



กำหนดการประชุมวิชาการออนไลน์
เรื่อง

**RAMATHIBODI
EMERGENCY NURSING :
UPSKILLING AND RESKILLING**

7-11 August 2023

**TRIAGE SYSTEMS:
WHAT MAKES
A GOOD TRIAGE NURSE**



7 AUG 2023

09.30 - 10.45 น.

SPEAKER

พว.กนกกาญจน์ โพธิ์เลิศ

หน่วยตรวจโรคฉุกเฉินและกู้ชีพ
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามธิบดี



Triage ???

Triage originates from the French word "trier" which is used to describe the processes of **sorting and organization**. (Charles C. Yancey; Maria C. O'Rourke. July 30, 2021.)



Why Triage

ER
Overcrowding



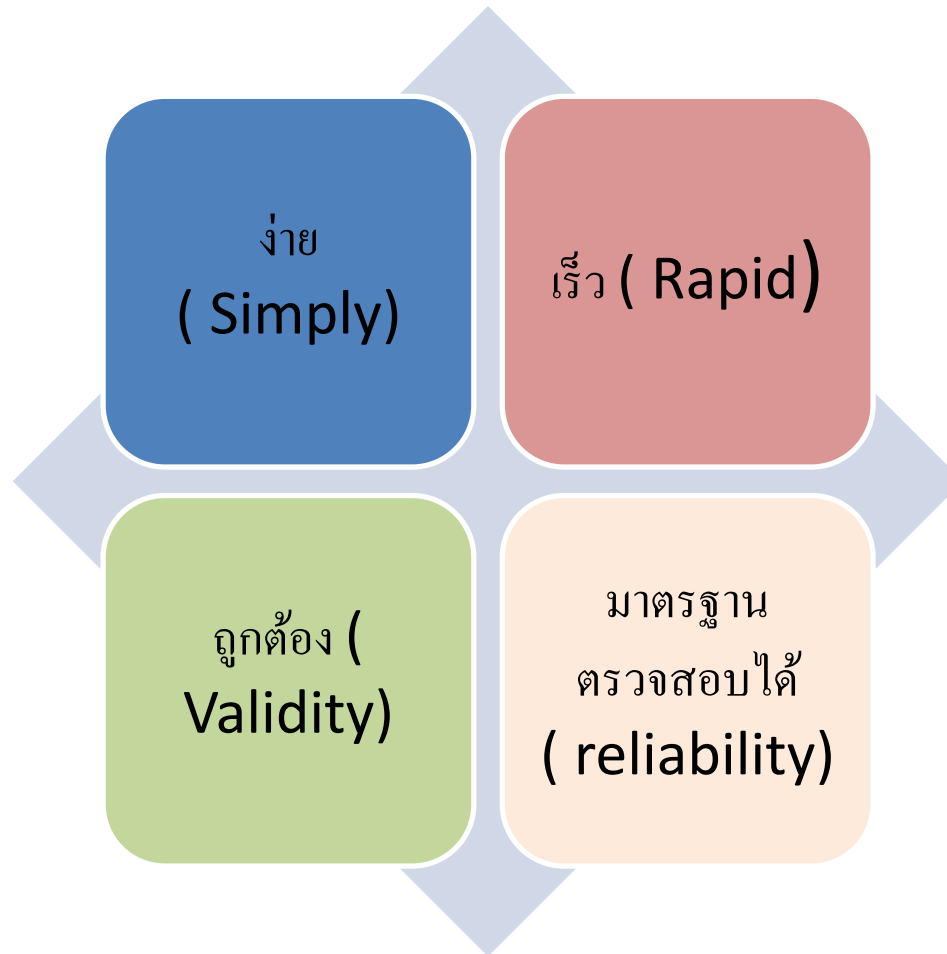


จุดประสงค์ของการ Triage

- Right Person
- Right Time
- Right Treatment
- Right Place
- Right Resource
- Right Communication

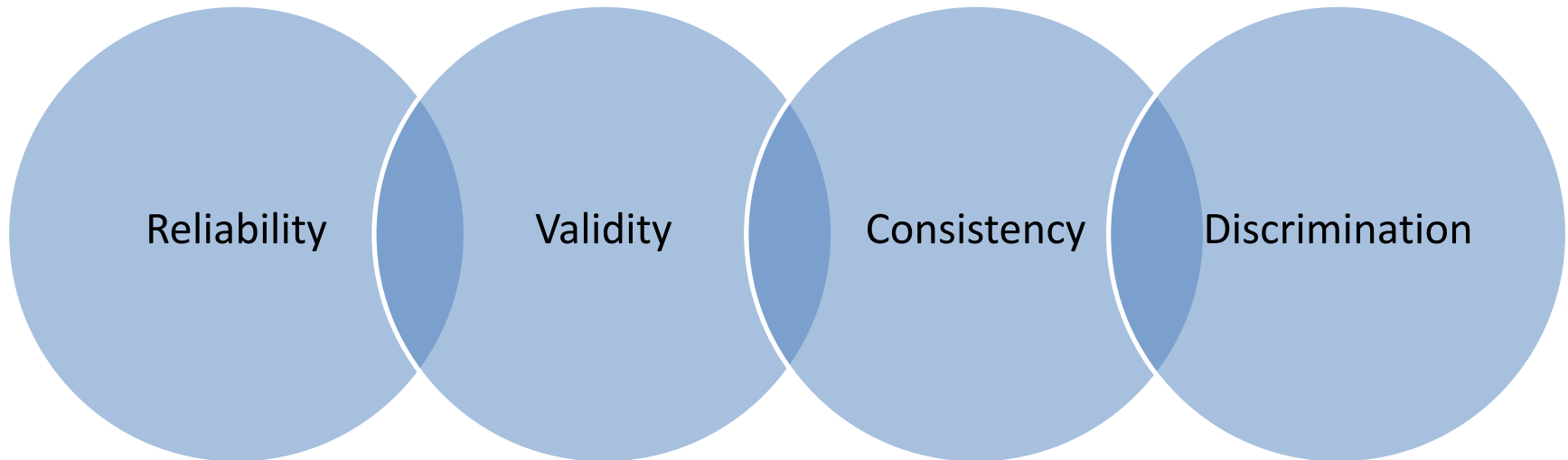


ลักษณะการ Triage ที่ดี





ประสิทธิภาพของระบบคัดแยก (Performance of Triage System)





Triage Assessment and Decision Making

Assessment:

- Assess the patient's chief complaint, medical history, and vital signs.
- EMERGENCY SIGNS who require immediate emergency treatment.

