

[illegible]

	วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Emergency Department Udonthani Hospital Triage)	หน้า 2/30
		รหัสเอกสาร : WI-NUR-ER-017 แก้ไขครั้งที่ : - วันที่แก้ไข : 06 ส.ย. 2568

1. นโยบาย : ผู้ป่วยได้รับการคัดแยกตามประเภทของผู้ป่วยอย่างถูกต้องและเหมาะสม

2. วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อค้นหาภาวะคุกคามต่อชีวิต (Life – threatening) หรือผู้ป่วยภาวะเร่งด่วนของผู้ป่วย
2. เพื่อส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษในบริเวณที่เหมาะสมกับความเร่งด่วน (Appropriate area)
3. เพื่อลดปัญหาผู้ป่วยแออัด (Emergency department crowding)
4. เพื่อประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (Ongoing assessment)
5. เพื่อให้บุคลากรโรงพยาบาลอุดรธานีปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน
6. เพื่อให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติได้ถูกต้อง ลดความวิตกกังวลของญาติ และผู้รับบริการ
7. เพื่อพัฒนาระบบการคัดแยกให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ถูกต้องและครอบคลุม

3. ขอบเขต : ใช้เป็นเครื่องมือการจำแนกประเภทผู้ป่วยที่มาใช้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

4. กลุ่มเป้าหมาย :

1. แพทย์
2. พยาบาลวิชาชีพ

5. นิยามศัพท์/คำจำกัดความ

การคัดแยก (Triage) หมายถึง การจำแนกผู้ป่วย และจัดลำดับความเร่งด่วนของการรักษาที่จุดคัดแยกผู้ป่วย (Triage area) และในห้องฉุกเฉิน รวมถึงจุดบริการต่างๆ ในโรงพยาบาลอุดรธานีโดยประเมินสภาวะเจ็บป่วยอย่างรวดเร็ว เพื่อหาภาวะคุกคามต่อชีวิต (Life – Threatening) ภายใต้ทรัพยากรที่มีอย่างเหมาะสมตามเกณฑ์การคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลอุดรธานี Emergency Department Udonthani Hospital Triage (ED UDH Triage, 2023) ตัดสินใจระบุประเภทผู้ป่วยตามลำดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยและส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษในบริเวณที่เหมาะสมกับความเร่งด่วน

การจัดระดับความรุนแรง หมายถึง การระบุความรุนแรง (Triage Scale) ลงในแบบบันทึกทางการพยาบาลภายหลังการคัดแยก (triage) แบ่งระดับความรุนแรงดังนี้

หลักการจำแนกประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำแนกตามการคัดแยกอาการผู้ป่วย 5 ประเภทดังนี้

1.1 สีแดง (Resuscitation) หมายถึง ภาวะเจ็บป่วยวิกฤต มีภาวะคุกคามต่อชีวิต ต้องได้รับการช่วยเหลือทันที

1.2 สีชมพู (Emergent) หมายถึง ภาวะเจ็บป่วยรุนแรงมีภาวะเสี่ยงต่อการเสียชีวิตควรได้รับการตรวจรักษาภายใน 10 นาที

	วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Emergency Department Udonthani Hospital Triage)	หน้า 3/30
		รหัสเอกสาร : WI-NUR-ER-017 แก้ไขครั้งที่ : - วันที่แก้ไข : 06 ส.ค. 2568

1.3 สีเหลือง (Urgency) หมายถึง ภาวะเจ็บป่วยเร่งด่วนได้ในระยะเวลาหนึ่งควรได้รับการตรวจรักษาภายใน 30 นาที

1.4 สีเขียว (Simi - Urgency) หมายถึง ภาวะเจ็บฉุกเฉินไม่รุนแรง ควรได้รับการตรวจรักษาภายใน 1 ชั่วโมง

1.4 สีขาว (Non -Urgency) ภาวะเจ็บป่วยทั่วไปสามารถรอตรวจที่คลินิกทั่วไป ควรได้รับการตรวจรักษาภายใน 2 ชั่วโมง

การประเมินตามขั้นตอนนี้ เพื่อค้นหาความผิดปกติที่เป็นภาวะวิกฤติ ฉุกเฉิน เร่งด่วน หรือภาวะความเสี่ยงต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการตามขั้นตอน ปกติของการให้บริการได้

1) การประเมินระยะแรกอย่างรวดเร็ว (Across the room assessment) เป็นการประเมินเบื้องต้นด้วยสายตา การสังเกตตั้งแต่ผู้ป่วยเด็กเข้ามา โดยใช้หลักการ Pediatric Assessment Triangle (PAT) ซึ่งประกอบไปด้วย ลักษณะปรากฏ (Appearance) การใช้แรงในการหายใจ (Breathing) และลักษณะแสดงการไหลเวียนของโลหิต (Circulation to skin)

2) การประเมินผู้ป่วยเบื้องต้น (Primary assessment) โดยการประเมินโดยใช้เทคนิคการตรวจร่างกายในการประเมินระบบสำคัญของร่างกาย เพื่อค้นหาภาวะเร่งด่วนที่ต้องการ ความช่วยเหลือของผู้ป่วย เด็กการประเมิน จะใช้หลักประเมินตามตัวอักษรย่อ A B C D E

A คือ Airway หมายถึง การประเมินทางเดินหายใจ

B คือ Breathing หมายถึง การประเมินการหายใจ

C คือ Circulation หมายถึง การประเมินการไหลเวียนโลหิต

D คือ Disability หมายถึง การประเมินด้านระบบประสาท การรับรู้ความรู้สึกตัวของผู้ป่วยเด็กเบื้องต้น ที่แบ่งระดับความรู้สึกตัวของเด็ก เป็น 4 ระดับ ตามอักษร

ดังต่อไปนี้

A คือ Alert หมายถึง ผู้ป่วยเด็กตื่น รู้สีกตัว รู้เรื่องดี

V คือ Verbal หมายถึง ผู้ป่วยเด็กมีลักษณะง่วงซึมหรือ กระสับกระส่าย การรับรู้เปลี่ยนแปลงจากปกติ

P คือ Pain หมายถึง ผู้ป่วยเด็กที่ง่วงซึมมาก ตอบสนองเฉพาะเมื่อถูกกระตุ้นให้เจ็บปวด

U คือ Unresponsive หมายถึง ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นเลย

E หรือ Exposure หมายถึง การประเมินตามร่องรอยของร่างกายภายนอก ของผู้ป่วยเด็กเพื่อค้นหาความผิดปกติ

