

แบบรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในประเทศ ในหลักสูตรที่หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด

ตามหนังสืออนุมัติที่ กท ๐๖๐๒/ ๗๔๗๘

ลงวันที่ ๒๙ พ.ค.๒๕๖๖

ซึ่งข้าพเจ้า (ชื่อ-สกุล) นายนิรันดร์

นามสกุล โคตโมลี

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สังกัด งาน/ฝ่าย/โรงเรียน การพยาบาล

กอง โรงพยาบาลกลาง

สำนัก/สำนักงานเขต การแพทย์

ได้รับอนุมัติให้ไป (ฝึกอบรม/ประชุม/ดูงาน/ปฏิบัติการวิจัย) ในประเทศหลักสูตร โครงการ การดูแลผู้ป่วย
ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลสำหรับพยาบาลฉุกเฉินและนักฉุกเฉินการแพทย์ เรื่อง “Ramathibodi prehospital
emergency care for nurse and paramedic รุ่นที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๑๒-๑๗ มิถุนายน ๒๕๖๖ ณ ห้อง
ประชุม ๖๑๑ ชั้น ๖ อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์และโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะ
แพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เบิกค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น ๑๕,๐๐๐ บาท
ขณะนี้ได้เสร็จสิ้นการฝึกอบรมฯ แล้ว จึงขอรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในหัวข้อดังต่อไปนี้

๑. เนื้อหา ความรู้ ทักษะ ที่ได้เรียนรู้จากการอบรมฯ
๒. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน /ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางาน
๓. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการฝึกอบรม / ประชุม / ดูงาน / ปฏิบัติการวิจัยดังกล่าว เช่น เนื้อหา /
ความคุ้มค่า / วิทยากร / การจัดทำหลักสูตร เป็นต้น
(กรุณาแนบเอกสารที่มีเนื้อหาครบถ้วนตามหัวข้อข้างต้น)

ลงชื่อ



ผู้รายงาน

(นายนิรันดร์ โคตโมลี)



รายงานหลังอบรม



One page

รายงานการศึกษา ฝึกรอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ และต่างประเทศ
(ระยะสั้นไม่เกิน ๙๐ วัน และ ระยะยาวตั้งแต่ ๙๐ วันขึ้นไป)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ - นามสกุล นายนิรันต์ โคตโมลี

อายุ ๓๖ ปี การศึกษา ปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล

ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เวชปฏิบัติฉุกเฉิน

๑.๒ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ)

ให้การพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลทั้งผู้ป่วยและผู้บาดเจ็บรวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรักษาต่อ

๑.๓ ชื่อเรื่อง

หลักสูตรโครงการการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลสำหรับพยาบาลฉุกเฉินและนักฉุกเฉินการแพทย์ เรื่อง
“Ramathibodi prehospital emergency care for nurse and paramedic รุ่นที่ ๒

สาขาเพื่อ ศึกษา ฝึกรอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล

ทุนส่วนตัว

จำนวนเงิน ๑๕,๐๐๐ บาท

ระหว่างวันที่ ๑๒ มิถุนายน ๒๕๖๖ - ๑๗ มิถุนายน ๒๕๖๖ สถานที่ โรงพยาบาลรามธิบดี

คุณวุฒิ / วุฒิบัตรที่ได้รับ

ประกาศนียบัตรผ่านการฝึกรอบรมการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลโรงพยาบาล

การเผยแพร่รายงานผลการศึกษา/ ฝึกรอบรม/ ประชุม สัมมนา ผ่านเว็บไซต์สำนักการแพทย์และ
กรุงเทพมหานคร

ยินยอม

ไม่ยินยอม

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกรอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

(โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ)

๒.๑ วัตถุประสงค์

๑ .การดูแลผู้บาดเจ็บและผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล การเคลื่อนย้ายลำเลียง ขนส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน

ทางบกและทางอากาศยาน การดูแลระหว่างการเดินทาง การติดต่อประสานงาน และการส่งต่อผู้ป่วย

๒. การจัดการทางเดินหายใจในรูปแบบต่าง ๆ การใช้น้ำสลบและยาที่ทำให้เป็นอัมพาตการดูแลและการปวด