Decision Making

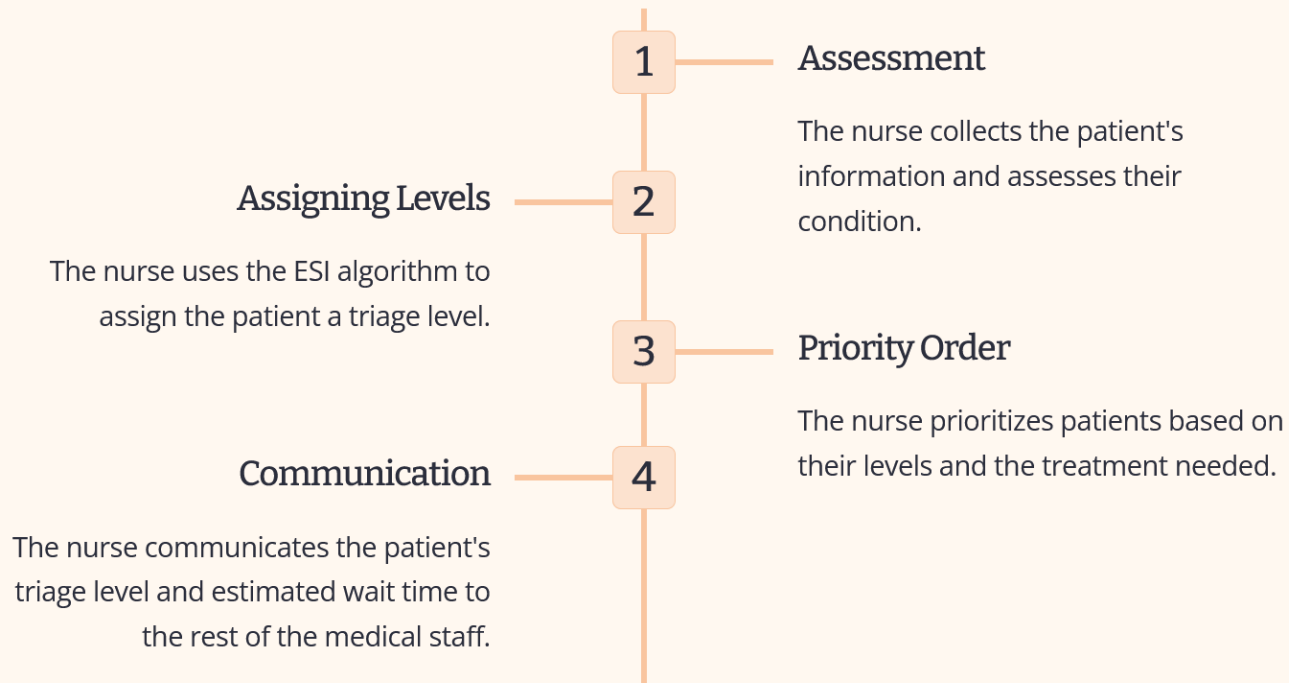
- Determine the patient's ESI level based on the assessment.
- Use your clinical judgment to assign the patient to a higher or lower ESI level if needed.

Documentation

- Document the patient's ESI level and any changes made to it during the course of their treatment.



How Nurses Implement ESI Triage in the ER



How to triage?

Follow the ABCD steps:

การประเมิน Primary survey
ไม่ควรใช้เวลาเกิน 1 นาที

การประเมินสภาพ (Assessment)

เมื่อผู้ป่วยถูกนำส่งถึงห้องฉุกเฉิน

1. พยาบาลคัดกรองเข้าไปทักทาย ชักประวัติ สอบถามอาการ ด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ใส่ใจต่อการเจ็บป่วย/การได้รับบาดเจ็บของผู้ป่วย รวมไปถึงญาติและผู้นำส่งด้วย
2. ประเมินผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน พยาบาลคัดแยกประเมินภาวะคุกคามต่อชีวิตตามหลัก
Primary Survey : ABCD

- **Primary survey** เพื่อประเมินภาวะคุกคามชีวิตผู้ป่วย (Life threatening)



A : Airway การประเมินทางเดินหายใจและการป้องกันการบาดเจ็บเพิ่มเติมของกระดูกคอ (Airway and cervical spine protection) ผู้ป่วยที่รู้ตัวดีและสามารถพูดคุยได้ปกตินั้นจะมีทางเดินหายใจที่ปกติ (patent airway) ผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น หรือผู้ป่วยที่มีบาดเจ็บหลายตำแหน่ง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะหรือมีการบาดเจ็บที่เสียเลือดได้มาก ต้องได้รับการปกป้องทางเดินหายใจอย่างรวดเร็วและทันที ได้แก่

- ผู้ป่วยที่หยุดหายใจ (apnea) หายใจหอบเหนื่อย หายใจเสียงดัง โครกคราก/ stridor/ burn และมีระดับ SpO₂ < 90%
- ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวต่ำ (Glasgow Coma Scale < 9) หรือมีอาการชักเกร็ง
- ผู้ป่วยที่มีกระดูกใบหน้าได้รับบาดเจ็บรุนแรง
- ผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บของทางเดินหายใจ
- ผู้ป่วยที่มีกระดูกซี่โครงหักหลายระดับจนไม่สามารถหายใจได้ทัน (large flail chest with respiratory failure)
- ผู้ป่วยที่มีโอกาสสำคัญสูง



B: Breathing การประเมินการหายใจ เช่น ลักษณะการหายใจ อัตราการหายใจ

- เร็ว ปกติ หรือช้า
- หายใจสะดวกหรือหายใจลำบาก

C: Circulation ประเมินระบบการไหลเวียนโลหิตและการสูญเสียเลือด ได้แก่ การวัดความดันโลหิต ชีพจร การประเมินสีผิว การคืนกลับของเลือดในหลอดเลือดฝอย (capillary refill)

D : Disability ประเมินระดับความรู้สึกรู้ตัว วัดจาก Glasgow Coma Scale (GCS)



การรวบรวมข้อมูลเพื่อตัดสินใจคัดแยกผู้ป่วย

รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติ ตรวจร่างกายเพื่อใช้ในการคาดการณ์ภาวะหรือโรคของผู้ป่วย และจัดการภาวะคุกคามชีวิต (Life threatening) ภาวะที่ความเสี่ยงสูง (High risk) อาการและอาการแสดงในกลุ่มโรค FAST TRACK รวมถึงโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ พยาบาลคัดแยกจัดกลุ่มตามเกณฑ์การคัดแยก Emergency severity index (ESI) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม



Emergency Department Triage

1. เพื่อคัดแยกและจัดลำดับผู้ป่วยตามความเร่งด่วนหรือความรุนแรง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัยตามระดับความเร่งด่วน
3. เพื่อจัดสรรทรัพยากร (ผู้ให้บริการ การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ) ที่เหมาะสมกับระดับความเร่งด่วน



Emergency Severity Index (ESI)