3) การประเมินค้นหาปัญหา (Secondary assessment) เป็นการวนกลับมา ประเมินซ้ำตามการประเมินผู้ป่วยเบื้องต้น (Primary assessment) โดยหลักประเมินตามตัวอักษรย่อ A B C D E เพื่อค้นหาภาวะฉุกเฉิน และทำการประเมินเพิ่มขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลที่เป็นปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยมากขึ้น โดยเน้นที่ประเด็นหรือตำแหน่งที่มีปัญหา (Focus assessment) โดยการประเมินที่เพิ่มขึ้นจะประกอบไปด้วย

 โรงพยาบาลอุดรธานี Udon Thani Hospital	วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Emergency Department Udonthani Hospital Triage)	หน้า 4/30
		รหัสเอกสาร : WI-NUR-ER-017 แก้ไขครั้งที่ : - วันที่แก้ไข : 06 ส.ย. 2568

- (1) การซักประวัติ (Triage interview/Triage History) เป็นการสอบถามข้อมูลที่สัมพันธ์กับอาการนำที่มารักษาที่โรงพยาบาล อาการสำคัญ ตลอดจนประวัติเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็ก
- (2) การประเมินร่างกายตามระบบร่างกายต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับปัญหาที่ผู้ป่วยเด็กมาโรงพยาบาล
- (3) การประเมินสัญญาณชีพ (Vital signs) การประเมินสัญญาณชีพของร่างกายผู้ป่วยเด็ก ประกอบไปด้วย อุณหภูมิ อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต เพื่อใช้เทียบกับค่าเกณฑ์ปกติตามช่วงอายุของผู้ป่วยเด็ก นำมาใช้พิจารณาระดับความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย
- (4) การประเมินซ้ำเป็นระยะ ๆ (Ongoing assessment) เป็นการวนกลับมาประเมินซ้ำตามการประเมินผู้ป่วยเบื้องต้น (Primary assessment) โดยหลักประเมินตามตัวอักษรย่อ A B C D E เพื่อค้นหาภาวะฉุกเฉิน ประเมินซ้ำผู้ป่วยเป็นระยะ ในระหว่างที่ผู้ป่วยรอพบแพทย์หรือรอรับบริการในหน่วยให้บริการ เพื่อค้นหาอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น หรือซักประวัติ ประเมินอาการในแต่ละระบบร่างกายเพิ่มเติม จนกว่าผู้ป่วยจะจำหน่ายออกจากหน่วยบริการ
- (5) ขั้นตอนการประเมินภาวะสุขภาพเพื่อการคัดแยกผู้ป่วยเด็ก เมื่อผู้ป่วยมาติดต่อขอรับบริการ มีขั้นตอนในการประเมินและคัดแยกผู้ป่วยเด็ก ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินระยะแรกอย่างรวดเร็ว (Across the room assessment) การประเมินอาการผู้ป่วยเบื้องต้นด้วยสายตา ตามหลักการประเมิน Pediatric Assessment Triangle เป็นการประเมินผู้ป่วยเด็กอย่างรวดเร็วเพื่อประเมินลักษณะทางกายภาพและมองหาภาวะคุกคามชีวิตที่ต้องการการช่วยเหลือทันทีหรือการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน ควรเป็นการประเมินก่อนการสัมผัสตัวเด็ก สิ่งที่จะประเมิน ได้แก่

1. ลักษณะผู้ป่วยที่ปรากฏ (Appearance) เป็นการประเมินเบื้องต้นโดยการมองและสังเกต
2. การใช้แรงในการหายใจ (Work of Breathing) ลักษณะการหายใจที่ปรากฏให้เห็นได้ชัดเจนด้วยสายตาหรือการใช้แรงในการหายใจ
3. การไหลเวียนโลหิตที่สังเกตได้ (Circulation to the skin) การสังเกตลักษณะที่ปรากฏที่ผิวหนัง

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินเบื้องต้น (Primary Assessment) เป็นการประเมินการทำงานของระบบสำคัญในร่างกาย ได้แก่ การหายใจ การไหลเวียนเลือด การทำงานของสมองรวมทั้งการวัดสัญญาณชีพ และ Pulse Oximeter ในหัวข้อต่อไปนี้

1. **ทางเดินหายใจ (Airway)** สังเกตและประเมินสัญญาณของทางเดินหายใจเพื่อค้นหาความผิดปกติที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย โดยพิจารณาการคงสภาวะของทางเดินหายใจว่าทางเดินหายใจโล่งหรือไม่
- ภาวะทางเดินหายใจของผู้ป่วยโล่งหรือไม่ ปัญหาที่มักพบว่าเป็นสาเหตุ ของการอุดกั้นทางเดินหายใจ เช่น ลิ้น น้ำลายหรือเสมหะในช่องจมูกและคอ หรือ อาการแสดงอื่น ๆ ที่แสดงถึงภาวะ upper airway obstruction

 โรงพยาบาลอุดรธานี Udon Thani Hospital	วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Emergency Department Udonthani Hospital Triage)	หน้า 5/30
		รหัสเอกสาร : WI-NUR-ER-017 แก้ไขครั้งที่ : - วันที่แก้ไข : 06 ส.ย. 2568

- ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของทางเดินหายใจที่เป็นอุปสรรคในการผ่านของอากาศหรือมีสิ่งอุดกั้นทางเดินหายใจ เช่น การบวมของทางเดินหายใจที่เกิดจากการแพ้การอุดกั้นจากสิ่งแปลกปลอมที่เข้าในทางเดินหายใจ
- 2. **การหายใจ (Breathing)** การประเมินการหายใจ เป็นการประเมินเพื่อค้นหาความผิดปกติทางการหายใจที่แสดงให้เห็นภาวะหายใจลำบากมีการเพิ่มขึ้นของการใช้แรงในการหายใจจากภาวะปกติ เห็นได้จากการที่ต้องใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ การหายใจที่รู้สีกว่าหายใจไม่ทัน หายใจไม่ไหว หายใจไม่อิ่มหรือหายใจไม่พอ อัตราการหายใจที่เร็วหรือช้าจนอาจเกิดหรือเสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิกฤติผู้ป่วยเด็ก การใช้แรงสูดหายใจ การขยายออกของทรวงอกและการเคลื่อนไหวของอากาศ เสียงลมหายใจ ระดับค่าแสดงการแลกเปลี่ยนออกซิเจนจากการวัดค่าออกซิเจน saturation เกณฑ์ที่พิจารณาอัตราการหายใจในระยะอันตรายของผู้ป่วยเด็ก
- 3. **การไหลเวียนโลหิต (Circulation)** ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจความดันโลหิตตามช่วงอายุ และการไหลเวียนของเลือดส่วนปลาย เพื่อพิจารณาความรุนแรงตัวในการตรวจรักษา ค้นหาความเสี่ยงความรุนแรงของการเจ็บป่วย โดยพิจารณาจากการประเมินเบื้องต้น
- 4. **ความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว (Disability)** ใช้หลักการประเมิน AVPU ซึ่งทำให้ประเมินระดับความรู้สึกตัวเบื้องต้นของผู้ป่วยได้เร็ว โดยวิธีการประเมินจะแบ่งระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยเป็น 4 ระดับ คือ

