



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลบ้านโคก อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี ๕๓๑๘๐

ที่ อต ๐๐๓๓.๓๐๕/๓๑๗

วันที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุมัติดำเนินการประชุมทบทวนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและการช่วยฟื้นคืนชีพบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโคก

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านโคก

ปัจจุบันสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรในประเทศไทย ส่วนใหญ่เกิดจากโรคระบบทางเดินหายใจและหลอดเลือด โรคหัวใจ และอุบัติเหตุ ผู้ป่วยหรือผู้ที่ได้รับบาดเจ็บอาจมีอาการที่ผิดปกติเกิดขึ้นกับร่างกาย หรือบางรายอาจมีภาวะหยุดหายใจกะทันหัน ถ้าปล่อยไว้นานเกิน ๔ นาที แม้จะช่วยให้ฟื้นคืนชีพกลับมาได้ จะเกิดสภาวะการตายของสมองอย่างถาวร ทักษะในด้านการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและช่วยฟื้นคืนชีพ นับเป็นทักษะที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย หากบุคลากรสาธารณสุขได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มีความรู้ ฝึกฝนอย่างชำนาญ สามารถช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างทันท่วงที ถูกต้องและปลอดภัยแล้วนั้น ส่งผลให้ผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บ มีโอกาสรอดชีวิตและกลับคืนมาใช้ชีวิตเป็นปกติได้

ในการนี้ งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบ้านโคก เห็นความสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ ให้รอดชีวิต ปลอดภัย ลดความพิการ และภาวะแทรกซ้อน จึงจะจัดประชุมทบทวนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและการช่วยฟื้นคืนชีพ บุคลากรโรงพยาบาลบ้านโคก ปี ๒๕๖๕

ในการนี้งานงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช มีความประสงค์ขออนุมัติจัดกิจกรรมตามโครงการดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติดำเนินการ

กนกน

(นางสาวกานุมาศ เทียรณนิกุล)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ผู้ดำเนินโครงการ

☒ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

วิฑูรย์ จันทสิงห์

(นายวิชาญ จันทสิงห์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านโคก



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลบ้านโคก อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี ๕๓๑๘๐

ที่ อต ๐๐๓๓.๓๐๕ /๓๑๘

วันที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุมัติใช้สถานที่ในการจัดทำโครงการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านโคก

ด้วย งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบ้านโคก ได้จัดประชุม ทบทวนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและการช่วยฟื้นคืนชีพบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโคก โดยการประชุมชี้แจง ฝึกซ้อมและทบทวนการฟื้นคืนชีพ เพื่อเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ ฝึกฝนอย่างชำนาญ สามารถ ช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างทันท่วงที ถูกต้องและปลอดภัยส่งผลให้ผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บ มีโอกาสรอดชีวิตและ กลับคืนมาใช้ชีวิตเป็นปกติได้

ดังนั้น งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช จึงขอความอนุเคราะห์ใช้ห้อง ประชุมโรงพยาบาลบ้านโคกในการประชุมชี้แจง ดังนี้

๑.ประชุมชี้แจงและฝึกทบทวนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (BLS) ในวันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๖ เวลา ๑๓.๐๐-๑๖.๐๐ น.

๒.ประชุมชี้แจงและฝึกทบทวนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสูง (ACLS) ในวันที่ ๒ มีนาคม ๒๕๖๖ เวลา ๑๓.๐๐-๑๖.๐๐ น.

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุมัติ

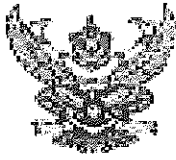
นางสาวกานต์ เทียมนิธิกุล
(นางสาวกานต์ เทียมนิธิกุล)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

☒ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

วิฑูรย์ จันทร์สิงห์

(นายวิชาญ จันทร์สิงห์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านโคก



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลบ้านโคก อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี ๕๓๑๘๐

ที่ อต ๐๐๓๓.๓๐๕ / ๓๑๙

วันที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุมัติเบิกค่าใช้จ่ายประชุมทบทวนอบรมการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและการช่วยฟื้นคืนชีพบุคลากร
โรงพยาบาลบ้านโคก

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านโคก

ด้วย งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบ้านโคก ได้จัดประชุม
ทบทวนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและการช่วยฟื้นคืนชีพบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโคก ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ เพื่อ
เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ ฝึกฝนอย่างชำนาญ สามารถช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างทันท่วงที ถูกต้อง
และปลอดภัยส่งผลให้ผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บ มีโอกาสรอดชีวิตและกลับคืนมาใช้ชีวิตเป็นปกติได้นั้น

ในการนี้งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบ้านโคก มีความประสงค์
ขออนุมัติดำเนินกิจกรรมดังกล่าว โดยใช้งบประมาณจากเงินบำรุงของโรงพยาบาล ดังนี้

๑. ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม สำหรับผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตรการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (BLS)
จำนวน ๗๖ คนๆละ ๑ มื้อๆละ ๒๕ บาท เป็นเงิน ๑,๙๐๐ บาท
๒. ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม สำหรับผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตรการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (ALS)
จำนวน ๓๔ คนๆละ ๑ มื้อๆละ ๒๕ บาท เป็นเงิน ๘๕๐ บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๒,๗๕๐ บาท (-สองพันเจ็ดร้อยห้าสิบบาทถ้วน-)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป

กนกน

(นางสาวกานมาศ เทียรณินธิกุล)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

☒ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ

วิภาณ จันทสิงห์

(นายวิชาญ จันทสิงห์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านโคก

ระเบียบวาระการประชุมการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและการช่วยฟื้นคืนชีพบุคลากร โรงพยาบาลบ้านโคก
ณ ห้องประชุม โรงพยาบาลบ้านโคก
(รุ่นที่ ๑) วันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๖

- วาระที่ ๑ เรื่องที่ประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ
๑.๑ แนวทางการยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
๑.๒ การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและการใช้เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ(AED)
- วาระที่ ๒ เรื่องการรับรองรายงานการประชุมครั้งที่แล้ว
-
- วาระที่ ๓ ติดตามผลการประชุมครั้งที่แล้ว
-
- วาระที่ ๔ เรื่องที่เสนอที่ประชุมทราบและเพื่อพิจารณา
-
- วาระที่ ๕ เรื่องอื่นๆ (ถ้ามี)

รายงานการประชุมการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและการช่วยฟื้นคืนชีพบุคลากร โรงพยาบาลบ้านโคก
วันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๖ เวลา ๑๓.๐๐-๑๖.๓๐ น.
ณ ห้องประชุม โรงพยาบาลบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี

เริ่มประชุมเวลา ๑๓.๐๐ น.

ผู้เข้าร่วมประชุม

- | | |
|---------------------------|---------------------------------|
| ๑. นายธีรเดช เขียงราน | นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ |
| ๒. นายโชคชัย สุกิจเจริญผล | เภสัชกรชำนาญการ |
| ๓. นางสาวกัลยาณี วิทยา | เภสัชกรชำนาญการ |
| ๔. นางวรรณวิษา นามอื่น | จพ.ทันตสาธารณสุขชำนาญงาน |
| ๕. นายรณชัย คำสนิท | จพ.สาธารณสุขชำนาญงาน |
| ๖. นางเมธิณี เทียนสว่าง | จพ.วิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญงาน |
| ๗. นางสุนิรัตน์ กาวีระเดช | จพ.การเงินและบัญชีชำนาญงาน |
| ๘. นางสาวศิริพร แยมมูล | แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ |
| ๙. นางสาวอรพรรณ จันทร์คำ | นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ |
| ๑๐. นายธนวัฒน์ ศรีสงคราม | นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ |

๑๑. นางสาวกิติญาพร ฝันตา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
๑๒. นายณัฐกร หงษ์ดำเนิน	เจ้าพนักงานเวชสถิติปฏิบัติงาน
๑๓. นางสาววิภาวี ศรีธธาสุข	นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ
๑๔. นายประจักษ์ มากมี	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน
๑๕. นางสาวสาวิตรี เรืองดี	ทันตแพทย์ปฏิบัติการ
๑๖. นางสาวสุภารัตน์ ล้อสินคำ	เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน
๑๗. น.ส.คณิศร เต็มบาง	เจ้าพนักงานเภสัชกรรมปฏิบัติงาน
๑๘. นางสาวพิชภักดิ์ เทียนสว่าง	นักรังสีการแพทย์
๑๙. นางสาวกุลชญา คูอาริยะกุล	เภสัชกร
๒๐. นางสาวบุษราคัม ลีกา	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน
๒๑. นายณัฐธัญ กรดแก้ว	ทันตแพทย์ปฏิบัติการ
๒๒. นางสาวกัลลิกา จันคำเรือง	พนักงานธุรการประกันสุขภาพ
๒๓. นางศิริวรรณ สีกา	พนักงานบริการ
๒๔. นางอารีย์ ชันดีต่อ	พนักงานแปล
๒๕. นายเสกศักดิ์ เครือพิทักษ์กุล	พนักงานกู้ชีพ
๒๖. นางวิไล ชาแดง	พนักงานช่วยเหลือคนไข้
๒๗. นางเบญจวรรณ จันโส	พนักงานช่วยเหลือคนไข้
๒๘. นางชุติมน ดวงสุภา	พนักงานช่วยเหลือคนไข้
๒๙. นางสาวมัลลิกา บุญศรีมานนท์	พนักงานช่วยเหลือคนไข้
๓๐. นางสาวกร ม้วนเรียน	พนักงานช่วยการพยาบาล
๓๑. นายชัยยศ ชาแดง	ผู้ช่วยช่างทั่วไป
๓๒. นางละมุด คุณประเสริฐ	พนักงานซักฟอก
๓๓. นายวีระศักดิ์ พาโพน	พนักงานบริการ
๓๔. นางสาวจิราพร อินปากท่า	พนักงานบริการ
๓๕. นางพนิดา พลอยเขียว	พนักงานบริการ
๓๖. นายสมหวัง ยอดวัน	พนักงานเกษตรชั้นพื้นฐาน
๓๗. นายพลนิพัฒน์ ศรีสงคราม	พนักงานช่วยเหลือคนไข้

๓๘. นางสาววิภาดา ลาบุ	พนักงานช่วยเหลือคนไข้
๓๙. นายศุภวัฒน์ ม่วงเผือก	พนักงานช่วยเหลือคนไข้
๔๐. นางสาววิดา ดีเก	พนักงานช่วยเหลือคนไข้
๔๑. นางสาววิสนันท์ เจริญเกษมวิทย์	แพทย์แผนไทย
๔๒. นายวุฒิพงษ์ ดวงสุภา	ผู้ช่วยช่างทั่วไป
๔๓. นางสาวนิรันดรี บุญมี	เจ้าพนักงานธุรการ
๔๔. น.ส.ปุณยาพร ฝั้นเต็ม	จพ.เภสัชกรรม
๔๕. น.ส.อัฉรารัตน์ มีหอม	จพ.เวชสถิติ
๔๖. นางสาวพิชญภา กัญจนะ	นักโภชนาการบำบัด
๔๗. นางสาวชนาภา ปานเกตุ	นักกายภาพบำบัด
๔๘. นายอานนท์ มาคำ	นักวิชาการสาธารณสุข
๔๙. นางสาวจันทร์จิรา สุวรรณนวล	เจ้าพนักงานบันทึกข้อมูล
๕๐. นางสาวนัฐกานต์ แก่งอินทร์	นักวิชาการพัสดุ
๕๑. นายมนัสพงษ์ ผางมาลี	นักวิชาการคอมพิวเตอร์
๕๒. นางสาวอาภัสรา มาอุ่น	จพ.พัสดุ
๕๓. นางสาวฐานิการ สุวรรณ	นักวิชาการสาธารณสุข
๕๔. นางสาวพิกานันท์ ทองออน	นักวิชาการสาธารณสุข
๕๕. นางสาวสายสุณีย์ ดวงทุม	นักวิชาการเงินและบัญชี
๕๖. นางสาวอรุรา เชียงพันธ์	นักวิชาการพัสดุ
๕๗. นางสาวมัลลิกา ธุระยศ	พนักงานประจำห้องกายภาพบำบัด
๕๘. นางสาวฟองแก้ว มากมี	พนักงานบริการ
๕๙. นายสุทธิลักษณ์ ทองมา	พนักงานขับรถยนต์
๖๐. นายนราธิป ศรีชัยชนะ	พนักงานธุรการ
๖๑. นายวารสาร บุญคำ	พนักงานบริการ
๖๒. นายสุมิตร ตาจันทร์	พนักงานรักษาความปลอดภัย
๖๓. นายหัตถ์ แก้วบุญมา	พนักงานรักษาความปลอดภัย
๖๔. นางลลิตา แหยมไทย	พนักงานทำความสะอาด

