



Parallel Session 9: วันที่ 30 พฤษภาคม 2562 เวลา 15.00 –16.30 น. ห้อง 401

หัวข้อ PS9 :What ER can do?

วิทยากร

นพ.ธนดล โรจนศานติกุล
พญ.รศกร คัลยาอังกาทอง
อาจารย์เอกศักดิ์ ศิลากุล

ผู้ดำเนินรายการ

นพ.พัฒพงษ์ ประชาสันติกุล

รายชื่อ Rapporteur Team

1. นางสาวจूरีพร เกษแก้ว รับผิดชอบหลัก
2. นางสาวกนกกาญจน์ โปธิเลิศ member

รายงานสรุปสาระสำคัญ:

1. สาระสำคัญ (Key message) จากการนำเสนอของผู้บรรยาย /ผู้ร่วมอภิปราย

จากสถิติทั่วโลกของกลุ่มผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน คือ Stroke, CAD และ Infection ซึ่งในกลุ่มที่ต้องใช้การรักษาขั้นสูงจะเป็นในกลุ่มผู้ป่วย 2 กลุ่มแรก โดยเฉพาะในเรื่องของการทำ CPR ในผู้ป่วยที่มีภาวะ Cardiac Arrest ในกลุ่มผู้ป่วย non trauma ซึ่งจะใช้ Protocol Stay and Play ซึ่งต่างจากหลัก Scoop and Run ซึ่งมักใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็น trauma มากกว่า โดยจะใช้ตามนิวยอร์กไกด์ไลน์ คือมีการทำ CPR และ Defibrillation ก่อน หลังจากนั้นจึงมีการ Transportation Decision โดยจะมีการ Defibrillation ให้เร็วที่สุด การทำ Bystander CPR ทำให้มีอัตราการรอดชีวิตมากที่สุด โดยจุดมุ่งหมายของ Bystander CPR คือการสอน BLS ให้แก่ บุคลากรในโรงพยาบาลให้ได้ 100% แม้กระทั่งเหตุการณ์ CPR ที่เกิดขึ้นในพื้นที่ระยะไกลยังคงต้องการ Bystander CPR ก่อนมีการนำส่งโรงพยาบาล โดยให้คำแนะนำทางโทรศัพท์ให้มีการกดหน้าอกตลอดเวลาอย่างต่อเนื่อง มีการเปิดลำโพงไว้เพื่อฟังคำแนะนำการปฏิบัติการช่วยชีวิต มีการทดสอบความรู้สึกตัวโดยการเขย่าไหล่ 2 ข้าง ถ้าไม่ตอบสนอง ไม่หายใจหรือไม่แน่ใจให้เริ่มกดหน้าอกทันที ในต่างประเทศแถบยุโรปพบว่ามี Bystander CPR มากกว่า 80% มีการใช้ AED ในที่สาธารณะสูงขึ้นเรื่อยๆ เช่นเดียวกับในประเทศไทยที่มีแนวโน้มในการนำ AED มาใช้ในการช่วยชีวิตเพิ่มมากขึ้น โดยการกดหน้าอกที่มีประสิทธิภาพ ต้องกดลึก 5 เซนติเมตร อัตรา 100-120 ครั้ง/นาที มักจะได้อัตราการรอดชีวิตสูง นอกจากนี้การใช้เครื่องมือในการวัดว่าการกดหน้าอกที่มีประสิทธิภาพ คือการวัดค่า EtCO₂ สรุปคือ เมื่อมีภาวะหัวใจหยุดเต้น ก็เริ่ม CPR ตามไกด์ไลน์ รายงานศูนย์สั่งการ และนำส่ง ER ส่วนการหาสาเหตุของภาวะหัวใจหยุดเต้นนั้นไม่สามารถค้นพบได้ ณ จุดเกิดเหตุ ต้องรีบเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมาที่ ER นอกจากนี้การทำหัตถการบางอย่างเช่น การเจาะ



น้ำเยื่อหุ้มหัวใจ ไม่สามารถทำ ณ จุดเกิดเหตุได้เช่นกัน การที่จะทำตามหลักของ EMS โดยมีการทำ ETT และ CPR ในประเทศไทยควรประกอบด้วย 1) บุคลากร 3-4 คนในรถพยาบาล 2) อาจจะมีแพทย์หรือไม่มีแพทย์ก็ได้ 3) มี Paramedic /EMT-P นักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ 3) พยาบาลใส่ท่อช่วยหายใจ 4) Declare death โดยที่ประเด็นการ Declare death ในกรณีที่เกิดรถพยาบาลไม่มีแพทย์ออกด้วย จะสามารถทำได้หรือไม่ ยังมีข้อจำกัดด้านกฎหมายที่มารองรับ สุดท้าย การ CPR ใน case non traumatic ต้องอย่าหยุด CPR และทำการ Defibrillation ให้ เพราะจะมีโอกาสรอดชีวิตสูง

ในด้านการปฏิบัติงานนอกพื้นที่โรงพยาบาล เราไม่สามารถเลือกเวลา หรือสถานที่เกิดเหตุได้ หลักการที่ใช้ในการปฏิบัติงานคือ **3S 1D** คือ **3 safety** : 1) ผู้ป่วยปลอดภัย 2) เราปลอดภัย 3) องค์กรปลอดภัย และ **1D** หมายถึง 1 Medical Director การ Declare death กฎหมายยังไม่รองรับทีมที่ไม่มีแพทย์ในการ declare death ซึ่งจะสามารถทำได้เมื่อมีปัจจัยประกอบด้วย 4 อย่างคือ 1) EKG monitor เป็น asystole ตลอด 2) รับsuggestion จาก Medical Director 3) มีผู้นำชุมชน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน อบต. อบจ. ฝ่ายปกครอง ร่วมเป็นพยาน 4) เจ้าหน้าที่ตำรวจ

