

บทบาทพยาบาลกับการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ

Nurses' Role in Caring for Person with Accident at the Scene

มัตติกา ใจจันทร์¹, ชัชวาล วงศ์สารี² และวรุณศิริ ปราณีธรรม²
Mattika Chaichan¹, Chutchavarn Wongsaree² and Warunsiri Praneetham²

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย

¹Faculty of Nursing, Eastern Asia University

²วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

²College of Nursing and Health, Suansunandha Ratchabhat University

บทคัดย่อ

การบาดเจ็บฉุกเฉินเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขอันดับ 1 ใน 3 ของประเทศไทย ความรุนแรงจากการเกิดอุบัติเหตุทำให้ประชาชนเสียชีวิตและพิการจำนวนมาก ปัจจุบันระบบการช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุฉุกเฉินมีความก้าวหน้ามากขึ้น มีการพัฒนาทีมเคลื่อนที่เร็วในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุ ซึ่งมีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าทีม พยาบาลเป็นบุคลากรสำคัญที่มีความรู้และทักษะเฉพาะในการประเมินผู้บาดเจ็บ การดูแลรักษาขั้นต้นและจัดการนำส่งผู้บาดเจ็บให้ได้รับการรักษาต่อเนื่องได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ลดอัตราการเสียชีวิต ลดการเกิดความพิการและลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาของระบบสุขภาพได้ ดังนั้นบทบาทพยาบาลกับการดูแลผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ จึงมีความสำคัญมาก ผู้นิพนธ์อธิบายบทบาทของพยาบาลในการผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุไว้ 4 บทบาท ดังนี้ (1) การรับแจ้งเหตุฉุกเฉินที่ศูนย์สั่งการ 1669 (2) การประเมินและดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (3) การช่วยกู้ชีพผู้ประสบอุบัติเหตุที่หัวใจหยุดเต้น ณ จุดประสบฉุกเฉิน (4) การเคลื่อนย้ายและการจัดการทางการพยาบาลขณะนำส่งผู้บาดเจ็บเพื่อการดูแลรักษาต่อเนื่อง เพื่อใช้เป็นองค์ความรู้ให้พยาบาลที่เกี่ยวข้องได้นำไปประยุกต์ใช้ตามความเหมาะสมกับบริบทการปฏิบัติงานต่อไป

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาล, การดูแล ณ จุดเกิดเหตุ, อุบัติเหตุฉุกเฉิน

Abstract

Accidents are a crucial problem of Public Health and are ranked as the 1st level out of three levels in Thailand. Every year, the severity from accidents have caused many deaths and disabilities. Recently, the emergency response system has become more advanced. Thus, there has been the development of quick response teams in assisting the injured patient at the accident scene, with professional nurses as the team leaders. The nurses have knowledge and specific skills that can evaluate the injured with first aid and effectively continue to deliver treatment for injured accident victims until they arrive at the hospital. This reduces the loss of lives and disabilities proportionately and therefore reduces the high costs of care in the health care system. The author will explain that professional nurses have four (4) roles to play when joining in care of emergency accident victims

at the scene of the accident as follows: (1) Emergency notification at the Command Center 1669. (2) Assessment and care for accident victims at the accident scenes. (3) Resuscitation for accident victims that have experienced cardiac arrest at the scene of emergency accidents. and (4) The nursing management (ambulatory care) while delivering the injured for continual treatment from the scene to the hospital. This body of knowledge should be learned so that nurses can apply it appropriately and continuously in an operational context.

Keywords: roles of nurse, caring patient at the scene, emergency accident



บทนำ

ผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน หมายถึง บุคคลที่เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่ไม่ได้คาดคิดไว้ล่วงหน้าและภายหลังเกิดเหตุการณ์บุคคลได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งเป็นภัยอันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญจำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการ และการบำบัดรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยนั้น (World Health Organization, 2004) ตัวอย่างของการเกิดอุบัติเหตุ เช่น รถชน รถตกเหว ระเบิด แก๊สรั่ว ภูวัตถุ ชนงานตัด บาด เหนือ ทิ่ม แหว่งร่างกาย ภูวัตถุ กัดทับ ถูกของแหลมใส กระเด็นใส สิ้นลัม สิ่งของพังทลาย หล่นทับ ถูกหนีบ ถูกตึง ถูกเฉี่ยว สัมผัสกับความร้อนจัด ถูกสารเคมี และไฟฟ้าดูด เป็นต้น

ปัจจุบันการบาดเจ็บฉุกเฉินเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่สำคัญอันดับ 1 ใน 3 ของประเทศไทยทุกปี

แม้แนวโน้มการเกิดอุบัติเหตุลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังพบการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บฉุกเฉินอยู่ในระดับสูงจากรายงานสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนปี 2015 ขององค์การอนามัยโลก ระบุว่าประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนอยู่ในอันดับ 2 ของโลก ซึ่งมีจำนวนผู้เสียชีวิต ประมาณ 24,237 คน/ปี หลังจากนั้นแม้ว่าการจัดการเชิงระบบจะดีขึ้น แต่ยังพบข้อมูลการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจากศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุเพื่อความปลอดภัยบนถนน ที่ระบุว่าผู้บาดเจ็บเสียชีวิตจากอุบัติเหตุมากกว่าปีละ 10,000 คน และยังพบว่าผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุมากกว่าปีละหนึ่งแสนคน ซึ่งผู้บาดเจ็บมากกว่าร้อยละ 70 จะหลงเหลือความพิการอันเป็นผลด้านลบที่กระทบต่อเศรษฐกิจ สังคมและการสาธารณสุขในระยะสั้นและระยะยาวของประเทศไทยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ข้อมูลปัจจุบันของประเทศไทยพบว่าในช่วง 7 เดือนแรกของปี 2561 พบจำนวนผู้เสียชีวิตแล้ว 8,824 คน จำนวนผู้บาดเจ็บ 533,091 คน ตามตาราง 1

ตาราง 1

สถิติผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต 10 จังหวัดที่มีความถี่อุบัติเหตุสูงสุดในช่วง 7 เดือนของ พ.ศ. 2561

ลำดับ	จังหวัด	เสียชีวิต (ราย)	บาดเจ็บ (ราย)	รวมทั้งหมด (ราย)
1	กรุงเทพมหานคร	487	51,584	52,071
2	นครราชสีมา	329	23,364	23,693
3	ชลบุรี	293	28,374	28,667
4	เชียงใหม่	228	22,461	22,689
5	ระยอง	219	12,126	12,345

ตาราง 1

สถิติผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต 10 จังหวัดที่มีความถี่อุบัติเหตุสูงสุดในช่วง 7 เดือนของ พ.ศ. 2561 (ต่อ)