รู้สึกตัว (Alert) : ผู้ป่วยมีความตื่นตัวดี รับรู้ต่อบุคคล สถานที่ เวลา ตอบสนองต่อสิ่งเร้าเหมาะสม เช่น มองตามบุคคลหรือวัตถุที่เคลื่อนไหวได้ ถ้าร้องไห้สามารถปลอบให้สงบหรือหยุดได้

ตอบสนองต่อเสียง (Voice) : ผู้ป่วยง่วงซึม มีระดับความรู้สึกตัวที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ เช่น ซึมลงตอบสนองเฉพาะเมื่อถูกเรียกกระตุ้น อาจพบพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง เช่น อาการสับสน กระสับกระส่าย วุ่นวาย ก้าวร้าว ไม่สามารถปลอบให้สงบได้

ตอบสนองต่อความเจ็บ (Pain): ผู้ป่วยง่วงซึมมาก ตอบสนองเฉพาะเมื่อถูกกระตุ้นให้เจ็บปวด สับสน กระสับกระส่าย วุ่นวาย ก้าวร้าว ไม่สามารถปลอบให้สงบได้

ไม่รู้สึกตัว (Unresponsive) : ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นเลย

- 5. **ร่องรอยตามร่างกาย (Exposure)** เป็นการสังเกตที่ละเอียดมากขึ้นจากการมองด้วยการสังเกตในการประเมินด้วยสายตาในครั้งแรก เพื่อเป็นการค้นหาความผิดปกติที่อาจจะแสดงให้เห็นตามร่างกาย เช่น ลักษณะของผิวหนัง สีผิว ผื่น ตุ่ม ที่ผิดปกติซึ่งจะช่วยให้ในการพิจารณาประเมินอาการของผู้ป่วย หรือบาดแผลโดยเฉพาะในบริเวณที่มองเห็นยาก เช่น ในร่มผ้า นอกจากนี้ อุณหภูมิร่างกายของเด็กต้องได้รับการประเมินและดูแลให้อุณหภูมิของร่างกายอบอุ่นอยู่เสมอ เนื่องจากผู้ป่วยเด็กสูญเสียความร้อนได้ง่าย

 โรงพยาบาลอุดรธานี Udon Thani Hospital	วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Emergency Department Udonthani Hospital Triage)	หน้า 6/30
		รหัสเอกสาร : WI-NUR-ER-017 แก้ไขครั้งที่ : - วันที่แก้ไข : 06 ส.ย. 2568

ขั้นตอนที่ 3 การซักประวัติ และ รวบรวมข้อมูลการเจ็บป่วย (Triage interview/Triage History) เป็นการซักถามเกี่ยวกับ อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล (Chief complaints) และ ประวัติการเจ็บป่วยหรืออาการที่เกี่ยวข้อง (Related symptoms) โดยการซักประวัติการเจ็บป่วย

1. **Chief complaint** หมายถึง การซักประวัติอาการนำสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล โดยการคัดแยกผู้ป่วยมี 2 ส่วน คือ
 - (1) การซักประวัติ คัดแยกและประเมิน ภาวะติดเชื้อเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการซักถามประวัติการติดเชื้อ เพื่อทำการป้องกันและจัดให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่เหมาะสม โดยยึดหลักการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยตามหลักการisolation precaution และนโยบายของโรงพยาบาล
 - (2) การซักประวัติคัดแยกปัญหาสุขภาพที่นำมาโรงพยาบาล และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาการตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย และระบบร่างกายที่เกี่ยวข้อง
2. **Immunization / Isolation** หมายถึง ประวัติการรับวัคซีนภูมิคุ้มกันต่าง ๆ ได้รับครบถ้วนตามเกณฑ์หรือไม่(ปัจจุบัน) ประวัติการสัมผัสผู้ที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อ เช่น โรคสุกใส โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ ไอกรณ วัณโรค เป็นต้น
3. **Allergies** หมายถึง ประวัติการแพ้ยา อาหาร นม หรืออื่น ๆ
4. **Medications** หมายถึง ประวัติการได้รับยา ยาประจำตัว หรือการรักษาด้วยยาก่อนหน้านี้
5. **Past medical history** หมายถึง ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต โดยใช้การซักประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของผู้ปกครอง
6. **Events surrounding the illness or injury** หมายถึง การซักประวัติถึงเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บของผู้ป่วยเด็ก
7. **Diet / Diaper** หมายถึง การซักประวัติการรับประทานอาหาร นม และการขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระของผู้ป่วยเด็ก ในเด็กเล็กที่ใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปอาจจะคาดคะเนการขับถ่ายเด็กด้วยจำนวนครั้งที่เปลี่ยนและความชุ่มชื้นของปัสสาวะ
8. **Symptoms associated with the illness or injury** หมายถึง การซักประวัติอาการ อาการแสดง ที่สัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยที่มาโรงพยาบาล ระยะเวลาลำดับของการเกิดอาการ

	วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Emergency Department Udonthani Hospital Triage)	หน้า 7/30
		รหัสเอกสาร : WI-NUR-ER-017 แก้ไขครั้งที่ : - วันที่แก้ไข : 06 ส.ย. 2568

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินสัญญาณชีพ (Vital signs) ในการประเมินผู้ป่วยระดับสัญญาณชีพจะแบ่งการพิจารณาค่าปกติของสัญญาณชีพเป็นช่วงอายุดังนี้

ตารางที่ แสดงเกณฑ์สัญญาณชีพที่เข้าเกณฑ์ Danger Zone

Danger zone High-risk vital signs

อายุ	HR	RR	SpO ₂
< 1 เดือน	> 190	> 60	SpO ₂ 92%
1 เดือน – 1 ปี	> 180	> 55	
1- 3 ปี	> 140	> 40	
3- 5 ปี	> 120	> 35	
5- 12 ปี	> 120	> 30	
12- 18 ปี	> 100	> 20	
> 18 ปี	> 100	> 20	

