้	Splint, Sling, ถ้างแผล, cold pack																				
CBC, BUN/Cr, E-lyte, G/M ถือเป็นการเจาะเลือดทั้งหมด = 1 กิจกรรม	CBC+UA ถือว่าเป็น Lab = 1 กิจกรรม																				
CXR, Skull film, C-spine ถือว่าเป็น x-ray เหมือนกัน = 1 กิจกรรม	CXR,CT scan = 2 กิจกรรม																				

รายละเอียดงาน	ขั้นตอนการปฏิบัติงาน
	<p data-bbox="598 344 1390 479">ให้ผู้ป่วย เมื่อทำหัตถการเรียบร้อยแล้ว พยาบาลส่งเวรไปยังหอผู้ป่วยที่จะส่งผู้ป่วยไป Amit หรือในกรณี Refer ส่งเวรไปยังโรงพยาบาลปลายทางที่จะส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อ</p> <div data-bbox="730 483 1257 965" data-label="Image"> </div> <p data-bbox="756 969 1230 1010">ภาพที่ 3-13 ภาพเอกซเรย์กระดูกข้อมือหัก</p> <p data-bbox="598 1016 992 1057">ที่มา : จาก https://haamor.com</p> <p data-bbox="598 1064 997 1104">วันที่ค้นข้อมูล 20 พฤษภาคม 2565</p> <div data-bbox="676 1155 1311 1498" data-label="Image"> </div> <p data-bbox="724 1505 1262 1545">ภาพที่ 3-14 ผู้ป่วยใส่เฝือกพร้อม On arm sling</p> <p data-bbox="598 1552 992 1592">ที่มา : จาก https://haamor.com</p> <p data-bbox="598 1599 997 1639">วันที่ค้นข้อมูล 20 พฤษภาคม 2565</p> <p data-bbox="598 1697 1390 1883">จากกรณีศึกษาที่ 1 จะเห็นว่าพยาบาลจุดคัดแยกประเมินให้ผู้ป่วยอยู่ในความรุนแรงระดับ3 เพราะประเมินว่าผู้ป่วยรายนี้มีแนวโน้มการทำหัตถการคือต้องได้รับการเอกซเรย์และปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง เมื่อตรวจรักษาแล้วพบว่าต้องผ่าตัดก็มีหัตถการเพิ่มเข้ามาอีกได้</p> <p data-bbox="598 1890 1390 2022">กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยอายุ 70 ปี เดินพลัดตกที่อระบายน้ำนึ่งโป่งเท้าขวากระแทกขอบที่อระบายน้ำและมีแผลฉีกขาดที่ระหว่างนิ้วโป่งและนิ้วชี้เท้าขวา พลเมืองดีที่พบเห็นเหตุการณ์ช่วยเหลือพามาส่ง</p>

รายละเอียดงาน	ขั้นตอนการปฏิบัติงาน
	<p>โรงพยาบาล มาถึงจุดคัดแยกศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน พนักงานเปลให้ผู้ป่วยนั่งรถเข็นนั่ง พยาบาลซักประวัติ วัตถุประสงค์ของอุบัติเหตุอยู่ในเกณฑ์ปกติ พยาบาลประเมินให้อยู่ในความรุนแรงระดับ3 เพราะแนวโน้มที่ต้องทำหัตถการคือการเอกซเรย์และเย็บแผล แต่พยาบาลสังเกตเห็นแผลที่เท้า มีเลือดออกตลอดจึงให้พนักงานเปลเข็นผู้ป่วยเข้าไปรอตรวจในห้องอุบัติเหตุพร้อมกันนั้นผู้ช่วยปฏิบัติงานพยาบาล/ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ล้างแผลรอแพทย์ประเมินบาดแผล เมื่อแพทย์ตรวจร่างกายประเมินบาดแผลแล้ว ส่งผู้ป่วยเอกซเรย์เท้าขวา เมื่อเอกซเรย์เสร็จปรึกษาแพทย์เฉพาะทางด้านกระดูกพบว่าไม่มีกระดูกหัก พยาบาลทำการเย็บแผลและปิดแผล ให้โบนัดแนะนำการทำแผลและตัดไหมแก่ผู้ป่วย แพทย์สั่งยาให้ผู้ป่วยกลับไปทานต่อที่บ้าน ผู้ป่วยไปรับยาที่ห้องยาและกลับบ้าน</p> <p>จากกรณีศึกษาทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยสูงอายุที่พลัดตกหกล้มที่อยู่ในความรุนแรงระดับ3 มีทั้ง Admit/Refer และสามารถกลับบ้านได้ ขึ้นอยู่กับการคัดแยกในตอนต้นว่าพยาบาลประเมินแนวโน้มการทำหัตถการของผู้ป่วยรายนั้น ว่า ≥ 2 อย่างขึ้นไปหรือไม่ ซึ่งเมื่อแพทย์ตรวจรักษาจริงแล้วอาจมีการทำหัตถการที่มากกว่าหรือเท่ากับที่ประเมินไว้ก็ได้</p>
<p>คัดแยกผู้ป่วยสูงอายุที่พลัดตกหกล้มจัดอยู่ในความรุนแรงระดับ4 ดูแลรักษา และจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน</p>	<p>1.การคัดแยกผู้ป่วยที่มีความรุนแรงระดับ4 โดยประเมินจากแนวโน้มความต้องการทำหัตถการ(Resource) เพียง 1 อย่างเท่านั้น โดยประเมินตามกิจกรรมที่ทำกับผู้ป่วยซึ่งกิจกรรมใดบ้างที่นับเป็นหัตถการและกิจกรรมใดบ้างที่ไม่นับเป็นหัตถการ ได้กล่าวไปแล้วในหัวข้อผู้ป่วยความรุนแรงระดับ3</p> <p>2.รายงานแพทย์เวร เมื่อแพทย์ตรวจประเมินผู้ป่วยแล้ว พยาบาลช่วยแพทย์ทำหัตถการในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์ แพทย์สั่งยาให้ไปทานต่อที่บ้าน พยาบาลทำการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ดังกรณีศึกษาต่อไปนี้</p> <p>กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยอายุ 81 ปี ไม่มีโรคประจำตัว เดินลงพื้นต่างระดับแล้วหกล้ม มือไปโดนแก้วที่วางอยู่กับพื้นแตกแล้วถูกแก้วบาด มีแผลฉีกขาดและเลือดไหล จึงล้างมือแล้วปิดแผลมาด้วยผ้าสะอาด เมื่อมาถึงจุดคัดแยกศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลซักประวัติ วัตถุประสงค์ของอุบัติเหตุอยู่ในเกณฑ์ปกติ พยาบาลประเมินให้อยู่ในความรุนแรงระดับ4 เพราะประเมินแนวโน้มที่ต้องทำหัตถการกับผู้ป่วยแค่อย่างเดียวคือทำแผลและเย็บแผล จึงพาผู้ป่วยไปรอที่เตียงทำแผลห้องอุบัติเหตุเพื่อรอแพทย์ตรวจ เมื่อแพทย์ตรวจแล้ว ไม่ต้องเอกซเรย์ ไม่ต้องปรึกษา</p>

รายละเอียดงาน	ขั้นตอนการปฏิบัติงาน
	<p>แพทย์เฉพาะทาง พยาบาลสามารถเย็บแผลและปิดแผลได้เลย เมื่อเย็บแผลเสร็จ แพทย์สั่งยาสำหรับกลับบ้านให้ผู้ป่วย พยาบาลแนะนำการดูแลบาดแผลและให้ใบนัดทำแผลแก่ผู้ป่วยโดยมีรายละเอียดดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> -แนะนำให้ผู้ป่วยมาทำแผลทุกวัน วันละ 1 ครั้ง -แนะนำดูแลไม่ให้แผลโดนน้ำ -แผลที่เย็บอีก 7 วันสามารถตัดไหมได้ -สามารถไปทำแผลที่โรงพยาบาลอื่น ๆ ได้ตามที่ผู้ป่วยสะดวก หากมารับบริการที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพาห้องทำแผลเปิดให้บริการทุกวัน แบ่งเป็นในเวลาราชการ เปิดเวลา 08.00-18.00 น. และวันหยุดราชการและวันหยุดนักขัตฤกษ์ เปิดเวลา 08.00-16.00 น.  <p>ภาพที่ 3-15 ใบนัดทำแผล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ที่มา : ใบนัดทำแผล, ศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา มหาวิทยาลัยบูรพา, พว.นพดล รัตนพาหิระ</p> <p>กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยอายุ 74 ปี นั่งยอง ๆ ทุรนทุสน ขณะกำลังจะลุกยืน เซลล์ทับแขนซ้ายตนเอง มีอาการเจ็บข้อศอกซ้ายแต่ขยับได้ปกติ มาถึงโรงพยาบาลด้านหน้าอาคารวิจัย พยาบาลที่จุดคัดกรองซักประวัติเบื้องต้นพบว่าล้มมา และเป็นผู้สูงอายุที่การทรงตัวไม่ค่อยดีจึงให้นั่งรถเข็นนั่งมายังจุดคัดแยกศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉินพร้อมเปิดใบนำทางมาให้ เมื่อมาถึงพยาบาลที่จุดคัดแยกซักประวัติ วัตถุประสงค์ซักประวัติ วัตถุประสงค์ซักประวัติ จัดให้อยู่ในความรุนแรงระดับ 4 เพราะประเมินแนวโน้มในการทำให้ผลการคือ น่าจะต้องเอกซเรย์เพียงอย่างเดียว จึงให้รอแพทย์ตรวจที่ด้านนอก เมื่อแพทย์ตรวจร่างกายและส่งผู้ป่วยเอกซเรย์ข้อศอกซ้ายแล้ว แพทย์ดูผลไม่พบว่ามีกระดูกหัก จึงให้ใส่ที่คล้องแขนเพื่อพยุงแขนลดการเคลื่อนไหว และแพทย์สั่งยาให้ผู้ป่วยกลับบ้าน</p> <p>จากกรณีศึกษาที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่าผู้ป่วยระดับ 4 มีการทำหัตถการเพียงแค่อ่างเดียวเท่านั้น และไม่มีข้อบ่งชี้ที่ต้องนอนโรงพยาบาล</p>

รายละเอียดงาน	ขั้นตอนการปฏิบัติงาน
<p>คัดแยกผู้ป่วยสูงอายุที่พลัดตกหกล้มจัดอยู่ในความรุนแรงระดับ5 ดูแลรักษา และจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน</p>	<p>1. พยาบาลศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉินคัดแยกให้เป็นผู้ป่วยระดับ5 โดยประเมินจากแนวโน้มความต้องการทำหัตถการ(Resource) โดยผู้ป่วยระดับ5 จะไม่มีการทำกิจกรรมที่นับเป็นหัตถการ ดังรายละเอียดที่กล่าวไปแล้วในผู้ป่วยระดับ3</p> <p>2. เมื่อพยาบาลศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉินคัดแยกพบว่าผู้ป่วยอยู่ในความรุนแรงระดับ5 แล้วรายงานแพทย์เวร เมื่อแพทย์ตรวจประเมินผู้ป่วยแล้ว พยาบาลทำกิจกรรมที่ไม่นับเป็นหัตถการตามแผนการรักษาของแพทย์ แพทย์สั่งยาให้ไปทานต่อที่บ้าน พยาบาลทำการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ดังกรณีศึกษาต่อไปนี้</p> <p>กรณีศึกษา ผู้ป่วยอายุ 60 ปี เล่นกับหลานแล้วหกล้ม มีแผลถลอกที่หัวเข่าสองข้าง เดินได้ปกติ ญาติพามาโรงพยาบาล มาที่จุดคัดแยกศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลซักประวัติ วัตถุประสงค์อยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงคัดแยกเป็นผู้ป่วยระดับ5 และรอตรวจ เมื่อแพทย์ซักประวัติเพิ่มเติมและตรวจร่างกายเสร็จแล้ว ผู้ช่วยปฏิบัติงานพยาบาล/ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ทำความสะอาดบาดแผลและปิดแผล พยาบาลแนะนำการดูแลบาดแผลและให้ใบนัดทำแผลแก่ผู้ป่วย(รายละเอียดใบนัดทำแผลของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพาได้กล่าวไปแล้วในหัวข้อผู้ป่วยระดับ4)</p> <p>4) แพทย์สั่งยาให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้</p> <p>จากกรณีศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยไม่มีการทำหัตถการ มีเพียงการทำแผลซึ่งเป็นกิจกรรมที่ไม่นับเป็นหัตถการ เมื่อพยาบาลที่จุดคัดแยกประเมินแล้วจึงคัดแยกให้เป็นผู้ป่วยระดับ5 และผู้ป่วยระดับ5 ไม่มีข้อบ่งชี้ที่ต้องนอนโรงพยาบาล</p>

3.3 หลักการ หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติงาน

การจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน (Work Manual) ฉบับนี้ได้ จัดทำขึ้นจากการรวบรวมข้อมูลศึกษา ค้นคว้าจากเอกสาร และตำราวิชาการต่าง ๆ แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการคัดแยกผู้ป่วยและดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากพลัดตกหกล้ม โดยเสนอตามลำดับดังนี้

1. พยาบาลคัดแยกผู้ป่วย
2. การได้รับบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุและการดูแลรักษาพยาบาล
 - การดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ
 - การดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บที่ทรวงอก
 - การดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกหัก
 - การดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่มีบาดแผล

พยาบาลคัดแยกผู้ป่วย (Triage Nurse)

พยาบาลคัดแยกผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีบทบาทและความสำคัญเป็นอย่างมาก ดังนั้นบทบาทที่สำคัญควร ประกอบไปด้วย (สุรัตน์ สุขสว่าง, 2561) 1) Assessing patients and determining acuity คือ บทบาทการประเมินผู้ป่วยและ ประเมินความรุนแรง โดยรวบรวมข้อมูลที่จำเป็นต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับอาการและความรุนแรง ซึ่งเริ่มต้น ตั้งแต่แรกเห็นผู้ป่วยจนถึงการซักประวัติ/ข้อมูลต่าง ๆ 2) Communicating with health professionals บทบาทการติดต่อสื่อสารกับทีมสุขภาพหรือแผนกต่าง ๆ ในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย 3) Determines treatment location บทบาทการกำหนดจุดที่/พื้นที่ที่จะส่งคนป่วยไปให้การรักษ เพื่อให้เกิด การใช้ทรัพยากรที่เหมาะสมในการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ 4) Initiating treatment protocols/first aid measure บทบาทการกำหนดแนวทางปฏิบัติให้พยาบาล Triage สามารถทำการ ช่วยเหลือ/เริ่มให้การรักษายาบาลผู้ป่วย เพื่อบรรเทาอาการหรือส่งตรวจเบื้องต้นได้ตามแนวทางที่กำหนด เพื่อความรวดเร็วในการดูแลผู้ป่วย 5) Monitoring and reassessing บทบาทการเฝ้าระวังและการประเมินซ้ำ พยาบาล Triage ต้องทำการเฝ้าระวังและการประเมินซ้ำผู้ป่วยที่รอการตรวจรักษาอยู่ รวมถึงการให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบถึงอาการผิดปกติหรืออาการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่ผู้ป่วยควรแจ้งพยาบาล ขณะรอตรวจได้ 6) Communicating with the Public บทบาทการสื่อสารกับผู้มาติดต่อ เป็น ธรรมดาที่พยาบาล Triage ต้องเผชิญหน้ากับผู้ที่ห้องฉุกเฉินและบางที่อาจจะทุกคนที่มาโรงพยาบาล ไม่ใช่เพียงสื่อสารแต่ กับคนไข้ที่รอตรวจเท่านั้น จึงเปรียบเสมือนเป็นด่านหน้าที่คอย พบปะผู้คน ทั้งที่ต้องมาติดต่อเพื่อคัดแยกและ มาถามในสิ่งที่ไม่ใช่บทบาทหน้าที่ดังนั้นการสื่อสาร รวมถึงการแสดงพฤติกรรมของพยาบาล Triage จึงต้องมีความระมัดระวังดีและต้องมีความอดทน เพื่อลดปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นได้ 7) Documenting การทำ เอกสาร พยาบาล Triage ต้องลงบันทึก ในการเอกสารตามที่หน่วยงานกำหนดขึ้น เพื่อใช้ในการสื่อสารกับทีม รักษาและเพื่อเป็นหลักฐาน ทางกฎหมาย ดังนั้นจึงควรบันทึกในสิ่งสำคัญให้ครบถ้วน แต่ทั้งนี้ต้องไม่ทำให้เกิด ความล่าช้าในการ รักษาผู้ป่วยวิกฤตหรือได้รับบาดเจ็บ

กระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มของ พยาบาลห้องฉุกเฉิน

จากการศึกษาแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยของ Emergency Severity Index (ESI) Version 4 และ การคัดแยกประเภทผู้ป่วยของ The Canadian Triage and Acuity Scale Version 2.5 ที่มีการ แบ่งระดับ ความฉุกเฉินเป็น 5 ระดับ (The National Institute for Emergency Medicine, 2012) มีความสอดคล้องเป็นแนวทางปฏิบัติในการคัดแยกผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มได้ สรุปออกมาเป็นกระบวนการหลักในการคัดแยกดังนี้

1. ประเมินภาวะคุกคามชีวิตทันทีเมื่อผู้ป่วยมาถึง (Patient arrival and “critical first look”) การเข้าถึงโรงพยาบาลของผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินนั้น ในปัจจุบันอาจจะแบ่งได้ 2 วิธีคือ มาโดย รถ EMS และมาเองโดยวิธีต่าง ๆ (walk-ins) ซึ่งทั้ง 2 ช่องทาง อาจจะช่วยในการคัดแยกระดับความ

ฉุกเฉิน/เร่งด่วนของ ผู้ป่วยได้ในระดับหนึ่ง โดยที่ผู้ป่วยที่มาโดยรถEMS นั้น จะถูกคัดแยกความรุนแรงมาแล้วเบื้องต้นซึ่งอาจจะข้าม ความรุนแรงระดับ 4 หรือ 5 ก็ได้แต่ในกลุ่มผู้ป่วยที่มาเองนั้น มีโอกาสที่จะพบความรุนแรงได้ทุกระดับ แต่ไม่ว่าผู้ป่วยจะมาโรงพยาบาลด้วยวิธีใด เมื่อผู้ป่วยมาถึงบริเวณจุด Triage สิ่งแรกที่พยาบาลTriage ต้องทำทันทีคือ ประเมินลักษณะทางกายภาพ เพื่อประเมินภาวะคุกคามชีวิต “critical first look” อย่างรวดเร็วภายในเวลา 3- 5 วินาทีโดยสิ่งที่ต้องประเมิน ได้แก่