๖๕.	นางอรนุช จันรณ	พนักงานทำความสะอาด
๖๖.	นางสาวศศิเหมณัญญ์ นิตดา	พนักงานทำความสะอาด
๖๗.	นางสุกัลยา บุญคำ	พนักงานทำความสะอาด
๖๘.	นางเพ็ญประภา อูสาพรหม	พนักงานทำความสะอาด
๖๙.	นายอนุพล น้อยนาฝาย	พนักงานขับรถยนต์
๗๐.	นางเบญญาภา ชาบัว	พนักงานการเงินและบัญชี ส.๔
๗๑.	นายนวัตกรรม ดีบาง	พนักงานขับรถยนต์
๗๒.	นางเจริญ จันใส	พนักงานช่วยเหลือคนไข้
๗๓.	นางบุญเดือน คุณประเสริฐ	พนักงานช่วยเหลือคนไข้
๗๔.	นางพิศุทธิ์ พุทธิพิศุทธิ์	พนักงานเก็บเงิน บ.๒
๗๕.	น.ส.สุชาดา ช้องแก้ว	เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล
๗๖.	น.ส.วิภาดา หอมอ่อน	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติงาน

วาระที่ ๑

เรื่องที่ประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ

๑.๑ แนวทางการยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

การเคลื่อนย้ายเป็นการนำหรือช่วยผู้ป่วยจากสถานที่หนึ่งไปยังอีกสถานที่หนึ่ง ผู้ป่วยสามารถพยุงตนเองโดยการเดิน หรือใช้แขนได้ และมีการใช้เครื่องช่วยเช่น กระดานเคลื่อนย้าย walker หรือไม้เท้าเพื่อพยุงในส่วนที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยตนเองได้

การยกเป็นกระบวนการที่ต้องรับน้ำหนักตัวทั้งหมดของผู้ป่วย (entire body weight) โดยคนอื่น (ผู้ป่วยไม่สามารถทำหรือช่วยได้) หรือเครื่องมือเช่น เครื่องช่วยยก เพื่อจัดท่าหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังสถานที่อื่น

ข้อควรระวังในการยกและเคลื่อนย้าย

๑. ความปลอดภัยของผู้ป่วย

๑.๑ อย่าเคลื่อนย้ายผู้ป่วยในขณะที่อาการยังไม่ปลอดภัย

๑.๒ ไม่ควรทิ้งผู้ป่วยหมดสติไว้ตามลำพัง

๑.๓ การเคลื่อนย้ายแบบฉุกเฉิน ต้องระวังการบาดเจ็บต่อไขสันหลัง

๑.๔ ขณะเคลื่อนย้ายหรือนำส่ง จะต้องดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บอย่างใกล้ชิด

๒. ความปลอดภัยของผู้ช่วยเหลือ

ความสำคัญของการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน

๑. อยู่ในสถานการณ์ที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งอาจเกิดอันตรายเพิ่มหากไม่ทำการเคลื่อนย้าย

๒. มีภาวะคุกคามต่อชีวิตที่ต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน

๓. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยผู้ช่วยเหลือสามคน

วิธีที่ ๑ อุ้มสามคนเรียงเหมาะสำหรับผู้ป่วยในรายที่ไม่รู้สึกตัว ต้องการอุ้มขึ้นวางบนเตียงหรืออุ้มผ่านทางแคบๆ

วิธีเคลื่อนย้ายผู้ช่วยเหลือทั้งสามคนคุกเข่าเรียงกันในท่าคุกเข่าข้างเดียว ทุกคนสอดมือเข้าใต้ตัวผู้ป่วย และอุ้มพยุงไว้ตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายดังนี้

คนที่ ๑ สอดมือทั้งสองเข้าใต้ตัวผู้ป่วยตรงบริเวณคอและหลังส่วนบน

คนที่ ๒ สอดมือทั้งสองเข้าใต้ตัวผู้ป่วยตรงบริเวณหลังส่วนล่างและก้น

คนที่ ๓ สอดมือทั้งสองเข้าใต้ขา

ผู้ช่วยเหลือคนที่อ่อนแอที่สุดควรเป็นคนที่ ๓ เพราะรับน้ำหนักน้อยที่สุด เมื่อจะยกผู้ป่วยผู้ช่วยเหลือทั้งสามคน จะต้องทำงานพร้อมๆ กัน โดยให้คนใดคนหนึ่งเป็นออกคำสั่ง ขึ้นแรก ยกผู้ป่วยพร้อมกันและวางบนเข่า แต่ถ้าจะอุ้มเคลื่อนที่ผู้ช่วยเหลือทั้งสามคน จะต้องประคองตัวผู้ป่วยในท่านอนตะแคง และอุ้มยืน เมื่อจะเดินจะก้าวเดินไปทางด้านข้างพร้อมๆ กัน และถ้าจะวาง ผู้ป่วยให้ทำ

เหมือนเดิมทุกประการ คือ คุกเข่าลงก่อนและค่อย ๆ วางผู้ป่วยลง

การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยวิธีอุ้มสามคนเรียง

วิธีที่ ๒ การใช้คน ๓ คน วิธีนี้ใช้ในรายที่ผู้บาดเจ็บนอนหงาย หรือ นอนคว่ำก็ได้ ให้กางของผู้บาดเจ็บยกสูงเพื่อเปิดทางเดินหายใจ

๑. ผู้ปฐมพยาบาล ๒ คน คุกเข่าข้างลำตัวผู้บาดเจ็บข้างหนึ่ง อีกข้างหนึ่งผู้ปฐมพยาบาลอีก ๑ คน คุกเข่าข้างลำตัวผู้บาดเจ็บ

๒. ผู้ปฐมพยาบาลคนที่ ๑ ประคองที่ศีรษะและไหล่ผู้บาดเจ็บ มืออีกข้างหนึ่งรองส่วนหลังผู้บาดเจ็บ

๓. ผู้ปฐมพยาบาลคนที่ ๒ อยู่ตรงข้ามคนที่ ๑ ใช้แขนข้างหนึ่งรองหลังผู้บาดเจ็บ เอามือไปจับมือคนที่ ๑ อีกมือหนึ่งรองใต้สะโพกผู้บาดเจ็บ

๔. ผู้ปฐมพยาบาลคนที่ ๓ มือหนึ่งอยู่ใต้ต้นขาเหนือมือคนที่ ๒ ที่รองใต้สะโพก แล้วเอามือไปจับกับมือคนที่ ๒ ที่รองใต้สะโพกนั้น ส่วนมืออีกข้างหนึ่งรองที่ขาใต้เข่า

๕. มือคนที่ ๑ และคนที่ ๒ ควรจับกันอยู่ระหว่างกึ่งกลางลำตัวส่วนบนของผู้บาดเจ็บ ผู้ปฐมพยาบาลจะต้องให้สัญญาณลุกขึ้นยืนพร้อม ๆ กัน

การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยใช้ผ้าห่ม

ใช้กรณีที่ไม่มีเปลหามแต่ไม่เหมาะกับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณหลัง

วิธีเคลื่อนย้าย พับผ้าห่มตามยาวทบกันเป็นชั้น ๆ ๒-๓ ทบ โดยวิธีการพับผ้าห่มพับ

เช่นเดียวกับการพับกระดาษทำพัด วางผ้าห่มขนานชิดตัวผู้ป่วยทางด้านข้าง ผู้ช่วยเหลือ

คุกเข่าลงข้างตัวผู้ป่วยอีกข้างหนึ่ง จับผู้ป่วยตะแคงตัวเพื่อให้นอนบนผ้าห่ม แล้วดึงชาย

ผ้าห่มทั้งสองข้างออก เสร็จแล้วจึงม้วนเข้าหากัน จากนั้นช่วยกันยกตัวผู้ป่วยขึ้น ผู้ช่วยเหลือ

คนหนึ่งต้องประคองศีรษะผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่สงสัยว่า ได้รับบาดเจ็บที่คอ

หรือหลัง

๓. เพื่อนำส่งหรือรับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค หรือภาวะที่ผู้ป่วย
เป็นอยู่

ข้อควรคำนึงก่อนการเคลื่อนย้าย

๑. ผู้ช่วยเหลือต้องไม่เกิดอันตราย
๒. ทีมต้องไม่เกิดอันตราย
๓. ผู้ป่วยต้องไม่เกิดอันตรายเพิ่มขึ้น

หลักการสำคัญในการยกและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน

๑. พิจารณาการเคลื่อนย้าย วิธีการ ผู้ช่วยเหลือ และอุปกรณ์ที่เหมาะสม
๒. เคลื่อนย้ายอย่างถูกวิธี รวดเร็ว
๓. เคลื่อนย้ายผู้ป่วยแบบไปทั้งตัวเหมือนท่อนไม้กลิ้ง
๔. ผู้ยกควรมีส่วนสูง และความแข็งแรงใกล้เคียงกัน
๕. ควรแบ่งน้ำหนักในการยกเท่าๆ กันกับผู้ยกทุกคน
๖. ต้องทราบข้อจำกัดของตนเอง อย่าฝืนยก
๗. ทราบว่าอุปกรณ์ยกกับน้ำหนักได้เพียงใด
๘. ควรสวมรองเท้าหุ้มข้อ พื้นไม่ลื่น ไม่สูง และเหมาะกับสภาพ อากาศ

เทคนิคการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

๑. การเคลื่อนย้ายโดยผู้ช่วยเหลือคนเดียว

วิธีที่ ๑ พยุงเดินเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดี แต่แขนหรือขาข้างใดข้างหนึ่งเจ็บ
วิธีเคลื่อนย้าย ผู้ช่วยเหลือยืนเคียงข้างผู้ป่วย หันหน้าไปทางเดียวกัน แขนข้างหนึ่ง
ของ ผู้ป่วยพาดคอ ผู้ช่วยเหลือจับมือผู้ป่วยไว้ ส่วนแขนอีกข้างหนึ่งของผู้ช่วยเหลือ
โอบเอวและพยุงเดิน

วิธีที่ ๒ การอุ้ม วิธีนี้ใช้กับผู้ป่วยบาดเจ็บที่มีน้ำหนักตัวน้อย หรือในเด็กซึ่งไม่มีบาดแผล
รุนแรง หรือกระดูกหักโดยการซ้อนใต้เข่าและประคองด้านหลัง หรืออุ้มทาบหลังก็ได้

วิธีที่ ๓ วิธีลาก เหมาะที่จะใช้ในกรณีฉุกเฉิน เช่น เกิดไฟไหม้ ถึงแก่สระเปิด หรือ
ตึกถล่ม จำเป็นต้องเคลื่อนย้ายออกจากที่เกิดเหตุให้เร็วที่สุด

๒. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยผู้ช่วยเหลือสองคน

วิธีที่ ๑ อุ้มและยกเหมาะสำหรับผู้ป่วยรายในรายที่ไม่รู้สึกตัว แต่ไม่ควรใช้ใน
รายที่มีการบาดเจ็บของลำตัว หรือกระดูกหัก

วิธีที่ ๒ นั่งบนมือทั้งสองที่จับประสานกันเป็นแคร่ เหมาะสำหรับผู้ป่วยในรายที่ขา
เจ็บแต่รู้สึกดีและสามารถใช้แขนทั้งสองข้างได้

วิธีเคลื่อนย้าย ผู้ช่วยเหลือทั้งสองคนใช้มือขวากำข้อมือซ้ายของตนเอง ขณะเดียวกันก็ใช้
มือซ้ายกำข้อมือขวาซึ่งกันและกัน ให้ผู้ป่วยใช้แขนทั้งสองยันตัวขึ้นนั่งบนมือทั้งสองที่จับ
ประสานกันเป็นแคร่ แขนทั้งสองของผู้ป่วยโอบคอผู้ช่วยเหลือ จากนั้นวางผู้ป่วยบนขา
เป็นจันทะที่หนึ่ง และอุ้มยืนเป็นจันทะที่สอง แล้วจึงเดินไปพร้อมๆ กัน