ใน case trauma มีศูนย์สั่งการ มี EMT แต่บุคลากรยังมีไม่ครบทุกตำแหน่งในทุกพื้นที่ ดังนั้นการออกปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุจึงเน้น การเอาอุปกรณ์การแพทย์ไปที่เกิดเหตุให้น้อย รับผิดชอบต่อคุณภาพชีวิต และรีบนำกลับโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด หลักการดูแล case trauma ใช้หลัก XABCDE แต่ในบริบทของ Paramedic จะต้องห้ามเลือดก่อน เช่น External bleeding ต้องห้ามเลือดให้เร็วที่สุด ก่อนการทำ ABCD โดยใช้หลัก ตา ดู มือ ทำห้ามเลือด ตาม แขน ขา และนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด การปฏิบัติงานของ EMS ต้องรับมือกับปัญหาเฉพาะหน้าให้เร็ว และใช้อุปกรณ์ที่มีให้เกิดประโยชน์มากที่สุด

กรณีระยะเวลาในการรอกถ่ายโอนเตียง EMS นาน ได้มีการชี้แจง ยกตัวอย่างที่เกิดขึ้นที่โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ ว่ามีข้อจำกัดเรื่องจำนวนผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน ณ ขณะนั้นมีปริมาณมาก จึงต้องใช้เวลาในการพิจารณาผู้ป่วยที่ส่งต่อมา และการจะถ่ายโอนเตียงต้องทำใน process ของการตรวจร่างกาย พลิกตัวในช่วงการตรวจ disability ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย

กรณีของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจไม่ได้ต้องทำพิจารณาทำ Cricothyrotomy ใน Guideline Trauma : Permissive Hypotension เรื่องการให้สารน้ำในผู้ป่วย trauma ที่ไม่ใช่ Head Injury ก็ไม่มีความจำเป็นในการให้สารน้ำจำนวนมาก เพราะสารน้ำอาจไปไล่ blood clot จนทำให้เกิด bleeding มากขึ้น

Platinum10 หมายถึง 10 นาทีแห่งชีวิต โดยนับวินาทีแรกตั้งแต่เจ้าหน้าที่ลงจากรถพยาบาลแล้วเห็นผู้ป่วย หลังจากต้องประเมินภาวะคุกคามชีวิตให้เร็วและต้องรายงานให้ศูนย์สั่งการทราบให้เร็วที่สุด โดยใช้หลัก **3S1D**

2. ประเด็นปัญหาที่นำเสนอในที่ประชุม / การเสนอความคิดเห็นจากผู้เข้าร่วมประชุม
Major problems & issues raised / discussed

1. การ Declare death at scene ในกรณีที่ไม่มีแพทย์ออกรถพยาบาล ไม่มีกฎหมายรองรับ แต่ใช้ปัจจัย 4 อย่างในการ Declare death คือ 1) EKG monitor เป็น asystole ตลอด 2) รับsuggestion จาก Medical Director 3) มีผู้นำชุมชนเช่นผู้ใหญ่บ้าน อบต. อบจ. ฝ่ายปกครอง ร่วมเป็นพยาน และ 4) มีเจ้าหน้าที่ตำรวจ



2. การทำ CPR อย่างไรให้มีอัตราการรอดชีวิตสูงสุด
3. ความท้าทายในการทำ EMS ให้เป็น ER Mobile และ เปลี่ยน ER ให้เป็น sub ICU
4. กฎหมายรองรับให้ Paramedic ใส่ท่อช่วยหายใจได้ แต่ควรแก้ไขให้พยาบาลสามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้เช่นกัน

3. ข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหา ข้อดี ข้อเสีย

Suggested solutions which should reflect from both pro and con

- ควรมีการผลักดันให้บุคลากรในองค์กรผ่านการอบรม BLS ให้ได้ 100%
- ยุคนี้เป็นยุค IT การที่ EMS จะดำเนินการอะไร ต้องมี evidence base
- Pre-hospital care Intervention เริ่มมีบทบาทมากขึ้น ฉะนั้นการออกแบบระบบต้องทบทวนเป็นภาพรวมทั้งองค์กร
- ระบบ IT ที่จะใช้ใน EMS จะเป็นอย่างไรเพื่อจะตอบโจทย์ Next Generation EMS

4. คำ /วลีเด็ด ในแต่ละเซสชัน จากผู้บรรยาย / ผู้ร่วมอภิปราย / ผู้เข้าร่วมประชุม (Quotations)

- “หลักการออกEMSช่วยเหลือคนที่ควรรอดให้รอด ไม่ควรทำให้คนที่ไม่ควรตาย...ตาย” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง)
- “EMSต้องแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า นอกโรงพยาบาลได้เร็ว” (อาจารย์เอกศักดิ์)
- “Non Trauma ถ้า move มา อย่าหยุดปั๊ม” (นพ.ธนดล)

ช่วงถาม-ตอบ / คำถามจากผู้เข้าร่วมประชุม Question:

ไม่มี