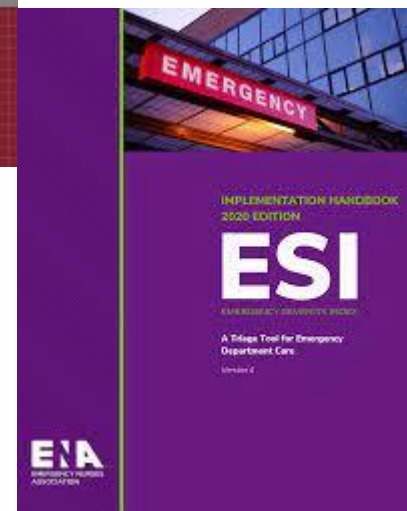
Richard Wuerz และ David Eitel พัฒนา ESI ในปี ค.ศ.1998

ESI ถูกใช้ในรพ.ของมหาวิทยาลัย 2 แห่งในปี ค.ศ.1999 และใช้ในรพ.อีก 5 แห่ง ใน ค.ศ.2000

ESI-1999 (1 st) , 2000 (2 nd) , 2001 (3 th) , 2005 (4 th)

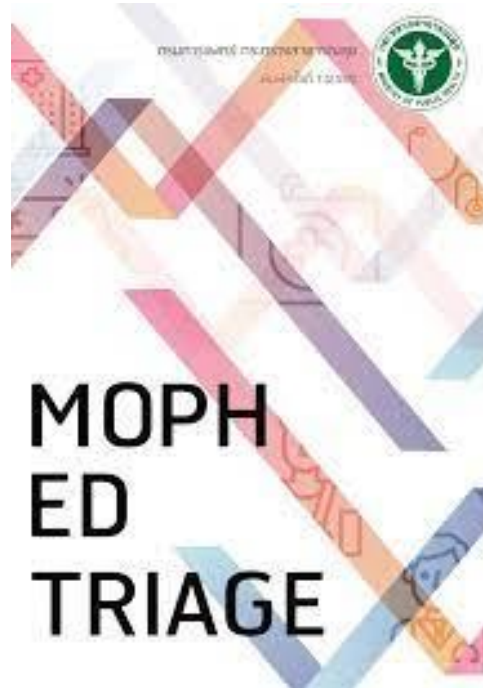
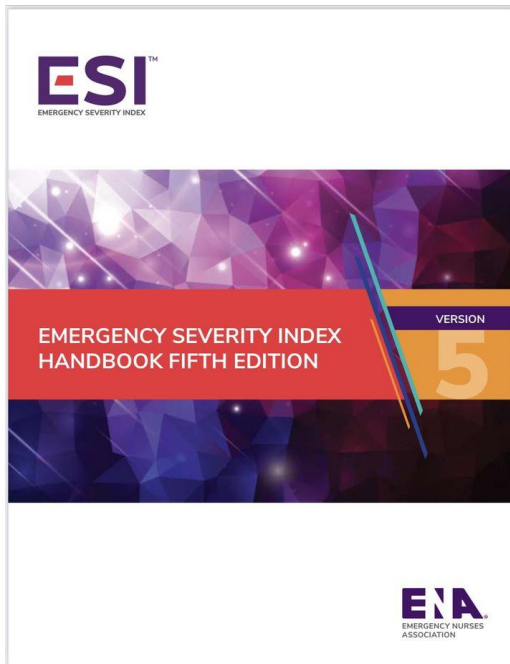


ESI-implementation-handbook-2020





ESI-implementation-handbook-2023





Emergency Severity Index (ESI)

The Emergency Severity Index (ESI) is a tool for use in emergency department (ED) triage. The ESI triage algorithm yields rapid, reproducible, and clinically relevant stratification of patients into five groups, from level 1 (most urgent) to level 5 (least urgent). The ESI provides a method for categorizing ED patients by both **acuity** and **resource needs**

(A Triage Tool for Emergency Department Care Version 4

Nicki Gilboy RN, MS, CEN, FAEN, 2020)





Emergency Severity Index (ESI)

The purpose of triage in the emergency department (ED) is to **prioritize incoming patients and to identify those who cannot wait to be seen.**

The Emergency Severity Index (ESI) is a simple to use, five-level triage algorithm



Emergency Severity Index (ESI)

ESI 1

Patient requires immediate life – saving intervention

ESI 2

Patient is in a high risk situation is disoriented in severe pain or
vitals are in danger zone

ESI 3

If multiple resources are required to stanilize the patient but vitals
are not in danger zone

ESI 4

If one resource is required to stabilize the the patient

ESI 5

If patient dose not require any resources to be stabilized



Why Use ESI Triage?

1 Maximize patient care

Helps prioritize patients based on their level of urgency, ensuring those who need care the most receive it first.

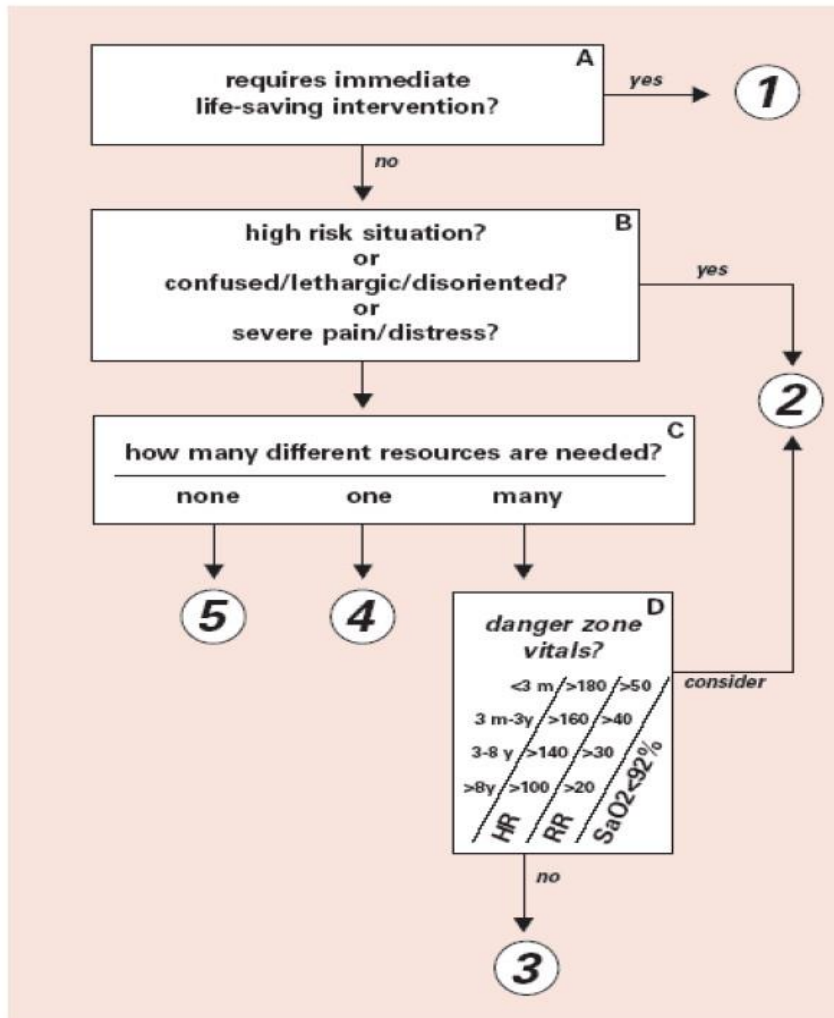
2 Decrease wait time

Allows for quicker patient evaluation and treatment, decreasing wait times in the emergency department.

