

Chulalongkorn Medical Journal

Volume 32
Issue 7 July 1988

Article 2

7-1-1988

ขาดเจ็บหน้

อดิเรก ฒ ถลาง

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

ฒ ถลาง, อดิเรก (1988) "ขาดเจ็บหน้," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 32: Iss. 7, Article 2.

DOI: <https://doi.org/10.58837/CHULA.CMJ.32.7.1>

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal/vol32/iss7/2>

This Special Article is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

ขาดเจ็บหมุ่

บาดเจ็บหมู่

อดิเรก ณ ถลาง*

Nathalang A. Mass casualty. Chula Med J 1988 May; 32(5) : 607-614

Because the number of casualty requiring attention at any one time is unpredictable, every hospital should have a plan for readiness in dealing with mass casualties. It is not sufficient to handle these happenings by routine measures; success is judged by the expedition and smoothness of the procedure and by the lack of interference with the general running of the hospital as well as by the high percentage of life saved and morbidity avoided.

An objective of this article is to recommend every hospital to have a mass casualty plan. In order to draft the plan one must consider the following steps, beginning with a category of plan (I,II,III) which depends on the number of casualty, the capability of the hospital and the space of the triage area and other areas relevant to mass casualty. This is followed by the notification and assembly of casualty officer and other hospital staff, security measures, traffic plan, mobile first aid unit and ambulance service. Problems of a sudden increase in the number of casualty should be considered under the following headings; receiving, sorting, disposal, information services. Standard operation procedure must be clear to avoid confusion when casualties arrive, and job description for casualty officers, sisters, nursing staff and other hospital staff should be deliberately determined.

Reprint requests : Nathalang A, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10500, Thailand.

Received for publication. February 25, 1987.

ความมุ่งหมายของบทความนี้ก็เพื่อช่วยให้ ร.พ. แต่ละแห่งได้แนวทางในการพิจารณาจัดทำแผนรับบาดเจ็บหมู่ได้อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ

ปัจจุบันและในอนาคต บาดเจ็บหมู่นับแต่จะเพิ่มจำนวนยิ่งขึ้น และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ จากสถิติทั้งจากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข และจากคณะกรรมการอุบัติเหตุแห่งชาติ แสดงให้เห็นว่า ตัวเลขของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุและถึงแก่กรรมก็สูงขึ้นทุกปี ทั้งนี้ เนื่องจากจำนวนยานพาหนะที่ใช้มีจำนวนเพิ่มขึ้นในแต่ละปี สภาพการจราจร และจิตใจของผู้ขับขี่รถยนต์ที่อึกเขม คึกคะนอง มีนเมา ทำให้อุบัติเหตุมากขึ้น รวมทั้งอุบัติเหตุทางอากาศ การระเบิดของโรงงาน การก่อการร้าย สิ่งเหล่านี้ก็เป็นปัจจัยที่ทำให้มีผู้ได้รับบาดเจ็บเพิ่มขึ้นทั้งสิ้น

บาดเจ็บหมู่ กืออะไร

การบาดเจ็บหมู่ (Mass Casualty) หมายถึง สถานการณ์ที่มีผู้บาดเจ็บมาโรงพยาบาลในคราวเดียวกันหรือติดต่อกันเป็นจำนวนมากเกินกำลังของเจ้าหน้าที่ประจำหรือเกินขีดความสามารถของโรงพยาบาล เพราะโรงพยาบาลมีขนาด จำนวนเตียง และบุคลากร แตกต่างกัน เช่น 60 เตียง, 120 เตียง, 300 เตียง, 750 เตียง, 1000 เตียง, 2,000 เตียง ฯลฯ

สาเหตุการบาดเจ็บหมู่

จากอุบัติเหตุขนาดใหญ่ อันได้แก่

- รถไฟตกราง
- รถโดยสารชนกัน หรือพลิกคว่ำ
- เครื่องบินตก
- การก่อการร้าย

- การจลาจล
- การก่อวินาศกรรม
- ไฟไหม้
- การระเบิดของโรงงาน
- ฯลฯ

ผู้ที่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลทุกคน ทุกระดับ จะต้องสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องเมื่อเกิดสถานการณ์ดังกล่าว จึงจำเป็นต้องให้ทราบหน้าที่ของทุกคนไว้ ทุกโรงพยาบาลต้องมีแผนรับสถานการณ์และมีการซักซ้อมโดยสม่ำเสมอ แผนนี้จะต้องมีการปรับให้เหมาะสมกับสถานการณ์เป็นระยะ ๆ ประมาณ 3-5 ปี

ผู้บาดเจ็บ

ผู้บาดเจ็บอาจแบ่งออกได้เป็น 4 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ

กลุ่มที่ 1 บาดเจ็บที่มีผลต่อระบบต่าง ๆ ทางสรีระของร่างกายที่สำคัญ ซึ่งทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิตอย่างฉับพลันทันที อาทิเช่น ทางเดินหายใจอุดตัน, เลือดออกจากบาดแผล ถูกยิงหรือของมีคม ฯลฯ บาดเจ็บกลุ่มนี้ต้องรีบผ่าตัดนับเวลา 5-10 นาที ซึ่งไม่สามารถจะทำได้ จึงมักถึงแก่กรรมในที่เกิดเหตุ หรือระหว่างการนำส่งโรงพยาบาล