ลำดับ	จังหวัด	เสียชีวิต (ราย)	บาดเจ็บ (ราย)	รวมทั้งหมด (ราย)
6	นครศรีธรรมราช	215	12,110	12,325
7	ปทุมธานี	206	10,164	10,370
8	สุราษฎร์ธานี	198	14,054	14,252
9	อุบลราชธานี	194	13,532	13,726
10	อุดรธานี	187	11,554	11,741
รวม 10 จังหวัด		2,556	199,323	201,879
รวม 77 จังหวัด		8,824	533,091	541,915

*สรุปข้อมูลจริงระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2561 ถึง 12 กรกฎาคม 2561

ที่มา จาก *Statistic of injuries and deaths all provinces*, โดย Thai Road Safety Collaboration, 2018, สืบค้นจาก <http://www.thairsc.com>

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิต ร้อยละ 7 ของผู้ประสบอุบัติเหตุถูกฉีดยาเป็นเหตุตั้งครุฑ และพบว่าหญิงตั้งครุฑครั้งหนึ่งที่เกิดอุบัติเหตุมักเสียชีวิต ทั้งแม่และลูกในครรภ์ (Wongsaree & Phuksuknithiwat, 2016) โดยพบข้อมูลการเสียชีวิตของหญิงตั้งครุฑที่เกิด อุบัติเหตุฉุกเฉินในปี 2550 , 2551 และ 2552 เท่ากับ 185, 257 และ 269 คนตามลำดับ ซึ่งพบว่าจำนวนหญิง ตั้งครุฑเสียชีวิตจากอุบัติเหตุสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ส่วนใหญ่พบในพื้นที่กรุงเทพมหานคร 25-37 (Department of Health, 2009) สำหรับบุคคลทั่วไปนั้น ผลจากการบาดเจ็บก่อให้เกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและอาจเพิ่มจำนวน คนพิการเพิ่มมากขึ้นในสังคมไทย เห็นได้จากข้อมูลประมวล ผลจากฐานข้อมูลทะเบียนกลางคนพิการ ณ วันที่ 31 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2561 พบจำนวนคนพิการจากทุกสาเหตุใน ประเทศไทยทั้งสิ้นจำนวน 1,835,275 คน แบ่งเป็นเพศชาย จำนวน 962,314 คน เพศหญิงจำนวน 872,961 คน โดย มีความชุกสูงสุดในพื้นที่กรุงเทพมหานคร (Department of Empowerment of Persons with Disabilities, 2018) โดยการเพิ่มขึ้นของผู้พิการดังกล่าวมีสาเหตุมาจากการบาดเจ็บฉุกเฉิน จำนวนมากกว่า 5,000 คน/ปี และ ทุกๆวันจะมีจำนวนครอบครัว 42 ครอบครัวที่ต้องสูญเสีย

สมาชิก และมีอีก 15 ครอบครัวต้องรับภาระเลี้ยงดูผู้พิการ จากอุบัติเหตุทางถนน ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจภายใน ประเทศรวมกว่า 2 แสนล้านบาทต่อปี (Thitisak, 2017)

การดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินจึงถูกจัดเป็นวาระ แห่งชาติของประเทศไทยและทุกรัฐบาลมีความพยายาม จะป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุขึ้น และหากเกิดเหตุขึ้นแล้ว ต้องให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสมเร่งด่วนเพื่อลดอัตราการตายและความพิการให้มากที่สุด ในปี พ.ศ. 2551 รัฐบาลจึงจัดให้มีองค์กรหลักที่รับผิดชอบด้านอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน คือ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ซึ่งจัดตั้งขึ้น ตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 และ พระราชบัญญัติฉบับนี้กำหนดให้มีหน่วยงาน ผู้ประกอบ วิชาชีพ และเครื่องมือ เวชภัณฑ์การแพทย์ฉุกเฉิน รวมถึง นโยบายต่างๆ เพื่อจัดการด้านอุบัติเหตุฉุกเฉินของ ประเทศไทยให้มีความชัดเจนขึ้น พยาบาลวิชาชีพเป็น บุคลากรที่สำคัญในทีมสุขภาพ ซึ่งส่วนใหญ่จะรับบทบาท เป็นหัวหน้าทีมควบคุมกระบวนการในการดูแลผู้ป่วย อุบัติเหตุฉุกเฉินตามส่วนงานที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมายกำหนด อาทิ ศูนย์สั่งการ 1669 หน่วยเคลื่อนที่เร็วเพื่อช่วยเหลือ ผู้ประสบเหตุ ณ ที่เกิดเหตุ เป็นต้น ซึ่งพยาบาลวิชาชีพเหล่านี้ อาจเป็นพยาบาลที่มีความชำนาญเดิมในการให้บริการใน

ห้องฉุกเฉินที่ได้รับการอบรมเพิ่มเติมด้านการกู้ชีพ ณ จุดเกิดเหตุหรืออาจเป็นพยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางสาขาพยาบาลเวชศาสตร์ฉุกเฉินและพยาบาลกู้ชีพ ข้อมูลของปี 2556 พบว่ามีพยาบาลเวชศาสตร์ฉุกเฉินและพยาบาลกู้ชีพรวมมีจำนวน 18,728 คน (National Institute of Emergency Medicine, 2013) โดยทั่วไปพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาจะปฏิบัติงานได้ตามกรอบสมรรถนะที่สภาการพยาบาลกำหนดซึ่งเป็นตามบทบาท 5 มิติ (Wongsaree & Pongboriboon, 2014) ได้แก่ การป้องกันสุขภาพ การช่วยแพทย์ในการรักษาโรค การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพและการรักษาโรคขั้นต้น

อย่างไรก็ดีการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินเป็นความท้าทายระดับชาติ เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บ ผู้เสียชีวิต ผู้พิการและผลกระทบต่างๆ การเคลื่อนที่เร็วของบุคลากรทางการแพทย์เข้าช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ ด้วยวิธีที่เหมาะสมตามมาตรฐานจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิต และลดจำนวนคนพิการลงได้ พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าทีมและเป็นผู้ปฏิบัติการกู้ชีพในเวลาเดียวกัน ผู้มีพันธกิจอธิบายบทบาทพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ เพื่อให้พยาบาลได้นำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ทันเวลา และจัดการสถานการณ์ให้ผู้ป่วยบาดเจ็บเกิดความปลอดภัยมากที่สุด

บทบาทพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ

ลักษณะการดูแลทางด้านงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุที่เกี่ยวข้องกับพยาบาลนั้นเริ่มต้นขึ้นเมื่อรับโทรศัพท์และตอบคำถามของระบบสายด่วนฉุกเฉิน เพราะการบาดเจ็บเล็กน้อยไม่อันตรายบางชนิดไม่จำเป็นต้องใช้หน่วยเคลื่อนที่ เพียงแค่พยาบาลซักประวัติให้ชัดเจนผ่านโทรศัพท์ รับฟังโดยการจับประเด็น สรุปประเด็นให้ตรงกับผู้รับบริการแจ้งเหตุและแนะนำวิธีการดูแลตนเองเบื้องต้นและการติดตามอาการตนเองต่อเนื่อง พร้อมทั้งแนะแหล่งประโยชน์ให้ผู้รับบริการได้เลือกใช้บริการต่อไป

แต่หากการประเมินจากการซักถามข้อมูลผ่านโทรศัพท์นั้นทราบแน่ชัดว่ามีความรุนแรงเกิดขึ้นกับผู้ประสบเหตุแน่นอน พยาบาลและทีมต้องเคลื่อนที่เร็วต้องไปยังจุดเกิดเหตุเพื่อให้การช่วยเหลือโดยเร็วที่สุด เนื้อหาต่อไปนี้จะเป็นการอธิบายตามหลักวิชาการพร้อมสอดแทรกประสบการณ์ของผู้เขียนตามบทบาทพยาบาล ดังนี้

1. การรับแจ้งเหตุฉุกเฉินที่ศูนย์สั่งการ 1669 (Integrate Emergency Medical Service--IEMS) การรับแจ้งเหตุฉุกเฉินเป็นส่วนงานแยกเพื่อตอบสนองภารกิจหลักของศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งโรงพยาบาลรัฐบาลทุกแห่งจะศูนย์สั่งการ ซึ่งทำหน้าที่รับแจ้งเรื่องที่เป็นเหตุฉุกเฉินผ่านหมายเลข 1669 หลังจากรับแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือแล้ว ศูนย์นี้จะสั่งการทีมเคลื่อนที่เร็วเพื่อเข้าให้การช่วยเหลือผู้ประสบเหตุ ซึ่งบางโรงพยาบาลจะจัดการแบบเบ็ดเสร็จซึ่งมีความพร้อมทั้งอุปกรณ์ ยานพาหนะ และบุคลากร แต่บางโรงพยาบาลศูนย์สั่งการ 1669 จะทำงานร่วมกับแผนกฉุกเฉินในการใช้อุปกรณ์ ยานพาหนะ และบุคลากรร่วมกัน การปฏิบัติงานของหน่วยงานนี้ต้องอาศัยบุคลากรที่มีความรู้และทักษะในการสนทนาแบบล้วงลึกข้อมูลจากผู้รับบริการเฉพาะจุดสูง เพราะข้อมูลที่ได้ต้องแม่นยำ เพียงพอต่อการวิเคราะห์ตัดสินใจสั่งการต่อด้วยเวลาที่เร่งด่วน ซึ่งศูนย์สั่งการ 1669 บางแห่งมีโทรศัพท์มากกว่า 20 คู่สายการทำงานต้องเกิดขึ้นต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง พยาบาลที่ปฏิบัติงานในศูนย์สั่งการต้องมีความเชี่ยวชาญในการคัดกรองและตัดสินใจอย่างครอบคลุมภายใต้ข้อมูลที่มีและสามารถประสานงานกับทีมงานด้วยวาจาที่เป็นกัลยาณมิตร เพราะปัจจุบันในศูนย์สั่งการส่วนใหญ่พยาบาลมักจะได้รับบทบาทเป็นหัวหน้าศูนย์ หรือเป็นหัวหน้าเวรซึ่งมีอำนาจในการตัดสินใจที่จะใช้ทรัพยากรของหน่วยงานหรือเรียกใช้ทีมให้ถูกต้องกับเหตุการณ์ซึ่งทีมจะประกอบด้วย แพทย์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (Emergency Physician--EP) นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (paramedic) พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (Emergency Nurse Practitioner--ENP) ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานหลัก แต่บ่อยครั้งที่พยาบาลต้องออกหน่วยเคลื่อนที่ร่วมกับนักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ คนเปเลและคนขับรถ พยาบาลจึงจำเป็นต้องใช้ความรู้ความสามารถที่สูงขึ้นในการสั่งการทีม

การทำงานของพยาบาลจะเริ่มจากการรับแจ้งเหตุทางโทรศัพท์ในศูนย์สั่งการ 1669 การส่งการทีมประสานงานกับทีมเคลื่อนที่เร็วขณะออกปฏิบัติการการร่วมออกปฏิบัติการ การประสานกับผู้แจ้งเหตุ การสอนช่วยฟื้นคืนชีพผ่านโทรศัพท์ให้แก่ประชาชนขณะรอทีมเคลื่อนที่เร็วไปถึง และการประสานกับแพทย์หรือทีมอื่นๆตามสถานการณ์ที่เกิดเหตุ จุดเน้นจำของพยาบาลกับการปฏิบัติหน้าที่ในศูนย์สั่งการ มีดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การรับโทรศัพท์ต้องซักถามให้ได้ข้อมูลจำเป็น ไม่ควรใช้เวลาเกิน 5 นาทีในซักถามผู้แจ้งเหตุ โดยต้องได้ข้อมูลจำเป็นตามสังเขปหัวข้อ ดังนี้ (1) ขอบเขตของเหตุที่ต้องรับแจ้งและสั่งการ กล่าวคือ ต้องถามข้อมูลจากผู้แจ้งให้ได้ว่าข้อมูลลักษณะเหตุการณ์ ว่าเกิดอุบัติเหตุอะไร ประเภทใด หรือเป็นผู้บาดเจ็บบาดเจ็บฉุกเฉินในลักษณะใด เช่น คนถูกรถชน รถชนกัน รถคว่ำ คนตกจากที่สูง มีบาดแผลขนาดใหญ่ ลึก มีเลือดออกมาก ห้ามเลือดไม่อยู่ ไฟฟ้าช็อต ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก เป็นต้น (2) สาเหตุเกิดจากอะไรเพื่อจะได้เตรียมทีมงานและอุปกรณ์ที่จะนำไปช่วยเหลือ (3) อาการปัจจุบันของผู้ป่วยเป็นอย่างไร มีใครให้ช่วยเหลือบ้าง พร้อมบอกวิธีการช่วยเหลือขั้นต้นขณะรอเจ้าหน้าที่ EMS เดินทางไปช่วยเหลือ (4) สถานที่เกิดเหตุ จุดเด่นที่อยู่ใกล้ที่เกิดเหตุคือสถานที่ เส้นทางที่เข้าถึงได้สะดวกที่สุดมีกี่เส้นทาง และเส้นทางไหนใช้เวลาน้อยที่สุด (5) เบอร์โทรติดต่อผู้แจ้งเหตุและเน้นให้ผู้แจ้งเหตุเปิดเสียงโทรศัพท์ไว้เพื่อติดต่อประสานกรณีซักถามอาการรวมถึงหากมีปัญหาการเดินทาง (6) อายุ เพศ จำนวนผู้ประสบอุบัติเหตุ ลักษณะปัจจุบันของผู้ประสบเหตุ และ (7) ความรุนแรงและกลไกการเกิดอุบัติเหตุซึ่งมีความจำต่อการเตรียมการช่วยเหลือ เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 2 การตัดสินใจสั่งการ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนย่อย ดังนี้ (1) คัดกรองความเร่งด่วนโดยจำแนกตามรหัสอาการซึ่งจะเป็นไปตามข้อตกลงของแต่ละศูนย์สั่งการและพันธมิตรที่ร่วมทีม (2) ตัดสินใจตามความเร่งด่วน หากวิกฤตหนักต้องประสานทีมฟื้นคืนชีพที่มีความรู้และทักษะเชิงลึกเข้าร่วมทีมเคลื่อนที่เร็ว แต่หากไม่เร่งด่วนมากให้ใช้ทีมฟื้นคืนชีพพื้นฐาน กรณีไม่มีแพทย์ออกหน่วยเคลื่อนที่เร็วแต่พบว่าผู้ป่วยมีอาการหนักมาก