๓. การติดตามสัญญาณชีพ และการช่วยฟื้นคืนชีพการดูแล การเคลื่อนย้าย และส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตเด็กและ

ทารก การดูแล การเคลื่อนย้าย และส่งต่อผู้ป่วยทางอากาศยานต่างประเทศ

๔. การดูแล การเคลื่อนย้าย และส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินในถิ่นทุรกันดาร

๕. การปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกับสหวิชาชีพ

๖. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถ่ายทอดความรู้ให้กับบุคลากรด้านการแพทย์

๗. การพัฒนาความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจสำหรับการปฏิบัติการฉุกเฉิน

๒.๒ เนื้อหา

๑. การให้คำสั่งแนะนำระหว่างรออนุญาตปฏิบัติการณ์เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล สามารถทำได้โดยผู้ให้คำแนะนำที่มีประสบการณ์ ซึ่งทำให้การให้คำแนะนำนั้นอาจมีความแตกต่างกันแม้ในผู้ป่วยที่มีอาการนำเดียวกันและอยู่ในสถานการณ์ใกล้เคียงกัน การมีแนวทางในการให้คำสั่ง แนะนำภายในหน่วยงานนั้นช่วยลดความแตกต่างระหว่างประสบการณ์ในการให้คำสั่งแนะนำระหว่างตัวบุคคลและช่วยให้การให้คำสั่งแนะนำนั้นเป็นมาตรฐานเดียวกัน มีแนวทางชัดเจนและสามารถพัฒนาได้ การให้คำสั่งแนะนำคือการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้แจ้งเหตุจึงสามารถลด ช่องว่างที่เกิดขึ้นจากการจัดอบรมให้ความรู้ด้านการเจ็บป่วยฉุกเฉินแก่ประชาชนที่อาจยังไม่ทั่วถึงทั้งประเทศไทยเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่ต้องการได้รับความช่วยเหลือจากระบบการแพทย์ฉุกเฉิน รวมถึงทำให้เกิดความช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีเมื่อผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือเพิ่มประสิทธิภาพในการให้การช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

๒. การจัดการทางเดินหายใจของผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ในห้วงเวลา ก่อนถึงโรงพยาบาลได้พบทวนบทเรียนเกี่ยวกับกายวิภาคของทางเดินหายใจเด็ก การประเมินการหายใจเด็กนอกโรงพยาบาลและการจัดการทางเดินหายใจของผู้ป่วยเด็กการจัดการทางเดินหายใจและการช่วยหายใจของผู้ป่วยเด็กเป็นสิ่งจำเป็นอย่างมากต่อการรอดชีวิตการลดโอกาสสูญพลาภาพ การจัดการทางเดินหายใจที่ไม่มีประสิทธิภาพยังเป็นสาเหตุหลักของภาวะหัวใจหยุดเต้นในผู้ป่วยเด็กเนื่องจากการเปิดทางเดินหายใจและช่วยหายใจไม่สำเร็จหรือจัดการทางเดินหายใจได้ช้าล้นส่งผลให้ระดับออกซิเจนในเลือดของผู้ป่วยเด็กต่ำจนนำไปสู่การเสียชีวิตอย่างรวดเร็วได้ทั้ง ณ จุดเกิดเหตุ ระหว่างการนำส่ง และภายในโรงพยาบาล กายวิภาคทางเดินหายใจของเด็กในแต่ละช่วงอายุมีความแตกต่างกัน การประเมินและเลือกใช้อุปกรณ์ช่วยหายใจในแต่ละอายุจึงแตกต่างกันเนื่องจากเด็กมีกายวิภาคของทางเดินหายใจในแต่ละอายุที่แตกต่างกันและไม่เหมือนกายวิภาคในผู้ใหญ่ โดยเฉพาะเด็กแรกเกิดถึง ๑ ปี จะมีสรีรวิทยาทางกายภาพที่แตกต่างจากผู้ใหญ่เป็นอย่างมาก รวมถึงการมีอวัยวะบางอย่างที่ผู้ใหญ่ไม่มีอีกด้วยดังนั้นผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินจึงควรเข้าใจในสรีระของทางเดินหายใจในเด็กการเปิดทางเดินหายใจขั้นพื้นฐาน (basic rescue airway) สำหรับการเปิดทางเดินหายใจขั้นพื้นฐานสามารถทำได้หลายวิธี ดังนี้