กลุ่มที่ 2 บาดเจ็บที่ไม่เป็นอันตรายต่อชีวิตอย่างฉับพลันทันที โดยที่ระบบต่าง ๆ ทางสรีระของร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บ และยังคงทำหน้าที่ทดแทนได้ แม้จะไม่ค่อยปกติ โดยที่อาการแสดงที่สำคัญ เช่น ชีพจร ความดัน การหายใจ ยังคงที่

กลุ่มที่ 3 บาดเจ็บที่ไม่ปรากฏอย่างชัดเจน (occult damage) แต่จะค่อย ๆ แสดงอาการให้ปรากฏในเวลาต่อมาหรือบาดเจ็บเล็กน้อย

Table 1 Number of deaths per year.*

	1984	1985	1986	1987
Accident from fire	212	147	147	—
Accidental poisoning	251	177	180	—
Murder	7,354	6,132	5,425	—
Motor accidents	5,655	4,315	4,208	—
Other accidents	9,408	9,953	8,112	—

Table 2 Number of injured persons per year.*

	1984	1985	1986	1987
Motor accidents	98,247	94,047	97,157	—
Fire	—	—	—	—
Explosion	—	—	—	—
Toxic chemicals	88,162	10,722	8,644	—
Electrical	—	—	—	—
Assault	—	—	—	—
Other accidents	112,901	114,254	113,374	—

*ตัวเลขจากกองสถิติ สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มที่ 4 คนไข้ถึงแก่กรรมขณะมาถึงโรงพยาบาล ผู้บาดเจ็บเหล่านี้ ควรได้รับการปฐมพยาบาลอย่างถูกต้องในที่เกิดเหตุ (เช่น ห้ามเลือด หรือช่วยหายใจ ฯลฯ) และนำส่งโรงพยาบาลโดยเร็วที่สุด แต่ในความเป็นจริง ญาติ คนไข้หรือเจ้าหน้าที่เป็นผู้นำส่งและส่วนมากก็มิได้รับการปฐมพยาบาลอย่างถูกต้อง จึงเป็นเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้บาดเจ็บจำนวนหนึ่งต้องเสียชีวิต และรถที่นำส่งก็มีโรงพยาบาล ซึ่งมีอุปกรณ์พร้อม ยกเว้นในกรุงเทพฯ ซึ่งบริการรถพยาบาลได้รับการปรับปรุง และดีขึ้นกว่าแต่ก่อนมาก ส่วนในต่างจังหวัดก็ยังคงใช้รถบรรทุกเท่าที่จะหาได้

โรงพยาบาลจะทําอย่างไร โรงพยาบาลจะต้องวางแผนรับสถานการณ์ในเรื่องนี้ไว้ โดยกำหนดแผนหลัก แผนรองต่าง ๆ อย่างรอบคอบ

1. การวางแผน

ต้องกำหนดไว้ล่วงหน้าว่าอย่างไรจึงจะถือว่าเกินกำลังของเจ้าหน้าที่ประจำ หรือขีดความสามารถของโรงพยาบาล โดยกำหนดแผน 1, 2, 3 โดยถือจำนวนของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บเป็นเกณฑ์ เช่น แผน 1 หมายความว่า มีผู้บาดเจ็บจำนวน X แผน 2 หมายความว่า มีผู้บาดเจ็บจำนวน Y แผน 3 หมายความว่า มีผู้บาดเจ็บจำนวน Z ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับขนาดของโรงพยาบาล ตามที่ได้กล่าวมาแล้ว ผู้ประกาศใช้แผน คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือผู้ทำการแทน

โดยปกติเมื่อโรงพยาบาลได้รับแจ้งจากเจ้าหน้าที่บ้านเมืองจะเป็นทางโทรศัพท์ หรือทางวิทยุก็ตาม ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือผู้ทำการแทน จะต้องแจ้งเหตุและเรียกระดมเจ้าหน้าที่ทุกฝ่าย รวมทั้งประกาศใช้แผน 1 หรือ 2 หรือ 3 เมื่อทราบจำนวนของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ

2. สถานที

2.1 พื้นที่แรกรับ เมื่อผู้ที่ได้รับบาดเจ็บมาถึง โดยมากจะใช้พื้นที่บริเวณหน่วยฉุกเฉิน (ER emergency room หรือ AE = accident and emergency แล้วแต่จะเรียกชื่ออะไร) และบริเวณข้างเคียง โดยจะต้องเคลื่อนย้ายคนไข้อื่น ๆ ออกให้หมด บริเวณนี้จะใช้เป็นที่รับและแยกประเภทผู้บาดเจ็บ (Triage area) โดยมีแพทย์อาวุโส 1 คน ทำหน้าที่แยกประเภทของผู้ป่วยตามสภาพความรุนแรงและอันดับความเร่งด่วนของการรักษา อาจมีผู้ช่วยอีกจำนวนหนึ่งช่วยแยกคนไข้ และส่งเข้ารับรักษาตามหน่วยต่าง ๆ แล้วแต่กรณี (ดูแผนผังการแยกผู้ป่วย)