พยาบาลที่ร่วมออกหน่วยต้องโทรประสานแพทย์และให้การดูแลรักษาตามคำสั่งของแพทย์อย่างเหมาะสมและทันเวลา

ขั้นตอนที่ 3 ติดตามอาการผู้ป่วยและทีมเคลื่อนที่เร็ว โดยประสานงานกับทีมเคลื่อนที่เร็ว เพื่อติดตามอาการของผู้ป่วยจากทีมเคลื่อนที่เร็วอย่างต่อเนื่อง โดยลงบันทึกไว้เป็นหลักฐานการปฏิบัติงานของศูนย์

2. การประเมินและดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ณ ที่เกิดเหตุ เมื่อทีม EMS ถึงเป้าหมายและพบผู้ประสบเหตุฉุกเฉิน พยาบาลต้องเป็นผู้นำทีมในการประเมินสภาพผู้ที่ประสบอุบัติเหตุฉุกเฉินซึ่งเป็นบทบาทอิสระและกึ่งอิสระ ซึ่งปฏิบัติตามแนวทางการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บขั้นสูง (Advanced Trauma Life Support--ATLS) (Glen, Constanti & Brohi, 2016; Varga et al, 2016) ดังนี้

2.1 การประเมินผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ณ ที่เกิดเหตุ เป็นการประเมินผู้บาดเจ็บเบื้องต้น ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอนย่อย (Wongsaree & Phuksuknithiwat, 2016) ดังนี้ (1) การประเมินสภาพทั่วไปของผู้บาดเจ็บ (general impression) เป็นการประเมินผู้บาดเจ็บอย่างรวดเร็วโดยใช้วิธีการดู คลำ เคาะ ฟัง เพื่อค้นหาภาวะคุกคามชีวิตที่อาจทำให้ผู้บาดเจ็บเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็วตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า โดยใช้เวลาไม่เกิน 3 นาที (Glen, Constanti & Brohi, 2016) การประเมิน ณ จุดเกิดเหตุ เน้นการค้นหาตำแหน่งที่บาดเจ็บที่คุกคามต่อชีวิต ในขั้นตอนนี้ต้องแยกให้ได้ว่าอาการของผู้ป่วยเกิดจากโรคประจำตัวหรือเกิดจากการบาดเจ็บ (2) การประเมินระดับความรู้สึกตัว (mental status) ณ จุดเกิดเหตุ โดยใช้หลัก AVPU ได้แก่ A (Alert): ความรู้สึกตัวดี พูดคุย ทำตามคำบอกได้, V (Verbal stimuli): การตอบสนองต่อเสียงเรียก เช่น เรียกแล้วตื่นลืมตา หรือหันตามเสียงเรียกได้ เป็นต้น, P (Painful stimuli): การตอบสนองต่อความเจ็บปวด เช่น ชักแขน ขาหนีบ เกร็ง เหยียดหรือถอนแขนขาเมื่อเจ็บ ปัดถูกตำแหน่งที่เจ็บ เป็นต้น และ U (Unresponsive): ไม่รู้สึกตัวหรือไม่ตอบสนอง (3) การประเมินปฐมภูมิ (primary survey) เพื่อค้นหาสัญญาณการคุกคามชีวิตโดยการตอบสนองของผู้บาดเจ็บ ซึ่งประเมินจากอาการที่ปรากฏพร้อมให้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็วตามลำดับ

จาก A-B-C-D-E (Glen, Constanti & Brohi, 2016; Varga et al, 2016) ดังนี้

A (Airway/cervical spine control): การประเมินทางเดินหายใจ หากพบอาการบาดเจ็บที่ศีรษะหรือการบาดเจ็บบริเวณคอ ทรวงอก รวมถึงในผู้บาดเจ็บที่หมดสติ ซึ่งผู้บาดเจ็บกลุ่มนี้อาจมีการแตกหักของกระดูกสันหลังซึ่งส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บไขสันหลังตามมา ต้องใส่เฝือกตามคอชนิดแข็ง (hard collar) ทันทีและต้องใส่แบบถูกวิธี เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของประสาทไขสันหลังเพิ่มขึ้น หลังจากนั้นให้เคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บด้วย long spinal board โดยใช้ความระมัดระวังในการเคลื่อนย้าย



ภาพ 1 เฝือกตามคอชนิดแข็ง (hard collar)



ภาพ 2 การใส่เฝือกตามคอชนิดแข็ง



ภาพ 3 การเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บด้วย Long spinal board

B (Breathing and ventilation): การประเมินรูปแบบการหายใจทั้งอัตรา จังหวะ กรณีที่พบว่ามีการหายใจหอบหรือปลายมือปลายเท้าเขียว หายใจเอื้องหรือหยุดหายใจ ต้องโทรรายงานแพทย์และให้นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจพร้อมทำการช่วยหายใจและให้ออกซิเจนบำบัดทันที กรณีที่ประเมินพบว่าไม่มีเลือดมีลมในช่องเยื่อหุ้มปอดหรือเยื่อหุ้มหัวใจ ก็ต้องรายงานแพทย์อย่างเร่งด่วนโดยให้นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ใส่ท่อระบายทรวงอกและเจาะเลือดออกจากเยื่อหุ้มหัวใจตามแผนการรักษา พร้อมร่วมกันดูแลผู้บาดเจ็บต่อเนื่องตามอาการและจัดการความปวด