๒.๑ การจัดทำเปิดทางเดินหายใจในผู้ป่วยเด็กในเด็กท่านอนราบเด็กมักจะมีศีรษะที่ขนาดใหญ่ทำให้คอพับก้มให้เกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนได้ การจัดทำผู้ป่วยให้อยู่ในท่า sniffing position จึงมีความสำคัญ การเปิดทางเดินหายใจและการช่วยหายใจอย่างเหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินต้องคำนึงถึงระหว่างดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล การจัดการทางเดินหายใจ (airway management) สามารถกระทำได้หลากหลายวิธี เช่น การจัดทำเพื่อเปิดทางเดินหายใจ (positioning) โดยการจัดผู้ป่วยให้อยู่ในท่าพักฟื้น (recovery position) การใช้มือเพื่อเปิดทางเดินหายใจ (airway maneuvers) โดยการกดหน้าผากเขยียง (head tilt-chin lift) หรือการยก ขากรรไกร (jaw thrust)

๒.๒ การใช้อุปกรณ์พุง ทางเดินหายใจที่มุ่งให้เข้าไปในคอหอยส่วนปาก (oropharyngeal airway) การใช้อุปกรณ์พุง ทางเดินหายใจชนิดครอบกล่องเสียง (laryngeal mask airway: LMA) การใส่หลอดคาในท่อลม (endotrachealtube: ETT) เป็นต้น ทั้งนี้ ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินจะต้องเลือกวิธีจัดการทางเดินหายใจให้เหมาะสมกับสภาวะการณของผู้ป่วยฉุกเฉินแต่ละรายและเป็นไปตามอำนาจหน้าที่ ขอบเขตความรับผิดชอบ การใส่หลอดคาในท่อลม(endotracheal intubation)เป็นหัตถการช่วยชีวิตที่เป็นมาตรฐานในการจัดการทางเดินหายใจโดยมีข้อบ่งชี้ของการใส่หลอดคาในท่อลม ได้แก่

๑. ผู้ป่วยไม่สามารถคงสภาพทางหายใจให้โล่งได้ (failure to maintain or protect the airway) เช่นหมดสติหรือระดับความรู้สึกตัวลดลงกล้ำเนื้อลิ้นจะอ่อนตัวลงไปอุดกั้นบริเวณคอหอยส่วนล่าง

๒. ผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวหรือการแลกเปลี่ยนออกซิเจนบกพร่องแม้ได้รับการช่วยหายใจอย่างเหมาะสมหรือได้รับออกซิเจนที่มีความเข้มข้นสูงแล้วแต่ยังไม่สามารถรักษาระดับของออกซิเจนในเลือดให้เป็นปกติได้

๓. ผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังหรือมีความเสี่ยงต่อทางหายใจอุดกั้นหรือการหายใจล้มเหลว เช่นผู้ป่วยภาวะเลือดเป็นกรด (acidosis) ที่อาศัยการหายใจเพื่อปรับสมดุล กรด-ด่างในร่างกาย ผู้ป่วยภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (sepsis) ที่มีความต้องการออกซิเจนมากขึ้น ผู้ป่วยที่ได้รับยาหรือสารพิษที่มีฤทธิ์ต่อระบบหายใจหรือระบบประสาทเกินขนาด เป็นต้น การใส่หลอดคานาในท่อลมสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกัน (prophylactic intubation) ทางหายใจอุดกั้นหรือการหายใจล้มเหลว ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนจากสาเหตุหลักดังที่กล่าวข้างต้น การใส่หลอดคานาในท่อลมด้วยการใช้ยาทำให้เป็นอัมพาต (rapid sequence intubation: RSI) เป็นวิธีการหรือเทคนิคการใส่หลอดคานาในท่อลมรูปแบบหนึ่ง ที่นิยมใช้อย่างแพร่หลาย ในปัจจุบัน มีการศึกษาพบว่าสามารถเพิ่มโอกาสการใส่ท่อลมสำเร็จปัญหาทางหายใจถือเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิต ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินจำเป็นต้องมีทักษะในการประเมินและจัดการทางหายใจ เพื่อคงสถานะทางหายใจให้เปิดโล่ง สำหรับการจัดการทางหายใจสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การจัดทำเพื่อเปิดทางหายใจ การใช้มือ เพื่อเปิดทางหายใจ การใช้อุปกรณ์พุงทางหายใจชนิดครอบกล่องเสียง เป็นต้น สำหรับการใส่หลอดคานาในท่อลมถือเป็นวิธีมาตรฐาน ในการจัดการทางเดินหายใจ