3 Improve efficiency

Streamlines the triage process, reducing errors and increasing efficiency in the emergency department.

Five-level triage algorithm



A. Immediate lifesaving intervention required:

Airway, emergency medications

Hemodynamic interventions

Acute mental status changes, or unresponsive



B. High risk situation

Severe pain/distress is determined by clinical observation and/or patient rating of greater than or equal to 7 on 0-10 pain scale

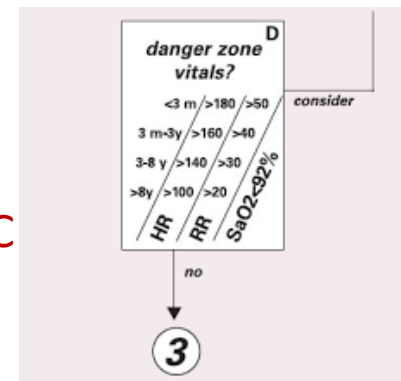
C. Resources: Count the number of different types of resources, not the individual tests or radiographs

D. Danger Zone Vital Signs

Pediatric Fever: 1-28 days of age assigns at least ESI 2 if $T \geq 38^\circ\text{C}$

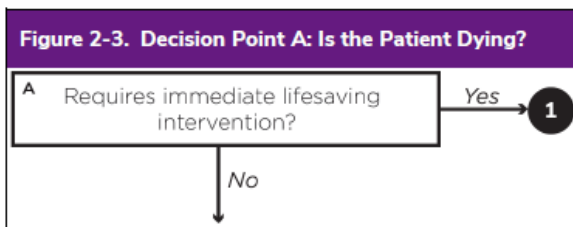
: 1-3 months of age assigns at least ESI 2 if $T \geq 38^\circ\text{C}$

: 3 months-3 years of age assigns at least ESI 3 if $T \geq 39^\circ\text{C}$





Decision Point A: Does the Patient Require Immediate Lifesaving Intervention?



Examples of ESI level 1 include the following:

- Cardiac arrest
- Respiratory arrest
- Severe respiratory distress
- SpO₂ < 90
- Critically injured trauma patient who presents unresponsive
- Overdose with a respiratory rate of 6 breaths/minute
- Severe respiratory distress with agonal or gasping type respirations
- Severe bradycardia or tachycardia with signs of hypoperfusion
- Hypotension with signs of hypoperfusion
- Trauma patient who requires immediate crystalloid and colloid resuscitation
- Chest pain, pale, diaphoretic, systolic blood pressure 70 by palpation
- Weak and dizzy, heart rate = 30 beats/minute
- Anaphylactic shock
- Baby that is flaccid
- Unresponsive patient with a strong odor of alcohol
- Hypoglycemia with a change in mental status
- Intubated head bleed with unequal pupils
- Child who fell out of a tree and is unresponsive to painful stimuli

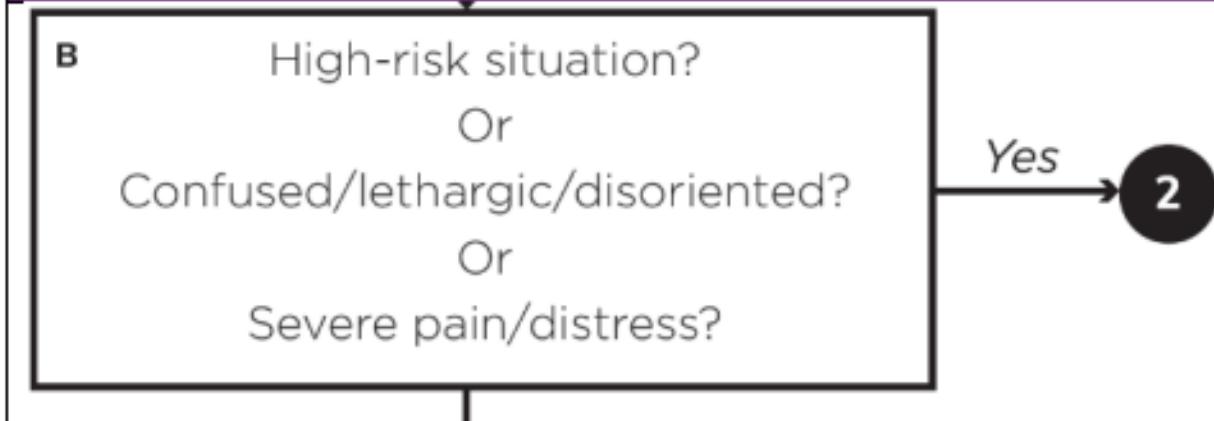


Table 2-1. Immediate Lifesaving Interventions

	Lifesaving	Not Lifesaving
Airway/breathing	• Assisted ventilation • Intubation • Surgical airway • Emergent non-invasive positive pressure ventilation	Oxygen administration • Nasal cannula • Non-rebreather
Electrical Therapy	• Defibrillation • Emergent cardioversion • External pacing	• Cardiac monitor
Procedures	• Chest needle decompression • Pericardiocentesis • Open thoracotomy • Intraosseous access	Diagnostic Tests • Electrocardiogram • Labs • Ultrasound • Focused assessment with sonography for trauma (FAST)
Hemodynamics	• Significant intravenous fluid resuscitation • Blood administration • Control of major bleeding	• Intravenous access • Saline lock for medications
Medications	• Naloxone • Dextrose • Dopamine • Atropine • Adenosine	• Aspirin • Intravenous nitroglycerin • Antibiotics • Heparin • Pain medications • Respiratory treatments with beta agonists

Decision Point B: Should the Patient Wait?