วิธีที่ ๓ การพยุงเดิน วิธีนี้ใช้ในรายที่ไม่มีบาดแผลรุนแรง หรือกระดูกหักและ
ผู้ป่วยยังรู้สึกตัวดี

๑.๒ การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและการใช้เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (AED)

การช่วยฟื้นคืนชีพ (Cardiopulmonary resuscitation : CPR)

ภาวะหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น

ภาวะหยุดหายใจ (respiratory arrest) และภาวะหัวใจหยุดเต้น (cardiac arrest) - เป็นภาวะที่มีการหยุดการทำงานของอวัยวะในระบบทางเดินหายใจและการไหลเวียนเลือด ส่วนมากมักจะพบว่าการหยุดหายใจก่อนเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น และ ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้อง จะทำให้เสียชีวิตได้

สาเหตุของการหยุดหายใจ

๑. ทางเดินหายใจอุดตันจากสาเหตุต่างๆ เช่น จากสิ่งแปลกปลอมอุดกั้นทางเดินหายใจ การแหวนคอ การถูกบีบรัดคอ การรัดคอ เป็นต้น ในเด็กเล็กสาเหตุจากการหยุดหายใจที่พบได้มากที่สุดคือ การสำลักสิ่งแปลกปลอมเข้าหลอดลม เช่น ของเล่นชิ้นเล็ก ๆ เมล็ดถั่ว เป็นต้น
๒. มีการสูดดมสารพิษ แก๊สพิษ คาร์บอนมอนอกไซด์
๓. การถูกกระแสไฟฟ้าแรงสูงดูด
๔. การจมน้ำ
๕. การบาดเจ็บที่ทรวงอก ทำให้ทางเดินหายใจได้รับอันตรายและเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ
๖. โรคระบบประสาท เช่น บาดทะยัก ไขสันหลังอักเสบ ทำให้กล้ามเนื้อหายใจเป็นอัมพาต
๗. การได้รับสารพิษจากแมลงสัตว์กัดต่อย เช่น ผึ้ง ต่อ แตน ต่อยบริเวณคอ หน้า ทำให้มีการบวมของเนื้อเยื่อของทางเดินหายใจและหลอดลมมีการหดเกร็ง
๘. การได้รับยาพิษหรือยาคุมการหายใจ เช่น มอร์ฟีน ฝิ่น โคเคน บาร์บิทูเรต ฯลฯ
๙. โรคหัวใจ เช่น กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงอย่างเฉียบพลัน
๑๐. มีการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ และมีภาวะหายใจวายจากสาเหตุต่างๆ

สาเหตุของหัวใจหยุดเต้น

๑. หัวใจวายจากโรคหัวใจ จากการออกกำลังกายมากเกินไป หรือตกใจหรือเสียใจ กระทั่งหัน
๒. มีภาวะช็อคเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน จากการสูญเสียเลือดมาก ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือมีเลือดมาเลี้ยงไม่เพียงพอ
๓. ทางเดินหายใจอุดตัน ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ
๔. การได้รับยาเกินขนาดหรือการแพ้

ข้อบ่งชี้ในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ

๑. ผู้ที่มีภาวะหยุดหายใจ โดยที่หัวใจยังคงเต้นอยู่ประมาณ ๒-๓ นาที ให้ผายปอดทันที จะช่วยป้องกันภาวะหัวใจหยุดเต้นได้ และช่วยป้องกันการเกิดภาวะเนื้อเยื่อสมองขาดออกซิเจนอย่างถาวร
๒. ผู้ที่มีภาวะหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้นพร้อมกัน ซึ่งเรียกว่า clinical death การช่วยฟื้นคืนชีพทันทีจะช่วยป้องกันการเกิด biological death คือ เนื้อเยื่อโดยเฉพาะเนื้อเยื่อสมองขาดออกซิเจน

ระยะเวลาของการเกิด biological death หลังจาก clinical death ยังไม่มีใครทราบแน่ชัด แต่โดยทั่วไป มักจะเกิดช่วง ๔-๖ นาที หลังเกิด clinical death ดังนั้นการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพจึงควรทำภายใน ๔ นาที

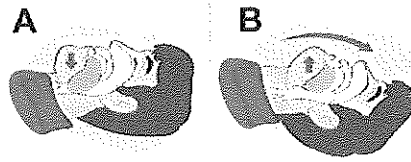
ลำดับขั้นในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ

การปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ ขั้นพื้นฐานประกอบด้วย ๓ ขั้นตอนใหญ่สำคัญ คือ A B C ซึ่งต้องทำตามลำดับคือ

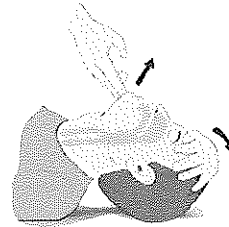
๑. A - Airway : การเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง
๒. B - Breathing : การช่วยให้หายใจ
๓. C - Circulation : การนวดหัวใจเพื่อช่วยให้เกิดเลือดไหลเวียนอีกครั้ง



๑. A : Airway หมายถึง การเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง ซึ่งเป็นการปฏิบัติการขั้นแรก ที่ต้องทำอย่างรวดเร็ว เพราะเนื่องจากโคนลิ้นและกล่องเสียงมีการตกลงไปอุดทางเดินหายใจ ส่วนบนในผู้ป่วยที่หมดสติ ดังนั้นจึงต้องมีการเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง โดยการดันคางขึ้น ร่วมกับการกอดหน้าผากให้หน้าหงายเรียกว่า "head tilt chin lift"

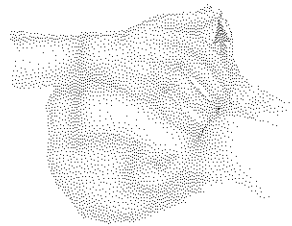


ภาพที่ ๒ ทางเดินหายใจที่เปิดและปิด



ภาพที่ ๓ head tilt chin lift

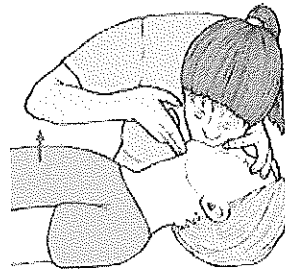
ในกรณีที่มีกระดูกสันหลังส่วนคอหัก หรือในรายที่สงสัย ควรใช้วิธี "jaw thrust maneuver" โดยการดึงขากรรไกรทั้งสองข้างขึ้นไปข้างบน ผู้ช่วยเหลืออยู่เหนือศีรษะผู้ป่วย



ภาพที่ ๔ jaw thrust maneuver

๒. B : Breathing คือ การช่วยหายใจ เนื่องจากการหายใจหยุด ร่างกายจะมีออกซิเจนคงอยู่ในปอดและกระแสเลือด แต่ไม่มีสำรองไว้ใช้ ดังนั้น เมื่อหยุดหายใจ จึงต้องช่วยหายใจ เป็นวิธีที่จะช่วยให้ออกซิเจนเข้าสู่ปอดผู้ป่วยได้ ซึ่งออกซิเจนที่เป่าออกไปนั้นมียุทออกซิเจนประมาณ ๑๖-๑๗ % ซึ่งเพียงพอสำหรับใช้ในร่างกาย สามารถทำได้หลายวิธี คือ ด้วยการเป่าปาก (mouth to mouth) เป่าจมูก (mouth to nose) และวิธีการกดหลังยกแขนของโฮลเกอร์ - นิลสัน (back pressure arm lift or Holger - Nielson method) ทำได้ดังนี้

๒.๑ กรณีเป่าปาก บีบจมูกของผู้ป่วย ผู้ช่วยเหลือหายใจเข้าปอดลึก ๆ ซัก ๒-๓ ครั้ง หายใจ เข้าเต็มที่แล้วประกบปากให้แนบสนิทกับปากของผู้ป่วย แล้วเป่าลมหายใจเข้าไปในปอดให้เต็มที่



ภาพที่ ๕ การผายปอดด้วยวิธี Mouth to Mouth

๒.๒ กรณีเป่าจมูก ใช้ในรายที่มีการบาดเจ็บในปาก หรือในเด็กเล็ก ต้องปิดปากของผู้ป่วยก่อน และเป่าลมหายใจเข้าทางจมูกแทน



ภาพที่ ๖ การผายปอดด้วยวิธี Mouth to Nose

ขณะที่เป่าให้เหลือบมองยอดอกของผู้รับบริการด้วยว่ามีการยกตัวขึ้นหรือไม่ การเป่าลมหายใจของผู้ช่วยเหลือผ่านทางปากหรือจมูก จะต้องทำอย่างช้าๆ ปล่อยปากหรือผู้ช่วยเหลือออกจากปากหรือจมูกของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยหายใจออก ให้ ผายปอด ๒ ครั้ง ๆ ละ ๑-๑.๕ วินาที (แต่ละครั้งได้ออกซิเจน ๑๖ %) อัตราเร็วในการเป่า คือ ๑๒ -๑๕ ครั้ง / นาที ใกล้เคียงกับการหายใจปกติ

๓. C : Circulation คือการนวดหัวใจภายนอก ทำในรายที่ประเมินภาวะหัวใจหยุดเต้น โดยการจับชีพที่ carotid artery แล้วไม่พบว่ามีการเต้นของชีพจร ก็จะช่วยให้มีการไหลเวียนของเลือดโดยการกดนวดหัวใจภายนอก (cardiac massage) โดยมีหลักการคือ กดให้กระดูกหน้าอก (sternum) ลงไปชิดกับกระดูกสันหลัง ซึ่งจะทำให้หัวใจที่อยู่ระหว่างกระดูกทั้งสอง อัน ถูกกดไปด้วย ทำให้มีการบีบเลือดออกจากหัวใจไปเลี้ยงร่างกาย เหมือนการบีบตัวของหัวใจ

อันตรายของการทำ CPR ไม่ถูกวิธี

๑. วางมือผิดตำแหน่ง ทำให้ซี่โครงหัก , xiphoid หัก , กระดูกที่หักทิ่มโดนอวัยวะสำคัญ เช่น ตับ ม้าม เกิดการตกเลือดถึงตายได้

๒. การกดด้วยอัตราเร็วเกินไป เบาลไป ถอนแรงหลังกดไม่หมด ทำให้ปริมาณเลือดไปถึงอวัยวะต่างๆ ที่สำคัญได้น้อย ทำให้ขาดออกซิเจน

๓. การกดแรงและเร็วมากเกินไป ทำให้กระดูกหน้าอกกระดอนขึ้น ลงอย่างรวดเร็ว หัวใจขาดเลือดหรือกระดูกหักได้

๔. การกดหน้าอกลึกเกินไป ทำให้หัวใจชอกช้ำได้

๕. การเปิดทางเดินหายใจไม่เต็มที่ เป่าลมมากเกินไป ทำให้ลมเข้ากระเพาะอาหาร เกิดท้องอืด อาเจียน ลมเข้าปอดไม่สะดวก ปอดขยายตัวไม่เต็มที่ ถ้ามีอาการอาเจียนเกิดขึ้นก่อน หรือ ระหว่างการทำ CPR ต้องล้วงเอาเศษอาหารออกก่อน มิฉะนั้นจะเป็นสาเหตุของการอุดตันของทางเดินหายใจ (airway obstruction) การช่วยหายใจไม่ได้ผล เกิดการขาดออกซิเจน ถ้ามีอาการท้องอืดขึ้น ระหว่างการทำ CPR ให้จัดทำเปิดทางเดินหายใจใหม่ และช่วยการหายใจด้วยปริมาณลมที่ไม่มากเกินไป

การใช้เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ(AED)

เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (AED) เป็นอุปกรณ์ปฐมพยาบาลที่ออกแบบมาให้สามารถใช้เพื่อช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นฉับพลันได้ โดยปฏิบัติตามคำแนะนำของเครื่อง AED ร่วมกับการทำ CPR อย่างต่อเนื่อง

วิธีการใช้เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ

๑. เปิดเครื่อง

๒. ติดแผ่นแปดแผ่นแรกที่หน้าอกตอนบน และแผ่นที่สองที่หน้าอกตอนล่าง (ดูคำแนะนำจากเครื่องประกอบ)

๓. เครื่องจะวิเคราะห์จังหวะการเต้นของใจ โดยห้ามสัมผัสตัวผู้ป่วยเด็ดขาด

๔. ภายหลังการวิเคราะห์ ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือด้วยการช็อกไฟฟ้า เครื่องจะแนะนำให้กดปุ่ม shock ห้ามสัมผัสผู้ป่วยเมื่อกดปุ่มหลังจากนั้นให้ทำ CPR ต่อเนื่อง ๒ นาทีทันที กรณีที่ผู้ป่วยไม่ต้องการความช่วยเหลือด้วยการช็อกไฟฟ้า เครื่องจะแนะนำว่า “มีความปลอดภัยสัมผัสผู้ป่วยได้” ให้ทำการ CPR ทันที

ทั้งนี้ ควรทำ CPR อย่างต่อเนื่อง จนกว่าเครื่องจะเริ่มวิเคราะห์จังหวะการเต้นของหัวใจ

วาระที่ ๒

เรื่องการรับรองรายงานการประชุมครั้งที่แล้ว

วาระที่ ๓

ติดตามผลการประชุมครั้งที่แล้ว

วาระที่ ๔

เรื่องที่เสนอที่ประชุมทราบและเพื่อพิจารณา

วาระที่ ๕

เรื่องอื่นๆ (ถ้ามี)

ปิดประชุมเวลา ๑๖.๓๐ น.