๒.๓ การจัดการเครื่องกลช่วยการหายใจนอกโรงพยาบาลprehospital mechanical ventilation managementภาวะทางหายใจล้มเหลวเป็นปัญหาที่ พบได้บ่อยในการปฏิบัติการฉุกเฉินนอก โรงพยาบาล การพุงการหายใจในผู้ป่วยวิกฤติ หลังการใส่หลอดคานาในท่อลม (endotracheal tube intubation) ถือเป็นจุดสำคัญที่ส่งผลต่อการรักษา โดยทั่วไปการใช้เครื่องกลช่วยการหายใจ (mechanical ventilation) เป็นการพุงการหายใจสากล ที่ใช้ภายในโรงพยาบาลรวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติระหว่างสถานพยาบาล (interfacility transfer) ทั้งทางบก (ground transport) และทางอากาศ (air medical transport) อย่างไรก็ตามการใช้เครื่องกลช่วยการหายใจในการปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลยังคงไม่ถูกใช้อย่างแพร่หลายใน ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย การปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล ในประเทศไทยยังคงใช้การช่วยหายใจด้วยถุงบีบลมผ่านหน้ากากกันลมย้อน (bag valve mask device) ซึ่งอาจพบปัญหาในการช่วยหายใจที่มีอัตราไม่สม่ำเสมอ ทั้งอัตราช่วยหายใจที่ต่ำ (hypoventilation) อัตราการช่วยหายใจที่เร็ว (hyperventilation) ไม่สามารถ กำหนดแรงดัน (pressure) และปริมาตร (volume) ได้ ทำให้มีโอกาสเกิดปอดบาดเจ็บ (lung injury) ได้จากแรงดัน (barotrauma) และปริมาตร (volutrauma) ที่ไม่เหมาะสมไม่สามารถกำหนดปริมาตรหายใจในหนึ่ง นาที (minute ventilation) ได้ และปัญหาการช่วยหายใจไม่สัมพันธ์กับผู้ป่วย (patient ventilation asynchronous) รวมถึงส่งผลต่อความปลอดภัยต่อผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินที่ต้อง อยู่ในท่าทางที่เหมาะสมระหว่างให้การช่วยหายใจ มีโอกาสทำให้เกิดการบาดเจ็บจากการทำงานที่มากขึ้น National Association of EMS Physicians: NAEMSP ได้มีการแนะนำให้ใช้เครื่องกลช่วยการหายใจในการปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลและระหว่างการเคลื่อนย้ายส่งต่อผู้ป่วย นอกจากนี้ National EMS scope of practice model ได้บรรจุการใช้เครื่องกลช่วยการหายใจเป็นขีดความสามารถที่นักฉุกเฉินการแพทย์ต้องสามารถกระทำได้อีกทั้งนี้นอกจาก

ความรู้ สิ่งสำคัญที่ ทำให้การดูแลได้มาตรฐานและปลอดภัยคือการซักซ้อมการปฏิบัติร่วมกับทีมปฏิบัติการ จนชำนาญและมีการสื่อสารที่เหมาะสม ระหว่างสหสาขา