Figure 3-1. Patient Assessment



- Abdominal and Gastrointestinal
- Cardiovascular
- Neurological
- Respiratory
- Obstetrical and Gynecological
- Orthopedic
- Trauma
- Nose and Throat
- Ocular
- Genitourinary
- Mental Health
- Toxicological
- Transplant
- Pediatric

(A Triage Tool for Emergency Department Care Version 4
Nicki Gilboy RN, MS, CEN, FAEN, 2020)

Decision Point C: Resource Needs

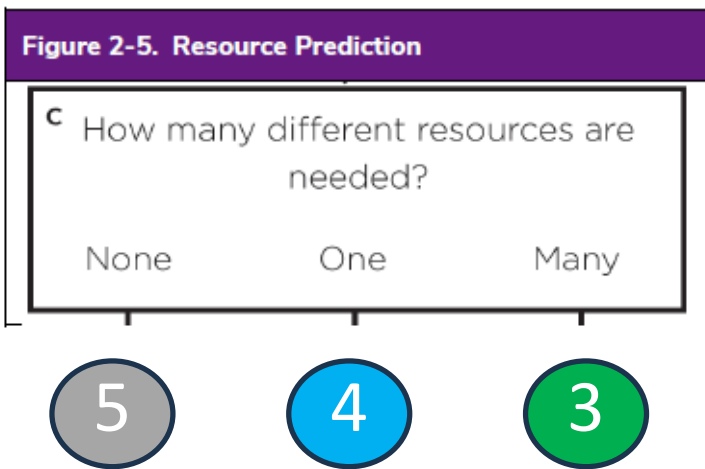


Table 2-3. ESI Resources	
Resources	Not Resources
- Labs (blood, urine) - Electrocardiogram, radiographs - Computed tomography, magnetic resonance imaging, ultrasound, angiography	- History and physical exam (including pelvic) - Point-of-care testing
Intravenous fluids (hydration)	Saline or heparin lock
Intravenous, intramuscular, or nebulized medications	- Oral medications - Tetanus immunization - Prescription refills
Specialty consultation	Phone call to primary care physician
- Simple procedure = 1 (laceration repair, urinary catheter) - Complex procedure = 2 (procedural sedation)	- Simple wound care (dressings, recheck) - Crutches, splints, slings

- Decision Point D: The Patient's Vital Signs

Figure 2-6. Danger Zone Vital Signs

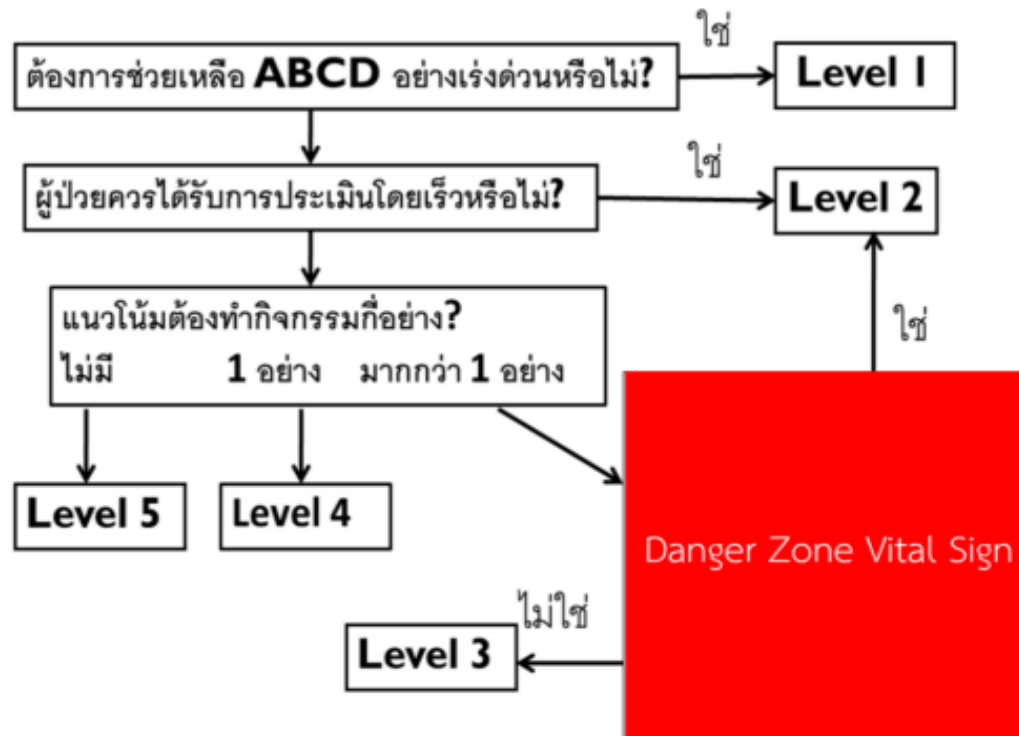
D Danger zone vitals?			
< 3 mo	> 180	> 50	SpO ₂ < 92%
3 mo-3 y	> 160	> 40	
3-8 y	> 140	> 30	
> 8 y	> 100	> 20	
Age	HR	RR	

No

3

Ramathibodi Emergency Department Triage

การคัดแยกผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลรามาธิบดี
Ramathibodi Emergency Department Triage



ขั้นตอนในการคัดแยกโดยใช้ Emergency severity index

ขั้นที่ 1 ประเมินว่าผู้ป่วยต้องการการช่วยชีวิตทันทีหรือมีโอกาสเสียชีวิตหรือไม่ จัดเป็นระดับ 1

ESI 1	Cardiac arrest ไม่รู้สึกตัว หรือ ไม่หายใจ
	Airway obstruction เช่น มีเลือดหรือเสมหะปริมาณมากในปาก หายใจเสียงดัง โครกคราก (ใส่ ET tube มาแล้ว / On BiPAP)
	Severe respiratory distress มีอาการหายใจผิดปกติอย่างน้อย 1 ข้อ • ต้องลุกนั่ง/พิงผนังหรือยืนเพื่อให้หายใจได้ • พูดได้เพียงประโยคสั้นๆ • หายใจมีเสียงดัง • ซีดและเหงื่อท่วมตัว • หายใจเร็ว แรงและลึก
	Shock : มีอาการของช็อก โดยมีอาการต่อไปนี้ข้อใดข้อหนึ่ง • เหงื่อท่วมตัว • ซีดและผิวเย็นซีด • หดสติชั่ววูบ/เกือบหมดสติชั่ววูบเมื่อนั่ง/ยืน • วัดความดันไม่ได้
	Coma ระดับความรู้สึกตัวลดลง / ตอบเวลา/สถานที่/บุคคลไม่ถูกต้อง / กำลั้งชัก

Airway/breathing	BVM, intubation, surgical airway, emergent CPAP, emergent BiPAP
Electrical therapy	Defibrillation, emergent cardioversion, external pacing
Procedures	Chest needle decompression, pericardiocentesis, open thoracotomy, intraosseous access
Hemodynamics	Significant IV fluid resuscitation, blood administration, control of major bleeding.
Medications	Naloxone, D50, dopamine, atropine, adenosine



ขั้นที่ 2 (ไม่มีข้อบ่งชี้ในระดับ 1) เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงถ้ามีการปล่อยให้ผู้ป่วยรอตรวจในห้องฉุกเฉิน โดยจะพิจารณาว่าผู้ป่วยมีลักษณะ “เสี่ยง ซึม ปวด ” หรือไม่