2.2 พื้นที่ที่จะใช้สำหรับทำการกัชีพ (Recusitation) โดยมีอุปกรณ์ต่าง ๆ อย่างพร้อมเพียง รวมทั้ง

เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการฝึกอบรมไว้แล้ว

2.3 พื้นที่ที่จะใช้สำหรับรอการตรวจและวินิจฉัยต่าง ๆ ในกรณีที่มีการประเมินสถานภาพเบื้องต้นและการวินิจฉัยยังไม่แน่ชัด

2.4 ห้องผ่าตัดต้องเตรียมพร้อม

2.5 พื้นที่ที่จะใช้สำหรับตกเตียงบาดเจ็บเล็กน้อย

2.6 พื้นที่ที่จะใช้สำหรับสังเกตอาการ บางโรงพยาบาลอาจจัดหอสังเกตอาการผู้ป่วยขึ้น ในกรณีที่ต้องรับไว้เพื่อดูอาการ

2.7 หออภิบาลผู้ป่วย (ICU) สำหรับผู้ที่อาการหนัก

2.8 หอผู้ป่วยที่จะรับผู้บาดเจ็บ ควรจัดให้อยู่รวมไว้ในตึกหรือชั้นเดียวกัน แบ่งหญิงชายถ้าเป็นไปได้

2.9 จัดตั้งศูนย์อำนวยการเฉพาะกิจ พร้อมทั้งโทรศัพท์ หรือศูนย์วิทยุ

2.10 หน่วยประชาสัมพันธ์ และทะเบียนผู้ป่วย

2.11 ห้องพัสดุ, (วัด)

3. บุคลากร

3.1 การตามตัวเจ้าหน้าที่ ถ้าเหตุเกิดนอกเวลาราชการ จะต้องมึระบบการตามอย่างมีประสิทธิภาพ (ต้องมีแผนรองรับสำหรับเรื่องนี้)

3.2 เจ้าหน้าที่หลักประจำหน่วยต่าง ๆ ควรมีบัญชีรายชื่อพร้อมที่อยู่รวมทั้งหมายเลขโทรศัพท์ที่จะตามได้ ต้องมีการกำหนดและวางตัวไว้ล่วงหน้า รวมทั้งการกำหนดขอบเขตและหน้าที่ให้ชัดเจน

3.3 เจ้าหน้าที่ที่จะเพิ่มเพื่อเสริมกำลัง ในแต่ละหน่วย

ต้องมีแผนการจัดอัตรากำลังทดแทน โดยวางจำนวนไว้ล่วงหน้า และกำหนดว่าจะเรียกจากหน่วยปกติหน่วยใดเป็นจำนวนเท่าใด และต้องระวังมิให้เกิดความเสียหายแก่คนไข้ประจำในหอผู้ป่วย

3.4 ในกรณีที่มีผู้ป่วยหนักหลายคน ต้องกำหนดความรับผิดชอบระหว่างพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล ต่อจำนวนผู้ป่วย เช่น พยาบาล 1 คน ผู้ช่วยพยาบาล 1 คน ดูแลผู้ป่วย 2 คน เป็นต้น

3.5 กรณีที่เหตุการณ์ยืดเยื้อออกไป ควรจัดเวรหมุนเวียนไว้รับสถานการณ์

3.6 เจ้าหน้าที่ หมายถึง

- แพทย์
 - เภสัชกร
 - พยาบาล
 - ผู้ช่วยพยาบาล, บุรุษพยาบาล
- } ห้องผ่าตัด, หอผู้ป่วย
} ห้องฉุกเฉิน

- เจ้าหน้าที่ธนาคารเลือด
- เจ้าหน้าที่แผนกโภชนาการ
- เจ้าหน้าที่หน่วยจ่ายกลาง
- เจ้าหน้าที่ประปา, ไฟฟ้า
- เจ้าหน้าที่อื่น ๆ
- เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องจะต้องได้รับทราบเมื่อมี

สถานการณ์เกิดขึ้น

- แต่ละหน่วยงานต้องมีแผนกำลังคนที่จะหมุนเวียนไปปฏิบัติงาน สนับสนุนแผนของโรงพยาบาล

4. การรักษาความปลอดภัย

- การรักษาความปลอดภัยทั่วไปของโรงพยาบาล
- การรักษาความปลอดภัยของผู้ป่วย

5. สถิติการ

สถิติการของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน รวมทั้งญาติ

ผู้ป่วยในบางกรณี

6. แผนการจราจร

จะต้องจัดการระบบการจราจรเป็นทางเดียว สำหรับให้รถที่มาส่งผู้บาดเจ็บ เข้าทางหนึ่งและไปออกอีกทางหนึ่ง จัดที่จอดรถสำหรับเจ้าหน้าที่ทั้งของโรงพยาบาล