วิชาชีพ

๓. ยาสำคัญสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกมักเกิดจากสาเหตุที่ทำให้เนื้อเยื่อของร่างกาย ได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ก่อให้เกิดภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนและสูญเสียความสามารถในการทำงานตามภาวะปกติ การรักษาภาวะช็อก นั้นประกอบไปด้วยการรักษาตามอาการ (supportive treatment) โดยเฉพาะการ ให้สารน้ำ การให้ยากระตุ้นความดันเลือดและ การรักษาแบบจำเพาะเจาะจงตามสาเหตุยากระตุ้นความดันเลือดสามารถแบ่งออกได้เป็น ๒ ชนิดหลักตามกลไกการออกฤทธิ์ได้แก่ ยาที่ทำให้หลอดเลือดหดตัว (vasopressor) ออกฤทธิ์โดยการกระตุ้นให้หลอดเลือดเกิดการหดตัว (vasoconstriction) และยากระตุ้นหัวใจ (inotrope) ออกฤทธิ์โดยการกระตุ้นอัตราการเต้นของหัวใจและการบีบตัวของหัวใจ ซึ่งกลไกในการออกฤทธิ์ นั้นขึ้นกับความสามารถในการจับกับตัวรับ (receptor) ของยาแต่ละประเภท

๔. การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นเร็วและมีชีพจรนอกโรงพยาบาลอัตราการเต้นของหัวใจในภาวะปกติ อยู่ที่ ๖๐ ถึง ๑๐๐ ครั้ง/นาที สำหรับภาวะ หัวใจเต้นเร็วคือ ภาวะที่อัตราการเต้นของ หัวใจมากกว่า ๑๐๐ ครั้ง/นาที ซึ่งเป็นภาวะ ที่เกิดขึ้นจากการตอบสนองของร่างกาย ต่อปัจจัยกระตุ้น เช่น ความเครียด อุณหภูมิ การเสียเลือดกะทันหัน การออกกำลังกาย เป็นต้น นอกจากนี้ ภาวะหัวใจเต้นเร็วอาจ เป็นผลมาจากโรคหรือความผิดปกติของร่างกาย ได้ เช่น ภาวะช็อก ใช้ระบบเผาผลาญผิดปกติ ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ เป็นต้น รวมไปถึง อาจเป็นผลจากยา อาหาร ชา กาแฟ หรือ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก็ส่งผลทำให้เกิดภาวะ หัวใจเต้นเร็วได้อีกด้วยภาวะหัวใจเต้นเร็ว ถือเป็นภาวะฉุกเฉิน ที่ ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ซีดและส่งผลเสีย โดยตรงต่อร่างกายได้ โดยกลไกของภาวะ หัวใจเต้นเร็วที่เกิดขึ้นอาจส่งผลให้ระบบ ไทลเวียนโลหิตของร่างกายแยลง เนื่องจากการที่หัวใจเต้นเร็วเกินไป ส่งผลต่อการบีบตัว ของหัวใจที่จะสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายไม่สมบูรณ์ เนื่องจากเลือดในหัวใจ ห้อยลงไม่ได้ถูกเติมให้เต็มทีก่อนสูบฉีดออกไป ส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจต่อ นาที (cardiac output: CO) ลดลง และทำให้ เลือดที่ไปเลี้ยงเนื้อเยื่อหรืออวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกายลดลง (tissue hypoperfusion)

๕. การดูแลผู้ป่วยหัวใจเต้นช้าและมีชีพจรนอกโรงพยาบาลภาวะหัวใจเต้นช้า (Bradycardia) หมายถึง ภาวะที่อัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า ๖๐ ครั้งต่อนาทีโดยภาวะหัวใจเต้นช้าก็สามารถพบได้ ทั่วไปในกลุ่มของนักกีฬาหรือขณะที่เรา นอนหลับ เมื่อเกิดภาวะหัวใจเต้นช้าซึ่งมีสาเหตุ มาจากความผิดปกติทางพยาธิวิทยา ก็ จะ ส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ส่งออกจากหัวใจ ต่อนาที (Cardiac output) ลดลง ส่งผลให้ ความดันเลือดต่ำ (Hypotension) และประมาณ เลือดที่ไปเลี้ยงเนื้อเยื่อหรืออวัยวะส่วน ต่าง ๆ ของร่างกายลดลง (Tissue hypoperfusion)อาการของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นช้า ก็ จะเริ่มตั้งแต่ ไม่มีอาการใด ๆ ไปจนถึงมี อาการต่าง ๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงของ ระดับความรู้สึก (Altered mental status) อาการเจ็บแน่นหน้าอกจากกล้ามเนื้อหัวใจ ขาดเลือด (Ischemic chest discomfort) ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute heart failure) ความดันเลือดต่ำ (Hypotension) หรือ อาการแสดงอื่น ๆ ของภาวะช็อก (Other signs of shock) ซึ่งสาเหตุของภาวะหัวใจ เต้นช้าก็ส่งผลต่อความรุนแรงของผู้ป่วย เช่นกัน ยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะพร่อง ออกซิเจนขั้น รุนแรง (Severe hypoxia) และมีภาวะการหายใจล้มเหลว (Respiratory failure) อาจทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นช้าอย่างกะทันหัน