ลงชื่อ.....กนก.....ผู้บันทึกการประชุม
(นางสาวกานต์ เทียรณนิธิกุล)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ลงชื่อ.....กฤษฎิ์ จันทสิงห์.....ผู้รับรองรายงานการประชุม
(นายวิชาญ จันทสิงห์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ระเบียบวาระการประชุมการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและการช่วยฟื้นคืนชีพบุคลากร โรงพยาบาลบ้านโคก
ณ ห้องประชุม โรงพยาบาลบ้านโคก
(รุ่นที่ ๒) วันที่ ๒ มีนาคม ๒๕๖๖

วาระที่ ๑	เรื่องที่ประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ ๑.๑ แนวทางการยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ๑.๒ การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและการใช้เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ(AED)
วาระที่ ๒	เรื่องการรับรองรายงานการประชุมครั้งที่แล้ว -
วาระที่ ๓	ติดตามผลการประชุมครั้งที่แล้ว -
วาระที่ ๔	เรื่องที่เสนอที่ประชุมทราบและเพื่อพิจารณา -
วาระที่ ๕	เรื่องอื่นๆ (ถ้ามี)

รายงานการประชุมการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและการช่วยฟื้นคืนชีพบุคลากร โรงพยาบาลบ้านโคก
(รุ่นที่ ๒) วันที่ ๒ มีนาคม ๒๕๖๖ เวลา ๑๓.๐๐-๑๖.๓๐ น.
ณ ห้องประชุม โรงพยาบาลบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี

เริ่มประชุมเวลา ๑๓.๐๐ น.

ผู้เข้าร่วมประชุม

๑. นายวิชาญ จันทสิงห์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านโคก
๒. นายเศวตชัย พึ่งบัว	นายแพทย์ชำนาญการ
๓. นายกรชนก ใจวัฒนากุล	นายแพทย์ปฏิบัติการ
๔. นางจริยา ดวงตาน้อย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๕. นางกฤษยากร อินยา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๖. นางวงศ์จันทร์ นุตเวช	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๗. นางวัชรภรณ์ จันโสดา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๘. นางนันทรัตน์ คำนนท์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๙. นางพยอม มาคุณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๑๐. นางสาวศิริพร ศรีชัยชนะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๑๑. นางสาวหนึ่งฤทัย สิงห์ทา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

๑๒.	นางสาวผกามาศ กันมงคล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๑๓.	นางพรนิภา แคนชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๑๔.	นางกาญจนา ชูพิพัฒน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๑๕.	นางสาวสุวิมล ศรีคำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๑๖.	นางสาวพนิดา สมศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๑๗.	นายเอกพันธ์ จันทร์อ่อน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๑๘.	นายสุรพงษ์ ธงแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๑๙.	นางสาวสาธิตี มูลเขียน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๒๐.	นายจักรพันธ์ จันอุทัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๒๑.	นางสาวแววธิดา นาสา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๒๒.	นางสาวกุสุมา บุญมาตา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๒๓.	นางสาวภาณุมาศ เทียรธนินธิกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๒๔.	นางสาวอภิราพร คำปล้อง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๒๕.	นางสาววรารภรณ์ ปิ่นสิงห์โต	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
๒๖.	นางสาวสมฤทัย ชันทะศิลา	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
๒๗.	นางสาวจุฬารรรณ กาแก้ว	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
๒๘.	นางสาวเอื้อมพร พรหมสั้ม	พยาบาลวิชาชีพ
๒๙.	นางสาวกิตติมา วันหากิจ	พยาบาลวิชาชีพ
๓๐.	นางสาวปิยะฉัตร จันโส	พยาบาลวิชาชีพ
๓๑.	นายราชนันย์ ตันสุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
๓๒.	นางสาวอภิสร ทิเลา	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
๓๓.	นายชนายุส แก้วบุญมา	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
๓๔.	น.ส.ปวีตา มาลาม	พยาบาลวิชาชีพ

วาระที่ ๑

เรื่องที่ประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ

๑.๑ แนวทางการยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

การเคลื่อนย้ายเป็นการนำหรือช่วยผู้ป่วยจากสถานที่หนึ่งไปยังอีกสถานที่หนึ่ง ผู้ป่วยสามารถพุงตนเองโดยการเดิน หรือใช้แขนได้ และมีการใช้เครื่องช่วยเช่น กระดานเคลื่อนย้าย walker หรือไม้เท้าเพื่อพุงในส่วนที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยตนเองได้

การยกเป็นกระบวนการที่ต้องรับน้ำหนักตัวทั้งหมดของผู้ป่วย (entire body weight) โดยคนอื่น (ผู้ป่วยไม่สามารถทำหรือช่วยได้) หรือเครื่องมือเช่น เครื่องช่วยยก เพื่อจัดทำหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังสถานที่อื่น

ข้อควรระวังในการยกและเคลื่อนย้าย

๑. ความปลอดภัยของผู้ป่วย

- ๑.๑ อย่าเคลื่อนย้ายผู้ป่วยในขณะที่อาการยังไม่ปลอดภัย
- ๑.๒ ไม่ควรทิ้งผู้ป่วยหมดสติไว้ตามลำพัง
- ๑.๓ การเคลื่อนย้ายแบบฉุกเฉิน ต้องระวังการบาดเจ็บต่อไขสันหลัง
- ๑.๔ ขณะเคลื่อนย้ายหรือนำส่ง จะต้องดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บอย่างใกล้ชิด

๒. ความปลอดภัยของผู้ช่วยเหลือ

ความสำคัญของการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน

๑. อยู่ในสถานการณ์ที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งอาจเกิดอันตรายเพิ่มหากไม่ทำการเคลื่อนย้าย

๒. มีภาวะคุกคามต่อชีวิตที่ต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน

๓. เพื่อนำส่งหรือรับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค หรือภาวะที่ผู้ป่วย

เป็นอยู่

ข้อควรคำนึงก่อนการเคลื่อนย้าย

๑. ผู้ช่วยเหลือต้องไม่เกิดอันตราย
๒. ทีมต้องไม่เกิดอันตราย
๓. ผู้ป่วยต้องไม่เกิดอันตรายเพิ่มขึ้น

หลักการสำคัญในการยกและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน

๑. พิจารณาการเคลื่อนย้าย วิธีการ ผู้ช่วยเหลือ และอุปกรณ์ที่เหมาะสม
๒. เคลื่อนย้ายอย่างถูกวิธี รวดเร็ว
๓. เคลื่อนย้ายผู้ป่วยแบบไปทั้งตัวเหมือนท่อนไม้
๔. ผู้ยกควรมีส่วนสูง และความแข็งแรงใกล้เคียงกัน
๕. ควรแบ่งน้ำหนักในการยกเท่าๆ กันกับผู้ยกทุกคน
๖. ต้องทราบข้อจำกัดของตนเอง อย่าฝืนยก
๗. ทราบว่าอุปกรณ์ยกรับน้ำหนักได้เพียงใด
๘. ควรสวมรองเท้าหุ้มข้อ พื้นไม่ลื่น ไม่สูง และเหมาะกับสภาพ อากาศ

ประเภทการเคลื่อนย้าย

๑. แบบฉุกเฉิน (Emergent Move)
๒. แบบเร่งด่วน (Urgent Move)
๓. แบบไม่เร่งด่วน (Non-Urgent Move)

การเคลื่อนย้ายแบบฉุกเฉิน (Emergent Move)

๑. เป็นการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยเร่งด่วนเมื่ออาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย
๒. เพื่อแลกกับโอกาสการมีชีวิตรอด มีเปลวไฟ กำลังจะเกิดระเบิด มีสารพิษ ผู้ป่วยมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ไม่ สะดวกในการให้การช่วยเหลือ

การเคลื่อนย้ายแบบเร่งด่วน

เป็นการเคลื่อนย้ายที่รวดเร็วกว่าปกติให้การช่วยเหลือผู้ป่วยภายใต้เงื่อนไขต่างๆ ที่อาจมีภาวะคุกคามต่อชีวิตในระยะต่อมาได้

๑. ติดในซากรถ
๒. มีบาดแผลกระดูกหักแต่รู้สึกตัว
๓. ผู้ที่อยู่ในภาวะช็อก
๔. มีลมในปอด
๕. บาดเจ็บที่ศีรษะต้องรีบผ่าตัดสมอง

การเคลื่อนย้ายแบบไม่เร่งด่วน

๑. ช่วยเหลือผู้ที่มีอาการไม่ฉุกเฉิน
๒. ไม่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต
๓. รู้สึกตัวดี
๔. รอเวลาในการรักษาได้
๕. สภาพแวดล้อมปลอดภัย

วิธีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมี ๒ วิธี

๑. ย้ายผู้ป่วยด้วยมือเปล่า
๒. ย้ายผู้ป่วยด้วยอุปกรณ์

วิธีการยกและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยมือเปล่า

การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยการพยุงเดิน (Human Crutch) โดยใช้คนประคอง ๑-๒

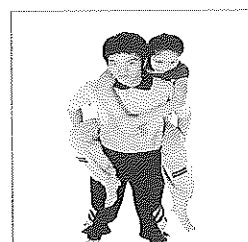
คน



การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยการอุ้ม (Cradle Method)

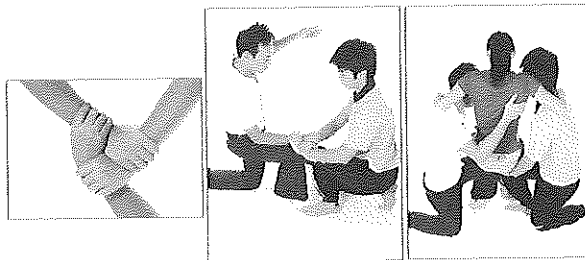


การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยการซื้หลัง (Pick-a-Back) และการแบก (Fireman's Carry)

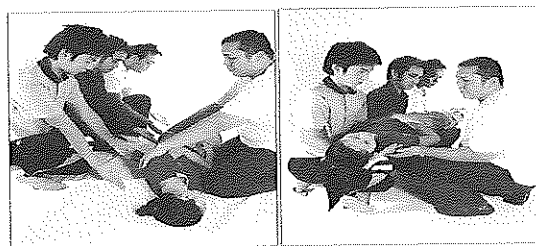




การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยการอุ้มนั่งบนมือแบบจับ ๓ มือ (Three-Hand Seat Carry)



การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่บาดเจ็บด้วยมือเปล่าทำนอน ใช้คนในการย้ายทั้งหมด ๔ คน



วิธีการยกและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยอุปกรณ์

๑. เพลตัก Scoop

ใช้ใน Pt ที่กระดูกแขน ขา สะโพกหัก และผู้ป่วย Non Trauma ที่ไม่มีอาการบาดเจ็บที่กระดูกสันหลัง X-ray ไม่ผ่าน น้ำหนัก ๕-๑๕ กก. รับน้ำหนักได้ ๑๓๐-๒๐๐ กก.