และเจ้าหน้าที่บ้านเมืองไว้ โดยมีให้คิดวางแผนการจราจร

7. หน่วยเคลื่อนที่

หากมีความพร้อม ควรจัดหน่วยเคลื่อนที่และรถพยาบาลเพื่อออกไปให้การปฐมพยาบาลในที่เกิดเหตุ ซึ่งจะเป็นการช่วยบรรเทาความคับคั่งของโรงพยาบาล และการให้การรักษาที่จำเป็นเบื้องต้นรวมทั้งการขนย้ายคนไข้อย่างถูกต้องด้วย

แนวทางสำหรับปฏิบัติ

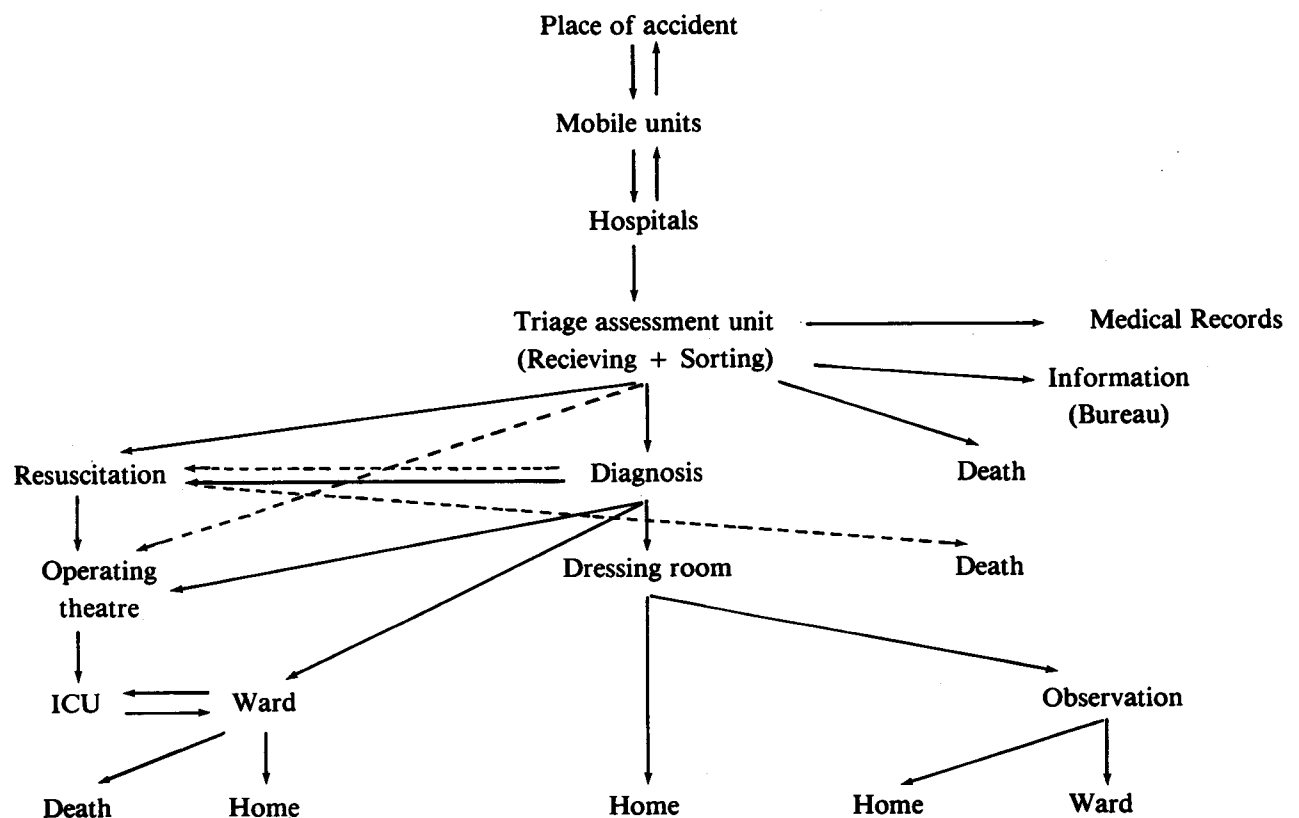
เมื่อมีบาดเจ็บหมู่ หลักในการปฏิบัติที่สำคัญมี 4 ประการคือ

1. การรับคนไข้ (Receiving)
2. การจำแนกคนไข้ (Sorting)
3. การกระจายคนไข้ (Disposal)
4. ศูนย์ข่าวสาร (Information Centre)

การรับคนไข้

ให้ปฏิบัติตามแผนที่เกี่ยวกับสถานที่แรกรับ และแนวทางปฏิบัติอื่น ๆ ตามที่ได้กล่าวแล้ว ดูรูปที่ 1

Figure 1 Casualty Recieving + Sorting Plan.



การจําแนกคนไข้ ให้เป็นไปตามแนวทางการจําแนกคนไข้ ตามลําดับความเร่งด่วนก่อนหลัง โดยใช้หลัก Triage*** (ดูรูปที่ 2, แผนวเรื่อง Triage)

การกระจายคนไข้ ให้เป็นไปตามแนวทางการกระจายคนไข้ ไปรับการรักษาตามหน่วยต่าง ๆ (ดูรูปที่ 3)

Figure 2 Showing casualties sorting + allocation of treatment according to priorities of treatment.