ซึ่งนำไปสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้น แนวทางการดูแลรักษาให้ช่วยเปิดทางเดินหายใจ และช่วยหายใจ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำเองได้ หรือ ในกรณีที่มีความจำเป็นให้ออกซิเจนแก่ผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำให้เฝ้าติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ความดันเลือด ตลอดถึงค่าออกซิเจนปลายนิ้วของผู้ป่วย ให้เปิดหลอดเลือดดำเพื่อเตรียมพร้อมในกรณีที่มีความจำเป็นต้องให้ยา หรือ สารน้ำแก่ผู้ป่วย ให้ทำ ๑๒-lead ECG ในกรณีที่สามารถทำได้และไม่เป็นการทำให้การรักษาเกิดความล่าช้า

ให้พิจารณาหาสาเหตุในกรณีที่ผู้ป่วย มีภาวะพร่องออกซิเจน หรือ การได้รับสารพิษ และรีบให้การรักษาอย่างทันท่วงทีเมื่อบุคลากรทางแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย ได้ทำการค้นหาสาเหตุและรักษาผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้ว ให้ดำเนินการต่อในขั้นตอนต่อไป คือ ประเมินผู้ป่วยว่ามีอาการคงที่หรือไม่ โดยสามารถประเมินได้ดังต่อไปนี้

๑. ความดันเลือดต่ำ (Hypotension) ผู้ป่วยมีความดันเลือดขณะหัวใจบีบตัวต่ำก ๙๐ มม.ปรอท(Systolic Blood Pressure: $S_{te} < 90\text{mmHg}$) ๒. การเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว (Altered mental status) ๓. อาการแสดงของภาวะช็อก (Shock)เช่น การคืนกลับของเลือดในหลอดเลือดฝอย(Capillary refilling time) มากกว่า ๒ วินาที ๔. อาการเจ็บแน่นหน้าอกจากกล้ามเนื้อ หัวใจขาดเลือด (Ischemic chest discomfort) เช่น มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกร้าวไปบริเวณ แขนหรือกรามด้านซ้าย๕. ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute heart failure)หากผู้ป่วยไม่มีอาการข้างต้น แสดงว่า ผู้ป่วยยังมีอาการที่คงที่ (Stable bradycardia) อยู่ให้บุคลากรทางแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยคอย สังเกตอาการ เฝ้าระวังและติดตามสัญญาณชีพ อย่างใกล้ชิด และให้ปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อหาแนวทางในการรักษาต่อไป แต่ถ้าหาก ผู้ป่วยมีอาการข้างต้นอย่างใดอย่างหนึ่งแล้ว จะถือว่าผู้ป่วยมีอาการไม่คงที่เมื่อประเมินแล้วพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นช้าและมีอาการที่ไม่คงที่ (Unstable bradycardia) ให้พิจารณาการให้ยาแก่ผู้ป่วย โดยยาตัวแรกที่จะพิจารณาให้ คือ Atropine ขนาดยาครั้งแรก ๑ mg IV bolus โดย สามารถให้ซ้ำได้ทุก ๓-๕ นาที ขนาดสูงสุดไม่เกิน ๓ mg หากผู้ป่วยไม่ต้องสนองต่อยา Atropine ให้พิจารณาทำ Transcutaneous pacing และ/หรือ ให้ยาที่เป็นกรเพิ่มอัตราการเต้น ของหัวใจและความดันเลือด โดยพิจารณาให้ยา Dopamine ๕-๒๐ mcg/kg/min IV infusion หรือ ให้ยา Epinephrine ๒-๑๐ mcg/min แต่อย่างไรก็ตามการให้ยาทั้งสองชนิดควรเฝ้า ติดตามอาการและผลข้างเคียงของยาอย่าง ใกล้ชิด เมื่อได้ผู้ได้รับยา หรือได้รับการทำTranscutaneous pacing แล้วปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและทำTransvenous pacing เมื่อพร้อมเป็นลำดับต่อไป