1. ภาวะที่มีความเสี่ยงสูง (High risk situation) คือกลุ่มที่มีความเสี่ยงหากปล่อยให้ผู้ป่วยรอตรวจ

- กลุ่ม **FAST Track** ทั้งหมด Stroke/AMI/Trauma/Sepsis

- **อาการปวดท้อง** เช่น สงสัยการอักเสบของช่องท้อง (Peritonitis) ปวดท้องร้าวทะลุหลังร่วมกับมีประวัติความดันโลหิตสูง (สงสัย Aortic aneurism) ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาเจียนเป็นเลือดหรือถ่ายเป็นเลือดสด

- **ระบบหูดจมูก** เช่น ผู้ป่วยที่สงสัย epiglottitis, peritonsillar abscess หรือ มีเลือดกำเดาไหล(epistaxis) ที่มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงหรือปัญหาเลือดออกแล้วหยุดยากหรือกินยากลุ่ม warfarin

- **ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ** เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับกลไกการบาดเจ็บที่รุนแรง (เดินข้างถนนแล้วโดนรถชน, ตกจากที่สูง, กระเด็นออกจากรถที่เคลื่อนที่, มีผู้เสียชีวิตในเหตุการณ์เดียวกัน, การบาดเจ็บที่เกิดจากแผลโดนยิง/ โดนแทง), ประวัติ inhalation injury แต่อาการยังปกติ, ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ (Multiple trauma), นิ้วมือขาด เป็นต้น

- **ผู้ป่วยอายุรกรรม** เช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่สงสัยจะมีภาวะ hyper/hypoglycemia (เจ้าหน้าที่จุดคัดกรองสามารถเจาะระดับน้ำตาลได้เลยตั้งแต่จุดคัดแยก), ผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดหรือภูมิคุ้มกันไม่ดีและมีภาวะไข้สูงที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อในกระแสเลือด, อาการที่สงสัยภาวะเส้นเลือดสมอง(ภายใน 24 ชั่วโมง), ผู้ป่วยปวดหัวมากเฉียบพลันสงสัยภาวะ Subarachnoid hemorrhage (SAH), ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการหลังชัก (post-ictal) ที่มีความเสี่ยงต่อการชักซ้ำ, ผู้ป่วยโรคหอบหืดที่มีอาการหอบเหนื่อย

- **ผู้ป่วยสูติกรรมและนรีเวช** เช่น ผู้หญิงที่สงสัยภาวะ ectopic pregnancy, หรือแท้งบุตรที่มีเลือดออกทางช่องคลอดปริมาณมาก, ผู้ป่วยปวดท้องคลอดหรือคลอดมาจากนอกโรงพยาบาล



2. ผู้ป่วยมีภาวะสับสน ตอบสนองช้าลงฉับพลัน (Acute alteration of consciousness) คือผู้ป่วยที่มีอาการซึม สับสน ตอบสนองช้าลงกว่าเดิม เป็นต้น

3. ผู้ป่วยมีอาการปวด (Severe pain / distress) คือผู้ป่วยที่มีอาการปวดในอวัยวะที่สำคัญเช่น ศีรษะ ,ช่องท้องหรือหน้าอก โดยอาการปวดต้องมีการแสดงออกทางลักษณะภายนอกเช่น สีหน้า ร้องไห้ เหงื่อแตก นอนบิตัว หรือดูจากสัญญาณชีพ เช่น hypertension, tachycardia, tachypnea หรือการประเมิน pain score ≥ 7

ขั้นที่ 3 ให้พิจารณาสัญญาณชีพ ว่าอยู่ในโซนอันตรายหรือไม่

อายุ > 15 ปี : HR>120/min หรือ RR<12, > 24/min หรือ SBP>180, <90mmHg

Patient age	Heart rate beats/min						
	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4,5	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 1
0-3 mo	<40	40-65	65-90	90-180	180-205	205-230	>230
3-6 mo	<40	40-63	63-80	80-160	160-180	180-210	>210
6-12 mo	<40	40-60	60-80	80-140	140-160	160-180	>180
1-3 yr	<40	40-58	58-75	75-130	130-145	145-165	>165
6 yr	<40	40-55	55-70	70-110	110-125	125-140	>140
<15	<40	30-45	45-60	60-90	90-105	105-120	>120



Patient age	Respiratory rate breaths/min						
	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4,5	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 1
0-3 mo	<10	10-20	20-30	30-60	60-70	70-80	>80
3-6 mo	<10	10-20	20-30	30-60	60-70	70-80	>80
6-12 mo	<10	10-17	17-25	25-45	45-55	55-60	>60
1-3 yr	<10	10-15	15-20	20-30	30-35	35-40	>40
6 yr	<8	8-12	12-16	16-24	24-28	28-32	>32
<15	<8	8-10	10-14	14-20	20-24	24-26	>26

ขั้นที่ 4 พิจารณาทรัพยากรที่ใช้ในห้องฉุกเฉิน

หัตถการที่ทำในห้องต่อไปนี้ทั้งหมดให้นับเป็น 1 กิจกรรม ได้แก่ ห้องหัตถการ / counter
 พยาบาล / ห้อง X-ray
 / ห้อง ultrasound / ห้อง CT Scan / ปรึกษาแผนกอื่น



ESI ไม่กำหนดเวลาในการพบแพทย์

แต่ระบุเวลาตามศักยภาพของแต่ละโรงพยาบาล

ER Ramathibodi Hospital

- **ESI Level 1** : ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต จะได้รับการตรวจรักษาทันที
- **ESI Level 2** : ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน จะได้รับการตรวจรักษาภายใน 15 นาที
- **ESI Level 3** : ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่เร่งด่วน จะได้รับการตรวจรักษาภายใน 1 ชั่วโมง
- **ESI Level 4** : ผู้ป่วยทั่วไป ไม่มีกำหนด
- **ESI Level 5** : ผู้รับบริการอื่นๆ ไม่มีกำหนด



การรับบริการห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลรามธิบดี
ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์
ตามระดับความรุนแรงของอาการดังนี้

1	ผู้ป่วยระดับ 1 (วิกฤต) การตรวจรักษา : จะได้รับการตรวจทันที
2	ผู้ป่วยระดับ 2 (ฉุกเฉินเร่งด่วน) การตรวจรักษา : จะได้รับการตรวจภายใน 15 นาที
3	ผู้ป่วยระดับ 3 (ฉุกเฉินไม่เร่งด่วน) การตรวจรักษา : จะได้รับการตรวจภายใน 1 ชั่วโมง
4	ผู้ป่วยระดับ 4 (ทั่วไป) การตรวจรักษา : ไม่กำหนดเวลา
5	ผู้ป่วยระดับ 5 (ผู้รับบริการอื่นๆ) การตรวจรักษา : ไม่กำหนดเวลา

หากท่านไม่ได้รับการตรวจรักษาภายในเวลาดังกล่าว
หรือมีอาการเปลี่ยนแปลงระหว่างการรอตรวจ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่พยาบาล

Triage Nurse

What Is a Triage Nurse?