A: Airway ด้านทางเดินหายใจ เช่นการบาดเจ็บทางเดินหายใจ ทางเดินหายใจอุดตัน

B: Breathing ด้านการหายใจ เช่น ไม่หายใจ หายใจเฮือก หายใจหอบเหนื่อยรุนแรง

C: Circulation ด้านระบบไหลเวียนเลือด เช่น เขียว ซีด เย็น เหงื่อซึม ตัวเปียก

D: Disability (neurological) ด้านระบบประสาท เช่น ซึม หมดสติไม่รู้สีกตัว สับสน กระสับกระส่าย

ซึ่งถ้าพบภาวะคุกคามชีวิต ได้แก่ผู้ป่วยทุกรายที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น หยุดหายใจหรือมีภาวะหายใจลำบากรุนแรง ช็อก หรือหมดสติ พยาบาลTriage ต้องส่งผู้ป่วยเข้าไปในห้องER เพื่อทำการช่วยชีวิตทันที ซึ่งในผู้ป่วยระดับ 1 และ 2 ไม่จำเป็นต้องวัดสัญญาณชีพอย่างครบถ้วนในทันทีที่ผู้ป่วยมาถึง อาจมีเพียงแค่ ประวัติเท่าที่จำเป็นเท่านั้น แต่ภายหลังจากส่งเข้ารับการรักษาและให้การช่วยเหลือแล้ว จึงทำการวัดและ ลงบันทึกข้อมูลสัญญาณชีพ ประวัติต่าง ๆ เพิ่มเติม ให้ครบถ้วนตามมาตรฐานที่หน่วยงานกำหนด

2. ซักถาม อาการสำคัญ การเจ็บป่วย/บาดเจ็บ ประเมินร่างกายเฉพาะที่เกี่ยวข้องและวัดสัญญาณชีพ (Interviewing and assessing the presenting complaint and vital signs) พยาบาล Triage ควรซักประวัติจากผู้ป่วยโดยตรง ยกเว้นในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถให้ประวัติเองได้ ให้ซักถามจากญาติผู้พบเหตุการณ์ ผู้นำส่ง หรือบุคลากรการแพทย์ที่นำส่ง โดยใช้ระยะเวลาในการซักประวัติไม่เกิน 5 นาที

3. การพิจารณาจัดลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉิน โดยใช้วิธีการคาดการณ์แนวโน้มการทำกิจกรรมหรือมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือส่งตรวจเพิ่มเติม นั้น หากพิจารณาแล้วพบว่า ผู้ป่วยมีแนวโน้มในการทำกิจกรรมมากกว่า 1 อย่าง ให้จัด เป็นผู้ป่วยระดับ 3 สามารถรอตรวจรักษาภายใน 30 นาทีแต่ถ้ามีแนวโน้มการทำกิจกรรม 1 อย่าง เท่านั้น ให้จัด เป็นผู้ป่วยระดับ 4 สามารถรอตรวจรักษาภายใน 60 นาทีแต่หากผู้ป่วยที่ไม่มีแนวโน้มการทำกิจกรรมใด ๆ เลย ให้จัด เป็นผู้ป่วยระดับ 5 สามารถรอรับการตรวจ รักษาได้ภายใน 2 ชั่วโมง หรือส่งไปรอรับบริการยังจุดบริการอื่น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับนโยบายของสถานพยาบาลนั้น นอกจากนี้ควรใส่ใจและให้ความสนใจกับข้อมูลที่เป็น “สิ่งที่ผู้ป่วยวิตกกังวล” รวมด้วย

4. กำหนดระดับความรุนแรงและติดเครื่องหมาย/สัญลักษณ์ (Making the triage decision and assign an acuity level) ควรรวบรวมข้อมูลที่ได้จากข้อ 3 นำมาพิจารณาจัดลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉินตามแนวทางมาตรฐานที่กำหนด โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ได้มีประกาศให้สถานพยาบาลดำเนินการตรวจคัดแยกระดับความฉุกเฉิน ตามลำดับความ

เร่งด่วนแบ่งเป็น 5 ระดับ โดยกำหนดให้ใช้เกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉิน ของ Emergency Severity Index (ESI) Version 4 ซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงไว้ 5 ระดับ ดังนี้ ตารางที่ 3-3 ระดับความฉุกเฉิน ของ Emergency Severity Index (ESI) Version 4

ระดับ	ประเภทผู้ป่วย	ระยะเวลารอ
1	Resuscitation (ผู้ป่วยวิกฤต)	ทันที
2	Emergent (เจ็บป่วยรุนแรง)	15 นาที
3	Urgent (เจ็บป่วยปานกลาง)	30 นาที
4	Semi-Urgent (เจ็บป่วยเล็กน้อย)	60 นาที
5	Non-Urgent (เจ็บป่วยทั่วไป)	120 นาที

เมื่อกำหนดระดับความรุนแรงได้แล้วต้องมีการลงบันทึกในเอกสารการคัดแยก รวมถึงอาจทำสัญลักษณ์สีหรือตัวเลขแสดงระดับความรุนแรงที่คัดแยกได้ติดไปกับผู้ป่วยเพื่อสื่อสารกับจุดรับผู้ป่วยต่อไปได้ อย่างชัดเจน

2.5 จัดส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาลำดับความรุนแรงที่กำหนดไว้ (Assigning the patient to an area based on acuity) โดยในส่วนความรุนแรงระดับ 1 และ 2 นั้น จะถูกส่งเข้ารักษาในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน/พื้นที่ Resuscitationทันที ส่วนกลุ่มระดับความรุนแรงที่ 3 สามารถรอตรวจได้หากหากผู้ป่วยความรุนแรงระดับที่ 1 และ 2 ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลแล้ว ส่วนระดับความรุนแรงที่ 4 และ 5 ซึ่งสามารถรอรับการตรวจรักษาได้ภายใน 2 ชั่วโมง

การได้รับบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุและการดูแลรักษาพยาบาล

การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในภาวะโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกพรุน เป็นต้น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2563 อ้างในจารุภา เลขทิพย์ และคณะ, 2562) ทำให้ต้องมีการรักษาที่ต่อเนื่องและยาวนาน ผู้สูงอายุจึงต้องการการพิทักษ์มากขึ้น ประกอบกับร่างกายที่เสื่อมลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น มีการผิดรูปของข้อต่อต่าง ๆ ส่งผลให้มีการทรงตัวและการเคลื่อนไหวผิดปกติผลที่ตามมาและเกิดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้ (นารีรัตน์ จิตรามนตรี, สาวิตรี ทยานศิลป์ และสิริวัลย์ เรืองสุรัตน์, 2551 อ้างในจารุภา เลขทิพย์ และคณะ, 2562)

ความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเกิดได้จากหลายสาเหตุ สาเหตุภายนอก ได้แก่ แสงสว่างที่ไม่เพียงพอ พื้นไม่เรียบ มีสิ่งกีดขวาง เป็นต้น สาเหตุภายใน คือกระบวนการชรา ได้แก่ การทรงตัวและกำลังกล้ามเนื้อลดลง ความผิดปกติของความดันโลหิต หัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท การไชยา การเจ็บป่วยเฉียบพลัน รวมถึงปัจจัยอื่น ๆ เช่น เครื่องแต่งกายและเครื่องช่วยในการเคลื่อนไหวไม่เหมาะสม เป็นต้น

การพลัดตกหกล้มส่งผลกระทบต่อร่างกายทำให้เกิดการบาดเจ็บของอวัยวะตั้งแต่ไม่มีการบาดเจ็บ จนกระทั่งบาดเจ็บมากถึงขั้นเสียชีวิต จากรายงานการพยากรณ์การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ พ.ศ. 2560-2564 ของสำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราการ

เสียชีวิต จากการหกล้มใน ผู้สูงอายุสูงกว่าทุกกลุ่มอายุถึง 3 เท่า ผู้สูงอายุเพศชายเสียชีวิตจากการหกล้มมากกว่าเพศหญิง 3 เท่า และ คาดการณ์ว่าในระหว่างปี พ.ศ. 2560-2564 มีผู้สูงอายุหกล้ม จำนวน 3,030,900 - 5,506,000 คน/ปีซึ่งใน จำนวนนี้จะมีผู้เสียชีวิต จำนวน 5,700-10,400 คน การหกล้มมีผลกระทบต่อผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย พบว่าผลกระทบจากการหกล้มทำให้ผู้สูงอายุได้รับบาดเจ็บเล็กน้อยร้อยละ 47.6 และบาดเจ็บรุนแรงร้อยละ 44.6 (เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัยกุล, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, พรรณวดี พุฒวัฒน์, 2543 อ้างในจากรูภา เลขทิพย์ และคณะ, 2562) ลักษณะของการบาดเจ็บที่พบ ได้แก่ ฟกช้ำ เคล็ดขัดยอก แผลฉีกขาด ข้อเคลื่อน กระดูกหัก และมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง ซึ่งอาจทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ ผลของการหกล้มที่คุกคามต่อชีวิตของผู้สูงอายุมากที่สุด คือ กระดูกสะโพกหัก ทำให้ต้องได้รับการผ่าตัดและนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน และมักส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา ได้แก่ แผลกดทับ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Honeycutt PH, Ramsey P., 2002 อ้างในจากรูภา เลขทิพย์ และคณะ, 2562) ซึ่งเป็นสาเหตุชักนำไปเสียชีวิตในเวลาต่อมา โดยพบอัตราการเสียชีวิตถึงร้อยละ 20-30 (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2554 อ้างในจากรูภา เลขทิพย์ และคณะ, 2562) โดยร้อยละ 4 เสียชีวิตขณะอยู่โรงพยาบาล (เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัยกุล, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, พรรณวดี พุฒวัฒน์, 2543 อ้างในจากรูภา เลขทิพย์ และคณะ, 2562) และมีถึงร้อยละ 25-75 ที่สูญเสียความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวันด้วย (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2554 อ้างในจากรูภา เลขทิพย์ และคณะ, 2562) สำหรับผู้สูงอายุที่รอดชีวิตและสามารถใช้ชีวิตตามปกติได้นั้น ต้องใช้เวลาในการรักษาและฟื้นฟูสภาพนาน เป็นการสร้างความทุกข์ทรมานต่อตัวผู้สูงอายุเองและผู้ดูแล (ชูลี ภูทอง, 2545 อ้างในจากรูภา เลขทิพย์ และคณะ, 2562) ส่วนผลกระทบด้านสุขภาพจิต พบว่าผู้สูงอายุที่เคยมีประสบการณ์การหกล้มจะเกิดความกังวล ภาวะซึมเศร้า ตลอดจนสูญเสียความมั่นใจในการเดิน และพบผู้ป่วยร้อยละ 30-73 มีความกลัวการหกล้มซ้ำจนไม่กล้าเดินออกนอกบ้าน ทำให้หลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น แยกตัว และไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม บางคนไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ สูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2554 อ้างในจากรูภา เลขทิพย์ และคณะ, 2562) และเกิดภาวะพึ่งพาตามมา ทำให้สูญเสียความภาคภูมิใจและความมีคุณค่าในตนเองลดลง ในที่สุดจะทำให้คุณภาพชีวิตลดลงได้ (ศิริพร พรพุทธษา, 2542 อ้างในจากรูภา เลขทิพย์ และคณะ, 2562) สำหรับด้านสังคมและเศรษฐกิจ พบว่าการหกล้มทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งต่อครอบครัวของผู้สูงอายุเองและต่อสังคมโดยรวม ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล การสูญเสียเวลาทำงานของญาติ การดูแลระยะยาวเมื่อเกิดความพิการ เป็นต้น การศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์การหกล้มมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยคนละ 1,200 บาทต่อปี และในผู้สูงอายุที่หกล้มและต้องผ่าตัดรักษากระดูกสะโพกหัก มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยคนละ 60,000 บาท หรือประมาณ 957,660,000 บาทต่อปี (ประเสริฐ อัสสันตชัย, รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, วิษณุ ธรรมลิขิต, 2544 อ้างในจากรูภา เลขทิพย์ และคณะ, 2562)

ในการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานนี้ ทางผู้จัดทำจะกล่าวถึงการได้รับบาดเจ็บที่พบบ่อยจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุและการดูแลรักษาในผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ บาดเจ็บทรวงอก มีภาวะกระดูกหัก และมีบาดแผล ตามกระบวนการปฏิบัติงานที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยศึกษาหลักการวิธีปฏิบัติจากการค้นคว้าจากเอกสาร และตำราวิชาการต่าง ๆ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

การบาดเจ็บที่ศีรษะ

หมายถึง อันตรายที่เกิดขึ้นเมื่อมีแรงภายนอกมากระทบที่ศีรษะ ทำให้มีการบาดเจ็บที่ส่วนต่างๆ ของศีรษะ ได้แก่ หนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ เยื่อหุ้มสมองและหลอดเลือดภายในกะโหลกศีรษะ อย่างไรก็ตามอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่างรวมกัน (อนัญญา รัตนเกียรติขจร, 2565) ในการรักษาพยาบาลใช้เกณฑ์ในการจำแนกความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะตามความรุนแรงทางคลินิก โดยใช้แบบประเมิน Glasgow Coma Scale (GCS) ร่วมกับการซักประวัติการเกิดอุบัติเหตุและกลไกการบาดเจ็บ ตั้งแต่แรกเริ่มที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หรือจากจุดเกิดเหตุ GCS เป็นการประเมินพฤติกรรม 3 ด้าน คือ การลืมตา การพูด และการเคลื่อนไหว นำคะแนนทั้งสามด้านมารวมกัน จะมีค่าคะแนน 3-15 คะแนน สามารถนำมาใช้เป็นเกณฑ์ในการจำแนกความรุนแรง ได้แก่ ระดับรุนแรง (Severe Head Injury) GCS 3-8 คะแนน ระดับปานกลาง (Moderate Head Injury) GCS 9-12 คะแนน และระดับเล็กน้อย (Mild Head Injury)

Epidural hematoma (EDH): เลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นดورا

หมายถึงการมีเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมอง ส่วนมากเกิดจากการมีแรงกระทบกระแทกต่อกะโหลกศีรษะโดยตรง และมีการฉีกขาดของเส้นเลือดแดง middle meningeal artery ซึ่งอยู่บริเวณเหนืออกหูหรือตัดอกไม้ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองภาวะแทรกซ้อน ที่สำคัญและพบบ่อยคือ ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased Intracranial pressure) เกิดจากมีการเปลี่ยนแปลงความดันในกะโหลกศีรษะที่เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือด และขาดออกซิเจนไปเลี้ยงสมอง ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูง ได้แก่ การดูดเสมหะ การบีบลูกปั๊มช่วยหายใจไม่สัมพันธ์กับจังหวะ การหายใจ การบาดเจ็บที่ทรงอก ท่านอนคว่ำ นอนตะแคง งอสะโพก หรือท่านอนที่ทำให้คองพับ (ไสว นรสาร, 2563 อ้างในอนัญญา รัตนเกียรติขจร, 2565)

อาการ และอาการแสดง

ระดับความรู้สึกตัวลดลงหรือเปลี่ยนแปลงไป ซึมลง ปวดศีรษะ รุม่านตาตอบสนองต่อแสงช้าลง รูปร่างเปลี่ยนจากกลมเป็นรี 2 ข้างมีขนาดไม่เท่ากัน แขนขาอ่อนแรงการรับรู้สัมผัสลดลง อาเจียนพุ่งโดยไม่มีคลื่นไส้ มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ 3 อย่าง (Cushing's triad) ได้แก่มีการเพิ่มขึ้นของ Systolic blood pressure, มี pulse ขึ้น pressure กว้างขึ้น, ชีพจรช้าลง หายใจช้าลึกและไม่สม่ำเสมอ

การรักษาในภาวะฉุกเฉิน (อนัญญา รัตนเกียรติขจร, 2565) แพทย์พิจารณาช่วยเหลือ ดังนี้

1. Endotracheal intubation with restriction of cervical spine motion

-ในรายที่ไม่ได้ใส่ ET tube ให้ Oxygen supplement ด้วย mask with bag

2. Controlled ventilation

-ควบคุมอัตราการหายใจให้อยู่ในช่วง 10-14 ครั้ง ไม่ควรทำ Prophylaxis

hyperventilation

3. Intravenous fluid infusion

-ให้เป็น Crystalloid solution เช่น Normal saline, RingerLactate solution หรือ

Acetate

4. Medication

-Mannitol, Furosemide, Antibiotics, Antiepileptic drug

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะวิกฤต (มาฆะ กิตติธรรกุล, 2558)

ในระยะนี้พยาบาลต้องให้การพยาบาลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยที่มีอาการหนักและอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยการติดตามอาการ อย่างต่อเนื่องเพื่อการตัดสินใจให้การพยาบาลที่จะช่วยแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างได้อย่างเหมาะสม มีดังนี้

1. การประเมินอาการทางระบบประสาทควรกระทำทุก 15 นาทีช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะวิกฤต และเป็นทุก 1-4 ชั่วโมงเมื่อพ้นระยะวิกฤต
2. การดูแลทางเดินหายใจ ประกอบด้วย การจัดทำ ควรจัดทำนอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อให้การไหลเวียนโลหิตดี ลดการบวมที่สมอง และดูแลให้ผู้ป่วยมีการหายใจที่สะดวก
3. ป้องกันการเกิด valsalva manueuver คือกิจกรรมต่างๆ ที่ทำให้ความดันในช่องอก ช่องท้องเพิ่มขึ้น เช่นการเบ่งถ่ายอุจจาระ การไอหรือการจามโดยแรง การออกแรงต้านการผูกยึด เป็นต้น
4. การดูแลอุณหภูมิของร่างกาย เพราะการมีไข้จะทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้นจากการที่หลอดเลือดขยายตัว
5. การดูแลให้สารน้ำ ตรวจสอบความสมดุลของปริมาณน้ำในร่างกาย เพราะอาจเกิดภาวะ ADH และ SIADH ได้