๖. การส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล

ควรพิจารณารวมทั้งระยะเวลาที่เหมาะสมในการส่งต่อเป้าหมายของการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤต (goal of critical care transport)คือการปฏิบัติการดูแลรักษาทางการ พยาบาลได้ในระดับที่เทียบเท่าหรือใกล้เคียงกับการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับในหอผู้ป่วย ถึงส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลปลายทาง อย่างปลอดภัย ในการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทาง สิ่งแวดล้อม (environment exposure) ได้แก่ การเคลื่อนที่ เสี่ยงรบกวน การสั่นสะเทือน และความเสี่ยงต่ออันตรายต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ขณะเคลื่อนย้าย ประกอบกับความ เจ็บป่วยวิกฤตที่ ผู้ป่วยมีอยู่เดิม ยิ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ รุนแรงในระหว่างเดินทางได้ ทีมรักษาผู้ป่วย ทีมปฏิบัติการส่งต่อที่มารับผู้ป่วย ณโรงพยาบาล ปลายทางจึงจำเป็นต้องปรึกษาและพิจารณา ร่วมกันเกี่ยวกับเหตุผลและความจำเป็นที่ใน การส่งต่อผู้ป่วยอย่างรอบคอบ หากพิจารณา แล้วพบว่าไม่มีผลดีในด้านการรักษาที่เหนือกว่า

๗. การปฏิบัติการณ์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) หมายถึง การดูแลผู้ที่มี ภาวะจำกัดการมีชีวิต หรือภาวะทุกข์ทรมาน ต่อชีวิต โดยมีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพ ชีวิต และบำบัด เยียวยา และบรรเทา ความทุกข์ทรมานทางกาย จิต อารมณ์ สังคม ๖ และจิตวิญญาณ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการ เจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต โดยครอบคลุมถึง ครอบครัวและผู้มีความสัมพันธ์ของผู้นั้นด้วยการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต (End-of-life care) หมายถึง การดูแลผู้ป่วย ในช่วงใกล้เสียชีวิตโดยมีเป้าหมายคือการให้ ผู้ป่วยตายดีการตายดี (Good death) หมายถึง การตายโดยที่ผู้ป่วยได้รับรู้ว่าความต้องการ ของได้รับการดูแลให้ปลอดจากความทุกข์ ทรมานทางร่างกาย จิตใจ

๘. การดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินสำหรับการแพทย์ในถิ่นทุรกันดาร (Emergency Care in Wilderness Medicine) คือ การดูแลรักษาและ เคลื่อนย้ายผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินในสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมที่ผิดปกติ การดูแลจะแตกต่าง จากการทำงานในโรงพยาบาลและในเมือง อย่างสิ้นเชิงผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินมักอยู่ใน สถานที่ห่างไกลและเข้าถึงยาก เช่น ในป่าเขา ดังนั้น จึงใช้ระยะเวลาในการเคลื่อนย้ายนานกว่าปกติหลายเท่า นอกจากนี้ยังขาดแคลนอุปกรณ์ ทางการแพทย์จึงมีความจำเป็นต้องนำของใช้ทั่วไปมาประยุกต์เป็น ภาวะฉุกเฉินหัวใจสำคัญของการแพทย์ในถิ่น ทุรกันดาร คือการนำหลักความรู้มาปรับใช้ให้เหมาะสม กับผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินภายใต้ข้อจำกัด