การ Triage ขั้นตอนในการคัดแยกผู้ป่วยเด็ก ประกอบไปด้วย

1. การประเมินระยะแรกรวดเร็ว (Initial assessment) โดยใช้หลักการ Pediatric Assessment Triangle (PAT)
2. การประเมินผู้ป่วยเบื้องต้น (Primary assessment) โดยการประเมินระบบสำคัญของร่างกายเพื่อค้นหาภาวะเร่งด่วนที่ต้องการความช่วยเหลือ โดยการประเมินระบบการหายใจ ระบบการไหลเวียนโลหิต ระดับความรู้สึกตัว และการประเมินร่องรอยตามร่างกาย
3. การซักประวัติและการตรวจร่างกาย อย่างเน้นเป้าที่ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย (Secondary assessment)
4. การประเมินผู้ป่วยเบื้องต้น (Secondary assessment)

รายละเอียดในการประเมินแต่ละขั้นตอนมีดังต่อไปนี้

การประเมินระยะแรกรวดเร็วตาม แนวทาง Pediatric Assessment Triage (PAT) คือเครื่องมือประเมินภาวะฉุกเฉินเบื้องต้นในเด็กที่ใช้เวลาน้อย (ไม่เกิน 1 นาที) ไม่ต้องใช้อุปกรณ์ โดยเน้นการสังเกตและฟังเสียง เพื่อแยกความรุนแรงและจัดลำดับความเร่งด่วนในการรักษา เป็นขั้นตอนแรกของการคัดแยกผู้ป่วยเด็กในห้องฉุกเฉิน ประกอบไปด้วยการประเมินใน 3 ส่วน คือ

1. Appearance (ลักษณะปรากฏ/สภาพทั่วไป)

- ประเมินความรู้สึกตัว การตอบสนอง สีหน้า ท่าทาง น้ำเสียง
- ตัวอย่าง: ซึม ไม่ตอบสนอง ร้องเสียงแหบ ไม่เล่นกับพ่อแม่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง

	วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Emergency Department Udonthani Hospital Triage)	หน้า 8/30
		รหัสเอกสาร : WI-NUR-ER-017 แก้ไขครั้งที่ : - วันที่แก้ไข : 06 มี.ย. 2568

2. Work of Breathing (การหายใจ)

- ประเมินความลำบากในการหายใจ เช่น หายใจเร็ว/แรง, อกนุ้ม, จมูกบาน, มีเสียงหายใจผิดปกติ (grunting, stridor, wheezing)

3. Circulation to Skin (การไหลเวียนโลหิตที่ผิวหนัง)

- ประเมินสีผิว ความชื้น เยียวคล้ำ ลาย ปลายมือปลายเท้าเย็น หรือมีจุดเลือดออกที่ผิวหนัง

การประเมินผู้ป่วยเด็กตาม หลักการแนวทาง Pediatric Assessment Triage (PAT)

- การประเมิน PAT เป็นการประเมินแบบ “across the room” คือดูและฟังตั้งแต่เด็กเดินเข้ามา ไม่ต้องสัมผัสตัวเด็กทันที
- หากพบความผิดปกติในองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่ง ให้ถือว่าเด็กมีความเสี่ยงสูง ต้องได้รับการประเมินและช่วยเหลือทันที
- PAT ใช้ร่วมกับการประเมิน ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure) และ vital signs เพื่อวางแผนการรักษา

ตารางที่ แสดงการแปลผลการประเมิน Pediatric Assessment Triangle

	Appearance (A)	Work of Breathing (B)	Circulation to skin (C)
stable	ปกติ	ปกติ	ปกติ
Neurological/Metabolic	ผิดปกติ	ปกติ	ปกติ
Respiratory distress	ปกติ	ผิดปกติ	ปกติ
Respiratory failure	ผิดปกติ	ผิดปกติ	ปกติหรือผิดปกติ
Compensated shock	ปกติ	ปกติ	ผิดปกติ
Decompensated shock	ผิดปกติ	ปกติ หรือ ผิดปกติ	ผิดปกติ
Cardiopulmonary failure	ผิดปกติ	ผิดปกติ	ผิดปกติ

ดัดแปลงจาก The Pediatric assessment triangle: a novel approach for the rapid evaluation of children, By Dieckmann R.A., Brownstein D., Gausche-Hill, M. (2010) (อ้างถึงใน อุษาพรรณ สุรบญจวงศ์, 2560)

	วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Emergency Department Udonthani Hospital Triage)	หน้า 9/30
		รหัสเอกสาร : WI-NUR-ER-017 แก้ไขครั้งที่ : - วันที่แก้ไข : 06 ส.ย. 2568

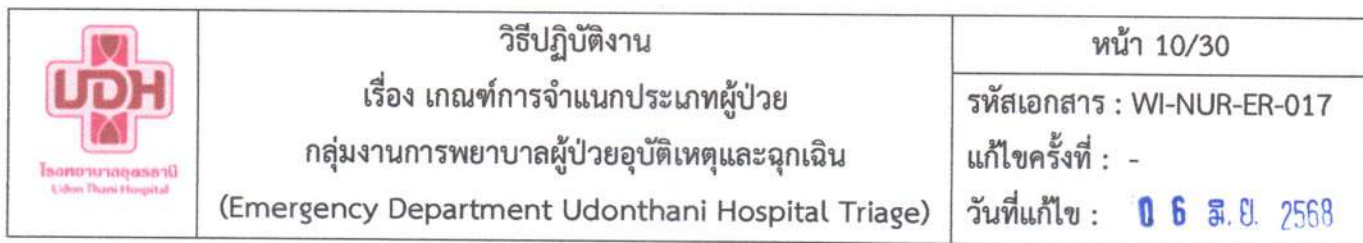
6. ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ :

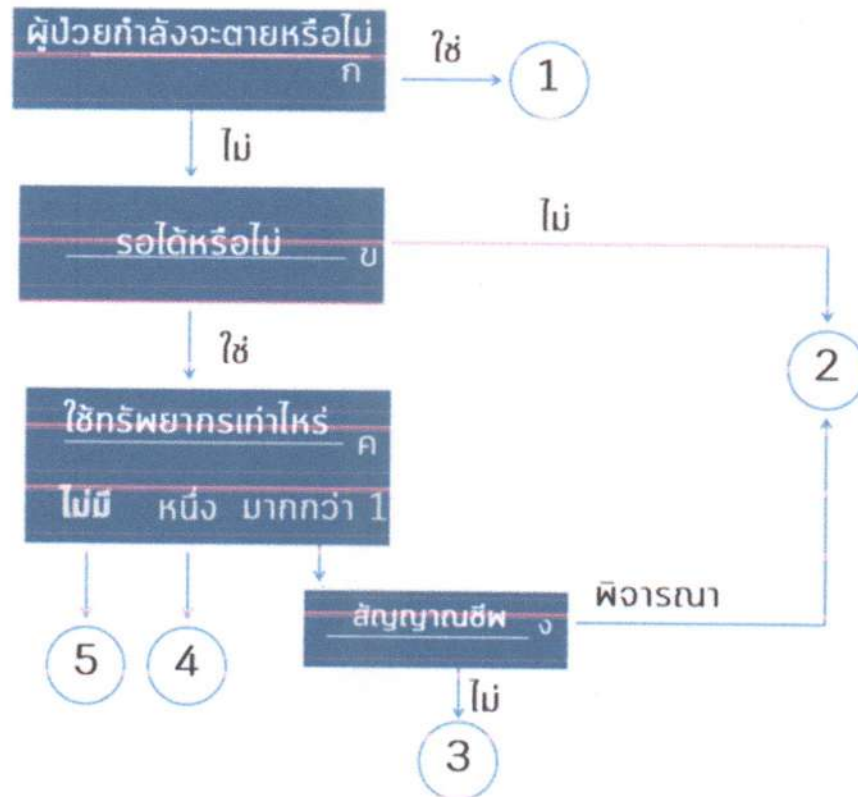
เกณฑ์การตัดสินใจคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินตามเกณฑ์ของ ED UDH Triage, 2023

เมื่อผู้ป่วยมาถึงจุดคัดแยกผู้ป่วย ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Triage area) ซึ่งอาจมาเอง, ถูกนำส่งโดยญาติ, พลเมืองดี, เจ้าหน้าที่กู้ภัย หรือระบบส่งต่อ (Refer) ปฏิบัติตามขั้นตอนดังนี้

1.พยาบาลคัดแยกให้การต้อนรับผู้ป่วยและญาติ หรือผู้นำส่ง ทักทายผู้ป่วยและญาติ หรือผู้นำส่ง ด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวลและท่าทางที่อบอุ่น แสดงความใส่ใจอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย จัดหารถเข็นนั่งหรือนอน ตามความเหมาะสมให้แก่ผู้ป่วย

2.พยาบาลที่จุดคัดแยกจะประเมินสภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉิน เพื่อหาภาวะคุกคามต่อชีวิต (Life – Threatening) กรณีผู้ป่วยต้องช่วยชีวิตเร่งด่วน (Resuscitation) หรือต้องการการรักษาทันที จะถูกคัดแยกอยู่ในระดับ 1 หากผู้ป่วยมีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน (Emergency) จะถูกคัดแยกอยู่ในระดับ 2 และในผู้ป่วยฉุกเฉินกลุ่มที่ไม่รุนแรง ได้แก่ Urgency : ระดับ 3 , Semi-Urgency ระดับ 4 และ Non-Urgency : ระดับ 5 จะประเมินตามความต้องการการใช้ทรัพยากรในการรักษาพยาบาล ลำดับขั้นตอนการตัดสินใจคัดแยกประเภทแสดงดังแผนผังที่ 1

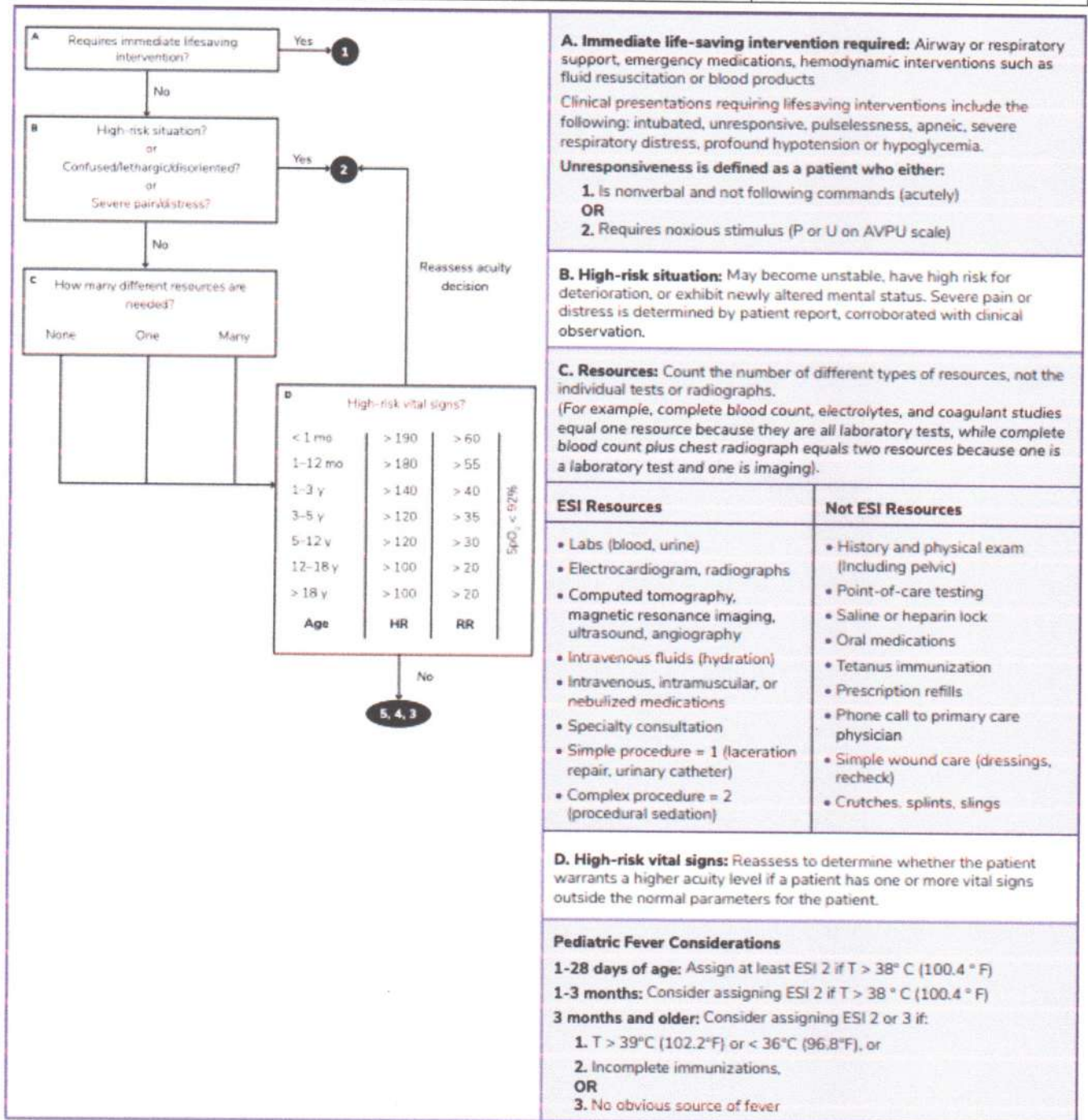




ก.ต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างทันที
ข.ร่อได้หรือไม่
ค.จำนวนทรัพยากรที่ต้องใช้เท่าไร
ง.สัญญาณชีพเป็นอย่างไร