2.การดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บทรวงอก

การบาดเจ็บที่ทรวงอก (Chest injury) หรือบาดเจ็บทรวงอก (Chest trauma หรือ Chest injuryหรือ thoracic injuries)

หมายถึง ภาวะที่ผนังทรวงอกและอวัยวะที่อยู่ภายในทรวงอกได้รับบาดเจ็บจากแรงภายนอกที่มากระทำต่อทรวงอก (อนัญญา รัตนเกียรติขจร, 2565) ซึ่งในผู้สูงอายุที่พลัดตกหกล้มแล้วได้รับบาดเจ็บที่ทรวงอกที่พบบ่อยคือ ภาวะมีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด (pneumothorax)

อาการ และอาการแสดง

จะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจเหนื่อย หายใจลำบาก ไอเป็นเลือด ภาวะที่มีผลต่อการหายใจของผู้ป่วยที่พบบ่อยได้แก่ tension pneumothorax, open pneumothorax และ flail chest with pulmonary contusion อัตราการหายใจที่มากกว่า 20 ครั้งต่อนาที เป็นสัญญาณเตือนภัยว่าอาจจะมีปัญหาในระบบการหายใจของผู้ป่วย

การวินิจฉัยภาวะลมในช่องเยื่อหุ้มปอด

จากการตรวจร่างกาย ฟัง Breath Soundพบเสียงลมไม่เท่ากัน 2 ข้าง หรือเบากว่าปกติ คลำพบ Subcutaneous Emphysema และจากการตรวจ Film Chest

การรักษา

การรักษาขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละราย โดยยึดอาการผู้ป่วยเป็นหลักพิจารณาร่วมกับขนาดของลมที่รั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด เพื่อเลือกวิธีการที่เหมาะสมในการช่วยกำจัดลมที่รั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด มี 2 วิธีได้แก่ (อมรรัตน์ แห่งสูงเนิน, 2559)

1. การกำจัดลมที่รั่วอยู่ในช่องเยื่อหุ้มปอดโดยวิธีใส่สายระบายทรวงอก ดังนี้

1.1 การใส่สายระบายทรวงอก กรณีที่มีปริมาณลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดมากกว่าร้อยละ 20 ใส่บริเวณช่องว่างระหว่างกระดูกซี่โครงที่ 4 หรือ 5 ตรงกับรักแร้ส่วนหน้า

1.2 กรณีที่มีลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดที่ติดต่อกับภายนอก พบบาดแผลที่ผนังทรวงอก ต้องปิดบาดแผลด้วยวาสลีนก๊อช ตามด้วยผ้าก๊อชแล้วปิดด้วยพลาสติก ร่วมกับใส่สายระบายทรวงอก

1.3 ภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดมาก จนเกิดความดันบวก แพทย์ใช้เข็มเบอร์ 14 หรือเข็มเบอร์ 16 แทงเข้าในช่องเยื่อหุ้มปอดบริเวณระหว่างช่องซี่โครงที่ 2 ตำแหน่งกึ่งกลางไหปลาร้า เพื่อระบายลมออกมา

2. การรักษาด้วยยา ประกอบด้วย 1) การใช้ยาระงับความปวด เช่น Pethidine 2) ยา NSIAD เช่น Ibuprofen 3) ยาปฏิชีวนะ เช่น Cefazolin

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด (อนัญญา รัตนเกียรติขจร,2565)

1. ฝ้าระวัง สังเกตและประเมินอาการอย่างใกล้ชิด ถ้ามีอาการหรืออาการแสดงที่ผิดปกติ รายงานแพทย์เพื่อช่วยแก้ไขภาวะผิดปกติ

2. บันทึกสัญญาณชีพอย่างสม่ำเสมอ

3. ดูแลให้ออกซิเจน เพื่อแก้ไขภาวะพร่องออกซิเจน

4. ดูแลท่อระบายทรวงอกให้เป็นระบบปิด ห้ามหนีบสายท่อระบาย แม้จะมีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เนื่องจากท่อระบายจะทำให้ลมยิ่งอัดแน่นในทรวงอก

5. จัดการกับความปวด โดยให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์

3.การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกระดูกหัก

ภาวะกระดูกหักที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่เกิดจากการพลัดตกหกล้มคือ กระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของอณูโครงสร้างภายในของเนื้อเยื่อกระดูกทำให้มวลกระดูกลดลงรวมทั้งมีการเสื่อมทำให้กระดูกบางลง ส่งผลให้เกิดโรคกระดูกพรุนและภาวะกระดูกหักได้ง่าย ซึ่งสาเหตุหลักมาจากการพลัดตกหกล้มโดยพบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุอย่างน้อย 150-250 รายต่อแสนประชากร ในประเทศแถบยุโรปและอเมริกาเหนือ (Kanis JA, Oden A, McCloskey EV et al., 2012 อ้างใน พัชราพร ตาใจ และคณะ,2563) และทั่วโลกคาดว่าจะมีผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจำนวน 2.6 ล้านรายในปี พ.ศ.2568 (อัญชลี คันธานนท์,2556 อ้างใน พัชราพร ตาใจ และคณะ,2563) ส่วนในประเทศไทยข้อมูลจากการศึกษาจังหวัดเชียงใหม่ในปี พ.ศ.2556 พบว่ามีอุบัติการณ์กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็น 181ต่อ100,000คน โดยมีอายุเฉลี่ยที่ 76.7 ปี เป็นเพศหญิงมากกว่าชาย 2.4 เท่าและจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆโดยคาดว่าในปี พ.ศ. 2568และ2593จะมีจำนวนผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักถึง 34,246 คน และ 56,443 คน ตามลำดับ (ประเสริฐ หลิวผลวนิชย์ และคณะ, 2558 อ้างใน พัชราพร ตาใจ และคณะ,2563)

อาการและผลกระทบบของกระดูกสะโพกหัก

อาการที่พบบ่อย คือ อาการปวดข้อสะโพก ซึ่งระดับความเจ็บปวดจะขึ้นอยู่กับความมากน้อยของการเคลื่อนของกระดูก ผู้ป่วยจะไม่สามารถลงน้ำหนักบนขาข้างที่สะโพกบาดเจ็บได้ ขาข้างที่สะโพกบาดเจ็บสั้นลงและจะบิดออกไปทางด้านนอก (External rotation) กรณีที่มีการหักของกระดูกภายในเยื่อหุ้มข้อสะโพก จะไม่พบอาการบวมและรอยฟกช้ำ แต่จะพบรอยจำเลือดในกรณีที่มีการหักของกระดูกที่อยู่ภายนอกเยื่อหุ้มข้อสะโพก โดยจะพบที่บริเวณต้นขาหรือขาหนีบของผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกสะโพกหัก ภาวะกระดูกหัก ก่อให้เกิดผลกระทบต่อการใช้ชีวิต เนื่องจากความเจ็บปวดและถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ อีกทั้งเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เช่น ปอดอักเสบ แผลกดทับ การติดเชื้อในร่างกาย กล้ามเนื้อลีบ ข้อยึดติด ทำให้ผู้ป่วยตกอยู่ในภาวะพึ่งพิงและรู้สึกรังเกียจเป็นภาระของผู้อื่น ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ ทำให้เกิดความวิตกกังวล หรือมีอาการซึมเศร้า และการรับรู้คุณค่าในตนเองลดลง (จินพิชญชา มะมม, 2562 อ้างใน พัชราพร ตาใจ และคณะ, 2563)

แนวทางการรักษาผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก

การรักษากระดูกสะโพกหัก ขึ้นอยู่กับลักษณะกระดูกและเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บรวมถึงความรุนแรงของการแตกหัก ผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อที่จะได้รับการรักษาที่เหมาะสมโดยเร็วที่สุด ช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะกระดูกหักและการนอนบนเตียงนาน การรักษากระดูกสะโพกหักสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 วิธี ดังนี้

1. การรักษาโดยไม่ผ่าตัด เป็นการรักษาแบบประคับประคอง โดยใช้วิธีการดึงถ่วงกระดูกแบบการใส่เครื่องดึงให้ติดกับผิวหนัง (Skin traction) โดยใช้น้ำหนักในการถ่วงดึงประมาณ 2-3 กิโลกรัม หรือ 1 ใน 10 ของน้ำหนักตัว เพื่อลดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่ออ่อน การหดเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ และกระตุ้นการไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงหัวกระดูกต้นขา การรักษาด้วยวิธีนี้ส่วนใหญ่ทำในผู้สูงอายุที่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม เช่น โรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด หรือในกรณีที่รอผ่าตัด (จินพิชญชา มะมม, 2562 อ้างใน พัชราพร ตาใจ และคณะ, 2563)

2. การรักษาโดยการผ่าตัด ในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการประเมินภาวะสุขภาพและการตรวจวินิจฉัยว่ามีความพร้อม ควรทำการรักษาด้วยการผ่าตัดโดยเร็วที่สุด อย่างช้าภายใน 7 วัน หลังเกิดกระดูกสะโพกหัก เพื่อช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและทำให้ผู้ป่วยสามารถลุกขึ้นจากเตียงได้โดยเร็วที่สุด (Folbert et al., 2017 อ้างใน พัชราพร ตาใจ และคณะ, 2563) ชนิดของการผ่าตัดขึ้นอยู่กับตำแหน่งของการแตกหัก มี 2 วิธี ได้แก่

- 2.1 การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ใช้ในกรณีที่มีกระดูกต้นขาส่วนคอหัก (Femoral Neck Fracture) ซึ่งพบมากในผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้ที่มีกระดูกพรุนร่วมด้วย โดยสามารถแบ่งการผ่าตัดข้อสะโพกเทียมตามชนิดของการยึดติด (Fixation) ได้ 2 ชนิด คือ ชนิดใช้ซีเมนต์ (Cemented total hip replacement) โดยการใส่สารยึดกระดูก (Bone cement) เพื่อให้ข้อเทียมยึดติดแน่นกับกระดูก เหมาะกับผู้ป่วยสูงอายุหรือกระดูกพรุน (Osteoporosis) และชนิดไม่ใช้ซีเมนต์ (Cementless total hip replacement) เป็นการผ่าตัดที่ใช้สกรูช่วยยึดเพื่อเพิ่มความแข็งแรงที่เข้าสะโพก วิธีนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยอายุน้อย

2.2 การผ่าตัดเพื่อการยึดตรึงกระดูกภายใน เป็นการยึดตรึงกระดูกที่หักให้อยู่กับที่ชั่วคราว โดยใช้โลหะชนิดพิเศษ เช่น สแตนเลส ไททาเนียม โครเมียม-โมลิบดีนัม อัลลอยด์ ใส่เข้าไปในโพรงกระดูกหรือวางประกบด้านนอกกระดูก ซึ่งขึ้นอยู่กับอาการบาดเจ็บของแพทย์ผู้รักษา เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่ มักมีภาวะข้อเสื่อมร่วมด้วย การรักษาโดยการผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสะโพกหักส่วนใหญ่ จึงใช้การผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียม ซึ่งอาจทำโดยการผ่าตัดแบบเปิดหรือผ่าตัดด้วยการส่องกล้อง ตามทางเลือกของผู้ป่วยและข้อบ่งชี้ที่เหมาะสม

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักในระยะก่อนผ่าตัด

ผู้ป่วยสูงอายุหลังกระดูกสะโพกหัก นอกจากจะทุกข์ทรมานจากอาการปวดแล้ว ยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต ไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ กังวลว่า จะต้องเป็นภาระของบุตรหลาน เมื่อตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัด ก็มีความกลัว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด โดยเฉพาะผู้ที่ไม่มีประสบการณ์ในการผ่าตัดมาก่อน ดังนั้นผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด (อรพรรณโตสิงห์, 2559 อ้างใน พัชราพร ตาใจ และคณะ, 2563) ดังนี้

1. การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ พยาบาลควรอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบเกี่ยวกับรายละเอียดของขั้นตอนการผ่าตัด อาการเจ็บปวดที่อาจเกิดขึ้น สิ่งผู้ป่วยควรปฏิบัติก่อนและหลังได้รับการผ่าตัด และเมื่อกลับไปอยู่บ้าน รวมทั้งระยะเวลาการนอน มีการศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุ ข้อเข่าเสื่อมและพบว่า การให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึกและการให้คำแนะนำที่ควรปฏิบัติ ทำให้ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุลดลง (จิราภรณ์ พลแก้ว และ จินต์จุฑา รอดพาล, 2560 อ้างใน พัชราพร ตาใจ และคณะ, 2563)

2. การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย

2.1 ประเมินอาการปวด และการจัดการความเจ็บปวด อย่างเหมาะสม

2.2 งดยาละลายลิ่มเลือดก่อนผ่าตัด 7 วัน หรือตามแผนการรักษาของแพทย์ รวมทั้งพิจารณาตัวอื่น ๆ ด้วย เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มียาประจำหลายตัว

2.3 เตรียมผลทางห้องปฏิบัติการ ผลเอกซเรย์ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ อุปกรณ์และยาให้พร้อม

2.4 เตรียมความสะอาดของร่างกาย ช่องปาก นม หนวด เล็บและบริเวณที่ผ่าตัด

2.5 งดน้ำอาหารหลังเที่ยงคืนก่อนวันผ่าตัด เพื่อป้องกันการสำลักเศษอาหารเข้าปอด

2.6 ฝึกการหายใจลึกๆ การไอเอาเสมหะออกอย่างมีประสิทธิภาพ และดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนให้เพียงพอ

3. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการดึงถ่วงน้ำหนักผ่านผิวหนัง (Skin traction) ในช่วงระหว่างรอผ่าตัด

3.1 บรรเทาอาการปวด โดยการจัดท่าผู้ป่วยให้ขาอยู่ในแนวตั้งถ่วงของกระดูก ไม่ควรเอาน้ำหนักที่ใช้ถ่วงออก เพราะจะทำให้กล้ามเนื้อเกิดการหดเกร็ง เจ็บปวดได้ การพยาบาลด้วยเทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ การให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์

3.2 ดูแลและป้องกันการบาดเจ็บของเส้นประสาทและหลอดเลือด โดยประเมินการบวมจากการบาดเจ็บกระดูกสะโพกหัก แรกกดจากการบวมในช่องกล้ามเนื้อ ทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายไม่ดี ถ้ามีอาการปวดชา จับชีพจรหลังเท้าทั้ง 2 ข้างไม่ได้ ผิวหนังเย็น ชีต เมื่อกดเล็บแล้วปล่อย (Capillary refill/ blanching test) เล็บซีดขาวนานเกิน 3 วินาที (จิมพิชญ์ชา มะम्म, 2562) อ้างใน พัชราพร ตาใจ และคณะ, 2563) แสดงว่าการไหลเวียนกลับของเลือดส่วนปลายไม่ดี ถ้ามีอาการดังกล่าว ควรรีบรายงานแพทย์ทันที

3.3 ดูแลและป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยจัดผ้าปูที่นอนให้เรียบตึงอยู่เสมอ และดูแลผิวหนังให้แห้งสะอาด กระตุ้นให้เปลี่ยนอิริยาบถบ่อย ๆ และให้หมุนหมอนยกสันเท้า โดยใช้ผ้าประคองขาทั้งสองด้าน ป้องกันแผลกดทับที่สันเท้า และการบิดออกของขา

4. การดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่มีบาดแผล

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีบาดแผล (กรวรรณ สุวรรณสาร, 2560)

ปกติร่างกายมีผิวหนังห่อหุ้มอยู่ หากมีภาวะที่เยื่อผิวหนังหรือเนื้อเยื่อที่อยู่ใต้ผิวหนังได้รับอันตราย เกิดการฉีกขาด ไม่มีการเชื่อมกัน รวมถึงการฉีกขาดของหลอดเลือด เส้นประสาท เส้นเอ็น และกระดูก ร่างกายจะมีกลไกการซ่อมแซมส่วนที่ได้รับอันตรายหรือที่ส่วนที่เป็นบาดแผล และหากได้รับการดูแลบาดแผลอย่างถูกวิธีจะเป็นการช่วยส่งเสริมให้การหายของบาดแผลเร็วขึ้น

ชนิดของบาดแผล

ในผู้สูงอายุจะสอดคล้องกับการแบ่งตามลักษณะการทำลายของผิวหนังดังนี้ (กรวรรณ สุวรรณสาร, 2560)

1. แผลปิด (closed wound) หมายถึง บาดแผลที่ผิวหนังหรือเยื่อไม่ฉีกขาดออกจากกัน แต่เนื้อเยื่อที่อยู่ใต้ผิวหนังได้รับบาดเจ็บ มักเกิดจากของไม่มีคม แบ่งเป็น

1) แผลฟกช้ำ (contusion/ bruise) เป็นการฉีกขาดของกล้ามเนื้อใต้ผิวหนัง พบรอยฟกช้ำ เส้นเลือดแตก เลือดออกแทรกเข้าไปในเนื้อเยื่อ อาจรวมเป็นก้อนเลือด (hematoma) หากก้อนเล็กร่างกายสามารถดูดซึมเลือดที่คั่งให้หายไปตัวเอง

2) แผลกระทบกระเทือน (concussion) มักใช้เกี่ยวกับการกระทบกระเทือน ของระบบประสาท

2. แผลเปิด (opened wound) หมายถึง แผลที่มีการฉีกขาดหรือทำลายผิวหนังให้แยกออกจากกัน ได้แก่

1) แผลถลอก (abrasion wound) เป็นบาดแผลที่มีการทำลายของผิวหนัง ชั้นนอกมีเลือดซึมเล็กน้อย สาเหตุเกิดจากอุบัติเหตุ ถูกขีดข่วน หรือลื่นไถลบนพื้นหยาบขรุขระ

2) แผลฉีกขาด (laceration wound) ลักษณะของผิวหนังบริเวณขอบแผล ที่ฉีกขาดจะกะรุ่งกะริ่ง และมีการทำลายของเนื้อเยื่อมาก แผลอาจลึก เสี่ยงต่อการติดเชื้อ สาเหตุเกิดจากของมีคมหรือไม่มีคมก็ได้