C (Circulation and hemorrhagic control): การประเมินชีพจรตามตำแหน่งต่างๆ เช่น ข้อมือ หลังเท้า ข้อศอก คอ ขาหนีบ เป็นต้น เพื่อเป็นการทำนายระดับความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ หากคลำไม่พบชีพจรแสดงให้เห็นว่าปริมาณเลือดที่ไหลเวียนไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญของร่างกายจะลดลงจนไม่เพียงพอ ทำให้อวัยวะต่างๆเสียหายที่การทำงานตามมาได้ ทีม EMS ต้องรีบช่วยฟื้นคืนชีพพยาบาลต้องโทรรายงานแพทย์ในการช่วยเพิ่มความดันโลหิตด้วยการใช้ยา Vasopressor agents เช่น epinephrine, vasopressin และ dopamine ช่วยให้อวัยวะระยะวิกฤตชีวิตจนมั่นใจว่าการทำงานของหัวใจกลับคืนมา และสามารถนำเลือดไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญ เช่น สมอง หัวใจ ไต เป็นต้น พยาบาลร่วมกับแพทย์ประเมินหาสาเหตุ

และให้การแก้ไขตามหลัก 5T6H ดังนี้ 5T ได้แก่ Toxins, Tamponade, Tension pneumothorax, Trauma, Thrombosis และ 6H ได้แก่ Hypovolemia, Hypoxia, Hydrogen ion, Hypo/ hyperkalemia, Hypoglycemia และ Hypothermia เพื่อที่จะสามารถแก้ไขปัญหาของผู้บาดเจ็บได้ตรงสาเหตุ ในขั้นตอนนี้หากมีตำแหน่งของเลือดออกพยาบาลต้องช่วยห้ามเลือดอย่างเร่งด่วน ก่อนปฏิบัติการช่วยเหลืออื่น

D (Disability): การประเมินการตอบสนองของระบบประสาท ในระยะแรกจะตรวจเพียงความรู้สึก และรูม่านตาเท่านั้นโดยใช้หลัก AVPU และให้ประเมินด้วย Glasgow coma scale อย่างละเอียดเมื่ออาการของผู้บาดเจ็บคงที่

E (Exposure / environmental control): การประเมินหาจุดบาดเจ็บ ผิดรูปหรือจุดเลือดออกที่อยู่นอกร่มผ้า ซึ่งทีม EMS ต้องเปิดเสื้อผาผู้บาดเจ็บเพื่อค้นหา โดยอาจต้องพลิกตะแคงตัวผู้บาดเจ็บเพื่อค้นหาการบาดเจ็บ

ด้านหลัง โดยใช้ “Log roll maneuver” ทั้งนี้ต้องจัดการสิ่งแวดล้อมรอบข้างให้ปลอดภัยด้วย

2.2 การคัดแยกผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ณ ที่เกิดเหตุ ส่วนใหญ่ใช้กับอุบัติเหตุหมู่ (Mass Casualty Incident --MCI) คือ ภัยหรือเหตุการณ์ที่มีผู้บาดเจ็บเป็นจำนวนมากจนต้องระดมกำลังความช่วยเหลือจากทุกแผนกในโรงพยาบาล โดยอาจจำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่นๆทั้งในและนอกจังหวัด แต่เบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุจำเป็นต้องมีการคัดแยกเพื่อให้การช่วยเหลือตามอาการที่เร่งด่วนเป็นหลักในการคัดแยก ปัจจุบันใช้ Field Triage เป็นเครื่องมือในการคัดกรองและแยกประเภทของผู้ป่วยตามระดับการบาดเจ็บเพื่อการช่วยเหลือเร่งด่วน (Sasser et al, 2012) โดยการประเมินในพื้นที่เกิดเหตุ และผู้ได้รับบาดเจ็บจำนวนมากใช้สี 4 สี เป็นสัญลักษณ์ในการคัดแยก ซึ่งอาจเป็นป้ายสีผูกที่ข้อมือหรือปักธงสีให้เห็นเขตโซนที่ชัดเจนก็ได้ อธิบายตามตาราง 2 (Nakamura et al., 2012)

ตาราง 2

การใช้ Field Triage แยกผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุฉุกเฉิน ณ ที่เกิดเหตุ

สี	ความหมาย	ลักษณะการบาดเจ็บ
สีแดง	บาดเจ็บรุนแรง ต้องการความช่วยเหลือแบบฉุกเฉินทันที หากช่วยเหลือไม่ทันเวลาผู้บาดเจ็บอาจเสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ	ช็อก หัวใจหยุดเต้น ทางเดินหายใจอุดตัน กระดูกซี่โครงหัก เส้นเลือดฉีกขาดสูญเสียเลือดมากกว่า 1 ลิตร มีเลือด-ลมในช่องเยื่อหุ้มปอด มีเลือดในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ มีอาการหายใจหอบ (มากกว่า 30 ครั้ง) ปลายมือปลายเท้าเขียว เด็กจมน้ำ แผลไหม้ 20-60%, Capillary refill > 2 วินาที ไม่รู้สึกตัว
		จุดเน้นจำสีแดง: ลักษณะการบาดเจ็บมักจะเกี่ยวข้องกับ การขาดออกซิเจนเสมอ
สีเหลือง	บาดเจ็บปานกลาง อาการค่อนข้างหนัก ช่วยเหลือต้องการความช่วยเหลือแบบเร่งด่วน รอได้ไม่เกิน 30 นาที	มักเป็นเป็นภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บตามระบบ แต่ผู้บาดเจ็บจะไม่ขาดออกซิเจน ตัวอย่างได้แก่ กระดูกหักแบบเปิด ลมชักที่เพิ่งดีขึ้น แผลไหม้ระดับ 1 ประมาณ 25% ระดับ 2 ตั้งแต่ 15-30% ระดับ 3 ตั้งแต่ 2-10% ซึ่งไม่รวมใบหน้า ลำคอ ทรวงอก ปลายมือ ปลายเท้าและอวัยวะเพศ บาดเจ็บที่ศีรษะแต่ผู้บาดเจ็บรู้สึกตัวดี

ตาราง 2

การใช้ Field Triage แยกผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุฉุกเฉิน ณ ที่เกิดเหตุ (ต่อ)