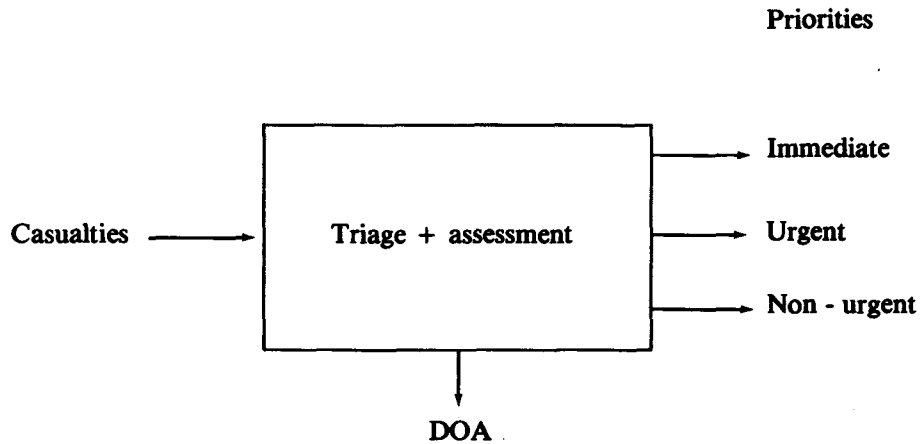
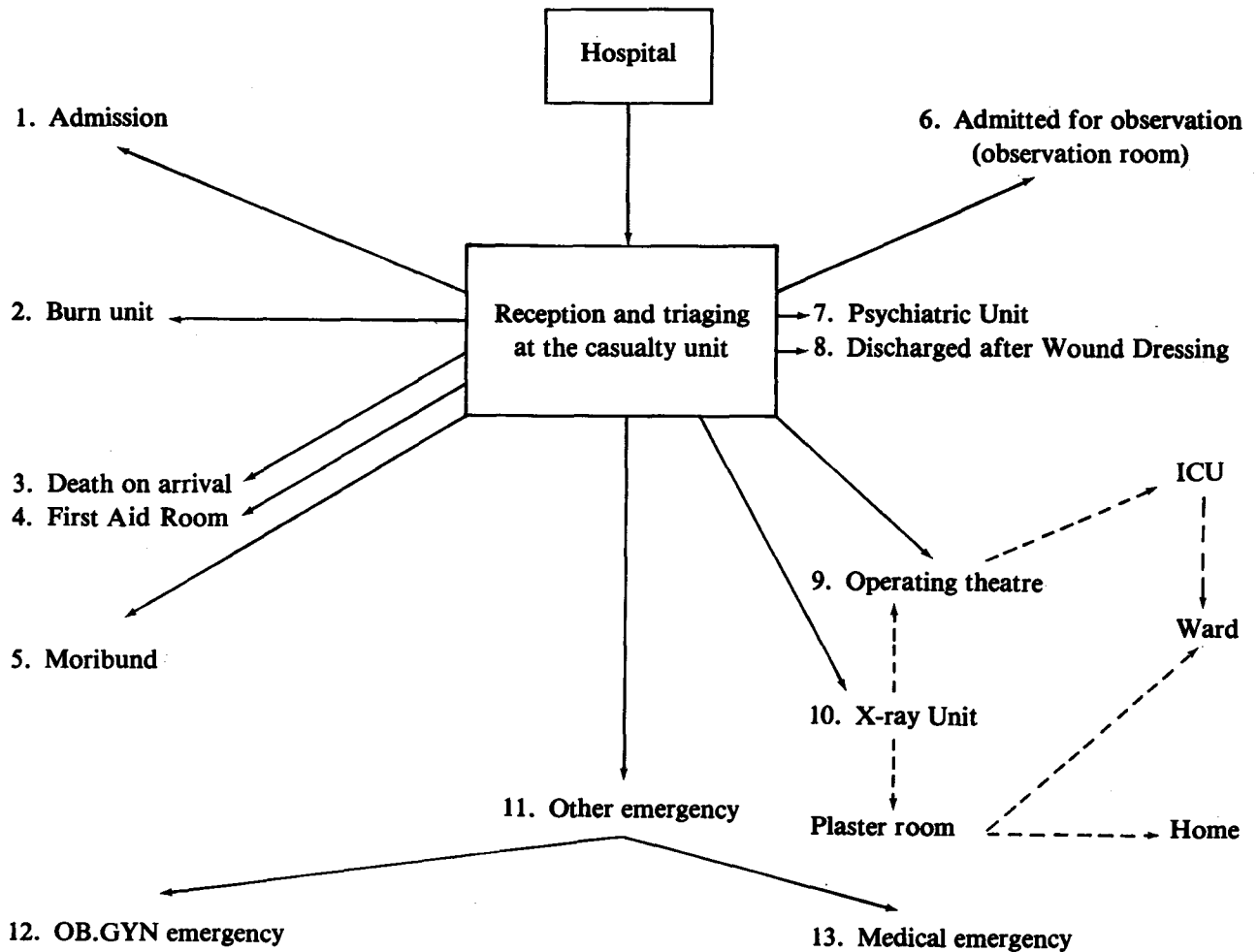


Figure 3 Showing how patients are referred to various units.