3) แผลตัด (incision wound/ cut wound) เป็นแผลที่เกิดจากวัตถุมีคม ขอบแผลเรียบแต่มีการฉีกขาดของเส้นเลือด เช่น แผลถูกมีดบาด เป็นต้น

4) แผลทะลุ (penetration wound) เป็นแผลที่มีความลึกมากกว่าความกว้างและความยาว ได้แก่ แผลถูกแทงด้วยของแหลม (puncture wound/ stabbed wound) และแผลถูกยิง (gunshot wound)

5) แผลที่มีเนื้อเยื่อขาดหรือหลุดออกจากร่างกาย (avulsion wound) เป็นแผลที่มีการตัดขาดของเส้นเลือด เส้นประสาทร่วมด้วย แผลชนิดนี้ทำให้เสียเลือดมาก และมักมีการปนเปื้อนเชื้อมาก

การทำแผล

ในผู้สูงอายุจะมีการซ่อมแซมแผลได้ช้ากว่าวัยอื่น ๆ เนื่องจากในวัยสูงอายุนี้ จะมีการตอบสนองต่อการอักเสบได้น้อย การสังเคราะห์คอลลาเจนและเยื่อผิวลดลง การสร้างหลอดเลือดขึ้นมาใหม่เป็นไปได้ช้า ผลจากการเหี่ยวฝ่อของหลอดเลือดฝอยทำให้เลือดมาเลี้ยงบริเวณบาดแผลน้อย และวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีภูมิคุ้มกันโรคลดลงเมื่อเทียบกับวัยผู้ใหญ่ การทำแผลจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมการหายของแผล เป็นการป้องกันแผลจากสิ่งก่อกำเนิดการระคายเคือง และสิ่งที่ขัดขวางการหายของแผล การทำแผลอย่างถูกหลักการ จะส่งเสริมการหายของแผล (กรวรรณ สุวรรณสาร, 2560)

1. หลักการทำแผล

1.1 ต้องล้างแผลให้สะอาดโดยใช้เครื่องมือ และสารที่ปราศจากเชื้อปฏิบัติโดยยึดหลักปราศจากเชื้อในการทำแผล เพื่อลดปริมาณเชื้อโรคบนบาดแผล และป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค

1.2 กรณีที่มีแผลหลายแห่ง ให้ทำแผลที่สะอาดกว่าก่อนจึงจะทำแผลส่วนที่สะอาดน้อยกว่า และทำแผลให้กับผู้ป่วยที่มีแผลสะอาดก่อนผู้ป่วยที่มีแผลสกปรกหรือแผลติดเชื้อ

1.3 กำจัดเนื้อตายหรือสิ่งแปลกปลอมออกจากแผลให้มากที่สุดเท่าที่ทำได้ อาจใช้กรรไกรตัดเนื้อตายออก หรือใช้สารที่ช่วยทำให้เนื้อตายเปื่อยยุ่ยและหลุดออกได้ง่าย ทั้งนี้ต้องกระทำด้วยความระมัดระวังเพื่อป้องกันการรบกวนกระบวนการหายของแผลซึ่งจะส่งผลให้แผลหายช้า และผู้ป่วยเจ็บแผลมาก

1.4 แผลที่มีของเหลวตกค้าง เช่น เลือด หนอง เป็นต้น ต้องเช็ดออกให้มากที่สุดหรือทำให้ของเหลวไหลออกมาได้สะดวก ซึ่งแพทย์อาจทำได้โดยการใส่ท่อระบาย

1.5 ในขณะที่ทำแผลให้ระมัดระวังอย่าให้แผลกระทบกระเทือนจนเกินไป ต้องปฏิบัติด้วยความนุ่มนวล

1.6 ก่อนปิดแผลถ้ามีเลือดออกต้องห้ามเลือดก่อน มิฉะนั้นเลือดจะแห้งกรัง จะทำให้การเปิดแผลครั้งต่อไปยาก และอาจมีเลือดออกอีกได้ นอกจากนี้ยังอาจทำให้แผลเกิดการติดเชื้อ

2. วัตถุประสงค์ของการทำแผล

การทำแผลมีวัตถุประสงค์ เพื่อ

- 2.1 ส่งเสริมให้สภาวะที่ดีเหมาะแก่การงอกของเนื้อเยื่อ
- 2.2 ดูดซึมสิ่งขับหลัง เช่น เลือด น้ำเหลือง หนอง เป็นต้น
- 2.3 จำกัดการเคลื่อนไหวของแผลให้อยู่นิ่ง
- 2.4 ให้ความชุ่มชื้นกับพื้นผิวของแผลอยู่เสมอ
- 2.5 ป้องกันไม่ให้ผ้าปิดแผลติด และดึงรั้งเนื้อเยื่อที่งอกใหม่
- 2.6 ป้องกันแผลหรือเนื้อเยื่อที่เกิดใหม่จากสิ่งกระทบกระเทือน
- 2.7 ป้องกันแผลปนเปื้อนเชื้อโรคจากอุจจาระ ปัสสาวะ และสิ่งสกปรกอื่น ๆ
- 2.8 เป็นการห้ามเลือด
- 2.9 ผู้ป่วยสุขสบาย

3. ชนิดของการทำแผล

ลักษณะแผลที่แตกต่างกัน จะมีวิธีการทำแผลที่แตกต่างกัน ดังนั้นการจะเลือกทำแผลแบบใด จะต้องพิจารณาจากลักษณะแผล

3.1 การทำแผลชนิดแห้ง (dry dressing) หมายถึง การทำแผลที่ไม่ต้องใช้ความชุ่มชื้น ช่วยในการหายของแผล ใช้ในการทำแผลที่สะอาด ปากแผลปิด เช่น แผลผ่าตัดซึ่งเป็นแผลที่สะอาด และเย็บไว้ เป็นต้น

3.2 การทำแผลชนิดเปียก (wet dressing) หมายถึง การทำแผลที่ต้องใช้ความชุ่มชื้น ช่วยในการหายของแผล ใช้ในการทำแผลเปิด การทำแผลชนิดนี้จะใช้เมื่อแผลมีการสูญเสียเนื้อเยื่อ หรือ มีการหายแบบทุติยภูมิเพื่อช่วยในการขจัดสิ่งแปลกปลอมหรือเนื้อเยื่อที่ตายแล้ว เช่น แผลกดทับ แผลมีหนอง แผลผ่าตัดที่มีการติดเชื้อแล้วขอบแผลแยก เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีการทำแผลในลักษณะอื่น ดังนี้

1. การทำแผลที่มีท่อระบาย ท่อระบาย (drain) ที่ใช้อาจเป็นชนิด Penrose drain หรือ tube drain ท่อระบายนี้อาจใส่ไว้ในชั้นเนื้อเยื่อ หรือใส่ลึกเข้าไปในช่องต่าง ๆ ของ ร่างกาย จุดประสงค์หลักในการใส่ท่อระบายเพื่อเป็นช่องทางให้ของเหลว เช่น เลือด หนอง น้ำย่อย น้ำดี เป็นต้น ออกจากร่างกาย ทำให้แผลหายเร็ว ซึ่งแพทย์จะใช้ด้ายเย็บให้ท่อระบายยึดติดกับผิวหนัง เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อระบายออกจากร่างกายหรือเลื่อนหลุดเข้าไปในร่างกาย ตำแหน่งของท่อระบายอาจอยู่ที่แผลผ่าตัดหรืออยู่ห่างจากแผลผ่าตัดประมาณ 2-3 นิ้ว ขนาดของท่อระบาย คือ ความกว้าง 0.5-1.5 นิ้ว ความยาว 10-14 นิ้ว และเพื่อให้แผลที่อยู่ด้านในหายเร็วจึงต้องตัดท่อระบายให้ สั้นลง (short drain) วันละ 1-2 นิ้ว จนกว่าจะหลุดหมดหรือเมื่อต้องการดึงออก (off drain)

2. การทำแผลที่ต้องใช้แรงกด (pressure dressing) การทำแผลด้วยวิธีนี้จะใช้สำหรับแผลที่มีช่องว่างได้แผลมาก เช่น แผลจากการทำ skin flap หรือแผลที่มีเลือดซึมออกมาเรื่อยๆ

หลังจากทำแผลแล้ว ต้องใช้ผ้าพันแผลมาพันแผลให้แน่นกว่าการทำแผลทั่วไป เพื่อป้องกันไม่ให้มีช่องว่างใต้บาดแผล หรือเพื่อห้ามเลือด

3. การชะล้างแผล (wound irrigation) การชะล้างแผลจะทำกับแผลเปิดที่มีความลึก มีหนองไหลออกจากแผล และมีเศษเนื้อตายติดอยู่กับแผล วิธีการทำเช่นเดียวกับการทำแผลชนิดเปียก และใช้กระบอกสุบชนิด irrigate syringe หรือ asepto syringe สำหรับดูดน้ำยาใส่เข้าไปในแผล ถ้าแผลลึกมากจะใช้สายยางมาต่อเข้ากับกระบอกสุบ แล้วสอดปลายสายยางอีกด้านเข้าไปที่ก้นแผล ทำการฉีดล้างจนแผลสะอาด แล้วปิดแผลให้เรียบร้อย

การดูแลบาดแผล

การดูแลบาดแผลในผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้แผลหายเร็ว ได้แก่ (กรวรรณ สุวรรณสาร ,2560)

1. การพักผ่อนร่างกายและอวัยวะที่มีบาดแผลให้มากที่สุด เพราะการพักผ่อนจะลดกระบวนการเผาผลาญภายในเซลล์ที่ไม่จำเป็น เนื้อเยื่อสามารถนำออกซิเจนและสารอาหารไปใช้ได้เพียงพอ และการพักบริเวณที่มีบาดแผลจะช่วยป้องกันการกระทบกระเทือนบาดแผล

2. การทำความสะอาดบาดแผล เพื่อป้องกันการติดเชื้อและส่งเสริมกระบวนการหายของแผล

3. การส่งเสริมการไหลเวียนโลหิตมายังบาดแผลโดย

3.1 ดูแลไม่ให้ผ้าพันแผลรัดแน่นเกินไป เพราะจะไปขัดขวางการไหลเวียนเลือดแดงมายังบาดแผล และทำให้เลือดดำไหลเวียนกลับไม่ดี

3.2 ประคบด้วยความร้อนหรือความเย็นแล้วแต่ลักษณะ และระยะเวลาของการเกิดบาดแผล โดยการประคบด้วยความเย็นมักใช้ในระยะแรกที่ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บจากการถูกกระแทก ความเย็นทำให้หลอดเลือดหดตัว ปริมาณเลือดที่ไหลมาสู่บริเวณแผลลดลง จึงช่วยลดอาการบวมได้ นอกจากนี้ความเย็นยังช่วยลดความไวต่อความเจ็บปวดของปลายประสาท และหากบาดแผลนั้นมีเชื้อโรคความเย็นจะทำให้เชื้อโรคแพร่กระจายช้าลง ส่วนการประคบด้วยความร้อนมักใช้ภายหลังจากเกิดบาดแผลไปแล้ว 24-48 ชั่วโมง ความร้อนช่วยให้หลอดเลือดขยายตัวทำให้เลือดมาเลี้ยงบริเวณบาดแผลมากขึ้น เม็ดเลือดขาวซึ่งมีหน้าที่เก็บกินเชื้อโรคมามากขึ้นด้วย ความร้อนยังช่วยให้หลอดเลือดน้ำเหลืองขยายตัวช่วยให้มีการระบายของเสียได้ดียิ่งขึ้นจึงทำให้แผลหายเร็ว นอกจากนี้ความร้อนยังทำให้กล้ามเนื้อหย่อนตัวจึงลดอาการปวดกล้ามเนื้อ

4. การยกบริเวณที่มีบาดแผลไว้สูง เพื่อให้เลือดดำและน้ำเหลืองไหลกลับสะดวก ลดอาการบวม

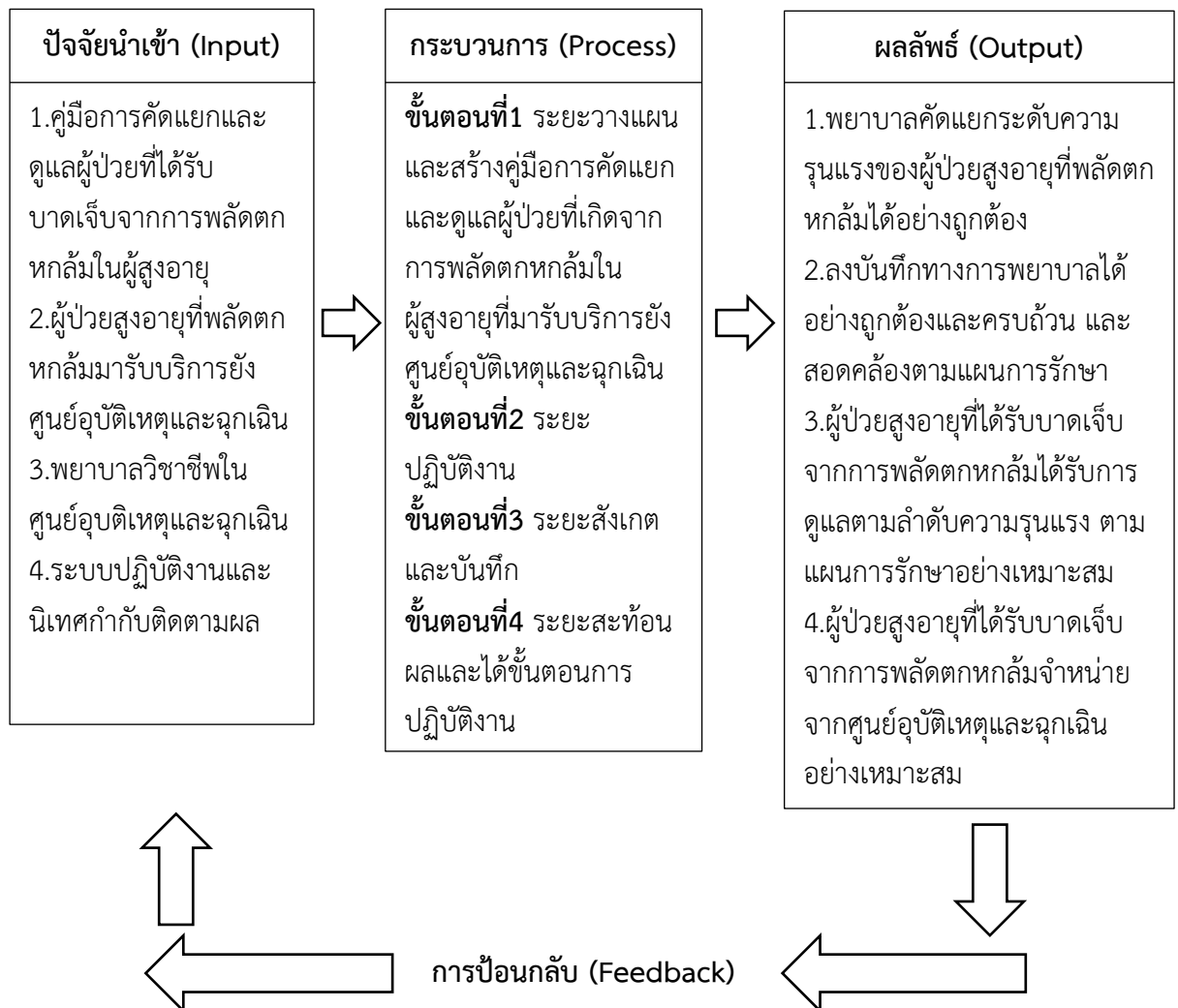
5. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เพียงพอ และมีประโยชน์ต่อกระบวนการหายของแผล เช่น วิตามินเอ วิตามินบี วิตามินซี และโปรตีน เพราะสารอาหารมีความจำเป็นในการสร้าง เม็ดเลือด และสร้างเส้นใยคอลลาเจน (collagen fiber)

6. การลดความเจ็บปวดจากแผล โดยการให้ยาบรรเทาปวด การประคบด้วยความร้อน หรือความเย็น การจัดให้ผู้ป่วยได้อยู่ในท่าที่รู้สึกสบาย การเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นต้น

7. การส่งเสริมสุขภาพส่วนบุคคลและดูแลให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย เช่น การบ้วนปาก การดูแลความสะอาดของร่างกาย การดูแลเตียงให้เรียบร้อย เป็นต้น

3.4 แนวทางในการปฏิบัติ

ผู้จัดทำคู่มือได้นำทฤษฎีระบบของ Ludwig Von Bertalanffy มาเป็นกรอบแนวคิดในการวางแผนแนวทางปฏิบัติงานและทำคู่มือการคัดแยกและดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ณ ศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน ดังนี้



วิธีดำเนินการ แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1. ระยะวางแผน

1.1 ศึกษาวิเคราะห์หาข้อมูลสภาพปัญหาและสถานการณ์ หาสาเหตุของปัญหาความบกพร่องของการทำงาน ความต้องการเกี่ยวกับการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการคัดแยกและการดูแลรักษาผู้ป่วยที่พลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ทั้งจากประวัติผู้ป่วยจากเวชระเบียน และศึกษาข้อมูลจาก

ในระบบ Hos-xp แล้วปรึกษาสนทนากลุ่มขอคำแนะนำและข้อเสนอแนะจากผู้เกี่ยวข้อง ศึกษาแนวคิด เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่จะทำให้พยาบาลศุนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน สามารถคัดแยก ระดับความรุนแรงของผู้ป่วยที่พลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มารับบริการได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และเหมาะสม รวมถึงการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตามแผนการรักษาของแพทย์

1.2 นำเสนอการปฏิบัติงานตามคู่มือการคัดแยกและดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ณ ศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่ได้รับการพัฒนาและปรับปรุงขึ้น และอบรมพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานในหัวข้อดังกล่าวให้เข้าใจ

ขั้นตอนที่ 2 ระยะเวลาปฏิบัติ

2.1 ระยะเตรียมการ เตรียมบุคลากรและผู้ปฏิบัติงานเรื่องการคัดแยกและดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

2.2 ระยะทดลอง เป็นการนำขั้นตอนการคัดแยกและดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุไปใช้ในการคัดแยกและดูแลผู้รับบริการซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีอาการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มที่มารับบริการ ณ ศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ขั้นตอนที่ 3 ระยะสังเกตและบันทึก

เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองใช้โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจ ถามผู้ปฏิบัติงานในเรื่องการใช้คู่มือการคัดแยกและดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ แบบที่จัดทำขึ้น เพื่อนำปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะต่าง ๆ มาปรับปรุงแก้ไข

ขั้นตอนที่ 4 ระยะสะท้อนผล

นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่นำมาปรับปรุงแก้ไข โดยเน้นการปรับปรุงที่ขั้นตอนการคัดแยก ระดับความรุนแรงผู้ป่วยที่พลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ และการรายงานแพทย์เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลรักษาตามระดับความรุนแรงอย่างรวดเร็ว เหมาะสม และสรุปเป็นขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ชัดเจน ครบคลุมมากขึ้น เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานการคัดแยกและดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ณ ศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

3.5 มาตรฐานคุณภาพงาน

กระบวนการปฏิบัติงาน (Work flow) การคัดแยกและดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ณ ศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อกำหนดแนวทางในการคัดแยกและดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างสอดคล้องตามมาตรฐานวิชาชีพ และแนวทางเวชปฏิบัติต่าง ๆ เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติงานให้กับบุคลากรทางการแพทย์ และ

ผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้เกิดคุณภาพการคัดแยกและดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มผู้สูงอายุ

ตารางที่ 3-4 มาตรฐานคุณภาพงานการคัดแยกและดูแลผู้ป่วยที่เกิดจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ณ ศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

ขั้นตอน	มาตรฐานคุณภาพ
ผู้ป่วยสูงอายุที่เกิดการพลัดตกหกล้มมารับบริการ ณ ศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการเคลื่อนย้ายมายังศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยวิธีที่ถูกต้องและปลอดภัย 2. เปิดใบนำทางได้รวดเร็วและระบุตัวตนได้ถูกต้อง
พยาบาลศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉินทำการประเมินแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยและรายงานแพทย์เวร	<ol style="list-style-type: none"> 1. มาตรฐานการคัดแยกผู้ป่วยตามหลัก MOPH ED TRIAGE 2. ผู้ป่วยสูงอายุที่พลัดตกหกล้มทุกรายได้รับการประเมินเพื่อคัดแยกระดับความรุนแรงโดยพยาบาล 3. พยาบาลคัดแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยสูงอายุที่พลัดตกหกล้มได้อย่างถูกต้อง 4. ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามลำดับความรุนแรงอย่างเหมาะสมโดยแพทย์
แพทย์เวรทำการตรวจประเมินและรักษาผู้ป่วยตามลำดับความรุนแรง	<ol style="list-style-type: none"> 1. แพทย์เวรตรวจรักษาผู้ป่วยตามลำดับความรุนแรงได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม 2. มาตรฐานทางการแพทย์ 3. มาตรฐานการดูแลผู้บาดเจ็บ Advanced Traumatic Life Support
ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มจำหน่ายจากศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างเหมาะสม	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยทุกรายได้รับการตรวจรักษาและวินิจฉัยโรคโดยแพทย์ก่อนกลับบ้านหรือ Admit / Refer ทุกครั้ง 2. เอกสาร Admit หรือ Refer ถูกต้องและครบถ้วน 3. ผู้ป่วยที่ต้อง Admit ไปถึงหอผู้ป่วยโดยไม่มีภาวะเปลี่ยนแปลงที่แย่ง

ขั้นตอน	มาตรฐานคุณภาพ
	4.ผู้ป่วยที่ต้อง Refer ไปถึงโรงพยาบาล ปลายทางโดยไม่มีภาวะเปลี่ยนแปลงที่แย่งลง 5.ผู้ป่วยที่สามารถกลับบ้านได้ ได้รับเอกสาร แนะนำการดูแลตนเองครบถ้วน เช่น ใบสั่งเกต อาการทางสมอง ใบนัดทำแผล เป็นต้น 6.กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตที่ศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน ต้องได้ตรวจรักษาและยืนยันการเสียชีวิตโดย แพทย์เท่านั้น

3.6 ระบบติดตามประเมินผล

ติดตามประเมินผลจากผลลัพธ์ทางการดูแลรักษา จากบันทึกทางการแพทย์และพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ ที่ควรเป็นไปตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างถูกต้องเหมาะสม และได้รับการคัดแยก ระดับความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยอย่างถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งคัดแยกโดยพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ ได้ติดตามทบทวน การลงบันทึกเวชระเบียน เอกสารทางการแพทย์และพยาบาล ที่ครบถ้วนสมบูรณ์ ครอบคลุมสถานะสุขภาพ และสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ จากเอกสารดังต่อไปนี้

- แบบบันทึกการรักษาผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา
- ใบบันทึกการบาดเจ็บ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา
- แบบบันทึกการช่วยฟื้นคืนชีพ
- แบบบันทึกการเจ็บป่วย ที่ศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา
- ใบสั่งยาของแพทย์
- เอกสาร Admit
- เอกสาร Refer
- ใบสั่งเกตอาการทางสมอง
- หนังสือรายงานการตาย
- แบบบันทึกรายงานการตาย

โดยทบทวนความสมบูรณ์ของการลงบันทึกเอกสารของผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการด้วยพลัดตกหกล้มทุกรายที่ศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นระยะเวลา 3 เดือนแรก แล้วให้ข้อมูลย้อนกลับแก่พยาบาลที่ปฏิบัติงานเป็นระยะ ๆ ปรับปรุงเพิ่มเติม หลังจากนั้นประเมินโดยการสุ่มตรวจเอกสารในเวรเช้าของทุกวัน จนกว่าจะเข้าใจและสามารถปฏิบัติงานตามคู่มือ/แนวทางในการปฏิบัติงานตามแผนการรักษาของแพทย์ได้ และลงบันทึกทางการแพทย์และพยาบาลได้ถูกต้องครบถ้วนได้ทุกคน

บทที่ 4

ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไขและการพัฒนา

4.1 ปัญหา อุปสรรค และความเสี่ยง

การจัดทำคู่มือการคัดแยกและดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม ณ ศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อกำหนดแนวทางในการจัดการ เมื่อมีผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มมารับบริการ ให้เป็นทิศทางเดียวกันอย่างสอดคล้อง ตามมาตรฐานวิชาชีพ และแนวทางเวชปฏิบัติต่าง ๆ เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติงานให้กับบุคลากรทาง การแพทย์ และผู้ที่เกี่ยวข้องในการคัดแยกและดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้ในการปฏิบัติงานตามกระบวนการคัด แยกและดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุพบปัญหา อุปสรรค และความ เสี่ยงสำคัญในการปฏิบัติงานดังนี้

ตารางที่ 4-1 ปัญหา อุปสรรค และความเสี่ยงสำคัญในการปฏิบัติงาน

ลำดับ	ฝั่งกระบวนการ	ปัญหา/ความเสี่ยงสำคัญในการปฏิบัติงาน
1.	ผู้ป่วยสูงอายุที่เกิดการพลัดตกหกล้ม มารับบริการ ณ ศูนย์อุบัติเหตุและ ฉุกเฉิน	-เมื่อมีผู้ป่วยสูงอายุที่พลัดตกหกล้มมา โรงพยาบาล ญาติที่พามาส่งมักมีอาการตกใจ และเร่งรีบ ทำให้เกิดปากเสียงกับเจ้าหน้าที่ ที่ ให้บริการเช่นพนักงานเปล หรือเจ้าหน้าที่ ที่ พบเจอเมื่อแรกรับ -เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ที่เจอผู้ป่วยเมื่อแรก รับใช้วิธีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยยังไม่ค่อย เหมาะสมกับอาการบาดเจ็บ ก่อนมาถึงศูนย์ อุบัติเหตุและฉุกเฉิน
2.	พยาบาลศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉินทำ การประเมินแยกกระดับความรุนแรง ของผู้ป่วยและรายงานแพทย์เวร	-พยาบาลผู้ปฏิบัติงานบางท่านคัดแยกกระดับ ความรุนแรงยังไม่เหมาะสมกับอาการของ ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากการพลัดตก หกล้ม -เมื่อมีผู้ป่วยมาที่จุดคัดแยกจำนวนหลายรายทำ ให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในขณะนั้น คัดแยก ไม่ทันทำให้เกิดความล่าช้าในการคัดแยก
3.	แพทย์เวรทำการตรวจประเมินและ รักษาผู้ป่วยตามลำดับความรุนแรง	-หากแพทย์และทีมช่วยฟื้นคืนชีพกำลังดูแล รักษาผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากการพลัด ตกหกล้มความรุนแรงระดับ1อยู่ จะทำให้ผู้ป่วย ความรุนแรงระดับ2, 3, 4 และ5 ได้รับการดูแล ล่าช้า และเกิดความไม่พอใจ -ในเวรตึกหากมีผู้ป่วยความรุนแรงระดับ1 มากกว่า 1 รายขึ้นไป ทำให้แพทย์เวรตรวจ รักษาไม่ทัน

ลำดับ	ฝั่งกระบวนการ	ปัญหา/ความเสี่ยงสำคัญในการปฏิบัติงาน
4.	ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มจำหน่ายจากศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างเหมาะสม	-พบปัญหากรณีแพทย์และทีมช่วยฟื้นคืนชีพดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มอย่างเต็มที่แล้ว แล้วผู้ป่วยเสียชีวิต พยาบาลที่ปฏิบัติงานติดต่อ สภ.แสนสุข และ ทีมนิติเวชโรงพยาบาลชลบุรีแล้ว แต่ทีมดังกล่าวยังไม่มา ทำให้ศพผู้เสียชีวิตค้างรออยู่ที่ศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นเวลานาน -พบปัญหากรณีจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน พยาบาลที่ปฏิบัติงาน ลืมให้ใบนัดทำแผล ใบสั่งเกตอาการทางสมองกับผู้ป่วยบางราย

4.2 แนวทางการแก้ไขปัญหาและพัฒนางาน

การจัดทำคู่มือการคัดแยกและดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม ณ ศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อกำหนดแนวทางในการจัดการ เมื่อมีผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มมารับบริการ ให้เป็นทิศทางเดียวกันอย่างสอดคล้อง ตามมาตรฐานวิชาชีพ และแนวทางเวชปฏิบัติต่าง ๆ เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติงานให้กับบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ที่เกี่ยวข้องในการคัดแยกและดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีแนวทางในการแก้ไขและพัฒนางาน ดังนี้

ตารางที่ 4-2 แนวทางการแก้ไขปัญหาและพัฒนางาน

ลำดับ	ปัญหา/ความเสี่ยงสำคัญในการปฏิบัติงาน	แนวทางการแก้ไขปัญหาและพัฒนางาน
1.	ญาติที่พาผู้ป่วยมาส่งมักมีอาการตกใจและเร่งรีบ ทำให้เกิดปากเสียงกับเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการเช่นพนักงานเปล หรือเจ้าหน้าที่ที่พบเจอเมื่อแรกรับ	จัดอบรมให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ด่านหน้า เช่นพนักงานเปล ผู้ช่วยปฏิบัติงาน พยาบาล/ผู้ช่วยเหลือคนไข้ หรือพยาบาล คัดกรอง เกี่ยวกับพฤติกรรมบริการและการจัดการสถานการณ์เมื่อต้องเผชิญหน้ากับสถานการณ์ที่กดดัน เช่น ผู้ป่วยหรือญาติมีพฤติกรรมก้าวร้าว
2.	เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ที่เจอผู้ป่วยเมื่อแรกรับใช้วิธีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยยังไม่ค่อยเหมาะสมกับอาการบาดเจ็บ ก่อนมาถึงศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน	จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม แก่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล

ลำดับ	ปัญหา/ความเสี่ยงสำคัญในการปฏิบัติงาน	แนวทางการแก้ไขปัญหาและพัฒนางาน
3.	พยาบาลผู้ปฏิบัติงานบางท่านคัดแยกกระต๊อบ ความรุนแรงยังไม่เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม	พยาบาลหัวหน้าเวรประจำศูนย์อุบัติเหตุ และฉุกเฉินในเวรนั้นๆ มอบหมายหน้าที่ให้พยาบาลที่คัดแยกกระต๊อบความรุนแรงยังไม่ค่อยเหมาะสมกับอาการบาดเจ็บของผู้ป่วย อยู่จุดคัดแยกบ่อยขึ้น เพื่อสร้างประสบการณ์ในการคัดแยก และหากพยาบาลคัดแยกพบเจอผู้ป่วยที่ไม่มั่นใจว่าอยู่ในความรุนแรงระดับใด สามารถปรึกษาพยาบาลที่มีความชำนาญหรือปรึกษาแพทย์ได้
4.	เมื่อมีผู้ป่วยมาที่จุดคัดแยกจำนวนหลายราย ทำให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในขณะนั้น คัดแยกไม่ทันทำให้เกิดความล่าช้าในการคัดแยก	หากพยาบาลที่กำลังปฏิบัติงานคัดแยกผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มอยู่ แล้วมีผู้ป่วยอีกหลายรายมาพร้อมกัน ให้ขอความช่วยเหลือจากพยาบาลท่านอื่นในศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉินเพื่อให้มาช่วยคัดแยก ไม่ให้ผู้ป่วยค้างที่จุดคัดแยกนานเกินไป เพื่อลดความตึงเครียดของผู้ป่วยและญาติ เพราะเมื่อผู้ป่วยทราบว่าตนเองอยู่ในความฉุกเฉินรุนแรงระดับใดแล้ว จะเกิดความเข้าใจในการรอคอยสำหรับการรอตรวจ
5.	หากแพทย์และทีมช่วยฟื้นคืนชีพกำลังดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มความรุนแรงระดับ1อยู่ จะทำให้ผู้ป่วยความรุนแรงระดับ2, 3, 4 และ5 ได้รับการดูแลล่าช้า และเกิดความไม่พอใจ	พยาบาลที่จุดคัดแยกสามารถเข้ามาดูสถานการณ์ในห้องตรวจอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และสอบถามความคืบหน้าของการดูแลรักษาผู้ป่วยจากแพทย์ได้ จากนั้นสามารถมาอธิบายให้ผู้ป่วยระดับ2, 3, 4 และ5 เข้าใจสถานการณ์ในขณะนั้น เพื่อลดความตึงเครียดของผู้ป่วยและญาติที่รอคอยการตรวจได้
6.	ในเวรตึกหากมีผู้ป่วยความรุนแรงระดับ1มากกว่า 1 รายขึ้นไป ทำให้แพทย์เวรตรวจรักษาไม่ทัน	ปรึกษาแพทย์เฉพาะทางด้านศัลยกรรมขอความร่วมมือให้มาช่วยตรวจผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มอยู่ในความรุนแรงระดับ1 เนื่องจากอยู่ในความรับผิดชอบของศัลยแพทย์

ลำดับ	ปัญหา/ความเสี่ยงสำคัญในการปฏิบัติงาน	แนวทางการแก้ไขปัญหาและพัฒนางาน
7.	กรณีแพทย์และทีมช่วยฟื้นคืนชีพดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มอย่างเต็มที่แล้ว แล้วผู้ป่วยเสียชีวิต พยาบาลที่ปฏิบัติงานติดต่อ สภ. แสนสุข และ ทีมนิติเวชโรงพยาบาลชลบุรีแล้ว แต่ทีมดังกล่าวยังไม่มา ทำให้ศพผู้เสียชีวิตค้างรออยู่ที่ศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นเวลานาน	หากระยะเวลารอคอยเจ้าหน้าที่ สภ. แสนสุข และทีมนิติเวชโรงพยาบาลชลบุรี นานเกิน 2 ชั่วโมง ให้พยาบาลหัวหน้าเวรศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉินติดต่อเจ้าหน้าที่ดูแลห้องรักษาศพ นำศพผู้เสียชีวิตไปดูแลก่อน
8.	กรณีจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน พยาบาลที่ปฏิบัติงาน ลืมให้ใบนัดทำแผล ใบสังเกตอาการทางสมองกับผู้ป่วยบางราย	พยาบาลให้เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ในเวลาราชการ 08.00-16.00 น.) หรือเจ้าหน้าที่ห้องเวชระเบียน(นอกเวลาราชการ) ติดต่อผู้ป่วยตามเบอร์โทรศัพท์ที่ผู้ป่วยให้ไว้ตอนเปิดใบนำทาง หากผู้ป่วยยังอยู่ใกล้ๆโรงพยาบาลให้มารับใบนัดทำแผลหรือใบสังเกตอาการทางสมองที่ศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉินได้เลย แต่หากผู้ป่วยเดินทางไปไกลแล้วหรือไม่สะดวกกลับมาโรงพยาบาล พยาบาลสามารถให้ข้อมูลแนะนำการทำแผลหรือการสังเกตอาการทางสมองแก่ผู้ป่วยและญาติทางโทรศัพท์ได้ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย

บรรณานุกรม

- กรวรรณ สุวรรณสาร.(2560). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีบาดแผลและการอักเสบ [เอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์]. คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.
- การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย. (2564). *กลุ่มวิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*. สืบค้นเมื่อ 20 พฤษภาคม 2565 สืบค้นจาก <https://www.nurse.kku.ac.th/index.php/download/category/48-2019-09-26-03-18-17?download=305:2019-09-26-03-29-50>
- การประเมินระดับความรู้สีกตัว. (2560). *R.S.K. Rescue Equipment ศูนย์รวมอุปกรณ์กู้ชีพกู้ภัยคุณภาพระดับโลก*. สืบค้นเมื่อ 20 พฤษภาคม 2565 สืบค้นจาก <https://www.facebook.com/rskequipment/>
- การใส่ท่อช่วยหายใจ. (2564). *ศูนย์บรรเทาทุกข์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช*. สืบค้นเมื่อ 20 พฤษภาคม 2565 สืบค้นจาก <https://www.facebook.com/ศูนย์บรรเทาทุกข์-รพมหาราชนครศรีธรรมราช-226206327905754>
- การใส่ท่อระบายทรวงอก. (2564). *คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. สืบค้นเมื่อ 20 พฤษภาคม 2565 สืบค้นจาก <https://www.nurse.kku.ac.th/index.php/download/category/48-2019-09-26-03-18-17?download=305:2019-09-26-03-29-50>
- ข้อบังคับสภาการพยาบาล ว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 4) (ด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน) พ.ศ.2563. (2563,1 กันยายน). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 137 ตอนพิเศษ 200 ง. หน้า 51-54.
- จิรพงษ์ ศุภเสาวภาคย์, เกษมสุข โยธา สมุทร, ศุภฤกษ์ สัทธาพงศ์, พัฒพงษ์ ประชาสันติกุล, รวีวรรณ ธเนศพลกุล, ศันยวิทย์ พิงประเสริฐ, ศรีวรรณ มานะทิวสน, อิสระ อริยะชัย พาณิชย์, วรรณชนก เมืองทอง, ประกิจ สาระเทพ, ทิพย์วดี วุฒิพันธ์, นริศรา แยมทรัพย์ และพวงพักตร์ พรหมรังสี. (2561). *MOPH ED Triage* (พิมพ์ครั้งที่ 1). สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- จรรุภา เลขทิพย์, อีระ วรรณรัตน์, ศักรินทร์ ภูพานิล และศรารุธ ลาภมณี. (2562). ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ. *J Med Health Sci*, 26(1), 85-99
- พัชรพร ตาใจ, บุญญภัคดี เห่งนาเลน และเยาวลักษณ์ สงวนพานิช. (2563). กระจกสะท้อนหักในผู้สูงอายุ: บทบาทพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 26(4), 119-123

บรรณานุกรม (ต่อ)

- มาฆะ กิตติธรรกุล. (2558). การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรงที่มีการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 32(2), 176-177
- สุรัตน์ สุขสว่าง. (2561). พยาบาลคัดแยกประเภทผู้ป่วย:จากกระบวนการหลักสู่การปฏิบัติ. *วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ*, 5(2), 1-14
- อนัญญา รัตนเกียรติขจร. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บหลายระบบ ที่ศีรษะ ทรวงอก ช่องท้อง และกระดูกขาขาท่อนล่างหัก [เอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์]. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน, โรงพยาบาลตราด
- อมรรัตน์ แห่งสูงเนิน. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ทรวงอก [เอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์]. ฝ่ายการพยาบาล, โรงพยาบาลสิรินธร
- อำนวย จิระสิริกุล. (2560, 19 มิถุนายน). *กระดูกหัก (fracture/Broken Bone)*. หามมอดอทคอม (haamor.com).<https://haamor.com>
- The National Institute for Emergency Medicine. (2012). Emergency Medical Triage Protocol and assign an acuity level. Bangkok: NIEM. (in Thai)

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
ตัวอย่างแบบฟอร์ม

ชื่อ-สกุล.....เวลา.....