สี	ความหมาย	ลักษณะการบาดเจ็บ
สีเขียว	บาดเจ็บเล็กน้อย ผู้บาดเจ็บช่วยเหลือตนเองได้ รอได้นานกว่า 1 ชั่วโมงหรือสามารถไปสถานพยาบาลได้เอง	แผลลอก ฉีกขาดเพียงเล็กน้อย กระดูกหักแบบปิด Capillary refill < 2 วินาที แผลไหม้ระดับ 1 น้อยกว่า 20% ระดับ 2 น้อยกว่า 15 % ระดับ 3 น้อยกว่า 2% ซึ่งไม่รวมใบหน้า ลำคอ ทรวงอก ปลายมือ ปลายเท้าและอวัยวะเพศ บาดเจ็บที่ศีรษะแต่ผู้บาดเจ็บรู้สึกตัวดี
สีดำ	เสียชีวิต *กรณีนี้ไม่ต้องป้อนแต่ให้ผูกข้อมือด้วยปายสีดำแทน	ผู้บาดเจ็บเสียชีวิตแล้วหรือคาดว่าจะเสียชีวิตแน่นอน เช่น พบรอยกระสุนยิงเข้าที่บริเวณหัวใจมีอาการช็อกชัดเจน กะโหลกศีรษะเปิดมีเนื้อสมองไหลออกมา บาดเจ็บรุนแรงหลายตำแหน่ง เป็นต้น

กรณีอุบัติเหตุหมู่ต้องใช้หลายหน่วยงานมาช่วยดูแลช่วยเหลือผู้บาดเจ็บพยาบาลต้องฟังการสั่งการจากผู้บัญชาการจุดเกิดเหตุ (field commander) เท่านั้น ผู้บัญชาการจุดเกิดเหตุมักเป็นผู้ที่มีอยู่ในพื้นที่เกิดเหตุซึ่งมีความชำนาญและเชี่ยวชาญในภัย/เหตุที่เกิด ส่วนใหญ่มักจะเป็นเจ้าหน้าที่ตำรวจหรือเจ้าหน้าที่ฝ่ายป้องกันภัยทำหน้าที่ในการควบคุม สั่งการ ประสาน การปฏิบัติของทีมต่างๆที่เข้ามาช่วยเหลือ ส่วนผู้สั่งการทางการแพทย์ (medical field commander) คือ หัวหน้าทีมชุดรักษาพยาบาล ทำหน้าที่ในการควบคุม สั่งการ ประสานการปฏิบัติงานของทีมแพทย์ที่เข้ามาช่วยเหลือ ซึ่งพยาบาลก็ต้องรับฟังและปฏิบัติตามเช่นกัน และหากจุดเกิดเหตุไม่สงบ ยังมีอันตรายเกิดขึ้น เช่นเพลิงไหม้ แก๊สรั่ว ผู้ป่วยจิตเวชมีดในมือ เป็นต้น พยาบาลต้องประสานกับหน่วยงานอื่น อาทิ ตำรวจ ดับเพลิง เข้ามาจัดการเหตุให้สงบก่อนจึงเข้าช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ

กรณีที่ผู้ประสบอุบัติเหตุเป็นหญิงตั้งครรภ์ให้การช่วยเหลือตาม “บทบาทพยาบาลกับการจัดการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบอุบัติเหตุฉุกเฉิน” (Wongsaree & Phuksuknithiwat, 2016)

3. การช่วยกู้ชีพผู้ประสบอุบัติเหตุที่หัวใจหยุดเต้น ณ จุดประสบอุบัติเหตุฉุกเฉิน การกู้ชีพในผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุที่หัวใจหยุดเต้นของสมาคมโรคหัวใจแห่งอเมริกา

ล่าสุด (Kleinman et al, 2018) ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพ ดังนี้

ขั้นที่ 1 การเตรียมผู้รับบริการก่อนการช่วยฟื้นคืนชีพ (1) จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย เช่น เคลื่อนย้ายออกจากกลางถนน อย่างรวดเร็วนุ่มนวล และถูกต้องตามหลักการ (2) จัดทำให้ผู้ป่วยนอนตะแคงทับซ้าย ควรให้นอนในท่าตะแคงซ้ายเอียง 15°-30° พร้อมประเมินสภาพ ผู้ป่วยตามหลัก A-B-C-D-E ตามที่อธิบายไว้ในข้างต้นซึ่งจะเป็นขั้นตอนที่ต่อเนื่องกัน (3) จัดให้ผู้ป่วยอยู่บนพื้นแข็ง

ขั้นที่ 2 การลงมือช่วยฟื้นคืนชีพผู้บาดเจ็บ โดยให้ช่วยฟื้นคืนชีพตามหลักการช่วยฟื้นคืนชีพของสมาคมโรคหัวใจแห่งอเมริกากล่าวใน ค.ศ 2017) กำหนด (Atkins et al, 2018) โดยให้เริ่มจากการกดหน้าอก (C) เปิดทางเดินหายใจ (A) และช่วยหายใจ (B) และหากหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบอุบัติเหตุเกิดอาการหัวใจหยุดเต้นที่โรงพยาบาลพยาบาลอาจต้องช่วยช็อกไฟฟ้า (D) ซึ่งในแต่ละขั้นตอนพยาบาลต้องปฏิบัติ ดังนี้

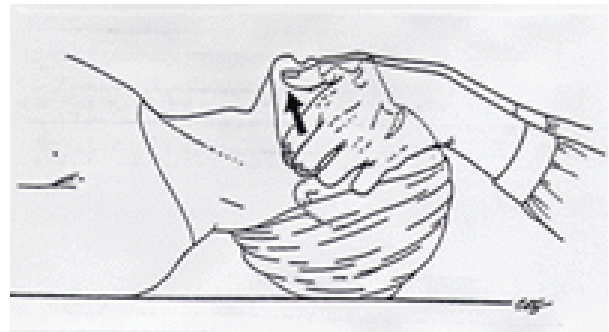
C: Circulation กรณีพบผู้บาดเจ็บหมดสติแต่ไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจให้พยาบาลกดหน้าอก 30 ครั้งสลับกับการช่วยหายใจ 2 ครั้งผ่านออกซิเจนผ่านชุดช่วยหายใจ (resuscitation-masks-sets) ขณะรอนักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์โทรรายงานแพทย์เพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ

(endotracheal intubation) หลังจากช่วยนักปฏิบัติ การฉุกเฉินการแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจแล้วให้กดหน้าอก จำนวน 100-120 ครั้ง/นาที เพิ่มการช่วยหายใจเป็น 10 ครั้ง/นาที ซึ่งใช้ Ambu-bag ปีบออกซิเจนผ่านท่อช่วยหายใจด้วยออกซิเจนความเข้มข้นสูง 100% แนะนำให้ กดหน้าอกตำแหน่งกดหน้าอกให้วางมืออยู่สูงกว่าตำแหน่ง ลิ้นปี่ขึ้นไป 2 นิ้วและประสานนิ้วมือกดลงตำแหน่งกลาง กระดูกหน้าอก ลึกอย่างน้อย 2 นิ้ว (5 เซนติเมตร) แต่ไม่เกิน 2.4 นิ้ว (6 เซนติเมตร) แขนตั้ง ถอนมือขึ้นให้ เลือดไหลเข้าสู่หัวใจก่อนกดลงใหม่แบบเป็นจังหวะต่อเนื่อง โดยบุคลากรในทีม EMS สลับกันกดหน้าอกทุก 5 รอบ และพยาบาลเปิดเส้นเลือดดำด้วยเข็มเบอร์ 18 พร้อมให้ สารน้ำแก่ผู้ป่วยบาดเจ็บ ชนิด 0.9 NSS 100 ml vein Load หากผู้ป่วยบาดเจ็บอยู่ในระยะช็อก และปรับอัตราไหลให้ มากกว่า 200 มิลลิลิตร/ชั่วโมง หากพบว่าเสียเลือดมาก (Glen, Constanti & Brohi, 2016; Varga et al, 2016) พร้อมให้ยากระตุ้นการทำงานของหัวใจตามแพทย์สั่ง ตามมาตรฐานการช่วยฟื้นคืนชีพ

A: Air way โดยการเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง ด้วยวิธี head tilt chin lift หรือถ้าสงสัยว่ามีการหักของ กระดูกสันหลังส่วนคอ เช่น มีแผลที่ศีรษะหรือในรายที่หมดสติให้เปิดทางเดินหายใจด้วยมือด้วยวิธี jaw thrust maneuver ซึ่งจะทำในช่วงแรกก่อนใส่ท่อช่วยหายใจและ ก่อนใส่เฟือกตามคอชนิดแข็ง



ภาพ 4 head tilt chin lift



ภาพ 5 jaw thrust maneuver

B: Breathing คือ การช่วยหายใจ โดยการให้ออกซิเจนผ่านชุดช่วยหายใจ (resuscitation-masks-sets) ซึ่งในการปฏิบัติอาจเป็นชุดออกซิเจนถังเล็กที่เคลื่อนที่ได้เร็ว (mobile oxygen) หรืออาจปีบ ambu bag ที่ต่อกับ resuscitation-masks ก็ได้ หากจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจพยาบาลต้องเตรียมอุปกรณ์และช่วยนักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งตามหลักของการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (Advanced Cardiac Life Support--ACLS) (Varga et al, 2016) ต้องรักษาระดับออกซิเจนในเลือดโดยวัดที่ปลายนิ้วด้วยเครื่อง pulse Oximetry ให้ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 95%



ภาพ 6 ชุดช่วยหายใจ



ภาพ 7 เครื่องวัดระดับออกซิเจนที่ปลายนิ้ว

D: Defibrillation คือ การใช้กระแสไฟฟ้าจากเครื่อง defibrillator ในการช็อกไฟฟ้าเพื่อกู้ชีพผู้ที่หัวใจหยุดเต้นตามแนวปฏิบัติของ ACLS เมื่อพบคลื่นไฟฟ้าหัวใจผู้ป่วยเป็น VF/Pulseless VT, SVT เป็นต้น โดยติดและใช้เครื่องช็อกไฟฟ้าโดยเร็วที่สุด ซึ่งพยาบาลต้องส่งสัญญาณให้ทีมทุกคนถอยห่างจากผู้ป่วยขณะช็อกไฟฟ้า หลังช็อกไฟฟ้าประเมินอาการและทำการกดทรวงอกต่อทันที โดยพยาบาลโทรรายงานแพทย์เกี่ยวกับคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่พบหลังช็อกไฟฟ้า ซึ่งแพทย์อาจสั่งการรักษาด้วยการให้ยา Adrenaline Adenosine และ Amiodarone ซึ่งพยาบาลต้องเป็นคนเตรียมและให้ยาเหล่านี้แก่ผู้ป่วย



ภาพ 8 เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้า

4. การเคลื่อนย้ายและการจัดการทางการพยาบาล ขณะนำส่งผู้ป่วยเพื่อการดูแลรักษาต่อเนื่อง การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเพื่อการรักษาต่อ ในกรณีมีโรงพยาบาลสนาม ต้องได้รับการตรวจประเมิน รักษาพยาบาลเบื้องต้นก่อน จนมั่นใจว่าอาการผู้ป่วยปลอดภัยก่อนทำการเคลื่อนย้ายไปรักษาต่อในโรงพยาบาลที่มีความพร้อมสำหรับการรักษาต่อเนื่อง แต่ในบางกรณีที่จำเป็นต้องนำผู้ป่วยส่งตัวไปรักษาอย่างเร่งด่วน เช่น ผู้ป่วยในโซนสีแดง เป็นต้น การนำส่งผู้ป่วยในปัจจุบันสามารถนำส่งได้ทั้งทางบก ทางน้ำและทางอากาศ พิจารณาตามความเหมาะสมของแต่ละพื้นที่ที่เกิดเหตุ อย่างไรก็ตามการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยพยาบาลต้องประสานงานกับทีมสุขภาพปลายทางที่จะย้ายผู้ป่วยไปทำการรักษา ประสานงานกับญาติ (กรณีที่มีญาติผู้ป่วยในที่เกิดเหตุ) ประสานงานกับทีม EMS ที่จะทำการนำส่งผู้ป่วย กรณีที่สงสัยว่าผู้ป่วยเจ็บน่าจะมีการบาดเจ็บของกระดูกสันหลัง หรือกระดูกเชิงกรานหักแนะนำให้ใช้วิธียกและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงด้วย scoop และ vacuum mattress แทนการใช้ spinal board ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดได้มาก และกรณีกระดูกเชิงกรานหักการใช้ spinal board นั้นต้องมีการรัดผู้ป่วยแน่นในตำแหน่งอึ่งเชิงกรานจะทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บเลือดมากขึ้น (Ellerton et al, 2009)