๑๐. การยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและผู้บาดเจ็บในรูปแบบต่าง ๆ

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อตนเอง

จากการได้รับฟังบรรยายและการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลทำให้เกิดการเรียนรู้สร้างความ มั่นใจในการปฏิบัติงานภายใต้ขอบเขตหน้าที่ของพยาบาลมากขึ้นและทำให้มีองค์ความรู้ที่จะสามารถสอนและให้คำ บริหารแนะนำต่อเพื่อนร่วมงานรวมทั้งนักศึกษาหลักสูตรต่าง ๆ ที่จะเข้ามาเรียนรู้งานภายในหน่วยงาน

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน

สามารถถ่ายทอดความรู้ให้บุคลากรในหน่วยงานทำการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างถูกต้อง

๒.๓.๓ อื่น ๆ

การเข้าอบรมในโครงการการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลโรงพยาบาลสำหรับพยาบาลฉุกเฉินและนักฉุกเฉินทาง การแพทย์ เรื่อง “Ramathibodi prehospital care for emergency nurse and paramedic รุ่นที่ ๒ ทำให้ได้รับรู้บทบาทหน้าที่ของสหวิชาชีพในสาขาการดูแลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้นทำให้การเชื่อมโยงการ ดูแลผู้ป่วยเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วยการร่วมมือกันดูแลผู้ป่วยรวมทั้งการฝึกอบรมครั้งนี้เป็นโอกาสพัฒนาระบบ การดูแลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลด้วยระบบสารสนเทศเช่นการใช้ Telemedicine

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑ การปรับปรุง

ต้องปรับปรุงเรื่องการดูแลผู้ป่วยเด็กให้มีองค์ความรู้เพิ่มขึ้น

๓.๒ การพัฒนา

พัฒนาตนเองในด้านการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมจากแหล่งเรียนรู้ต่างเช่นการตีพิมพ์วิจัยและหนังสือต่าง ๆ เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอยู่เสมอ

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ


โครงการการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลโรงพยาบาลสำหรับพยาบาลฉุกเฉินและนักฉุกเฉินทางการแพทย์

เรื่อง “Ramathibodi prehospital care for emergency nurse and paramedic รุ่นที่ ๒ เป็นโครงการที่เหมาะสมกับพยาบาลฉุกเฉินทั้งหน่วยแพทย์กู้ชีวิตและพยาบาลห้องฉุกเฉินเพื่อเพิ่มองค์ความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยและผู้บาดเจ็บฉุกเฉินจึงเหมาะสำหรับการส่งบุคลากรไปเรียนรู้และฝึกอบรม

ลงชื่อ  ผู้รายงาน
(นายนิรันดร์ โคตโมลี)

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

การฝึกอบรมฯ เป็นการเสริมสร้างความรู้ให้กับบุคลากรเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานให้เกิดประโยชน์สูงสุด และเป็นหลักสูตรที่เหมาะสมในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร

ลงชื่อ  หัวหน้าส่วนราชการ
(นางประกายพรัก ทังทอง)
รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง ฝ่ายการแพทย์
รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง

PREHOSPITAL CARE
FOR NURSE AND
PARAMEDIC



Ramathibodi prehospital care for emergency nurse and paramedic รุ่นที่ 2

1. การดูแลผู้บาดเจ็บและผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล
2. การจัดการทางเดินหายใจในรูปแบบต่าง ๆ
3. การติดตามสัญญาณชีพและการช่วยฟื้นคืนชีพ การส่งต่อผู้ป่วยวิกฤติทางบกและอากาศยาน
4. การดูแล การเคลื่อนย้าย ส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินในถิ่นทุรกันดาร
5. ยาสำคัญในผู้ป่วยฉุกเฉิน
6. การยกเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บในรูปแบบต่าง ๆ

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ได้ความรู้ ความมั่นใจในการปฏิบัติงาน
2. ถ่ายทอดความรู้สู่บุคลากรในหน่วยงาน

วันที่

12-17 มิถุนายน 2566

จัดโดย

คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามธิบดี

นายธีรนต์ โจดโมลี
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