แนวทาง Emergency Severity Index Algorithm Version 4

แผนผังที่ 2 แสดงลำดับขั้นตอนการตัดสินใจคัดแยกประเภทตามเกณฑ์ของ ED UDH Triage, 2023



 โรงพยาบาลอุดรธานี Udon Thani Hospital	วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Emergency Department Udonthani Hospital Triage)	หน้า 13/30
		รหัสเอกสาร : WI-NUR-ER-017 แก้ไขครั้งที่ : - วันที่แก้ไข : 06 มี.ย. 2568

เกณฑ์การตัดสินใจคัดแยกผู้ป่วย

ESI-I (Resuscitation)

ผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่อง Airway, Breathing, Circulation, Disability ต้องการการช่วยเหลือทันที (Immediate Life-saving Intervention)

Intervention Type	Lifesaving Interventions
Airway/breathing	Assisted ventilation Intubation Surgical airway Emergent non-invasive positive pressure ventilation Pneumo/Hemothorax จำเป็นต้องใส่ ICD หมายเหตุ การใส่ ETT , FB อุดตันทางเดินหายใจ ที่ส่งผลต่อการหายใจ รวม Case ที่ Refer มา
Electrical Therapy	Defibrillation Emergent cardioversion External pacing
Procedures	Chest needle decompression Pericardiocentesis Open thoracotomy
Hemodynamics	Significant intravenous fluid resuscitation Blood administration Control of external hemorrhage
Medications	Adenosine Atropine Dextrose Dopamine Epinephrine (including IM for anaphylaxis) Naloxone

	วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Emergency Department Udonthani Hospital Triage)	หน้า 14/30
		รหัสเอกสาร : WI-NUR-ER-017 แก้ไขครั้งที่ : วันที่แก้ไข : '06 ส.ย. 2568

- หัวใจหยุดเต้น (Cardiac arrest)/post cardiac arrest
- หยุดหายใจ (Respiratory arrest) หรือการหายใจล้มเหลว (Respiratory failure)
- มีภาวะหายใจลำบากอย่างรุนแรง (Severe Respiratory Distress)
 - อัตราการหายใจภาวะหายใจล้มเหลว
 - เซียว Sat O₂ < 90
 - หายใจช้า < 10 ครั้ง
 - หายใจเร็ว > 28 ครั้ง
 - หัวใจเต้นเร็ว > 150 bpm
 - หัวใจเต้นช้า < 50 bpm
 - ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะช็อก
 - SBP < 90 mmHg ในผู้ใหญ่
 - SBP < 80 mmHg ในเด็กอายุ < 5 ปี
- มีภาวะทางเดินหายใจส่วนต้นอุดตัน (Sign of Upper Airway Obstruction)
- Hemorrhagic Shock class III - IV
- อาการเจ็บหน้าอกรุนแรง มีภาวะ ACS (Acute coronary syndrome) ร่วมกับมีเหงื่อออกตัวเย็น
- GCS ≤ 8
- ชัก หรือ ไม่รู้ตัว
- อาการแพ้อย่างรุนแรง
- ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
- ทารกที่มีภาวะผิดปกติรุนแรง อ่อนปวกเปียก
- ได้รับอุบัติเหตุรุนแรง Multiple Trauma หรือบาดเจ็บมากกว่า 2 ระบบขึ้นไปในระบบที่สำคัญ (major trauma)
 1. Arrest/post cardiac arrest
 2. Respiratory compromise RR < 10 or > 29/min or intubated from scene
 3. Difficult airway problem or need surgical management
 4. Glasgow Coma

	วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Emergency Department Udonthani Hospital Triage)	หน้า 15/30
		รหัสเอกสาร : WI-NUR-ER-017 แก้ไขครั้งที่ : วันที่แก้ไข : 06 ส.ย. 2568

- Time Sensitive กลุ่ม Fast Track ต่าง ๆ ได้แก่
 1. Septic shock
 2. Stroke
 3. STEMI
 4. Trauma level 1
 5. High risk Newborn
 6. High risk Pregnancy high risk
- การคัดแยกผู้ป่วยทางสูติ-นรีเวช (Obstetric & Gynecologic Triage) ต้องได้รับการดูแลทันทีเพื่อปกป้องชีวิตแม่หรือทารก เช่น
 1. ชัก preeclampsia รุนแรง
 2. เลือดออกมาก (Antepartum/Postpartum hemorrhage)
 3. น้ำเดินก่อนกำหนดหรือมี meconium
 4. Fetal distress หรือไม่รู้สึกละลอกคลอด
 5. ติดเชื้อ/Sepsis
 6. อุบัติเหตุรุนแรง หรือบาดเจ็บที่หน้าท้อง

	วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Emergency Department Udonthani Hospital Triage)	หน้า 16/30
		รหัสเอกสาร : WI-NUR-ER-017 แก้ไขครั้งที่ : วันที่แก้ไข : 06 ส.ย. 2568

ESI-II (Emergency)

High risk situation? or Confused / Lethargic / Disoriented ? or Severe pain / Distress ?

(ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินโดยเร็วมีเสียงสูง / การรู้สึกไม่ปกติ / เจ็บปวดรุนแรง) ตัวอย่างเช่น สถานการณ์ที่กำลังเป็นอันตรายต่อชีวิตต้องได้รับการประเมินพร้อมกับให้การช่วยเหลือภายใน 10 นาที เช่น

- ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการมีภาวะหายใจล้มเหลว (severe respiratory distress)
 - หายใจเร็ว 20-27 ครั้ง/นาที
 - Sat O2 90- 92 %
 - หายใจโดยใช้ accessory muscle หรือมี chest wall retraction
- Circulatory compromise เช่น
 - ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อก
 - ตัวลาย หรือ capillary refill > 2 วินาที
 - ชีพจร 50-59 ครั้ง/นาที , 120- 149 ครั้ง/นาที ในผู้ใหญ่
 - เสียเลือดมาก (Shock class II > 750 cc)
- Chest pain สงสัยสาเหตุจากโรคหัวใจ Acute MI เช่น เจ็บแน่นตรงกลางหน้าอกเหมือนมีของหนักมาทับ ร้าวไป กราม ไปไหล่ และร้าวทะลุไปหลัง
- Stroke ผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรง ปากเบี้ยว หรือ พูดไม่ชัด ร่วมกับ BP สูง >185/110 mmHg มีอาการภายใน 3 วัน
- ผู้ป่วยที่มีปัญหา BP สูง >185/110 mmHg
- GCS 9-12
- ผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลต่ำในผู้ป่วยเบาหวาน DTX < 70 mg% และ DTX < 55 mg% ในผู้ป่วยไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน ร่วมกับมีอาการเหนื่อยเพลีย แต่ยังไม่ถึงขนาด Semi – Coma
- ผู้ป่วยที่มี DTX มากกว่า 350 mg% ร่วมกับมีอาการเหนื่อยหายใจไม่สะดวก
- ไข้สูง $\geq 38^{\circ}\text{C}$ หรือ $> 40^{\circ}\text{C}$ ในผู้ใหญ่ , ตัวเย็น body temp. < 36°C ร่วมกับ SIRS Sepsis non Shock
- ผู้ป่วยบาดเจ็บตาที่มีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น เช่น ผู้ป่วย Rupture eye glove, ผู้ป่วยถูกกรดต่างกระเด็นเข้าตา , Active Epistaxis
- ผู้ป่วยอุบัติเหตุ บาดเจ็บมากกว่า 2 ระบบขึ้นไป
- ผู้ป่วยอุบัติเหตุ บาดเจ็บเฉพาะที่แบบรุนแรง เช่น แขนขาขาด กระดูกชิ้นใหญ่หัก
- ผู้ป่วยอาเจียนเป็นเลือด/ถ่ายเป็นเลือด/ถ่ายดำ เสี่ยงต่อภาวะอาการไม่คงที่

	วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Emergency Department Udonthani Hospital Triage)	หน้า 17/30
		รหัสเอกสาร : WI-NUR-ER-017 แก้ไขครั้งที่ : วันที่แก้ไข : 06 มิ.ย. 2568

- ผู้ป่วยหลังจากอาการชัก ทั้งเด็กและผู้ใหญ่
- ผู้ป่วยที่สงสัยได้รับพิษ หรือ กินยาเกินขนาด
- ผู้ป่วยจิตเวช , ผู้ป่วย Suicide , ผู้ป่วยเข็มทิ่มตำ, OSCC
- ผู้ป่วยเด็กซึม ดุคนไม่ดี ท้องอืด อายุ 1-28 วันมีไข้>38.0C , เด็กอายุ 1-3 เดือนมีไข้>38.0C , เด็กอายุ 3 เดือน - 3 ปี มีไข้>39.C และกลุ่มผู้ป่วยเด็กให้พิจารณาร่วมกับตาราง Vital signs Danger Zone
- ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยวัด O2 sat<94 %)
- ผู้ป่วยอุบัติเหตุมีประวัติสลบ/จำเหตุการณ์ไม่ได้มีเลือดออกจมูก/หู
- การประเมินภาวะปวดโดยสอบถามคะแนนจากผู้ป่วย ร่วมกับการประเมินจากลักษณะเช่น สีหน้า เหงื่อแตก ท่าทาง การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ โดยสัมพันธ์กับอวัยวะสำคัญอย่างมีเหตุผล เช่น ผู้ป่วยปวดท้อง ปวดศีรษะ pain score มากกว่าหรือเท่ากับ 7
- Pregnancy BP มากกว่าหรือเท่ากับ 160/110 mmHg, ภาวะนอกมดลูก (Rupture ectopic) ที่มีสัญญาณชีพคงที่ , Pre -Eclampsia , Sepsis ที่คิดว่า Source มาจาก Gynecologic condition เช่น TOA , Abortion , มีเลือดออกจากช่องคลอดร่วมกับมีภาวะ bleed non Shock and anemia symptom , case refer ของสูติ จาก รพช .ที่ Plan แวะประเมินที่ ER
- ผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดแล้วมีไข้
- Case VIP ต่างๆ

 โรงพยาบาลอุดรธานี Udon Thani Hospital	วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Emergency Department Udonthani Hospital Triage)	หน้า 18/30
		รหัสเอกสาร : WI-NUR-ER-017 แก้ไขครั้งที่ : วันที่แก้ไข : ๖ ๖ ส.ย. 2568

ESI- III (Urgency)

How many Different resources are needed?

ต้องใช้ทรัพยากรเท่าไร? (None / One / Many) ประเมินจากกิจกรรมที่ต้องทำ

กิจกรรมที่นับ	กิจกรรมที่นับที่ไม่นับ
- เจาะเลือด, ตรวจปัสสาวะ - EKG 12 lead - X-ray, Ultrasound, CT scan	- การตรวจร่างกาย - Hct, DTX
กิจกรรมที่นับ	กิจกรรมที่นับที่ไม่นับ
- IV Fluid (Hydration) - ฉีดยา IV, IM หรือ พ่นยา	- On NSS lock - ยาเกิน, ยาฉีดตามนัด - TT, TAT - Verolab, PCEC,
- Consult แพทย์เฉพาะทาง	- โทรตามแพทย์เวรมาตรวจ
- หัตถการ เช่น NG, Foley's cath., Suture eye irrigation Remove FB, I&D, เช็ดตัว ลดไข้	- Splint, Sling - Dressing, Cold pack

ตัวอย่างกิจกรรม เช่น

- | | |
|---|-----------------|
| - CBC+ BUN/Cr, E'lyte+ G/M ถือว่าเป็นเจาะเลือดนับทั้งหมด | นับเป็น 1 อย่าง |
| - CBC + UA ถือว่าเป็น Lab | นับเป็น 1 อย่าง |
| - CXR + Skull film + C- Spine ถือว่าเป็น X-ray | นับเป็น 1 อย่าง |
| - CXR+ CT scan ถือว่าเป็นคนละอย่าง | นับเป็น 2 อย่าง |
| - FB เข้าตา ต้องคีบออก | นับเป็น 1 อย่าง |
| - อุบัติเหตุ แผลลึกที่ขา 5 cm บวมมาก ดูแล้วอาจต้องเย็บแผล และ x-ray | นับเป็น 2 อย่าง |
| - ฉีดยา IM | นับเป็น 1 อย่าง |