ศูนย์ข่าวสาร เป็นที่รวบรวมข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับคนไข้ทั้งหมด รวมทั้งการติดต่อภายนอก

แผนปฏิบัติเมื่อได้รับแจ้งว่ามีบาดเจ็บหนัก

แพทย์เวร ปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. แจ้งให้หัวหน้าหน่วยฉุกเฉิน (E.R. หรือ A.E.) หรือผู้ทำการแทนทราบด่วน
2. แจ้ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
3. เรียกกระดุมแพทย์ของ E.R รวมทั้งศัลยแพทย์, วิสัญญีแพทย์, ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์เวรเตรียมพร้อม
4. เรียกกระดุมพยาบาลของ E.R
5. เตรียมสถานที่แรกรับ, ส่งย้ายคนไข้ใน E.R

ออก

6. แจ้งธนาคารเลือดเตรียมพร้อม
7. แจ้งห้องผ่าตัด

พยาบาลเวรของ E.R ให้ปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. แจ้งหัวหน้าพยาบาล หรือเวรรักษาการณ์ หรือเวรตรวจ
2. พิจารณาย้ายคนไข้เตียงฉุกเฉินออก เพื่อเตรียมรับคนไข้
3. ส่งเตรียมรถเข็นคนไข้มาประจำที่ E.R ตามความจำเป็น
4. ตรวจสอบอุปกรณ์การแพทย์ฉุกเฉินให้อยู่ในสภาพพร้อม

อุปกรณ์การแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่

- ถุงฉุกเฉินพร้อมป้ายชื่อคนไข้
- I.V. set, Medicut
- Fluid - 5% D/NSS, NSS
- Ringer's Lactate Solution
- Plasma
- I.P.P.R. set
- Air-way set, ambu
- Endotracheal set, Laryngoscope
- Tracheostomy set
- ชุดแต่งบาดแผล, พลาสติกอร์
- Splint ชนิดต่าง ๆ
- Suction
- Tourniquet
- เครื่องวัด B.P, Stethoscope
- Venesection set

หัวหน้าพยาบาลหรือเวรรักษาการณ์

- เตือนพยาบาลหอผู้ป่วยใกล้เคียง ให้เตรียมช่วยเหลือตามความจำเป็น
- เตรียมแผนอัตรากำลังทดแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาล
- จัดตั้งศูนย์อำนวยการและประชาสัมพันธ์
- ประกาศใช้แผน 1 2 3 (ถ้ามี) ตามลำดับของสถานการณ์
- หากจำเป็นขอความช่วยเหลือจากโรงพยาบาลข้างเคียง หรือติดต่อขอส่งคนไข้ไปยังโรงพยาบาลใกล้เคียง
- ขอผู้บริจาคโลหิตฉุกเฉิน
- สั่งการเกี่ยวกับสวัสดิการผู้ปฏิบัติงาน
- ดำเนินการ เรื่องเวชระเบียนและการชันสูตรแผนภูมิแสดงขั้นตอนในการปฏิบัติงาน (ดูรูปที่ 4)