๒. กระดานรองหลังชนิดยาว (Long Spinal Board)

ใช้ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะมีอาการบาดเจ็บที่กระดูกคอและกระดูกสันหลัง X-ray ผ่าน ลอยน้ำได้ น้ำหนัก ๕-๑๕ กก. รับน้ำหนักได้ ๑๓๐-๒๐๐ กก.

หลักการใช้กระดานรองหลังชนิดยาวยกและเคลื่อนย้าย ผู้ป่วยที่ควรสงสัยว่ามีการบาดเจ็บของไขสันหลัง

- ใช้กระดานรองหลังชนิดยาวเสมอ ไม่ควรใช้ scoop ในการเคลื่อนย้าย
- ถ้าต้องพลิกตัวต้องไปแบบท่อนซุง (log roll)

- ยึดตรึงตัวกับ long Spinal Board ด้วยเข็มขัด ๓ เส้น ผ่านซอกรักแร้ สะโพก เหนือเข่า เพื่อไม่ให้เลื่อนหลุด ระหว่างเคลื่อนย้าย
- ไม่เคลื่อนย้ายในท่านั่งเมื่อใส่ Hard collar ต้องให้ผู้ป่วยนอนลงเสมอ

๑.๒ การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและการใช้เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (AED)

การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน หมายถึง เป็นการช่วยชีวิตในสถานพยาบาล ที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละรายมากยิ่งขึ้น มีเครื่องมือพิเศษและยา ในการช่วยฟื้นคืนชีพ เนื่องจากในสถานพยาบาลสามารถประเมินการเต้นของหัวใจจากบนหน้าจอ Monitor การช่วยฟื้นคืนชีพโดยการกระตุ้นหัวใจหรือเครื่องช็อกไฟฟ้า (defibrillation) และ การใช้ยากระตุ้นหัวใจ จึงอยู่กับชนิดของจังหวะการเต้นของหัวใจ ประเมินระบบการหายใจและการใส่ท่อช่วยหายใจช่วยหายใจเพื่อช่วยให้ระบบหายใจทำงานได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อบ่งชี้ในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ

๑. ผู้ที่มีภาวะหยุดหายใจ โดยที่หัวใจยังคงเต้นอยู่ประมาณ ๒-๓ นาที ให้ผายปอดทันที จะช่วยป้องกันภาวะหัวใจหยุดเต้นได้ และช่วยป้องกันการเกิดภาวะเนื้อเยื่อสมองขาดออกซิเจนอย่างถาวร

๒. ผู้ที่มีภาวะหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้นพร้อมกัน ซึ่งเรียกว่า clinical death การช่วยฟื้นคืนชีพทันทีจะช่วยป้องกันการเกิด biological death คือเนื้อเยื่อโดยเฉพาะเนื้อเยื่อสมองขาดออกซิเจน

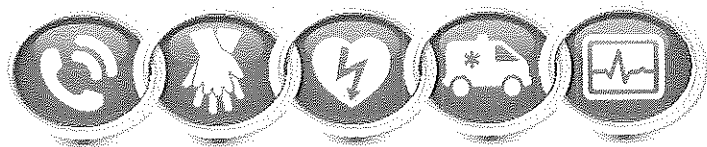
๓. ผู้ป่วยที่มีคลื่นไฟฟ้าเป็น pulseless Ventricular Tachycardia หรือ Ventricular Fibrillation

๔. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของจังหวะการเต้นของหัวใจในลักษณะ Bradycardia ที่มีอัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า ๕๐ ครั้ง/นาที และมีอาการ เช่น เป็นลมหมดสติหรือมีภาวะชัก คลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นแบบหรือมี severe second degree AV block หรือ complete AV block

ปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ (Cardiopulmonary resuscitation: CPR)

หมายถึง การช่วยเหลือผู้ที่หยุดหายใจหรือหัวใจหยุดเต้น ให้มีการหายใจและการไหลเวียนกลับคืนสู่สภาพเดิม ป้องกันเนื้อเยื่อได้รับอันตรายจากการขาดออกซิเจนอย่างถาวร ซึ่งสามารถทำได้โดยการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (Basic life support) ได้แก่ การผายปอด และการนวดหัวใจภายนอก

ห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต (Chain of Survival)



แผนภาพที่ ๑ แสดงห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต

ภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันเป็นสาเหตุที่สำคัญที่นำมาสู่การเสียชีวิตซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุ เพื่อให้มีหลักการช่วยฟื้นคืนชีพแนวทางเดียวกันและเป็นข้อตกลงร่วมกันในการปฏิบัติ ดังนั้นจึงได้มีการบัญญัติ "ห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต" (Chain of Survival) ดังรูปด้านบน ซึ่งประกอบด้วย

๑. เมื่อพบผู้ป่วย (สงสัย) หัวใจหยุดเต้น แจ้งหน่วยแพทย์กู้ชีพ “๑๖๖๙” ทันที
๒. เริ่มกดหน้าอกทันทีที่สามารถทำได้
๓. ช็อกไฟฟ้า (defibrillation) ทันที ที่มีข้อบ่งชี้
๔. การช่วยชีวิตขั้นสูง (Advanced Cardiovascular Life Support)**
๕. การดูแลหลังการกู้ชีวิต (Post-Cardiac Arrest Care)

หลักการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

เริ่มต้นทำทันที เมื่อพบผู้ป่วยสงสัยหัวใจหยุดเต้น และขอความช่วยเหลือจากทีมแพทย์กู้ชีพแล้ว โดยมีขั้นตอน C-A-B ดังนี้

๑. C: Chest compression เริ่มกดหน้าอก ๓๐ ครั้ง โดยให้ความสำคัญกับ
 - กดลึก ๒-๒.๕ นิ้ว (๕-๖ cm) และกดเร็ว ๑๐๐ – ๑๒๐ ครั้ง/นาที
 - ถอนมือจนสุด
 - กดให้ต่อเนื่อง
 - ห้ามช่วยหายใจมากเกินไป

๒. A: Airway เปิดทางเดินหายใจให้โล่ง ด้วยการทำการเชิดหัว-เขยคาง (head tilt-chin lift) หรือยกกราม (jaw thrust)

๓. B: Breathing ช่วยหายใจ ๒ ครั้ง แต่แต่ละครั้งต้องนานกว่า ๑ วินาที แล้วเริ่มกดหน้าอกในข้อ ๑ ต่อ เพื่อให้อัตราการกดหน้าอกต่อการช่วยหายใจ = ๓๐:๒

๔. ทำขั้นตอน C-A-B ไปเรื่อย ๆ จนกว่า เครื่องช็อกไฟฟ้า (defibrillator) มาถึง

การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (Advance CPR ๒๐๒๐)

แนวทางปฏิบัติผู้ป่วยจะ ถูกแบ่งออกเป็นสองกลุ่ม: คือ

๑) กลุ่มผู้ป่วยที่ ช็อกไฟฟ้า (shockable) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นแบบ VF / pVT

๒) ผู้ป่วยที่ไม่ช็อกไฟฟ้า (Unshockable) กรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะ asystole และ ไม่มีชีพจร (Pulseless Electrical Activity: PEA) ซึ่งหลักการของ CPR ๒๐๑๕ มีการเปลี่ยนแปลงจากเดิมบ้าง แนวทางปฏิบัติจะเน้นเรื่องการบริหารจัดการเรื่องของการกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า รวมทั้งการให้ความสำคัญกับประสิทธิภาพการกดหน้าอกผู้ป่วย, การดูแลทางเดินหายใจและการระบายอากาศ (ventilation) การแทงเส้นเลือด (Intravascular) การบริหารยา Adrenaline และการค้นปัญหาเพื่อการแก้ไขที่เฉพาะเจาะจง แนวปฏิบัติเป็นวิธีการมาตรฐานเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยผู้ใหญ่ในภาวะหัวใจหยุดเต้น

ประเด็นสำคัญเกี่ยวกับแนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน สำหรับบุคลากรทางการแพทย์

(Update CPR ๒๐๑๕)

๑. เน้นประสิทธิภาพของการทำ CPR (High quality CPR) “ กดลึกตามอัตราที่กำหนด ปลดอยทรวงอกกลับคืนสุด หยุดกดหน้าอกให้น้อยที่สุด และการช่วยหายใจที่ไม่เร็วเกินไป ”

๒. อัตราการกดหน้าอก (Rate) ปรับให้อยู่ในช่วง ๑๐๐ - ๑๒๐ ครั้ง/นาที

๓. ความลึกในการกดหน้าอก (Depth) อยู่ในช่วง ๒ - ๒.๕ นิ้ว หรือ ๕ - ๖ เซนติเมตร

๔. ระหว่างกดปล่อยให้ทรวงอกกลับคืนตัวจนสุดหลังการกดแต่ละครั้ง (chest recoil) ห้ามพักมือวางบนตัวผู้ป่วย

๕. ยังยึดอัตราการกดหน้าอกต่อการช่วยหายใจเป็น ๓๐ : ๒ โดยช่วยหายใจนานมากกว่า ๑ วินาที ร่วมกับการ สังเกตว่ามีทรวงอกขยายขณะช่วยหายใจ **กรณีทำ CPR และได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจแล้ว** ให้ช่วยหายใจ ๑ ครั้ง ทุก ๖ วินาที (๑๐ ครั้ง/นาที)

๖. ยังยึดลำดับขั้นตอนการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานเดิม คือ C-A-B

ขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพกรณีอยู่นอกโรงพยาบาล

โดยเริ่มจากหลักการ CPR ขั้นพื้นฐาน ดังนี้

๑. หากพบผู้หมดสติ ให้เรียกโดยการเขย่าหรือตบบริเวณไหล่ เพื่อตรวจสอบว่าหมดสติจริงหรือไม่ ถ้าหากพบว่าหยุดหายใจ (สังเกตจากความเคลื่อนไหวของหน้าอกและท้อง) หรือหายใจช้ามากมีแนวโน้มว่าจะหยุดหายใจ ให้รีบโทรไปที่เบอร์ ๑๖๖๙ ซึ่งตรวจสอบการหายใจพร้อมกับคลำชีพจรบริเวณคอ (carotid pulse) ใช้เวลาไม่เกิน ๑๐ วินาที ถ้าสามารถเรียกขอความช่วยเหลือจากคนอื่น ขอให้ช่วยโทรแจ้ง แล้วเข้าสู่ขั้นตอนที่ ๒

๒. ถ้าผู้หมดสติ หยุดหายใจ ให้เริ่มการกดนวดหัวใจทันที โดยเข้าไปนั่งข้างตัวผู้ที่หมดสติ ลากเส้นจากหัวนมข้างหนึ่งไปยังหัวนมอีกข้างหนึ่ง วางสันมือบริเวณกึ่งกลางระหว่างหัวนมทั้งสองข้าง แล้วใช้สันมืออีกข้างวางซ้อนทับลักษณะเอานิ้วประสานกัน แขนตั้ง หลังตรงทำมุม ๙๐ องศาโดยโน้มตัวไปข้างหน้า กดให้ได้ความลึก ๒-๒.๕ นิ้ว (๕-๖ cm) รอให้หน้าอกกระเด็นกลับมามาตำแหน่งก่อนจึงเริ่มกดครั้งต่อไป อัตราการกดหน้าอกต้องให้ได้ ๑๐๐-๑๒๐ ครั้ง/นาที หากท่านรู้สึกปลอดภัยในการช่วยผู้หมดสติหายใจโดยการเป่าปาก ให้ปฏิบัติต่อในขั้นตอนที่ ๓

ถ้าหากไม่มีอุปกรณ์ช่วยชีวิตอื่น ๆ ให้กดหน้าอกอย่างต่อเนื่องจนกว่าจะมีคนมาช่วยเหลือ หรือผู้หมดสติรู้สึกตัวความสำเร็จของการช่วยฟื้นคืนชีพ คือ ความรวดเร็วในการช่วยเหลือและความถูกต้องในการปฏิบัติ เมื่อเริ่มกดหน้าอกให้กดอย่างต่อเนื่องและไม่หยุดถ้าหากผู้หมดสติยังไม่รู้สึกตัว