ตรวจสอบสิ่งนี้

CC..... ระบุอาการ และสาเหตุของการเจ็บป่วยเบื้องต้น

แผนกส่งตรวจ

<input type="checkbox"/> GP	<input type="checkbox"/> กุมารเวช
<input type="checkbox"/> สูติ-นารีเวช	<input type="checkbox"/> เวชศาสตร์ฟื้นฟู
<input type="checkbox"/> OPD MED	<input type="checkbox"/> wellness
<input type="checkbox"/> Ortho	<input type="checkbox"/> จักษุกรรม
<input type="checkbox"/> OPD ศัลย์	<input type="checkbox"/> ENT
<input type="checkbox"/> X-RAY	<input checked="" type="checkbox"/> อื่น ๆ ส่ง ER

Checklist High risk Pui COVID-19(ข้อ1+2=PUI)

1. มีประวัติไข้ หรือ วัดไข้ 37.5 °C มี ไม่มี

และ/หรือ อาการระบบทางเดินหายใจอย่างใดอย่างหนึ่ง
(ไอ, น้ำมูก, เจ็บคอ, ไม่ได้กลิ่น, ลิ้นไม่รับรส, หายใจเหนื่อย, หายใจลำบาก)

2. ประวัติเสี่ยงอย่างใดอย่างหนึ่ง ภายใน 14 วัน มี ไม่มี

ประวัติเดินทาง ไปต่างประเทศ

สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยยืนยัน COVID19

มีประวัติ ไปในที่ชุมชนหรือสถานที่มีการรวมกลุ่มคนที่มีรายงานผู้ป่วยยืนยัน

เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีประวัติสัมผัสผู้ป่วย PUI

ภาพที่ 1 แบบบันทึกการส่งต่อจากจุดคัดกรองผู้ป่วยด้านหน้าตึกอาคารวิจัย

 ใบนำทางผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา		 HN : [REDACTED] Code: 1654							
	วันที่ 20 พ.ค. 2565 เวลา 15:16:21 ชื่อ [REDACTED] อายุ 95 ปี 4 เดือน 19 วัน เพศ หญิง สิทธิการรักษา 'ข้าราชการ-OPD(มีบัตรประชาชน)' ส่งต่อไปที่ 2410. ห้องตรวจอุบัติเหตุฉุกเฉิน	<input type="radio"/> ประวัติ Scan <input type="radio"/> ขอ <input type="radio"/> ไม่ขอ ใบรับรองแพทย์ ชักประวัติเพิ่ม <input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี ประวัติการแพ้ยา ไม่มีประวัติแพ้ยา							
	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">ข้อมูลคัดกรอง</th> <th style="width: 50%;">หมายเหตุ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> จุดชั่งประวัติ..... BW.....Kg Height.....CM. T.....°c BP.....mmHg P...../min R...../min สุนัขหรือ..... ต้มสุรา..... VN : 650520151621  สำหรับใช้ชำระเงินผ่านตู้อัตโนมัติ </td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">ข้อมูลการเงิน / Note</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">ค่าบริการ.....บาท</td> </tr> </tbody> </table>	ข้อมูลคัดกรอง	หมายเหตุ	จุดชั่งประวัติ..... BW.....Kg Height.....CM. T.....°c BP.....mmHg P...../min R...../min สุนัขหรือ..... ต้มสุรา..... VN : 650520151621  สำหรับใช้ชำระเงินผ่านตู้อัตโนมัติ		ข้อมูลการเงิน / Note		ค่าบริการ.....บาท	
ข้อมูลคัดกรอง	หมายเหตุ								
จุดชั่งประวัติ..... BW.....Kg Height.....CM. T.....°c BP.....mmHg P...../min R...../min สุนัขหรือ..... ต้มสุรา..... VN : 650520151621  สำหรับใช้ชำระเงินผ่านตู้อัตโนมัติ									
ข้อมูลการเงิน / Note									
ค่าบริการ.....บาท									
*** กรุณาติดต่อการเงินทุกครั้งที่มารับบริการ									
ผู้รับบริการ	แพทย์ผู้ตรวจรักษา	จนท.การเงิน	เภสัชกรผู้จ่ายยา						

ภาพที่ 2 ใบนำทาง

แบบบันทึกการรักษาผู้ป่วย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ER - 01 - 01

วันที่มาโรงพยาบาล เวลา น. แยก ผู้ป่วยหญิง-เด็กอื่น เดือน
ชื่อ-นามสกุล อายุ ปี HN

หน้าที 1

การประเมินเบื้องต้น
ระดับผู้ป่วย (ESI) 1 Resuscitation (ER หนัก) 2 Urgent (ER 10 นาที) 3 Urgent (OPD 30 นาที) 4 Semi-urgent (OPD 60 นาที) 5 Non-urgent (OPD 120 นาที)
สัญญาณชีพ T $^{\circ}\text{C}$ RR /min PR /min BP /mmHg O₂Sat. % DTK mg%

น้ำหนัก เติบโต ร่น รวบ อื่นๆ ระบุ
ระดับความรู้สึกตัว ปกติ ผิดปกติ ระบุ GCS E M V Total

ความเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือด Standard Precaution Strict Precaution
สาเหตุลิ่มเลือด มาตราควบคุม มาของญาติ Refer จาก รพ.

อาการสำคัญอื่นๆ

การประเมินความเสี่ยง ไม่มีความเสี่ยง มีความเสี่ยง ความเสี่ยงต่ำ คะแนนความเสี่ยง (NRS/VAS)

ประวัติเจ็บป่วยในอดีต/โรคประจำตัว ไม่มี มี ระบุ

ประวัติการแพ้ยา ไม่มี มี ระบุ

ประวัติเครื้อหรือเข็มแอลกอฮอล์ (ปริมาณวัน) เสี่ยง ไม่เสี่ยง (เดือนปี)

ประวัติสูบบุหรี่ ไม่สูบ สูบ ระบุ (จำนวนวัน) เสี่ยง ไม่เสี่ยง (เดือนปี)

ประวัติการเสพติด ไม่มี มี ระบุ (ชนิด/ปริมาณ)

ประวัติประจำเดือน (ในหญิงอายุ 11-60 ปี) ไม่มี หยุดประจำเดือน ประจำเดือนครั้งสุดท้าย

ประวัติการได้รับวัคซีนบาดทะยัก ไม่เคย เคย ครึ่งสุดท้ายเมื่อ

ประวัติพันธุกรรม (เด็กอายุ 0-14 ปี)

*ในกรณีที่มีประวัติไม่ได้ให้ข้อเป็น NA ผู้ประเมิน RN

ข้อมูลการรักษาของแพทย์

Chief complain
Present illness
Past History

Physical examination

HEENT Normal Abnormal
Heart Normal Abnormal
Lung Normal Abnormal
Abdomen Normal Abnormal
Extremities Normal Abnormal
Neurology Normal Abnormal
Other Normal Abnormal


Diagnosis

แพทย์ผู้รักษา

*Medication/Treatment ต่อหน้าหน้า

Time	T ($^{\circ}\text{C}$)	PR /min	RR /min	BP mmHg	O ₂ Sat.	Medication/Treatment	Sign name	Problem/Implementation: Nursing Monitors & Evaluate/Sign
หน้าที 2								
เอกสารแนบส่งที่ปรึกษาแพทย์ <input type="radio"/> แพทย์บรรพช. <input type="radio"/> ไม่ Refer <input type="radio"/> OPD Card <input type="radio"/> Film X-ray <input type="radio"/> อื่นๆ								
คำแนะนำก่อนการจำหน่ายผู้ป่วย <input type="radio"/> คำแนะนำบรรพช.ให้ไว้กับ <input type="radio"/> ผู้ป่วย <input type="radio"/> ญาติ <input type="radio"/> อื่นๆ ระบุ								
คำแนะนำ <input type="radio"/> การติดตามการรักษา <input type="radio"/> การเตรียมญาติ <input type="radio"/> การดูแลเมื่อกลับบ้าน <input type="radio"/> การฉีดวัคซีน <input type="radio"/> การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องนำส่งรพ.								
<input type="radio"/> การแนะนำ อาหาร <input type="radio"/> การออกกำลังกาย <input type="radio"/> การควบคุมอาหาร <input type="radio"/> การให้ยาและอาการข้างเคียง								
<input type="radio"/> อื่นๆ ระบุ								
เอกสารที่ส่งญาติ <input type="radio"/> ใบนัด <input type="radio"/> ใบรับรองแพทย์ <input type="radio"/> ใบส่งตัว <input type="radio"/> อื่นๆ ระบุ								
การประเมินการรับรู้ <input type="radio"/> ผู้ป่วย/ญาติเข้าใจ <input type="radio"/> ผู้ป่วย/ญาติไม่เข้าใจ การแก้ไข								
การจำหน่าย <input type="radio"/> กลับบ้าน <input type="radio"/> Admit ward <input type="radio"/> ส่งตรวจต่อที่แผนก								
<input type="radio"/> Refer รพ. ผู้ติดต่อ <input type="radio"/> หนัก <input type="radio"/> ปฏิเสธการรักษา <input type="radio"/> เสียชีวิต								
จำหน่ายโดย <input type="radio"/> รพชน <input type="radio"/> รพช. <input type="radio"/> เติบโตในเรือนจำ								
V/S เมื่อจำหน่าย BP /mmHg PR /min RR /min O ₂ Sat. % คะแนนความเสี่ยง (NRS/VAS)								
ผู้ป่วยออกจาก รพ เวลา น. ผู้บันทึก RN								

ภาพที่ 3 แบบบันทึกการรักษาผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

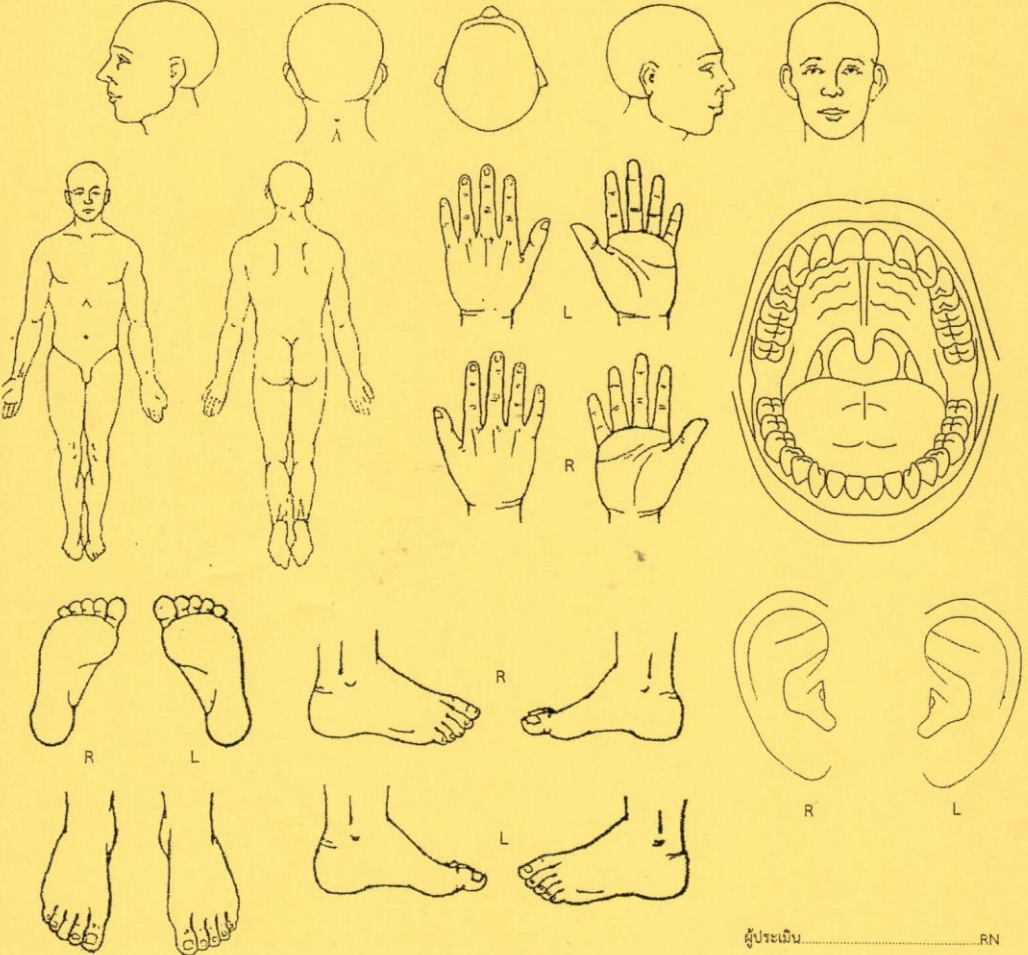

ใบบันทึกการบาดเจ็บ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

ER- 01 - 02

วันที่มาโรงพยาบาล..... เวลา..... น. แผนก..... อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน.....
 ชื่อ-นามสกุล..... อายุ..... ปี HN.....

วันที่เกิดเหตุ..... เวลา..... น. สถานที่เกิดเหตุ..... ผู้นำส่ง.....

สาเหตุของการบาดเจ็บ	1. เหตุจากการจราจร	สถานะ <input type="radio"/> ผู้ขับขี่ <input type="radio"/> ผู้โดยสาร <input type="radio"/> ผู้เดินเท้า <input type="radio"/> อื่นๆ	พาหนะที่ใช้ <input type="radio"/> รถจักรยานยนต์ <input type="radio"/> รถเก๋ง <input type="radio"/> รถกระบะ <input type="radio"/> รถตู้	ลักษณะอุบัติเหตุ
	เหตุการณ์เสี่ยง	<input type="radio"/> รถบรรทุก <input type="radio"/> รถบัส <input type="radio"/> รถจักรยาน	<input type="radio"/> รถตู้	<input type="radio"/> พาหนะที่ชนหรือชนกับ..... <input type="radio"/> ล้ม คร่า ตก ล้ม จมเอง <input type="radio"/> อื่นๆ ระบุ.....
		- แอลกอฮอล์ <input type="radio"/> คืม <input type="radio"/> ไม่คืม - หมวกนิรภัย <input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่	- เข็มชนิดนิรภัย	<input type="radio"/> คัด <input type="radio"/> ไม่คัด
	2. เหตุอื่นๆ	<input type="radio"/> พลัดตก/หกล้ม <input type="radio"/> พังจากพิษ/สัตว์ <input type="radio"/> ตกน้ำ/จมน้ำ <input type="radio"/> อุบัติเหตุจากการทำงาน <input type="radio"/> ล้มใส่ความร้อน/ไฟไหม้ <input type="radio"/> ล้มใส่สารเคมี <input type="radio"/> ทำร้ายตนเอง <input type="radio"/> ถูกทำร้ายร่างกาย <input type="radio"/> แรงกลของสัตว์/คน..... <input type="radio"/> อื่นๆ.....		



ผู้ประเมิน..... RN.....