Nurses who work in triage work in emergency rooms and other emergency clinical facilities to help establish what kind of care patients need, ensuring they get sent to the right locations as fast as possible.





What Does a Triage Nurse Do?

1. Assessing patients and determining acuity
2. Communicating with health professionals
3. Determines treatment location
4. Initiating treatment protocols/first aid measure
5. Monitoring and reassessing
6. Communicating with the Public
7. Documenting



ความรู้และทักษะของพยาบาลคัดแยกผู้ป่วย (Triage Nursing Skills)

- มีองค์ความรู้และทักษะต่างๆในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อประสิทธิภาพที่ดีในการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน (Knowledge)
- ทักษะการประชาสัมพันธ์ (Public Relations Skill)
- ทักษะการสัมภาษณ์ (Interviewing Skill)
- การคิดเชิงวิพากษ์/ความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Thinking)
- ทักษะการสื่อสาร (Communication Skill)

สมรรถนะพยาบาลคัดแยก

1. พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานประจำห้องฉุกเฉินและมีประสบการณ์การปฏิบัติงานมากกว่า 5 ปี
2. ผ่านการอบรมการคัดกรองโดยใช้เกณฑ์และวิธีคัดแยกตามEmergency Severity Index (ESI)
3. มีทักษะทางคลินิก สามารถรู้อาการ อาการแสดงของภาวะคุกคามชีวิต(Life threatening) ภาวะที่ความเสี่ยงสูง อาการและอาการแสดงในกลุ่มโรค FAST TRACK รวมถึงโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลในสถานที่ที่เหมาะสม
4. สามารถใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับเกณฑ์และวิธีการคัดแยกตามEmergency Severity Index(ESI)
5. ทราบระเบียบปฏิบัติ ข้อตกลงร่วมกันในการส่งตรวจผู้ป่วยระดับ3-4-5 ที่OPD หรือหน่วยงานต่างๆ รวมไปถึงการรับและส่งต่อผู้ป่วย
6. มีความมั่นใจ กล้าตัดสินใจ บนพื้นฐานของมาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรมวิชาชีพ
7. มีทักษะในการสื่อสาร การพูด การฟัง เพื่อให้สื่อสารกับผู้ป่วยและญาติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจในการรับบริการ
8. มีความสามารถในการสื่อสาร/ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ
9. มีความรับผิดชอบ และซื่อตรงต่อหน้าที่
10. มีสติสามารถควบคุมอารมณ์ได้อย่างเหมาะสมในสถานการณ์ที่กดดัน
11. มีปฏิภาณไหวพริบสามารถแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างเหมาะสม
12. มีจิตใจโอบอ้อมอารี ให้บริการด้วยท่าทีเป็นมิตร



Common Challenges in ESI Triage for Nurses

1

High Volume

- The emergency room can be very busy and nurses can be overwhelmed with the number of patients they have to triage

2

Clinical competency and Psychological capabilities

- Patient cases can vary in complexity and some patients may require extra attention or care

3

Subjectivity and Experience

- Assigning an ESI level can involve some subjectivity and nurses may disagree on what level to assign a patient



Importance of Communication and Documentation in ESI Triage



Communication:

Communicate clearly and effectively with patients, their families, and other healthcare providers to ensure that the correct level of care is provided.

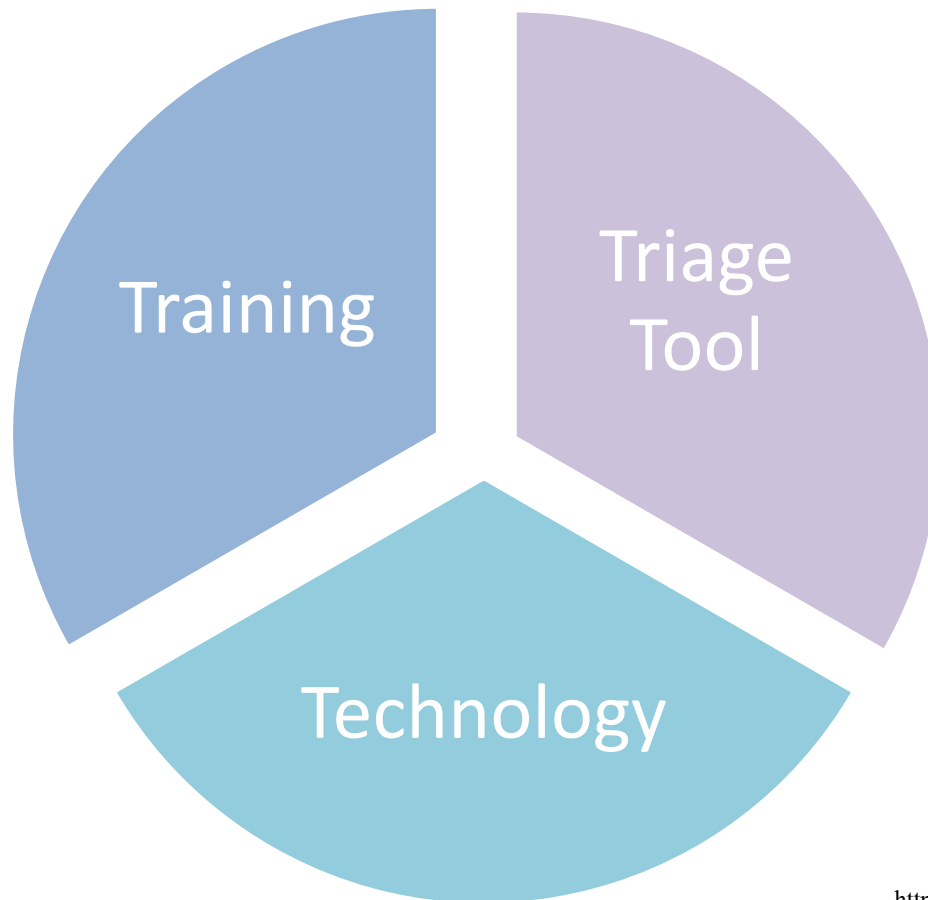


Documentation:

Keep accurate and up-to-date records of patient assessments and ESI levels to ensure that patients receive the appropriate care throughout their treatment.