ผู้ป่วยที่มีอาการหนักหากได้รับการดูแลช่วยเหลือที่ไม่ถูกต้องขณะนำส่งอาจทำให้เสี่ยงต่อการเสียชีวิตหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ การดูแลผู้ป่วยในรถพยาบาลนั้นหรือพาหนะที่ใช้ในการนำส่ง พยาบาลต้องให้การดูแลดังนี้ (1) ประเมินอาการผู้ป่วยจากอาการแสดง อาการ และให้การรักษารักษาขั้นต้นให้สอดคล้องกับอาการที่พบ เช่น ความดันโลหิตต่ำให้ปรับอัตราสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำในอัตราที่เร็วขึ้น ดูแลห้ามเลือดด้วยอุปกรณ์ในรถที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบเคลื่อนที่ต่อเข้ากับท่อช่วยหายใจและตั้งค่าการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น (2) กรณีมีภาวะคุกคามชีวิตผู้ป่วยให้แก้ไขสถานการณ์เฉพาะหน้าอย่างเต็มที่ตามหลักวิชาไปก่อน เช่น การ CPR ในรถพยาบาล เป็นต้น พร้อมต้องโทรประสานงานกับแพทย์ที่หน่วยต้นสังกัดและให้การดูแลรักษาตามคำสั่งแพทย์ (3) ควบคุมสถานการณ์ในรถพยาบาลด้วยการตั้งสติและประคับประคองอารมณ์และจิตใจของ

ผู้บาดเจ็บและญาติอย่างต่อเนื่องด้วยน้ำเสียงอ่อนโยน แสดงถึงความรู้สึกห่วงกังวลควบคู่กับการปฏิบัติการ พยาบาลบรรเทาพยาบาล (4) หากอาการผู้ป่วยวิกฤตเกินกว่าจะประคองต่อให้ถึงสถานพยาบาลเป้าหมาย เช่น CPR ต่อเนื่องยาวนานเกิน 30 นาที หรือมีเลือดออกมากจนผู้บาดเจ็บมีภาวะช็อก วัดความดันโลหิตไม่ได้ หรือต้องใช้ยาอื่นๆที่จำเป็นเร่งด่วนต่อการช่วยชีวิต เป็นต้น พยาบาลควรนำผู้บาดเจ็บส่งโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุดเพื่อแก้ไขภาวะฉุกเฉินก่อน โดยต้องอธิบายแก่ญาติให้ทราบทุกขั้นตอนพร้อมรายงานแก่โรงพยาบาลเป้าหมายเมื่อแก้ไขสถานการณ์วิกฤตได้แล้ว (5) ทุกขั้นตอนที่ปฏิบัติการช่วยเหลือ พยาบาลต้องบันทึกในเอกสารที่เกี่ยวข้องอย่างละเอียด เพื่อใช้เป็นหลักฐานอ้างอิงที่จะใช้เป็นแนวทางตัดสินใจให้เกิดการรักษาที่เหมาะสมต่อไป



ภาพ 9 เครื่องช่วยหายใจแบบเคลื่อนที่

บทสรุป

พยาบาลที่ปฏิบัติงานในทีม EMS ต้องมีความรู้ความสามารถเฉพาะด้าน มีไหวพริบในการจัดการปัญหาเฉพาะหน้า ละเอียดในการเก็บข้อมูลและแม่นยำในความรู้และหลักการในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บในภาวะฉุกเฉิน มีความสามารถในการคัดกรองการบาดเจ็บ วินิจฉัย ให้การรักษาขั้นต้นและสั่งการผู้ร่วมงานได้และประสานงานกับแพทย์กรณีพบการคุกคามชีวิตผู้ป่วยได้ทันเวลาที่ การปฏิบัติงานในหน่วย EMS เป็นสิ่งท้าทายความรู้ความสามารถของพยาบาลยิ่ง พยาบาลที่จะปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพต้องมีความรู้ความสามารถเฉพาะด้าน พยาบาลต้องพัฒนาต่อเนื่องแบบคู่ขนานกับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม



References

- Atkins, D. L., De Caen, A. R., Berger, S., Samson, R. A., Schexnayder, S. M., Joyner Jr, B. L., ... Meaney, P. A. (2018). 2017 American Heart Association focused update on pediatric basic life support and cardiopulmonary resuscitation quality: an update to the American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*, 137(1), e1-e6.
- Department of Health. (2009). *Maternal mortality rates*. Retrieved From <http://healthdata.moph.go.th/mdg/report> (in Thai)
- Department of Empowerment of Persons with Disabilities. (2018). *Processed data from the center for disabled persons database as of 31 March 2018*. Retrieved from https://www.m-society.go.th/download/article/article_201807_03100206.pdf <http://healthdata.moph.go.th/mdg/report> (in Thai)
- Ellerton, J., Tomazin, I., Brugger, H., & Paal, P. (2009). Immobilization and splinting in mountain rescue: Official recommendations of the International Commission for Mountain Emergency Medicine, ICAR MEDCOM, intended for mountain rescue first responders, physicians, and rescue organizations. *High Altitude Medicine & Biology*, 10(4), 337-342.
- Glen, J., Constanti, M., & Brohi, K. (2016). *Assessment and initial management of major trauma: Summary of NICE guidance*. Retrieved from <https://www.bmj.com/content/353/bmj.i3051>
- Kleinman, M. E., Goldberger, Z. D., Rea, T., Swor, R. A., Bobrow, B. J., Brennan, E. E., ... Travers, A. H. (2018). 2017 American Heart Association focused update on adult basic life support and cardiopulmonary resuscitation quality: an update to the American heart association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*, 137(1), e7-e13.
- National Institute of Emergency Medicine. (2013). *Annual report 2013 National Institute of Emergency Medicine*. Nonthaburi: Alimate. (in Thai)
- Nakamura, Y., Daya, M., Bulger, E. M., Schreiber, M., Mackersie, R., Hsia, R. Y., ... Liao, M. (2012). Evaluating age in the field triage of injured persons. *Annals of Emergency Medicine*, 60(3), 335-345.
- Sasser, S. M., Hunt, R. C., Faul, M., Sugerman, D., Pearson, W. S., Dulski, T., ... Cooper, A. (2012). Guidelines for field triage of injured patients: Recommendations of the national expert panel on field triage 2011. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 61(1), 1-20.
- Thai Road Safety Collaboration. (2018). *Statistic of injure and deaths all provinces*. Retrieved from <http://www.thairsc.com>. (in Thai)
- Thitisak, C. (2017). *Thai people die from road accidents of 1.5 thousand people annually*. Retrieved from <https://www.consumerthai.org/busnews/.html> (in Thai)

- Varga, E., Endre, E., Kószó, B., Peto, Z., Ágoston, Z., Gyura, E., ... Süveges, G. (2016). Advanced Trauma Life Support (ATLS) in Hungary; The first 10 years. *Bulletin of Emergency & Trauma*, 4(1), 48-50.
- Wongsaree, C., & Pongboriboon, U. (2014). *Law and ethics in nursing profession and related law*. Bangkok: P N. (in Thai)
- Wongsaree, C., & Phuksuknithiwat, T. (2016). Nurse's role in caring for pregnant women with emergency accident. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 28(1), 1-11. (in Thai)
- World Health Organization. (2004). *World health day: Road safety is no accident!*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr24/en/>