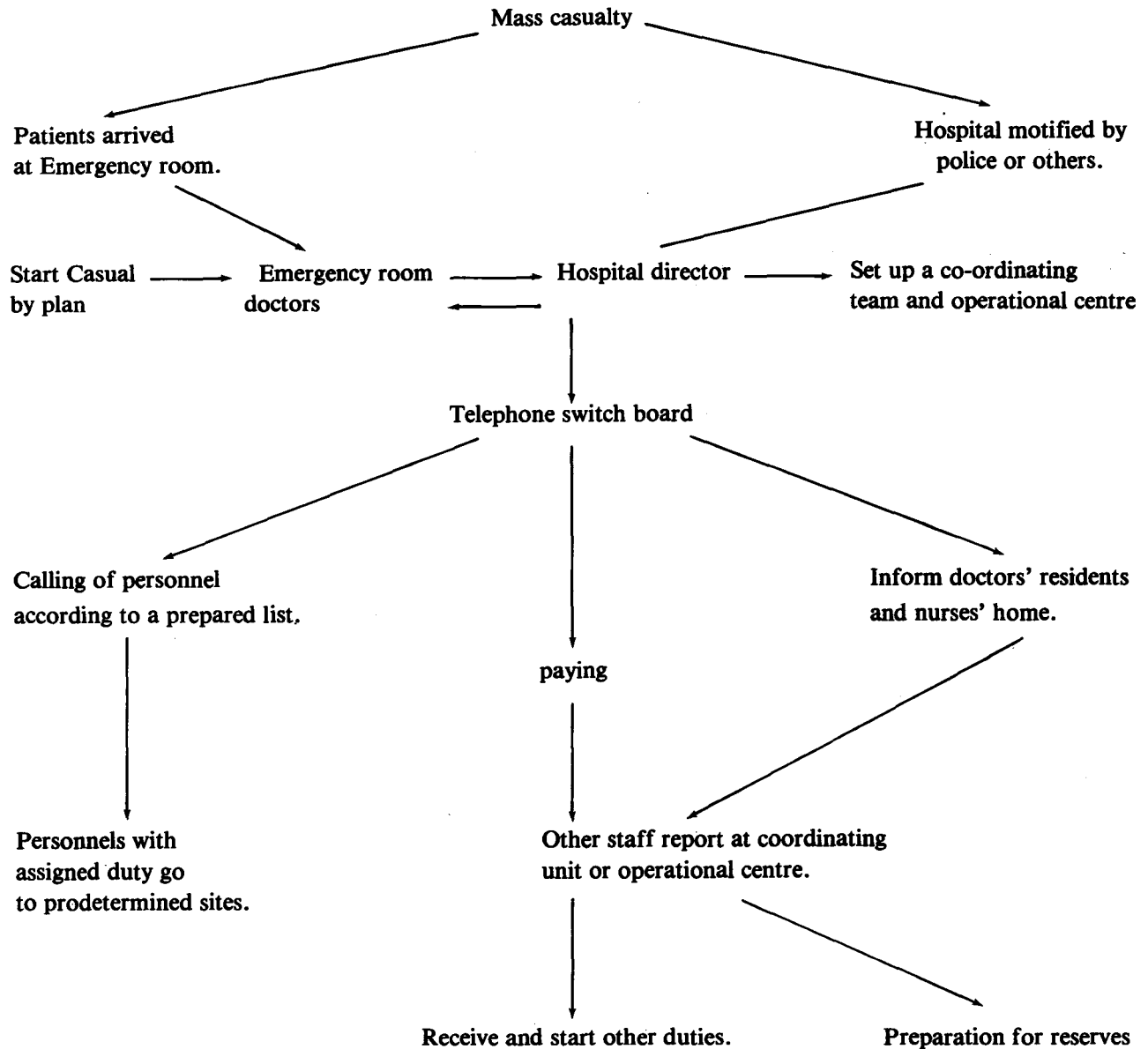
โดยสรุป

1. ทุกโรงพยาบาลจะต้องมีแผนที่จะรับบาดเจ็บหนัก
2. เจ้าหน้าที่ทุกคนทุกระดับจะต้องทราบถึงแผนนี้
3. จะต้องมีข้อกำหนดมอบหมายหน้าที่ที่จะปฏิบัติให้ชัดเจน ทั้งในระดับหน่วยงานและบุคคล
4. จะต้องมีฝึกซ้อมรับสถานการณ์
5. จะต้องมีการปรับปรุงแผนเป็นระยะ ๆ ทุก ๆ 5 ปี

อนึ่ง ร.พ. จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ก็ได้มีคณะกรรมการดูแล และพิจารณาทบทวนแผนที่จะรับบาดเจ็บหนัก เมื่อผู้บาดเจ็บมาถึง แพทย์อาวุโสซึ่งจะทำหน้าที่จำแนกคนไข้ต้องเป็นผู้ที่มีประสบการณ์สูง จะตรวจและวินิจฉัยทั้งกำหนดสภาพคนไข้ตามลำดับความรีบด่วนของการรักษา ซึ่งแบ่งได้เป็น :-

1. ต้องรีบรักษาด่วนที่สุด หมายถึงต้องทำการกู้ชีพและผ่าตัดทันที
 2. ต้องได้รับการรักษาด่วน แต่ไม่จับพลันทันทีเท่ากับพวกที่ 1
 3. ไม่รีบด่วน
 4. ถึงแก่กรรมเมื่อถึงโรงพยาบาล
1. คนไข้ซึ่งได้รับการรักษาแล้วและจำเป็นต้องรับไว้ในโรงพยาบาล
 2. คนไข้ที่ถูกไฟลวก และเปอร์เซ็นต์ของการถูกไฟลวกนั้นมาก และต้องเข้ารับการรักษาไว้ในโรงพยาบาล
 3. คนไข้ที่ถึงแก่กรรมเมื่อมาถึงโรงพยาบาล จะต้องนำไปไว้ยังห้องศพเพื่อรอการชันสูตร และดำเนินการทางกฎหมาย

Figure 4 Steps in mass casualty management.



4. คนไข้จำเป็นต้องได้รับการปฐมพยาบาล หรือ การกู้ชีพก่อนที่จะพิจารณาดำเนินการในขั้นต่อไป

5. คนไข้ซึ่งร่อแร่กำลังจะสิ้นใจจะต้องจัดเจ้าหน้าที่คอยดูแลอย่างใกล้ชิด แม้ว่าจะไม่รอดก็ตาม

6. ภายหลังจากที่ให้การปฐมพยาบาลแล้ว แต่อาการยังไม่แน่ชัดต้องรับสังเกตอาการ

7. ในกรณีที่มีผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจำนวนมาก อาจมีญาติหรือผู้เกี่ยวข้องกับผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ หรือเสียชีวิตได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจมากจนเกิดอาการทางประสาท หรือผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์นั้นเกิดภาพหลอนและประสาทหลอน จึงต้องจัดการรักษาพยาบาลทางจิตเวชขึ้น

8. ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย ซึ่งหลังจากตกแต่งบาดแผลและแพทย์ได้พิจารณาแล้วให้กลับบ้านได้

9. ในกรณีที่ต้องรักษาโดยการผ่าตัดอย่างฉับพลันทันทีหรือด่วน ก็จะต้องส่งเข้าห้องผ่าตัดทันที หลังจากผ่าตัดแล้ว อาจแบ่งคนไข้ได้เป็น 2 ประเภท

9.1 อาการหนัก ต้องได้รับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย (ICU.)