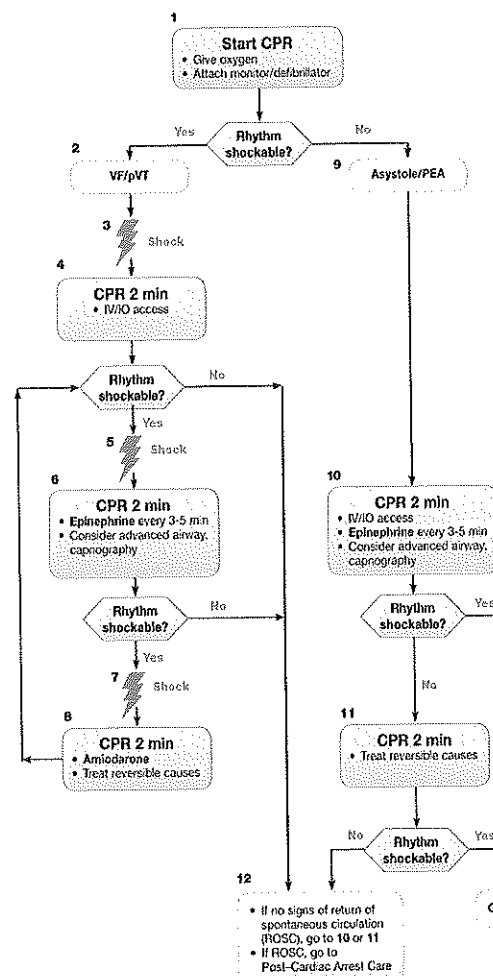
๓. เมื่อกดหน้าอกจนครบ ๓๐ ครั้ง ช่วยหายใจโดยการเป่าปาก ๒ ครั้ง โดยจัดทำเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง คือ การกดหน้าผากลง ยกคางให้สูงขึ้น (head tilt – chin lift) แต่ถ้าหากสงสัยว่าผู้ที่หมดสติอาจได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะ กระดูกสันหลังส่วนคอให้ใช้ท่า ดึงขากระดูกกร่อนขึ้นด้านบน (Jaw thrust) บีบจมูกผู้หมดสติ ประคบปากท่านกับปากผู้หมดสติเป่าลมเข้าไปให้ได้มากจนทำให้หน้าอกของผู้ที่หมดสติยกขึ้น ถ้าหากหน้าอกไม่ยกขึ้นท่านอาจจัดทำเปิดทางเดินหายใจโดยไม่ถูกต้อง อาจลองกดหน้าผากลงและยกคางดูใหม่ ทำซ้ำกัน ๒ ครั้ง (ในขั้นตอนต่างๆต้องทำอย่างรวดเร็ว)

๔. กดหน้าอก ๓๐ ครั้งในอัตราเร็ว ๑๐๐-๑๒๐ ครั้ง/นาที อีกรอบ

๕. เป่าปาก ๒ ครั้งในแต่ละรอบของการกดหน้าอก ๓๐ ครั้งต่อ

จากการกดหน้าอก ๓๐ ครั้ง แล้วเป่าปาก ๒ ครั้ง ทำประมาณ ๒ นาทีหรือประมาณ ๕ รอบทุก ๆ ๒ นาที ให้หยุดกดหน้าอกแล้วประเมินระดับความรู้สึกตัวและประเมินการหายใจ ถ้าหากยังไม่รู้สึกตัวหรือยังไม่หายใจ ให้เริ่มกดหน้าอกรอบใหม่ทันที ทำจนกว่าผู้หมดสติจะรู้สึกตัว หรือมีเจ้าหน้าที่มาช่วยเหลือ กรณีที่มีคนช่วยเหลือให้ทำสลับกันเนื่องจากถ้าหากผู้ที่ช่วยฟื้นคืนชีพเหนื่อย การช่วยฟื้นคืนชีพจะขาดประสิทธิภาพ

Adult Cardiac Arrest Algorithm—2015 Update



© 2015 American Heart Association

Compressions	- Push hard (at least 2 inches (5 cm) and fast (100-120/min) and allow complete chest recoil. - Minimize interruptions in compressions. - Avoid excessive ventilation. - Rotate compressor every 2 minutes, or sooner if fatigued. - If no advanced airway, 30:2 compression-ventilation ratio. - Quantitative waveform capnography - If P_{ET}CO₂ <10 mm Hg, attempt to improve CPR quality. - Intra-arterial pressure - If elevation plateaus (systolic pressure <20 mm Hg, attempt to improve CPR quality).
Shock Delivery (for 12-lead ECGs)	Biphasic: Manufacturer recommendation (eg, initial dose of 120-200 J; if unknown, use maximum available. Second and subsequent doses should be equivalent, and higher doses may be considered. Monophasic: 360 J
Drugs	Epinephrine IV/IO dose: 1 mg every 3-5 minutes Amiodarone IV/IO dose: First dose: 300 mg bolus. Second dose: 150 mg.
Advanced Airway	- Endotracheal intubation or supraglottic advanced airway - Waveform capnography or capnometry to confirm and monitor ET tube placement - Once advanced airway in place, give 1 breath every 6 seconds (10 breaths/min) with continuous chest compressions
Return of Spontaneous Circulation (ROSC)	- Pulse and blood pressure - Abrupt sustained increase in P_{ET}CO₂ (typically >10 mm Hg) - Spontaneous arterial pressure waves with intra-arterial monitoring
Post-Cardiac Arrest Care	- Hypoxemia - Hypoxia - Hydrogen ion (acidosis) - Hypo-/hyperkalemia - Hypothermia - Tension pneumothorax - Thromboembolism, cardiac - Toxins - Thrombosis, pulmonary - Thrombosis, coronary

ขั้นตอนสำหรับผู้ป่วยที่ต้องช็อกไฟฟ้า (Shockable) VF / VT

๑. เมื่อประเมินผู้ป่วยได้ว่าหัวใจหยุดเต้น โดยตรวจสอบหาสัญญาณชีพ เช่น การหายใจและการเต้นของชีพจรไปพร้อมกัน

๒. เรียกทีมกู้ชีพ

๓. ขณะการติด monitors EKG ให้ขัดจังหวะการกดหน้ากดหน้าอกให้น้อยที่สุด

๔. ก่อนที่จะหยุดช่วง จังหวะการ CPR ให้สื่อสารบอก ให้กับทีม CPR ให้เตรียมตัวล่วงหน้า

๕. ในการประเมินเพื่อให้ยืนยันแน่ชัดว่า มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบ VF นั้นให้หยุดการกดหน้าอกในระยะเวลาที่สั้นที่สุด (ไม่เกิน ๑๐ วินาที)

๖. เมื่อจะทำการช็อกไฟฟ้าให้หยุดกดหน้าอกทันทีในเวลาสั้นที่สุดพร้อมเลือกใช้พลังงานที่เหมาะสมในเครื่องกระตุ้นหัวใจ (๑๕๐-๒๐๐ J biphasic สำหรับช็อกครั้งแรกและ ๑๕๐-๓๖๐ J biphasic สำหรับช็อกครั้งต่อไป และ กดปุ่มชาร์จไว้

๗. ในขณะที่เครื่องกระตุ้นหัวใจกำลังชาร์จเตือนคนอื่น ๆ ในทีม ทั้งหมด อาจใช้คำว่า Stand Clear หลังจากนั้นให้นำออกซิเจนออกตามเวลาที่เหมาะสม ตรวจสอบให้แน่ใจว่ามีผู้กดหน้าอกเป็นเพียงคนเดียวที่ยังสัมผัสผู้ป่วย

๘. เมื่อเครื่องกระตุ้นหัวใจพร้อมบอกผู้ที่กดหน้าอกว่า "Stand Clear" เมื่อทุกคนออกจากตัวผู้ป่วยให้ช็อก ทันที

๙. CPR ต่อทันที เมื่อไม่พบสัญญาณชีพจรชีพจรเริ่ม CPR โดยใช้ อัตราส่วน ๓๐:๒ โดยเริ่มต้นด้วยการกดหน้าอก

๑๐. ให้ทำ CPR ต่อเป็นเวลา ๒ นาทีพร้อมทั้งเตรียมทีมต่อไป ในการทำ CPR

๑๑. หยุดการ CPR ในเวลาสั้น ๆ ในการตรวจสอบคลื่นไฟฟ้าหัวใจและสัญญาณชีพ (ไม่ควรเกิน ๑๐ วินาที)

๑๒. ถ้า VF / VT ทำซ้ำขั้นตอน ๖-๑๑ ข้างต้นแล้วช็อกครั้งที่สอง

๑๓. ถ้า VF / VT ยังคงทำซ้ำขั้นตอน ๖-๘ ข้างต้นแล้วทำการช็อกครั้งที่สาม การกดหน้าอกทันทีแล้วให้ Adrenaline ๑ มิลลิกรัมและ amiodarone ๓๐๐ มก. IV ตามแผนการรักษาในขณะที่การ CPR ดำเนินการต่อไป ๒ นาที

๑๔. ทำซ้ำนี้ ๒ นาที CPR ตรวจสอบชีพจร ช็อกไฟฟ้าต่อไป ถ้า VF / VT ยังคงมีอยู่

๑๕. ดูแลให้ Adrenaline อีก ๑ mg IV หลังจากกดหน้ากด (คือประมาณ ทุก ๓-๕ นาที)

การตรวจสอบหาสัญญาณของการกลับมาของการไหลเวียนเลือด (ROSC): ดังนี้

๑. ตรวจสอบ Central pulse และ end-tidal CO₂

๒. หากมีสัญญาณของการกลับมามีชีพจรเริ่มต้นการดูแลหลังช่วยฟื้นคืนชีพ (ROSC)

๓. ถ้าไม่มีสัญญาณของ ROSC ทำ CPR ต่อไปจนกว่าจะไม่ สามารถช่วยโดยการช็อกได้ต่อไป ให้เริ่มดูแลแบบไม่ช็อก

ถ้าเกิดภาวะ asystole ให้ทำ CPR ต่อและเปลี่ยนไปใช้ขั้นตอนที่ไม่ช็อกด้วยไฟฟ้า (unshockable)

ใช้เวลาระหว่างการหยุดการกดหน้าอกและช็อกต้องเป็นช่วงที่สั้นใช้เวลาเป็นวินาที (น้อยกว่า ๑๐ วินาที) หลัง CPR ๒ นาที ให้คลำชีพจร และต้องชัดเจนว่าการกดหน้าอกน้อยที่สุด ถ้าผู้ป่วยไม่แสดงว่าสัญญาณชีพกลับมา (ทั้งนี้อาจรวมถึง เพิ่มขึ้นอย่างฉับพลันในก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ [ET CO₂]) ถ้าหากยังไม่แน่ใจเกี่ยวกับการกลับมาของระบบไหลเวียนให้ CPR ต่อ ถ้าผู้ป่วยมี ROSC เริ่มต้นดูแลหลังจากการช่วยฟื้นคืนชีพ

ขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยที่ไม่มี Pulse (PEA)

๑. เริ่ม CPR ๓๐:๒
๒. ให้อะดรีนาลีน ๑ มิลลิกรัมเร็วที่สุดทางเส้นเลือด
๓. ให้ทำ CPR ต่อการช่วยหายใจในอัตรา ๓๐:๒ แล้วกดหน้าอกต่อไปโดยไม่ต้องหยุดในระหว่าง
การช่วย ventilation
๔. พิจารณาสาเหตุของการทำให้เกิด PEA และการแก้ไขตามสาเหตุ
๕. ตรวจสอบอีกครั้งหลังจากที่ CPR ผู้ป่วย ๒ นาที: หากมียังคงไม่มีชีพจรและไม่มีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ : ให้ CPR ต่อไป
๖. ตรวจสอบอีกครั้งหลังจาก CPR ๒ นาที
๗. ดูแลให้ Adrenaline อีก ๑ มก. ทุก ๓-๕ นาที
๘. ถ้าเปลี่ยนเป็น VF / VT ให้ไปเริ่มขั้นตอนของการช็อกไฟฟ้า (shockable) ครั้งที่ ๒
๙. ถ้าชีพจรกลับมา ให้เริ่มต้นการดูแลผู้ป่วยหลังการช่วยฟื้นคืนชีพ

ขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยที่มีภาวะ asystole

๑. เริ่ม CPR ๓๐:๒
๒. โดยไม่ต้องหยุดการทำ CPR ตรวจสอบ
ว่าการติด lead monitor EKG ที่ถูกต้อง ให้อะดรีนาลีน ๑ มิลลิกรัมเร็วที่สุดทางเส้นเลือดให้ทำ CPR ต่อการช่วยหายใจในอัตรา ๓๐:๒ แล้วดำเนินการต่อหน้าอก ต่อไปโดยไม่ต้องหยุดในระหว่างการช่วย ventilation พิจารณาสาเหตุของการทำให้เกิด PEA และการแก้ไขตามสาเหตุ
๓. ตรวจสอบอีกครั้งหลังจากที่ CPR ผู้ป่วย ๒ นาที: ถ้าคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นลักษณะ VF/VT
๔. ดูแลให้อะดรีนาลีน ๑ mg IV ทุก ๓-๕ นาที

เมื่อใดก็ตามที่ยังมีภาวะ asystole ต้องทำตรวจสอบคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างระมัดระวัง ถ้ามี คลื่น P ปรากฏ เพราะผู้ป่วยอาจมีการตอบสนองการเต้นของหัวใจ

ถ้าหากคลื่นไฟฟ้าเป็น standstill แต่มี คลื่น P อย่างต่อเนื่อง อาจไม่ใช่ภาวะ asystole จริง

บทบาทของพยาบาลในการช่วยฟื้นคืนชีพ

ก่อนการช่วยฟื้นคืนชีพ

๑. การจัดเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมใช้อยู่เสมอ เช่น รถ Emergency ที่มียาและอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในการช่วยฟื้นคืนชีพอยู่ตลอดเวลา เครื่อง defibrillation พร้อมใช้งาน ออกซิเจนและเครื่อง Suction พร้อมใช้งานทุกเวรต้องมีการตรวจสอบอุปกรณ์เครื่องใช้ให้พร้อมใช้อยู่ตลอดเวลา หากมีการใช้งานในเวรต้องนำมาเพิ่มให้เพียงพอทันที

๒. การประเมินให้ได้ว่าผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ของการช่วยฟื้นคืนชีพ ควรประเมินผู้ป่วยได้ในเวลาสั้น ๆ ๑๐ วินาที สำหรับการประเมินชีพจรของผู้ป่วยผู้ป่วยที่มีภาวะหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้นพร้อมกับความสามารถในการอ่าน EKG ที่ถูกต้อง

๔. การเตรียมบริเวณที่เข้าถึงผู้ป่วยได้ อุปกรณ์ที่จำเป็นสามารถหยิบใช้ได้ สะดวกไม่ว่าจะเป็น รถ Emergency เครื่อง Defibrillation และการเข้าช่วยเหลือผู้ป่วยในตำแหน่งที่ถูกต้อง ถ้าสามารถเตรียมได้ทันที ควรเตรียมบริเวณควรเป็นสัดส่วนกับผู้ป่วยคนอื่นเช่นการกั้นม่าน เพราะอาจมีผลกับสภาพจิตใจของคนอื่น

๕. การเตรียมให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำหรือความพร้อมของการทำหัตถการทาง Central line

๖. การเตรียมให้ข้อมูลแก่ญาติ

ขณะการช่วยฟื้นคืนชีพ

๑. พยาบาลต้องมีทักษะของการ CPR เป็นอย่างดี ความแรงและอัตราในการกดหน้าอกที่ ๑๐๐-๑๒๐ ครั้ง/นาที อัตราการกดหน้าอกและการช่วยหายใจ เท่ากับ ๓๐: ๒ ทักษะการช่วยหายใจโดยใช้ self inflating mask แบบ Fix-mask

๒. พยาบาลต้องสามารถนำทีมในการช่วยฟื้นคืนชีพโดยสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพได้อย่างถูกต้อง มีการแบ่งหน้าที่ในทีมเช่น ผู้กดหน้าอก ๑ คน ผู้ดูแลทางเดินหายใจ ๑ คน และผู้เตรียมอุปกรณ์ เตรียมยาและจัดบันทึก ๑ คน

๓. การติดตามสัญญาณชีพ ควบคุมเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพทุกๆ ๒ นาที การ Monitor EKG และ ติดตามค่าของ ออกซิเจนในกระแสเลือดพร้อมบันทึกทางการพยาบาล

๔. ช่วยแพทย์ในการเตรียมเครื่องช็อกไฟฟ้าหากผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ เช่น VT/VF

๕. เตรียมและดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตาม Protocol คือ Adrenaline ๑ mg V ทุก ๓-๕ นาที เตรียมให้ amiodarone ๓๐๐ มก IV.(๑๕๐ มก ใน dose ต่อไป). และการ Plush Isotonic solution เช่น NSS ตามหลังให้ยาอย่างน้อย ๒๐ ml และจัดบันทึกทุกครั้ง

๖. ดูแลเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการให้ยา

การดูแลผู้ป่วยหลังจากการช่วยฟื้นคืนชีพ

๑. ความเสี่ยงที่สำคัญคืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะ hyperoxemia หลังจากที่ใช้ระบบการไหลเวียนที่เพิ่งคืนกลับมา (ROSC) ซึ่งต้องเน้นให้ความสำคัญกับการติดตามค่าของ ออกซิเจนในกระแสเลือด โดยดูจากความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดจากหลอดเลือดแดง (SaO_2) และติดตามค่าของออกซิเจนจาก Pulse oximetry ดูแลให้ค่าของ SaO_2 อยู่ในช่วง ๙๔-๙๘%

๒. การติดตามค่าความปกติในระบบไหลเวียนหรือ Hemodynamic Monitoring และการดูแลช่วยเหลือในการแทงเข็มใส่สายทางหลอดเลือดผ่านผิวหนังอย่างเหมาะสม

๓. การติดตามระดับน้ำตาลในกระแสเลือด โดยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในช่วงปกติ หลังจากการช่วยฟื้นคืนชีพในผู้ใหญ่จะมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น ดังนั้นควรจะได้รับ การรักษา และต้องดูแลประเมินอาการของภาวะ Hyperglycemia ควบคู่กับการป้องกันการเกิดภาวะ hypoglycemia

๔. การดูแลการใช้ความเย็นในการรักษาในผู้ป่วยทั้งที่ CPR ที่มีการช็อกไฟฟ้า และไม่มีการช็อกไฟฟ้า แต่ก็ยังสับสนอยู่ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่มีการช็อกไฟฟ้า ซึ่งขึ้นอยู่กับประเพณีของผู้รักษา

จุดเน้นแนวปฏิบัติในการช่วยฟื้นคืนชีพ (๒๐๑๕)

ระหว่างการ CPR

การ CPR จะมีประสิทธิภาพบุคลากรต้องมีทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพ ดังนั้นบุคลากรนอกจากต้องมีความรู้เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น (BLS) และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (ALS) แล้วนั้นยังต้องฝึกทักษะอยู่อย่างสม่ำเสมอ บุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะพยาบาลต้องมีสมรรถนะในเรื่องทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพและความสามารถที่จะเป็นผู้นำในเรื่องการฝึกทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพให้กับบุคคลทั่วไปได้

คุณภาพของการช่วยฟื้นคืนชีพตามแนวทางปฏิบัติ ๒๐๑๕ คือ

๑. ยังใช้หลัก C-A-B (Circulation-Airway-Breathing) โดยให้รีบกดหน้าอกทันที ที่ประเมินผู้ป่วยได้ โดยใช้อัตราการกดหน้าอกให้ได้ ๑๐๐-๑๒๐ ครั้ง/ นาที ความลึกในการกด ประมาณ ๒-๒.๔ นิ้วเมื่อกดแล้วรอให้หน้าอกคืนกลับมาให้สุดก่อนกดครั้งต่อไป ระหว่างการกดหน้าอกต้องขัดขวางการกดหน้าอกให้น้อยที่สุด เช่น ช่วงในการประเมินผู้ป่วย ช่วงในการหยุดเพื่อช็อกไฟฟ้า ช่วงในการทำหัตถการต่างๆ เปลี่ยนผู้กดหน้าอกทุก ๒ นาที เพื่อมีแรงเพียงพอในการกดให้ได้ความลึกที่เหมาะสม

๒. สำหรับการให้ออกซิเจนควรให้ออกซิเจน ๑๐๐% ในการช่วยหายใจ การ Fix mask มีความสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยไม่มีภาวะ Hypoxia และภาวะ Hypoxemia กดหน้าอก:การช่วยหายใจในสัดส่วน ๓๐:๒ มีการกดหน้าอกที่ต่อเนื่องอาจต้องหยุดเมื่อจำเป็นในเวลาที่รวดเร็วระหว่างการทำการหัตถการต่างๆ เช่น เมื่อต้องใส่

Endotracheal tube/Consider advance airway หรือติด capnography ,
Vascular access (Intravenous, intraosseous) มีการให้ adrenaline ทุก ๓-๕
นาที รักษาตามสาเหตุที่ถูกต้อง

๓. ค้นหาสาเหตุตาม ๖H&T แล้วรักษาสาเหตุไปพร้อมกัน

๔. ถ้าหากมีการใส่ท่อช่วยหายใจให้ปั๊ม self inflating bag ไม่เร็วเกิน ควรปั๊ม
ในอัตราประมาณ ๑๐ ครั้ง/นาที

๕. วัด end tidal CO₂ ถ้า PETCO₂ < ๑๐ mmHg พยายามแก้ไขคุณภาพ
ของการ CPR

ข้อบ่งชี้ของการกลับมาของระบบไหลเวียน Return of spontaneous
circulation (ROSC)

๑. คลำชีพจรและวัดความดันโลหิตได้

๒. end tidal CO₂ เพิ่มขึ้นและคงที่ ≥ 40 mmHg

๓. มีคลื่นแสดงแรงดันจากหัวใจบีบตัวเอง จาก Arterial line

วาระที่ ๒ เรื่องการรับรองรายงานการประชุมครั้งที่แล้ว

.....

วาระที่ ๓ ติดตามผลการประชุมครั้งที่แล้ว

.....

วาระที่ ๔ เรื่องที่เสนอที่ประชุมทราบและเพื่อพิจารณา

-

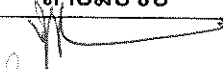
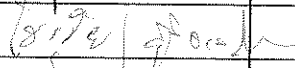
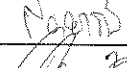
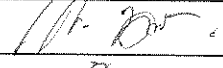
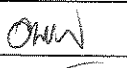
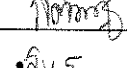
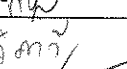
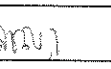
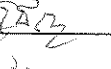
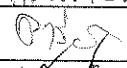
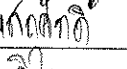
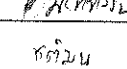
วาระที่ ๕ เรื่องอื่นๆ (ถ้ามี)

ปิดประชุมเวลา ๑๖.๓๐ น.