Strategies for Accurate and Efficient Triage





ESI Triage Indicators

- **Under Triage:** is the underestimating the severity of an illness or injury
- **Over Triage:** is the overestimation of the severity of illness during the triage process



< 5%

- **Under Triage** ผู้ป่วยมีอาการแย่งลงขณะรอตรวจ

< 15%

- **Over Triage** ทำให้มีการใช้ทรัพยากรมากเกินไป ผู้ป่วยที่มีอาการฉุกเฉินจริงต้องรอ



Work Instruction

วิธีการทำงานเรื่อง: ขั้นตอนการปฏิบัติงานจุดคัดกรองผู้ป่วยหน่วยเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	รหัสเอกสาร : W-ER-022 ฉบับที่ : A แก้ไขครั้งที่ 0 วันที่เริ่มใช้: 23 พฤศจิกายน 2561 หน้า : 1 ใน 5
ผู้จัดทำ : นางสาวกนกกาญจน์ โพธิ์เลิศ ตำแหน่ง : รักษาการแทนหัวหน้าหน่วยตรวจโรคฉุกเฉิน พยาบาล วันที่ 23 พฤศจิกายน 2561	ผู้ทบทวนและอนุมัติ : นางสาวอุษาส์ รุจิระวิโรจน์ ตำแหน่ง : หัวหน้างานการพยาบาลเวชศาสตร์ฉุกเฉิน วันที่ 23 พฤศจิกายน 2561

กระบวนการปฏิบัติงานตามกระบวนการพยาบาล

- 1. Assessment:** Primary survey and Secondary survey
- 2. Nursing Diagnosis :** รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติ ตรวจร่างกายเพื่อใช้ในการคาดการณ์ภาวะหรือโรคของผู้ป่วย และจัดการภาวะคุกคามชีวิต(Life threatening) ภาวะที่ความเสี่ยงสูง อาการและอาการแสดงในกลุ่มโรค FAST TRACK รวมถึงโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ
- 3. Nursing Planning :** นำผู้ป่วยเข้าสู่สถานที่รับการรักษาตามระดับการคัดกรองและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับเจ้าหน้าที่ประจำห้องนั้น รวมถึงการปฐมพยาบาลเบื้องต้น
- 4. Implementation :** บันทึกการซักประวัติ วัดสัญญาณชีพ และให้คำแนะนำการรับบริการ
- 5. Nursing Evaluation :** ประเมินผู้ป่วยซ้ำจนรอบตรวจเนื่องจากผู้ป่วยอาจมีอาการเปลี่ยนแปลงได้ โดยหากพบอาการผิดปกติให้แจ้งแพทย์ทันที



กระบวนการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Triage Nurse

รับทีม ข้อมูล ผู้ป่วย

HN

วันที่ เวลา

Nurse

ถูกส่งมาตรวจโดย ☐

☒ เจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ☐ บาดเจ็บ หรือ อุบัติเหตุ

ระดับ ความรุนแรง

สถานที่ รับการตรวจ

ผู้ป่วยคดี [Y/N]

สถานะผู้ป่วย การมาใช้บริการ

☐ Stroke Fast Track

เริ่มมีอาการเมื่อ วันที่ / / เวลา :

มีอาการมาแล้ว

Vital Signs:

PR: /min, RR: /min,
SBP: mmHg, DBP: mmHg,
Temp: c, ☐ O ☐ A ☐ R ☐ T
Capillary Refill (Optional) sec
Weight: kg.
Height (Optional): cm.

Advance Vital Signs:

Oxygen saturation: %
DTX: mg%

ผู้ป่วยประวัติ:

☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้ฆ่าส่ง
☐ ญาติ ☐ ไม่ทราบ

☒ ทีมแพทย์ส่งยา
☐ ทีมแพทย์ในแจ้งขึ้นตอน

[ESC] - ยกเลิก [F1] - ค้นหา [F4] ใบส่งยา [F5] สลักเกอร์ [F6] ใบแจ้งขึ้นตอน Print Revisit



รับเพิ่ม ข้อมูล ผู้ป่วย

Triage algorithm ค้นหา + -

Things to do

- ☐ Need Resuscitation (1)
- ☐ เสี่ยง/ซึมน้ำปอด (2)
- ☐ พิจารณาอาการ

รับเพิ่ม ข้อมูล ผู้ป่วย

Triage algorithm ค้นหา + -

Things to do

- ☒ Need Resuscitation (1)
- ☐ เสี่ยง/ซึมน้ำปอด (2)
- ☐ พิจารณาอาการ
 - ☒ มากกว่า 1 กิจกรรม
 - ☐ Vital Signs Unstable (2)
 - ☐ Vital Signs Stable (3)
 - ☐ 1 กิจกรรม (4)
 - ☐ ไม่มีกิจกรรม (5)

การช่วยเหลือชีวิตที่จัดว่าเร่งด่วน ในผู้ป่วย ระดับ 1 ได้แก่

Airway/Breathing BVM, ET-tube, Surgical airway, Emergent CPAP/BIPAP

Electrical therapy Defibrillation, Cardioversion, External pacing

Procedures Needle thoracostomy, Pericardiocentesis, Open thoracotomy, IO

Hemodynamics Significant fluid resuscitation, Blood transfusion, Control major bleeding

Medications Naloxone, D50, Dopamine, Atropine, Adenosine

Description



เพิ่ม ข้อมูล ผู้ป่วย

HN 9990002 นาย ทศสอ ระบบรวม9990002

วันที่ 03/01/2023 เวลา 13:48 ปกส.ในเขต,

Nurse 998001 พยาบาล เทรนนิ่ง

ถูกส่งมาตรวจโดย 1 นาง

☒ เจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ☐ บาดเจ็บ หรือ อุบัติเหตุ

Need Resuscitation

ระดับ ความรุนแรง 1 ผู้ป่วยภาวะวิกฤต (ต้องการรักษาทันที)

สถานที่ รับการตรวจ 04 โครงการตรวจเสริมพิเศษหน่วย ER

ผู้ป่วยคดี [Y/N] N

สถานะผู้ป่วย การมาใช้บริการ

Walk
Walk
WheelChair
Stretcher

[ESC] - ยกเลิก [F1] - ค้นหา

Stroke Fast Track

เริ่มมีอาการเมื่อ วันที่ / / เวลา :
มีอาการมาแล้ว

Vital Signs:

PR: 0 /min, RR: 0 /min,
SBP: 0 mmHg, DBP: 0 mmHg,
Temp: 0.0 c, ☐ O ☐ A ☐ R ☐ T
Capillary Refill (Optional) 0 sec
Weight: 0.0 Kg.
Height (Optional): 0 cm.

Advance Vital Signs:

Oxygen saturation: 0 %
DTX: 0 mg%

ผู้ให้ประวัติ:

☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้มาส่ง
☐ญาติ ☐ ไม่ทราบ

☒ พิมพ์ใบส่งยา
☐ พิมพ์ใบแจ้งอันตราย

[F6] พิมพ์ใบออก Print Revisit



Q&A



Thank You
For
Attention