ภาพที่ 4 ใบบันทึกการบาดเจ็บ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

<p>ท่าน / ญาติ เป็นผู้ป่วยระดับที่ 1 กลุ่มสีน้ำเงิน ลำดับที่.....</p> <p>ซึ่งเป็นผู้ป่วยช่วยฟื้นคืนชีพ จะได้รับการตรวจ ดูแลรักษา <u>ในทันที</u></p> <p>(หากมีข้อสงสัย หรืออาการเปลี่ยนแปลง สามารถสอบถามพยาบาลจุดคัดกรองได้)</p>
<p>ท่าน / ญาติ เป็นผู้ป่วยระดับที่ 2 กลุ่มสีแดง ลำดับที่.....</p> <p>ซึ่งเป็นผู้ป่วยวิกฤต จะได้รับการดูแลรักษา <u>ภายใน 4 นาที</u></p> <p>(หากมีข้อสงสัย หรืออาการเปลี่ยนแปลง สามารถสอบถามพยาบาลจุดคัดกรองได้)</p>
<p>ท่าน / ญาติ เป็นผู้ป่วยระดับที่ 3 กลุ่มสีเหลือง ลำดับที่.....</p> <p>ซึ่งเป็นผู้ป่วยเร่งด่วน จะได้รับการดูแลรักษา <u>ภายใน 15 นาที</u></p> <p>(หากมีข้อสงสัย หรืออาการเปลี่ยนแปลง สามารถสอบถามพยาบาลจุดคัดกรองได้)</p>
<p>ท่าน / ญาติ เป็นผู้ป่วยระดับที่ 4 สีเขียว ลำดับที่.....</p> <p>ซึ่งเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินแต่ไม่เร่งด่วน สามารถรอได้นาน <u>มากกว่า 1 ชั่วโมง</u></p> <p>เพื่อให้ผู้ป่วยรายอื่นๆที่มีอาการหนักกว่าได้รับการตรวจก่อน</p> <p>(หากมีข้อสงสัย หรืออาการเปลี่ยนแปลง สามารถสอบถามพยาบาลจุดคัดกรองได้)</p>
<p>ท่าน / ญาติ เป็นผู้ป่วยระดับที่ 5 กลุ่มสีขาว ลำดับที่.....</p> <p>ซึ่งเป็นผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน สามารถรอได้นาน <u>มากกว่า 3 ชั่วโมง</u></p> <p>เพื่อให้ผู้ป่วยรายอื่นๆที่มีอาการหนักกว่าได้รับการตรวจก่อน</p> <p>(หากมีข้อสงสัย หรืออาการเปลี่ยนแปลง สามารถสอบถามพยาบาลจุดคัดกรองได้)</p>

ภาพที่ 5 ไบแยะระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยสำหรับแจกผู้ป่วย

หน้าที่ 1

ACLS ศิริกิติภรณ์ชื่อผู้ป่วย
PCT ER : 01/2563

แบบบันทึกการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยชั้นสูง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

แผนก..... วันที่ทำการ CPR..... เวลา..... น. นาที..... ก.

Initial Assessment		ลักษณะ EKG ที่สำคัญ
Type (ประเภท)	<input type="radio"/> Trauma <input type="radio"/> Non-trauma	ASYSTOLE
Event (เหตุการณ์)	<input type="radio"/> Witnessed (มีผู้เห็นเหตุการณ์) <input type="radio"/> Unwitnessed (ไม่มีผู้เห็นเหตุการณ์)	Pulseless Electrical Activity (PEA)
Access (การเข้าถึง)	<input type="radio"/> มาเอง <input type="radio"/> EMS <input type="radio"/> Refer <input type="radio"/> IHCA <input type="radio"/> Asystole <input type="radio"/> PEA	Ventricular Fibrillation (VF)
Initial EKG	<input type="radio"/> VF <input type="radio"/> Pulseless VT <input type="radio"/> Bradycardia rate...../min <input type="radio"/> Tachycardia rate...../min <input type="radio"/> Other.....	Coarse VF Fine VF Coarse VF
Procedure		
Chest compression เริ่มเวลา.....น. สิ้นสุดเวลา.....น. รวมระยะเวลา..... นาที		Polymorphic Ventricular Tachycardia (PVT)
Intubation เวลา.....น. <input type="radio"/> ETT No..... Mark..... Inflate cuff ml		Ventricular Tachycardia (VT)
<input type="radio"/> IV access เวลา.....น. Initial IV.....		
สาเหตุ (Cause)		การส่งตรวจ (Investigation)
<input type="radio"/> Hypothermia <input type="radio"/> Tension pneumothorax <input type="radio"/> Hypoxia <input type="radio"/> Tamponade (cardiac) <input type="radio"/> H ⁺ (Metabolic acidosis) <input type="radio"/> Thromboembolism (massive PE) <input type="radio"/> Hypovolemia <input type="radio"/> Thrombosis (Acute MI) <input type="radio"/> Hypoglycemia <input type="radio"/> Trauma <input type="radio"/> Hypo/hyperkalemia <input type="radio"/> Toxin ชนิด.....		Blood Chemistry <input type="radio"/> DTXmg% <input type="radio"/> CBC/Hct..... <input type="radio"/> BUN/Cr..... <input type="radio"/> Electrolyte <input type="radio"/> Ca <input type="radio"/> Mg <input type="radio"/> Blood gas Adjuncts to primary survey <input type="radio"/> CXR ผล..... <input type="radio"/> Pelvis ผล..... <input type="radio"/> FAST ผล..... <input type="radio"/> EFAST ผล..... Blood component <input type="radio"/> Uncross match.....unit <input type="radio"/> PRC.....unit <input type="radio"/> FFP.....unit <input type="radio"/> Plt. Conc.....unit
ต่อกันหลัง		

หน้าที่ 2

เวลา	V/S				EKG		MEDS					IVF/blood		หมายเหตุ					
	T	P	RR	BP	O ₂ sat	type	Defibrillator (J)	Cardioversion (J)	Adrenaline (1:1000) (mg)	Adrenaline (1:1000) (µg)	Atropine (mg)	10% Calcium IV (ml)	50% glucose IV (ml)	50% MgSO ₄ IV (ml)	Amiodarone IV (mg)	Type	Rate (ml/hr)	BWkg	
Summary (สรุป)										<input type="radio"/> ROSC <input type="radio"/> Death at ER diagnosis <input type="radio"/> Death at ward diagnosis									

ศิริกิติภรณ์ชื่อผู้ป่วย
 PCT ER : 01/2563

ลงชื่อผู้บันทึก..... (RN)

ภาพที่ 6 แบบบันทึกการช่วยฟื้นคืนชีพในกรณีความรุนแรงระดับ 1

แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อผู้ป่วย.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
วันที่.....เวลา.....การวินิจฉัย.....แพทย์.....
เวลาที่เริ่มให้การดูแลผู้ป่วย.....สิ้นสุดการดูแลที่ ER.....รวมเวลาทำการ.....นาที
อวกาศ.....

1. แพทย์..... 2. พยาบาลหัวหน้าเวร.....
3. พยาบาล RN 2..... 4. พยาบาล RN 3.....
5. พยาบาล RN 4..... 6. ผู้ช่วยเหลือคนใช้ NA 1.....
7. ผู้ช่วยเหลือคนใช้ NA 2..... 8. ผู้ช่วยเหลือคนใช้ NA 3.....
9. ผู้ช่วยเหลือคนใช้ NA 4.....

เวลา	Vital signs				ยา/สารน้ำ/หัตถการ/Defibrillation	อาการ/อาการแสดง/EKG
	BP	PR	RR	SpO ₂		

สรุปผลการดูแลผู้ป่วย : อาการ.....
BP..... mmHg, PR..... / min, RR..... / min ช้ายผู้ป่วยไป.....
ผู้รายงาน..... พยาบาลประจำการ

Emergency / ER paper

ภาพที่ 7 แบบบันทึกการเจ็บป่วย ที่ศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา



ท.ร. 4/1 ตอนที่ 2

หนังสือรับรองการตาย

รหัสนิติสถานพยาบาล.....
 สถานพยาบาลที่ออกหนังสือรับรอง.....
 ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
 ที่..... / วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1 ผู้ ตาย	1.1 ชื่อตัว - ชื่อสกุล	1.2 เลขประจำตัวประชาชน	1.3 เพศ
	1.4 อายุ ปี 1.5 สัญชาติ	1.6 อาชีพ	1.7 สถานภาพสมรส
	1.8 ที่อยู่	1.9 ศาสนา	
2 รายการ ตาย	2.1 ตาย วันที่ เวลา น.	2.2 ผู้รักษาก่อนตาย	
	2.3 โรคที่เป็นสาเหตุการตาย (เขียนเป็นภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่ (CAPITAL LETTER))		ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเป็นโรคนจนกระทั่ง เสียชีวิต
	a)		
	b)		
	c)		
	d)		
2.4 โรคหรือภาวะอื่นที่เป็นเหตุหนุน.....			
2.5 โรคหรือภาวะที่ให้เจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎรคัดลอกลงในช่อง "สาเหตุการตาย" ในมรณบัตร (ให้เขียนเพียงโรคหรือภาวะเดียวเท่านั้นโดยเขียนเป็นภาษาไทย).....			
2.6 หากผู้เสียชีวิตเป็นสตรี <input type="checkbox"/> ไม่ตั้งครรภ์ <input type="checkbox"/> กำลังตั้งครรภ์..... สัปดาห์ ขณะเสียชีวิต <input type="checkbox"/> เพิ่งสิ้นสุดการตั้งครรภ์ไม่เกิน 6 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ			
3 สถานที่ ตาย	3.1 ชื่อสถานที่ ที่อยู่		3.2 พักอยู่สถานที่ตายนาน ปี เดือน วัน
	4.1 ชื่อตัว - ชื่อสกุลมารดา	4.2 สัญชาติ	4.3 เลขประจำตัวประชาชน
4 บิดาของ ผู้ตาย	4.4 ชื่อตัว - ชื่อสกุลบิดา	4.5 สัญชาติ	4.6 เลขประจำตัวประชาชน
	5.1 ชื่อตัว - ชื่อสกุล		เลขประจำตัวประชาชน
5 ผู้รับรอง การตาย	5.2 เป็น <input type="checkbox"/> แพทย์แผนปัจจุบัน <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระบุ.....		
	<p>หมายเหตุ: สาเหตุการตายที่ระบุในหนังสือรับรองการตายฉบับนี้ ระบุไว้ตามกฎเกณฑ์บัญชี ขอบรับรองว่ารายงานข้างต้นถูกต้อง จำแนกโรคระหว่างประเทศ เพื่อรวบรวมข้อมูลทะเบียนราษฎร, ทำสถิติการตาย ของประเทศ และใช้ในด้านารวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขเท่านั้น ลงชื่อ จึงอาจแตกต่างจากใบรับรองทางกฎหมายชนิดอื่น (เช่น ใบชันสูตรพลิกศพ) ได้ ()</p>		

ภาพที่ 8 หนังสือรายงานการตาย

ปีเต็ม	ถ้า < 1 ปี	ถ้า < 24 ชม.
	เดือน	วัน
	ชม	นาที

1. สูบบุหรี่มานาน.....ปี 2. หยุดสูบบุหรี่.....ปี.....เดือน 3. ไม่เคยสูบบุหรี่เลย

5.2 เคยไปรักษาที่โรงพยาบาลหรือไม่ ไม่เคย
 เคย โรงพยาบาล..... HN..... AN.....
 โรงพยาบาล..... HN..... AN.....

5.3 ข้อมูลประวัติการรักษาในโรงพยาบาล

5.4 ข้อมูลไม่เพียงพอ จะต้องค้นประวัติเพิ่มเติมจาก
 รพ..... จังหวัด.....
 รพ..... จังหวัด.....

6. กรณีเป็นหญิงอายุ 15 – 49 ปี
 1. ตั้งครรภ์หลังคลอดภายใน 42 วัน 2. ไม่ได้ตั้งครรภ์/คลอด 3. ไม่ทราบ

7. โรคที่เป็นสาเหตุการตาย (เขียนเป็นภาษาอังกฤษ ตัวพิมพ์ใหญ่ CAPITAL LETTER) ห้ามใช้คำย่อ

ชื่อโรค..... ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเป็นโรคจนกระทั่งเสียชีวิต.....

a)..... (due to).....
 b)..... (due to).....
 c)..... (due to).....
 d)..... (due to).....

7.1 โรคหรือภาวะอื่นที่เป็นเหตุหนุน.....

8. คำรับรองของผู้ให้ข้อมูลการตาย
 ข้าพเจ้าขอรับรองว่าคำให้การของข้าพเจ้าเป็นความจริงทุกประการ
 ความเกี่ยวข้องกับผู้ตาย.....

ลงชื่อ.....
 (.....)
 ผู้ให้ข้อมูล
 วันที่.....

Update: Du.2559

ภาพที่ 9 แบบรายงานการตาย

BUH-PCT Surg-CPG-001

คำแนะนำสำหรับผู้ที่มีสมองบาดเจ็บ
วิธีดูแลและสังเกตอาการที่บ้าน

แพทย์ได้ทำการตรวจผู้ป่วยแล้ว มีความเห็นว่า สมองบาดเจ็บในขณะนี้ ยังไม่มีอาการที่บ่งบอกความรุนแรงในระดับที่จะต้องรับไว้ในโรงพยาบาล จึงแนะนำให้ผู้ป่วยพักรักษาตัวที่บ้าน โดยให้งดการออกกำลังกายทุกชนิดและควรหลีกเลี่ยงการขับชี่ยานพาหนะอย่างน้อย 24 ชั่วโมง รับประทานอาหารอ่อน และดื่มน้ำสุราและยาที่ทำให้ง่วงซึมทุกชนิด

ถ้ามีอาการปวดศีรษะเล็กน้อยในระหว่างนี้ ให้รับประทานยาแก้ปวดตามที่แพทย์สั่ง ควรมีผู้ดูแลที่สามารถสังเกตอาการและเข้าใจวิธีปฏิบัติเพื่อคอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดอย่างน้อย 24 ชม. และควรปลุกผู้ป่วยทุก 2-4 ชั่วโมงภายใน 24 ชม.แรก เพื่อประเมินความรู้สึกตัวของผู้ป่วยว่าลดลงหรือไม่

อย่างไรก็ตามถ้าผู้ป่วยมีอาการตามข้อใดข้อหนึ่งที่บ่งบอกไว้ดังต่อไปนี้ ขอให้รีบกลับมาพบแพทย์โดยทันที เพื่อรับการตรวจซ้ำอีกครั้งหนึ่ง

- ซึมลงกว่าเดิม ปลุกไม่ตื่น หรือ หมดสติ
- กระสับกระส่าย การพูดหรือพฤติกรรมผิดปกติ
- ชักกระตุก
- แขนขาอ่อนแรงลง
- มีไข้
- อาเจียน
- อาการปวดศีรษะที่รับประทานยาแก้ปวดแล้วไม่ทุเลา
- มีน้ำใสหรือน้ำใสปนเลือด ออกจากหู จมูก หรือลงคอ (ไม่ควรสั่งน้ำมูก)
- ปวดท้ายทอย
- เวียนศีรษะ ตาพร่า หรือเห็นภาพซ้อน
- อาการผิดปกติอื่น ๆ ที่น่าสงสัย

ลงนาม.....

(.....)

ผู้ให้คำแนะนำ

วันที่.....เวลา.....

ลงนาม.....

(.....)

ผู้ป่วย/ผู้ปกครอง

วันที่.....เวลา.....

ลงนาม.....


(.....)

ผู้ดูแล/ญาติ/พยานที่เกี่ยวข้องเป็น.....

วันที่.....เวลา.....

Update 25 มกราคม 2561

ภาพที่ 10 ใบสังเกตอาการทางสมอง


 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา
 Mild TBI, No ICH: Adult Traumatic Brain Injury Order page 1/1 (ver.28112019)


Weight.....Kg.

Date & Time	Order for One day	Date & Time	Continuous Order
	- Admit <input type="checkbox"/> ward <input type="checkbox"/> ICU - ผลอ่าน CT brain มีเลือดออกในกะโหลกศีรษะ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes: ให้ใช้ TBI with ICH order - CT C-spine <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes - Record V/S every 1 hour Keep SBPmmHg, HRbpm, RR...../minute. O2sat.....% - Lab: <input type="checkbox"/> CBC <input type="checkbox"/> BUN, Cr <input type="checkbox"/> Electrolytes <input type="checkbox"/> PT, PTT, INR <input type="checkbox"/> U/A - Film: <input type="checkbox"/> AP-CXR <input type="checkbox"/> AP-Pelvis <input type="checkbox"/> Other..... - IV fluid: - Total rate IV fluids =ml/hr (maintenance +deficit)		- Diet <input type="checkbox"/> NPO <input type="checkbox"/> NPO เว้นยา <input type="checkbox"/> Other..... - Activity <input type="checkbox"/> Bed rest <input type="checkbox"/> Other..... - Transfer <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Log roll - Position <input type="checkbox"/> Head up 30° <input type="checkbox"/> Other..... - Cervical collar <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes - Notify แพทย์เมื่อ - GCS drop \geq 2 - Asymmetry pupil - Motor power decrease - Seizure - Seizure Prophylaxis <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Dilantinmg in NSS 100 ml IV drip in 30 minutes then Dilantinmg in NSS 50 ml IV drip in 30 minutes everyhours <input type="checkbox"/> Levetiracetammg in NSS 50 ml IV drip in 15 minutes then Levetiracetammg in NSS 50 ml IV drip in 15 minutes everyhours <input type="checkbox"/> Other..... - Stress ulcer prophylaxis: - Pain control: - Other

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี.....เดือน.....วัน หอผู้ป่วย.....หน้าที่.....

การวินิจฉัยโรค.....HN.....AN.....สิทธิการรักษา.....