ลงชื่อ.....นางพุด.....ผู้บันทึกการประชุม
(นางสาวภาณุมาศ เทียรณนิกุล)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ลงชื่อ.....อ.ชาล.....ผู้รับรองรายงานการประชุม
(นายวิชาญ จันทสิงห์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมชี้แจงการเคลื่อนย้ายและการช่วยฟื้นคืนชีพบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโคก
(วันที่ ๑)วันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๖ เวลา ๑๓.๐๐ น. เป็นต้นไป

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ	หมายเหตุ
๑	นายธีรเดช เชียงราน	นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ		
๒	นายโชคชัย สุกิจเจริญผล	เภสัชกรชำนาญการ		
๓	นางสาวกัลยาณี วิทยา	เภสัชกรชำนาญการ		
๔	นางวรรณวิษา นามอื่น	จพ.ทันตสาธารณสุขชำนาญงาน		
๕	นายรมชัช คำสนิห	จพ.สาธารณสุขชำนาญงาน		
๖	นางเมธิณี เทียนสว่าง	จพ.วิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญงาน		
๗	นางสุนิรัตน์ กาวีระเดช	จพ.การเงินและบัญชีชำนาญงาน		
๘	นางสาวศิริพร แยมมูล	แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ		
๙	นางสาวอรรพรม จันทร์คำ	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ		
๑๐	นายธนวัฒน์ ศรีสงคราม	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ		
๑๑	นางสาวกิติญาพร ฝันตา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ		
๑๒	นายณัฐกร หงษ์ดำเนิน	เจ้าพนักงานเวชสถิติปฏิบัติงาน		
๑๓	นางสาววิภาวี ศรีทาสสุข	นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ		
๑๔	นายประจักษ์ มากมี	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน		
๑๕	นางสาวสาวตรี เรืองดี	ทันตแพทย์ปฏิบัติการ		
๑๖	นางสาวสุดารัตน์ ล้อสินคำ	เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน		
๑๗	น.ส.ศนิศร เต็มบาง	เจ้าพนักงานเภสัชกรรมปฏิบัติงาน		
๑๘	นางสาวพิชภักดิ์ เทียนสว่าง	นักรังสีการแพทย์		
๑๙	นางสาวกุลชญา คูอาริยะกุล	เภสัชกรปฏิบัติการ		
๒๐	นางสาวบุษราคัม ลีกา	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน		
๒๑	นายณัฐธัญ กรดแก้ว	ทันตแพทย์ปฏิบัติการ		
๒๒	นางสาวกัลลิกา จันคำเรือง	พนักงานธุรการประกันสุขภาพ		
๒๓	นางศิริวรรณ ลีกา	พนักงานบริการ		
๒๔	นางอารีย์ ชันดีต่อ	พนักงานแปล		
๒๕	นายเสกศักดิ์ เครือพิทักษ์กุล	พนักงานกู้ชีพ		
๒๖	นางวิไล ชาแดง	พนักงานช่วยเหลือคนไข้		
๒๗	นางเบญจวรรณ จันโส	พนักงานช่วยเหลือคนไข้		
๒๘	นางชุดิมน ดวงสุภา	พนักงานช่วยเหลือคนไข้		
๒๙	นางสาวมัลลิกา บุญยศรีมานนท์	พนักงานช่วยเหลือคนไข้		
๓๐	นางสาคร ม้วนเรียน	พนักงานช่วยการพยาบาล		
๓๑	นายชัยยศ ชาแดง	ผู้ช่วยช่างทั่วไป		

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมชี้แจงการเคลื่อนย้ายและการช่วยฟื้นคืนชีพบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโคก
(วันที่ ๑)วันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๖ เวลา ๑๓.๐๐ น. เป็นต้นไป

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ	หมายเหตุ
๓๒	นางละมุด คุณประเสริฐ	พนักงานซักฟอก	กัญญา	
๓๓	นายวีระศักดิ์ พาโพน	พนักงานบริการ	วิไล	
๓๔	นางสาวจิราพร อินฟากท่า	พนักงานบริการ	จิราพร	
๓๕	นางพนิดา พลอยเขียว	พนักงานบริการ	พนิดา	
๓๖	นายสมหวัง ยอดวัน	พนักงานเกษตรชั้นพื้นฐาน	สมหวัง	
๓๗	นายพลนิพัฒน์ ศรีสงคราม	พนักงานช่วยเหลือคนไข้	พลนิพัฒน์	
๓๘	นางสาววิภาดา ลาบุ	พนักงานช่วยเหลือคนไข้	วิภาดา	
๓๙	นายศุภวัฒน์ ม่วงเผือก	พนักงานช่วยเหลือคนไข้	ศุภวัฒน์	
๔๐	นางสุภาวดี เตเก	พนักงานช่วยเหลือคนไข้	สุภาวดี	
๔๑	นางสาวสนันท์ เจริญเกษมวิทย์	แพทย์แผนไทย	สนันท์	
๔๒	นายวุฒิพงษ์ ดวงสุภา	ผู้ช่วยช่างทั่วไป	วุฒิพงษ์	
๔๓	นางสาวนิรันดรี บุญมี	เจ้าพนักงานธุรการ	นิรันดรี	
๔๔	น.ส.ปณยาพร ผืนเต็ม	จพ.เภสัชกรรม	ปณยาพร	
๔๕	น.ส.อัจฉรารัตน์ มีหอม	จพ.เวชสถิติ	อัจฉรารัตน์	
๔๖	นางสาวพิษณุภา กัญจนะ	นักโภชนาการบำบัด	พิษณุภา	
๔๗	นางสาวชนาภา ปานเกตุ	นักกายภาพบำบัด	ชนาภา	
๔๘	นายอานนท์ มาคำ	นักวิชาการสาธารณสุข	อานนท์	
๔๙	นางสาวจันทร์จิรา สุวรรณวล	เจ้าพนักงานบันทึกข้อมูล	จันทร์จิรา	
๕๐	นางสาวนัฐกานต์ แก่งอินทร์	นักวิชาการพัสดุ	นัฐกานต์	
๕๑	นายมนัสพงษ์ ผางมาลี	นักวิชาการคอมพิวเตอร์	มนัสพงษ์	
๕๒	นางสาวอภัสรา มาอุ่น	จพ.พัสดุ	อภัสรา	
๕๓	นางสาวฐานิการ สุวรรณ	นักวิชาการสาธารณสุข	ฐานิการ	
๕๔	นางสาวพิกานันท์ ทองออน	นักวิชาการสาธารณสุข	พิกานันท์	
๕๕	นางสาวสายสุณีย์ ดวงทุม	นักวิชาการเงินและบัญชี	สายสุณีย์	
๕๖	นางสาวอุรา เชียงพันธ์	นักวิชาการพัสดุ	อุรา เชียงพันธ์	
๕๗	นางสาวมัลลิกา รุระยศ	พนักงานประจำห้องกายภาพบำบัด	มัลลิกา รุระยศ	
๕๘	นางสาวฟองแก้ว มากมี	พนักงานบริการ	ฟองแก้ว	
๕๙	นายสุทธิลักษณ์ ทองมา	พนักงานขับรถยนต์	สุทธิลักษณ์	
๖๐	นายนราธิป ศรีชัยชนะ	พนักงานธุรการ	นราธิป	
๖๑	นายวารสาร บุญคำ	พนักงานบริการ	วารสาร	

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมชี้แจงการเคลื่อนย้ายและการช่วยฟื้นคืนชีพบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโคก
(รุ่นที่ ๑)วันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๖ เวลา ๑๓.๐๐ น. เป็นต้นไป

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ	หมายเหตุ
๖๒	นายสุมิตร ตาจันทร์	พนักงานรักษาความปลอดภัย	สมิทธิ์	
๖๓	นายหลัด แก้วบุญมา	พนักงานรักษาความปลอดภัย	หลัด	
๖๔	นางลลิตา แหม่มไทย	พนักงานทำความสะอาด	ลลิตา	
๖๕	นางอรนุช จันรุ่ม	พนักงานทำความสะอาด	อรนุช	
๖๖	นางสาวศศิเมธัญญ์ นิตดา	พนักงานทำความสะอาด	ศศิเมธัญญ์	
๖๗	นางสุกัลยา บุญคำ	พนักงานทำความสะอาด	สุกัลยา	
๖๘	นางเพ็ญประภา อูสาพรหม	พนักงานทำความสะอาด	เพ็ญประภา	
๖๙	นายอนุพล น้อยนาฝ่าย	พนักงานขับรถยนต์	อนุพล	
๗๐	นางเบญญาภา ขาบัว	พนักงานการเงินและบัญชี ส.๔	เบญญาภา	
๗๑	นายนวัตรณ์ ดีบาง	พนักงานขับรถยนต์	นวัตรณ์	
๗๒	นางเจริญ จันใส	พนักงานช่วยเหลือคนไข้	เจริญ	
๗๓	นางบุญเดือน คุณประเสริฐ	พนักงานช่วยเหลือคนไข้	บุญเดือน	
๗๔	นางพิศุทธิ์ พุทธิพิศุทธิ์	พนักงานเก็บเงิน บ.๒	พิศุทธิ์	
๗๕	น.ส.สุชาดา ช้องแก้ว	เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล	สุชาดา	
๗๖	นางสาววิภาดา หอมอ่อน	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	วิภาดา	

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมชี้แจงการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและการช่วยฟื้นคืนชีพบุคลากร โรงพยาบาลบ้านโคก
(รุ่นที่ ๒) วันที่ ๒ มีนาคม ๒๕๖๖ เวลา ๑๓.๐๐-๑๖.๓๐ น.
ณ ห้องประชุม โรงพยาบาลบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ	หมายเหตุ
๑.	นายวิชาญ จันทสิงห์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านโคก		
๒.	นายเศวตชัย พึ่งบัว	นายแพทย์ชำนาญการ		
๓.	นายกรชนก ให้วฒนานุกูล	นายแพทย์ปฏิบัติการ		
๔.	นางจริยา ดวงตาน้อย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		
๕.	นางกฤษฎากร อินยา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		
๖.	นางวงศ์จันทร์ นุตเวช	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		
๗.	นางวัชรภรณ์ จันโสดา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		
๘.	นางนันทรัตน์ คำนันท	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		
๙.	นางพยอม มาคุณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		
๑๐.	นางสาวศิริพร ศรีชัยชนะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		
๑๑.	นางสาวหนึ่งฤทัย สิงห์ทา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		
๑๒.	นางสาวผกามาศ กันมงคล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		
๑๓.	นางพรนิภา แคนชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		
๑๔.	นางกาญจนา ขุพิพัฒน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		
๑๕.	นางสาวสุวิมล ศรีคำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		
๑๖.	นางสาวพนิดา สมศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		
๑๗.	นายเอกพันธ์ จันทอรุ่น	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		
๑๘.	นายสุรพงษ์ ธงแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		
๑๙.	นางสาวสาลิณี มุลเขียน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		
๒๐.	นายจักรพันธ์ จันอุทัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		
๒๑.	นางสาวแววธิดา นาสา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		
๒๒.	นางสาวกุสุมา บุญมาตา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		
๒๓.	นางสาวภาณุมาศ เทียรฆนิธิกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		
๒๔.	นางสาวอภิราพร คำปล้อง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		
๒๕.	นางสาววรารภรณ์ ปิ่นสิงห์โต	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ		

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมชี้แจงการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและการช่วยฟื้นคืนชีพบุคลากร โรงพยาบาลบ้านโคก
(วันที่ ๒) วันที่ ๒ มีนาคม ๒๕๖๖ เวลา ๑๓.๐๐-๑๖.๓๐ น.
ณ ห้องประชุม โรงพยาบาลบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ	หมายเหตุ
๒๖.	นางสาวสมฤทัย ชันทะศิลา	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	สมฤทัย	
๒๗.	นางสาวจุฬารรณ กาแก้ว	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	จุฬารรณ	
๒๘.	นายราชนันย์ ต้นสุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	ราชนันย์	
๒๙.	นางสาวอภิสร ทิเลา	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	อภิสร	
๓๐.	นายชนายุส แก้วบุญมา	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	ชนายุส	
๓๑.	นางสาววิตรมา มาลาม	พยาบาลวิชาชีพ	วิตรมา	
๓๒.	นางสาวเอื้อมพร พรหมสุข	พยาบาลวิชาชีพ	เอื้อมพร	
๓๓.	นางสาวกิตติมา วันหาภิจ	พยาบาลวิชาชีพ	กิตติมา	
๓๔.	นางสาวปิยะฉัตร จันโส	พยาบาลวิชาชีพ	ปิยะฉัตร	





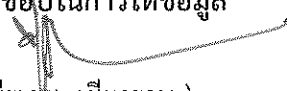
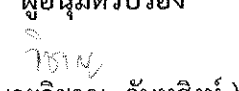
แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค

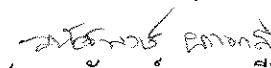
โรงพยาบาลบ้านโคก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์

ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ.๒๕๖๑

สำหรับหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค	
โรงพยาบาลบ้านโคก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์	
ชื่อหน่วยงาน โรงพยาบาลบ้านโคก อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรดิตถ์	
วัน/เดือน/ปี.มีนาคม ๒๕๖๖.....	
หัวข้อนางสาวระพีพร ทุมมา ศึกษานิเทศก์ และนางเบญจมาศ คุ้มคำ	
.....บุคลากรโรงพยาบาลบ้านโคก.....	
รายละเอียดข้อมูล(โดยสรุปหรือเอกสารแนบ)	
.....	
.....	
หมายเหตุ	
.....	
.....	
ผู้รับผิดชอบในการให้ข้อมูล	ผู้อนุมัติรับรอง
	
(นายธีรเดช เชียงราน)	(นายวิชาญ จันทสิงห์)
ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ	ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านโคก
วันที่.....เดือน ..มีนาคม.....พ.ศ...๒๕๖๖.....	วันที่เดือน...มีนาคม.....พ.ศ.๒๕๖๖...

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่

(นายมนัสพงษ์ ผางมาลี)
ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์
วันที่เดือน.....มีนาคม.....พ.ศ.๒๕๖๖....