9.2 อาการไม่หนัก ก็ส่งเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยปกติ (ward)

10. ในกรณีที่ต้องได้รับการวินิจฉัยโดยการเอกซเรย์ก็ส่งไปยังห้องเอกซเรย์เพื่อรับการตรวจ หลังจากนั้นก็ต้อง

กลับมาพบแพทย์พร้อม film X-ray พร้อมผลการอ่าน film จากนั้นก็ไปรับการรักษาตามความเหมาะสมต่อไป เช่น กระจกหักก็ไปยังห้องเฝือก หรือในกรณีที่เป็นก็อาจไปยังห้องผ่าตัดเพื่อรับการผ่าตัดต่อไป ในระหว่างการเดินทางไปเอ็กซเรย์ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา

11. ในบางกรณีในจำนวนผู้ที่ได้รับบาดเจ็บเพียงเล็กน้อย อาจมีอาการกำเริบของโรคประจำตัว ซึ่งเป็นกรณีฉุกเฉินทางอายุรกรรม ก็จำเป็นต้องจัดการรักษาให้ถูกต้อง หรือบางครั้งก็อาจจะมีกรณีที่ทำให้ตกเลือด, แห้งลูก, คลอดก่อนกำหนดได้

Triage

ได้แก่การจำแนกและจัดสรรการรักษาแก่ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ จากสงครามหรือภัยพิบัติตามธรรมชาติหรือที่มนุษย์ทำขึ้น โดยอาศัยระบบอันดับความสำคัญก่อนหลังของการรักษา เพื่อให้จำนวนผู้บาดเจ็บเหล่านั้นมีชีวิตรอดมากที่สุด

องค์ประกอบของ Triage ได้แก่

- การประเมินสภาพคนไข้อย่างรวดเร็ว
- การตัดสินใจด่วน
- ลำดับการรักษา
- การจ่ายคนไข้

การประเมินสภาพคนไข้อย่างรวดเร็ว ประกอบด้วย

- ประวัติคนไข้อย่างสังเขป
- ประเมินสภาพทั่วไป
- Vital signs
- การตรวจเฉพาะที่

อันดับความสำคัญก่อนหลังของการรักษา

อันดับหนึ่ง

- ทางเดินหายใจอุดตัน
- บาดเจ็บซึ่งรบกวนการหายใจปกติ
- ภาวะช็อค (shock)
- เลือดออกมาก (Massive bleeding)

อันดับสอง

- บาดเจ็บทะลุเข้าช่องท้อง, ทรวงอก
- ไฟลวกรุนแรงมาก (Major burn)
- บาดเจ็บศีรษะชนิดปิด (closed head injury)
- บาดเจ็บของหลอดเลือดที่ควบคุมได้
- บาดเจ็บของคอและไขสันหลังที่ทำให้ประสาท

เป็นอันตราย

- บาดเจ็บหลายระบบ
- กระจกหักและเลือดออกมากภายใน
- กระจกหักแผลเปิด
- ถูกสารพิษ

อันดับสาม

- ไฟลวกรุนแรงปานกลาง (Moderate burn)
- กระจกหักข้อเคลื่อน
- บาดเจ็บที่ตา
- บาดแผลฉีกขาดที่ต้องเล็ม (debridement) และ

เย็บแผล (suture)

- บาดแผลที่หน้าซึ่งไม่รบกวนต่อทางเดินหายใจ

เอกสารอ่านประกอบ

1. พิชัย บุณยะรัตเวช, เกษม จิตรปฏิมา. การวางแผนรับสถานการณ์ฉุกเฉินประจำโรงพยาบาล. เปรม บุรี, ทองดี ชัยพานิช บรรณาธิการ. เริงปฏิบัติกร การบาดเจ็บ วิทยาลัยศัลยแพทย์ ประเทศไทย. สำนักพิมพ์ กรุงเทพเวชสาร
2. Howaid TM, Ravdin IS. Military Surgery. In : Moyer CS, Rhoads JE, eds. Principles and Practice. 3rd ed. Philadelphia : JB Lippincott, 1965. 563-601
3. Rund DA. Series on Emergency Medicine. Part V.

Triage. OHIO State University, 1979.

4. Schire T, Surgical Emergencies Diagnosis and Management Cape Town : FRCS Press. Mass Casaulties. London : William Heinemann Medical Books, 1972. 248-258
5. Schieres GT, Jones RC, Perry MO, Giesecke AH Jr., Johnson ER, Synder WH 3 rd. McClelland RN, Thal ER, Trauma. In : Shires S, Stores 3, eds. Principles of Surgery. 4th ed. New York : McGraw-Hill, 1984. 199-267