ภาพที่ 11 ใบ Standing order head injury สำหรับ Admit ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ



โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา
แบบประเมินทางระบบประสาท (Neurological sign)

D-02-02

MEDICAL SERVICE CENTER BURAPHA UNIVERSITY		เวลา	วันที่	หมายเหตุ
C	การลืมตา (E)	ลืมตาตัวเอง	4	C = ตาบวมปิด (สังเกตหนังตาบน)
		ลืมตาเมื่อเรียก	3	
		ลืมตาเมื่อเจ็บ	2	
		ไม่ลืมตาเลย	1	
M	การสื่อภาษาที่ดี (V)	พูดคุยได้ไม่สับสน	5	T = ใส่ท่อช่วยหายใจ, หรือเจาะคอ
		พูดคุยได้แต่สับสน	4	
		ออกเสียงได้เป็นคำ	3	
		ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด	2	
S		ไม่ออกเสียงเลย	1	การบันทึกผลการตรวจให้บันทึกผลของการตรวจแขนขาที่ตอบสนองได้ดีที่สุด
		ทำตามคำสั่ง	6	
C	การเคลื่อนไหวที่ที่สุด (M)	ทำตามคำสั่ง	6	
		ทราบตำแหน่งที่เจ็บ	5	
		ชักแขนขาหนี	4	
		แขนมี ab. Flex	3	
L		แขนมี ab. Ext	2	
		ไม่เคลื่อนไหวเลย	1	
Coma Score		รวม	15	
Vital sign	อัตราชีพจร และ ความดันโลหิต	1	240	อุณหภูมิ °C
		2	230	40
		3	220	39
		4	210	38
		5	200	37
		6	190	36
		7	180	35
		8	170	34
Pupil Scale (m.m)		1	240	33
		2	230	32
		3	220	31
		4	210	30
		5	200	29
		6	190	28
		7	180	27
		8	170	26
UPILS	ขวา	ขนาด		S = มีปฏิกิริยาน้อย + = มีปฏิกิริยาดี - = ไม่มีปฏิกิริยา C = ตาบวมปิด
	ซ้าย	ขนาด		
POWER	กำลังปกติ	อ่อนแรงเล็กน้อย		บันทึกปฏิกิริยาของ R & L แยกกันในกรณีที่มีปฏิกิริยาของทั้งสองข้างไม่เท่ากัน ใช้สัญลักษณ์ R หรือ L ระบุจุดหักใช้สัญลักษณ์ F
		อ่อนแรงมาก		
		ab.flexion		
		ab.extension		
MOTOR	ไม่มีกการเคลื่อนไหว	กำลังปกติ		
		อ่อนแรงเล็กน้อย		
		อ่อนแรงมาก		
		ab.extension		
		ไม่มีกการเคลื่อนไหว		

Temp. = $\frac{\text{สีน้ำเงิน}}$
Pulse = $\frac{\text{สีแดง}}$
RR = $\frac{\text{สีน้ำเงิน}}$
B.P = $\frac{\text{สีน้ำเงิน}}$
ลากเส้นปะ
ค่าทุกอย่าง
อยู่กึ่งกลางเส้น
ของช่อง

update มิย.2559
Ward.....

ภาพที่ 12 ใบ Record neurosign สำหรับ Standing order head injury

แบบสำหรับส่งตัวผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อ

เลขที่ใบส่งตัว 13766-1-65000910 วันที่ 14 มิถุนายน 2565 ส่งจุดบริการ ER
เลขที่ใบส่งตัว HIS 558/65 เลขที่บัตรประชาชน [REDACTED] โทรศัพท์
จาก มหาวิทยาลัยบูรพา, โรงพยาบาล อิง ชลบุรี, โรงพยาบาล
พร้อมหนังสือนี้ ขอส่งผู้ป่วยชื่อ [REDACTED] เพศ ชาย อายุ 054-03-25 ปี
อยู่บ้านเลขที่ 59/33 หมู่ 4 ตำบล เสม็ด อำเภอ เมืองชลบุรี จังหวัด ชลบุรี

1. ข้อมูลการแพทย์
3. ประวัติการป่วยปัจจุบัน
10 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล ถูกตีพบผู้ป่วยตกจากหลังคานบ้าน 3 เมตร ศีรษะกระแทกเสาปูน สลบ ไม่รู้สึกตัว, A – stridor, can't talk, on hard collar -> On ETT no. 7.5, depth 25, B – normal equal breath sound, SpO2 หลัง on ETT 95 -100 %, C – BP 150/100 mmHg HR 64 bpm, D – E1VTMI, E – contusion wound left head 5 x 5 cm, laceration wound 2 cm, No spine stepping, PR no sphincter tone, , CXR – not seen pneumothorax, Pelvis x ray – not seen fracture, FAST at 19.30 u. – negative, Ct brain non contrast with C-spine – multiple ICH, Left SDH, SAH with midline shift 0.9 cm,

Vital signs :E1 VTMI Pupil ขว:- Pupil ซ้าย:- T:36.5 C PR:64 /min RR:26 /min BP:150/100mmHg SpO2:- %

4. ผลการตรวจชั้นสูงทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ
5. การวินิจฉัยโรคขั้นต้น severe traumatic brain injury
6. การรักษาที่ให้ไว้แล้ว
- CXR, pelvis x ray, - CT brain NC with C-spine, - FAST negative, - on ETT 7.5 depth 25 cm, - NSS IV rate 100 ml/hr, mannitol 250 mg IV drip in 30 min, transamine 1 g IV stat then 1 g + NSS 500 mL IV rate 60 ml/hr, - dilantin 1000 mg IV in 1 hr then 100 mg IV q 8 hrs, - consult neuroSx ให้ refer รักษาต่อตามสิทธิ์ได้
Memo เพิ่มเติม: dopamine (2.5) iv rate 10 ml/hr
cefazolin 1 g iv stat
กร 0.5 ml ๗ ๖๖๖๖๖

7. สาเหตุที่ส่ง มีศักยภาพ รักษาต่อตามสิทธิ์
8. สิทธิการรักษา (30P)ชำระเงินเอง
9. รายละเอียดอื่นๆ ชื่อบิดา ชื่อมารดา

สามารถใช้สิทธิ์
เรียกเก็บเงินไปที่
วันหมดอายุ OPD 12 กันยายน 2565
วันหมดอายุ IPD

ลงชื่อ [REDACTED]
()
14 มิถุนายน 2565

ภาพที่ 13 แบบสำหรับส่งตัวผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อ(ใบ refer)

สปลช. ชื่อ: หนา

สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามุกดาหาร

ตรวจสอบสิทธิ

เลขบัตรประจำตัวประชาชน
 ชื่อ - นามสกุล
 Smart Card
 Generic EMV S

วันที่ตรวจสอบเข้ารับบริการ เลขบัตรประจำตัวประชาชน

เลขประจำตัวประชาชน

ชื่อ - นามสกุล

เพศ เดือนปีเกิด

สถานะบุคคล วัน เดือน ปี ที่ออกบัตร

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน วัน เดือน ปี ที่บัตรหมดอายุ

ข้อมูลตรวจสอบสิทธิ ณ วันที่ จังหวัดคามภูมิลำเนา

ข้อมูลสิทธิ ณ ปัจจุบัน **ประวัติการเปลี่ยนหน่วยบริการ** **ประวัติการขอเลขอนุมัติการรักษา**

จังหวัดที่ลงทะเบียนรักษา

สิทธิที่ใช้เบิก

สิทธิย่อย

รหัสบัตรประกันสุขภาพ

วันเริ่มใช้สิทธิ

วันหมดสิทธิย่อย

หน่วยบริการปฐมภูมิ

หน่วยบริการรับส่งต่อ

Model

จำนวนครั้งที่เปลี่ยนหน่วยบริการประจำ

หน่วยบริการประจำ

ภาพที่ 14 ใบเช็คสิทธิการรักษาของผู้ป่วย

ภาคผนวก ข
ข้อบังคับสภาการพยาบาล

ข้อบังคับสภาการพยาบาล

ว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๖๓
(ด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน)

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เพื่อให้ครอบคลุมการประกอบวิชาชีพการพยาบาล ในส่วนที่เกี่ยวข้องด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๒ (๓) (ข) แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. ๒๕๒๘ ประกอบกับมติคณะกรรมการสภาการพยาบาลโดยความเห็นชอบของสภานายกพิเศษ ตามมาตรา ๒๖ แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. ๒๕๒๘ จึงออกข้อบังคับไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ข้อบังคับนี้เรียกว่า “ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๖๓ (ด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน)”

ข้อ ๒ ข้อบังคับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในข้อบังคับนี้

“ผู้ป่วยฉุกเฉิน” หมายความว่า ผู้ป่วย ซึ่งได้รับการบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นภัยอันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการ และการบำบัดรักษาอย่างทันที่ เพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้น

“ปฏิบัติการฉุกเฉิน” หมายความว่า การปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน นับแต่การรับรู้ถึงภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินจนถึงการดำเนินการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการบำบัดรักษาให้พ้นภาวะฉุกเฉิน รวมถึงการประเมินการจัดการ การประสานงาน การควบคุม ดูแล การติดต่อสื่อสาร การลำเลียงหรือขนส่ง การตรวจวินิจฉัย และการบำบัดรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน ทั้งในและนอกสถานพยาบาล

ข้อ ๔ ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ชั้นหนึ่ง หรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินที่สภาการพยาบาลให้การรับรอง และได้ขึ้นทะเบียนเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินกับสภาการพยาบาล ให้กระทำการรักษาโรคเบื้องต้นได้ ดังนี้

๔.๑ การประเมินผู้ป่วยฉุกเฉิน โดย

๔.๑.๑ การตรวจวัดชีพจร การหายใจ อุณหภูมิกาย และแรงดันเลือด

๔.๑.๒ การวัดความอิ่มออกซิเจนของเลือด (Pulse oximetry) และ

ค่าคาร์บอนไดออกไซด์ทางลมหายใจออก (end-tidal CO₂)

- ๔.๑.๓ การตรวจ เฝ้ารอวัง ติดตามระดับกลูโคสในเลือด (Blood glucose monitoring)
- ๔.๑.๔ การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG interpretation) จากเครื่องเฝ้าสังเกต (monitor) และแผ่นรายงานคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ๑๒ แกน (12 lead EKG)
- ๔.๑.๕ การเก็บตัวอย่างเลือดเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- ๔.๑.๖ การตรวจวิเคราะห์ชีวเคมีในเลือด (Blood Chemistry Analysis) ด้วยเครื่องตรวจ ณ จุดดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน (Point of Care Testing : POCT) ในรายการสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน
- ๔.๒ การจัดการทางหายใจและการหายใจ โดย
- ๔.๒.๑ การเปิดทางหายใจด้วยวิธี Sellick's Maneuver, Head-tilt/Chin-lift, jaw-thrust, maneuver และ Modified chin lift
- ๔.๒.๒ การสอดใส่อุปกรณ์พุงทางหายใจในคอหอยส่วนปาก (Oropharyngeal airway) หรือการสอดใส่อุปกรณ์พุงทางเดินหายใจในคอหอยทางหลอดจมูก (Nasopharyngeal airway)
- ๔.๒.๓ การใช้แรงดันอุปกรณ์แรงดันบวกช่วยการหายใจ เช่น หน้ากากครอบจมูกและปากพร้อมถุงบีบลม (Bag Valve Mask: BVM)
- ๔.๒.๔ การดูดและขจัดสิ่งแปลกปลอมออกจากทางหายใจส่วนบน (Upper airway Suctioning)
- ๔.๒.๕ การบำบัดด้วยออกซิเจนผ่านหลอดจมูก (Nasal Cannula) และหน้ากากกันลมหายใจย้อน (Non-rebreathing Face Mask)
- ๔.๒.๖ การสอดใส่อุปกรณ์พุงทางหายใจที่มุ่งให้เข้าไปในคอหอยส่วนปากหรือคอหอยส่วนจมูก (Oral and Nasal airways) รวมทั้งการใช้ Humidifiers, Partial Rebreathers และ Venturi Mask
- ๔.๒.๗ การสอดใส่อุปกรณ์พุงทางหายใจที่ไม่มุ่งให้เข้าไปในท่อนลมหรือหลอดลม เช่น Esophageal-tracheal Multi-lumen airways, Laryngeal Mask airways
- ๔.๒.๘ การดูแลและประเมินท่อนลมและหลอดลมของผู้ป่วยฉุกเฉินที่ใส่หลอดคาในท่อนลมไว้แล้ว
- ๔.๒.๙ การสอดใส่หลอดคาในท่อนลมทางจมูกและปาก (Nasal and Endotracheal intubation) รวมทั้งการวัดคาร์บอนไดออกไซด์ผ่านหลอดคาในท่อนลม (ETCO₂/Capnography)
- ๔.๒.๑๐ การช่วยหายใจด้วยเครื่องเป่าความดันลมเพื่อเปิดขยายทางหายใจ (BiPAP/CPAP, PEEP)
- ๔.๒.๑๑ การเจาะลดแรงดันในโพรงเยื่อหุ้มปอดด้วยเข็ม (Decompress the Pleural Space/Needle Chest Decompression)

- ๔.๒.๑๒ การเฝ้าดูแลผู้ป่วยที่ใส่หลอดระบายทรวงอก (Chest Tube Monitoring)
- ๔.๓ การดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน โดย
- ๔.๓.๑ การปฏิบัติการกู้ชีพขั้นสูง (Advanced Cardiac/Trauma Life Support)
- ๔.๓.๒ การกู้ชีพด้วยเครื่องมือเชิงกล (Mechanical CPR)
- ๔.๓.๓ การฟื้นคืนคลื่นไฟฟ้าหัวใจด้วยกระแสไฟฟ้าภายนอกร่างกายแบบอัตโนมัติ (Automatic External Defibrillator)
- ๔.๓.๔ การแปรผันคลื่นไฟฟ้าหัวใจด้วยกระแสไฟฟ้า (Cardioversion)
- ๔.๓.๕ การแปรผันคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบไม่อัตโนมัติ (Manual Defibrillation)
- ๔.๓.๖ การคุมจังหวะหัวใจผ่านผิวหนัง (Transcutaneous Pacing)
- ๔.๓.๗ การช่วยคลอดแทรกซ้อน (Assisted Complicated Delivery)
- ๔.๓.๘ การลดแรงดันในกระเพาะอาหาร (Gastric Decompression) ด้วยการสอดใส่หลอดสวนจมูก ปาก หรือกระเพาะอาหาร (Nasogastric/Orogastric Tube)
- ๔.๓.๙ การขจัดสิ่งแปลกปลอมอุดกั้นทางหายใจด้วยการส่องกล้องเสียงโดยตรง (Airway Obstruction Removal by Direct Laryngoscopy)
- ๔.๔ การปฏิบัติการกู้ชีพขั้นสูงในผู้ป่วยบาดเจ็บ ซึ่งได้แก่
- ๔.๔.๑ การชะล้างตาฉุกเฉินด้วยการใช้ Morgan Lens
- ๔.๔.๒ การห้ามเลือด (Hemorrhage Control) โดยการใช้แรงกดโดยตรง (Direct Pressure) การใช้สายรัดห้ามเลือด (Tourniquet)
- ๔.๔.๓ การตามกระดูกสันหลังส่วนคอที่สงสัยว่าได้รับบาดเจ็บ (Manual Cervical) การตามกระดูกแขนขา (Manual Extremity Stabilization) การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ตกอยู่ในภาวะอันตราย (Emergency Moves for Endangered Patients) การตรึงสันหลัง (Spinal Immobilization) เช่น การตรึงสันหลังท่านั่ง (Seated Spinal Immobilization) การใช้แผ่นตรึงสันหลังชนิดยาว (Long Spinal Board) การใช้ปลอกพยุงคอ (Cervical Collar) การใช้เฝือกหรือเครื่องมือตามแขนขา (Extremity Splinting) เช่น เฝือกดึงกระดูก (Traction Splinting) การใช้ PASG/MAST การยึดยั้งหรือผูกมัดผู้ป่วยเชิงกล (Mechanical Patient Restraint)
- ๔.๔.๔ การช่วยพ้นอันตรายอย่างฉับไว (Rapid Extrication)
- ๔.๕ การเฝ้าดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีสายสวนเข้าหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Central Line Monitoring)
- ๔.๖ การเจาะเข้าและสวนหลอดเลือดในโพรงกระดูก (Intraosseous Cannulation) เพื่อให้สารน้ำหรือสารละลายที่ไว้ทางโพรงกระดูก
- ๔.๗ การเจาะเข้าหลอดเลือดคาหรือทางเข้าออกที่ปลูกฝังไว้ในหลอดเลือดดำส่วนกลาง เพื่อให้สารน้ำ หรือยาที่กำหนดให้โดยแพทย์

หน้า ๕๔

เล่ม ๑๓๗ ตอนพิเศษ ๒๐๐ ง

ราชกิจจานุเบกษา

๑ กันยายน ๒๕๖๓

๔.๘ การเจาะเข้าหลอดเลือดดำ เพื่อให้เลือดหรือส่วนประกอบของเลือด ตามแผนการรักษาโรคของแพทย์

ข้อ ๕ ส่งต่อผู้ป่วยไปรับการบำบัดรักษาจากผู้ประกอบวิชาชีพอื่น เมื่อปรากฏตรวจพบ หรือเห็นอาการไม่บรรเทา อาการรุนแรงเพิ่มขึ้น มีโรคหรือภาวะแทรกซ้อน หรือมีเหตุอันควรอื่น ๆ เกี่ยวกับการบำบัดรักษา เช่น เครื่องมืออุปกรณ์ การบำบัดรักษาหรือเวชภัณฑ์ เป็นต้น

๕.๑ แบ่งระดับผู้ป่วยตามความเร่งด่วนของการส่งต่อ

๕.๒ เตรียมการประสานงานสถานพยาบาลปลายทางเพื่อการรับผู้ป่วยรักษา

๕.๓ มีการเตรียมความพร้อม ประเมิน และจัดการผู้ป่วยฉุกเฉินให้อยู่ในสภาวะปลอดภัยสูงสุดก่อนการส่งต่อ

๕.๔ ปฏิบัติการบำบัดรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน ทั้งด้านการบริหารยา และเทคโนโลยี เพื่อการช่วยชีวิตระหว่างการส่งต่อ และจัดการภาวะฉุกเฉิน

๕.๕ ส่งมอบผู้ป่วยให้กับสถานพยาบาลปลายทาง

๕.๖ การบันทึกในการส่งต่อ

ข้อ ๖ การคัดแยกระดับความรุนแรงผู้ป่วย การรายงานเพื่อการจัดทีม และ/หรือพาหนะ ที่เหมาะสมในการรับส่งผู้ป่วย และประสานสถานพยาบาลที่เหมาะสมในการรับผู้ป่วยเข้าบำบัดรักษา ประสานความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การสอนวิธีการการช่วยชีวิตเบื้องต้นทางโทรศัพท์

ข้อ ๗ เขียนบันทึกรายงานเกี่ยวกับประวัติของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ อาการ การเจ็บป่วย การวินิจฉัยปัญหาฉุกเฉินและการรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน หรือการให้บริการตามความเป็นจริง และต้องเก็บบันทึกรายงานไว้เป็นหลักฐาน

ประกาศ ณ วันที่ ๒๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

รองศาสตราจารย์ทัศนีย์ บุญทอง

นายกสภาการพยาบาล