ข้อสังเกต : คนไข้ที่ admit ส่วนใหญ่มักจะเกิน 1 อย่างไม่จำเป็นต้องแยกว่า กิจกรรมนั้นจะทำได้ ER หรือ ward ย้ำว่ากิจกรรมที่ทำ 0 อย่าง , 1 อย่าง หรือ มากกว่า 1 อย่าง

ร่วมกับประเมิน vital signs เป็นอย่างไร อยู่โซนอันตรายไหมถ้า ใช่ ผู้ป่วยจะถูกจัดเป็น Emergency

	วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Emergency Department Udonthani Hospital Triage)	หน้า 19/30
		รหัสเอกสาร : WI-NUR-ER-017 แก้ไขครั้งที่ : วันที่แก้ไข : '06 ธ.ย. 2568

ตัวอย่าง case urgency

(ทำกิจกรรมมากกว่า 1 อย่าง)

- ใช้ ปวดท้องน้อยด้านขวา ไม่มีภาวะของ Sepsis
- Stroke ผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรง ปากเบี้ยว หรือ พูดไม่ชัด ร่วมกับ BP น้อยกว่า 185/110 mmHg มีอาการภายใน 3 วัน
- ปวดท้องลิ้นปี่ ตึ่มสุราประจำ
- ไหล่หลุด
- บวมผิดปกติหน้าแข้ง
- แผลฉีกขนาดใหญ่ แต่บวมมาก
- ข้อเท้าพลิก บวมผิดปกติ สงสัย Fracture
- แผลที่กระดูกตา ยังมองเห็นได้ชัดเจนปกติ
- ปวดท้องถ่ายเหลว อาเจียน เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ pain score < 7
- ผู้ป่วย HR60/ min , (DTX < 350 mg% หรือ DTX>60 mg% ร่วมกับไม่มีอาการ
- ผู้ป่วยแพ้ไม่รุนแรง(ผื่นคัน แดงนอก ปวดท้อง อาเจียน ถ่ายเหลว)ที่มีอาการ< 2 อาการ
- ผู้ป่วยเด็กอายุ 1-28 วันมีไข้ O2 sat >95% (ยกเว้นผู้ป่วย COPD)

ESI –IV (Semi Urgency)

ตัวอย่าง case Semi-urgency

- แผลฉีกที่อาจต้องเย็บ
- ข้อเท้าพลิก ไม่ผิดปกติ บวมเล็กน้อย (x-ray)
- ปัสสาวะแสบขัด ไม่มีไข้ (UA)
- ปัสสาวะไม่ออก ต่อมลูกหมากโต (Retained Foley's)
- ปวดฟัน แนวโน้มที่ต้องฉีดยา
- ปวดท้องลิ้นปี่ โรคกระเพาะแนวโน้มที่ต้องฉีดยา บาดเจ็บแขนขาเล็กน้อย เช่น กล้ามเนื้ออักเสบ สงสัยกระดูกชิ้นเล็กหัก หรือบาดแผลขนาดเล็ก
 - Vital sign stable
 - ปวดรุนแรงปานกลาง(Mild pain scale 1-3)
- ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการเปลี่ยนแปลง แต่สามารถสังเกตอาการได้ และไม่เสี่ยงทำร้ายตัวเองและผู้อื่น

	วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Emergency Department Udonthani Hospital Triage)	หน้า 20/30
		รหัสเอกสาร : WI-NUR-ER-017 แก้ไขครั้งที่ : วันที่แก้ไข : 06 ส.ย. 2568

ESI – V (Non Urgency)

ตัวอย่าง case Non-urgency

- HT ย่ำหมด
- ไอ เจ็บคอ ผู้ป่วย look well สัญญาณชีพปกติ
- ปวดหัวไมเกรนไม่มาก ที่น่าจะฉีดยา
- ปวดท้อง dyspepsia ที่น่าจะฉีดยา
- AGE ไม่เพี้ยนมาก เดินได้
- ผิวหนังอักเสบ
- แผลถลอกเล็กน้อย

	วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Emergency Department Udonthani Hospital Triage)	หน้า 21/30
		รหัสเอกสาร : WI-NUR-ER-017 แก้ไขครั้งที่ : วันที่แก้ไข : 06 ส.ย. 2568

การประเมินระดับ Pain Scale

Descriptive term	Quantitative value
Severe pain	7-10
Moderate pain	4-6
Mild pain	1-3
No pain	0

การประเมินระดับความรู้สึกตัวโดยใช้ Glasgow coma Scale

Glasgow Coma Scale (GCS) เป็นเครื่องมือหรือแบบประเมินที่นิยมใช้ในการประเมินภาวะหมดสติ โดยแบบประเมินประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ การประเมินจากการลืมตา (eye opening) การตอบสนองทางวาจา (verbal response) และการเคลื่อนไหว (motor response) สำหรับรายละเอียดของหัวข้อการประเมินมีดังนี้

การลืมตา (eye opening) เมื่อได้รับการกระตุ้น (1 – 4 คะแนน)

ลืมตาได้ตามปกติ	4	คะแนน
ลืมตาเมื่อได้ยินเสียงพูด	3	คะแนน
ลืมตาเมื่อได้รับการทำให้เจ็บปวด	2	คะแนน
ไม่ลืมตาเมื่อได้รับการกระตุ้น	1	คะแนน

การเคลื่อนไหว (motor response) เมื่อได้รับการกระตุ้น (1 – 6 คะแนน) ตามภาพรูปที่ 1 และ 2

เคลื่อนไหวได้ตามคำสั่ง	6	คะแนน
เคลื่อนไหวได้เมื่อได้รับการทำให้เจ็บปวดเฉพาะที่	5	คะแนน
สามารถดึงมือหรือเท้าออกจากสิ่งที่ทำให้เจ็บปวด	4	คะแนน
งอแขนหรือเท้าในท่าที่ผิดปกติ	3	คะแนน
เหยียดแขนหรือขา	2	คะแนน
ไม่มีการเคลื่อนไหวเมื่อได้รับการกระตุ้น	1	คะแนน

การตอบสนองทางวาจา (verbal response) เมื่อได้รับการกระตุ้น (1 – 5 คะแนน)

สามารถรับรู้ต่อเวลา บุคคล และสถานที่	5	คะแนน
แสดงอาการสับสน	4	คะแนน
พูดได้เป็นคำ แต่ไม่ค่อยรู้เรื่อง	3	คะแนน
พูดไม่รู้เรื่อง	2	คะแนน
ไม่มีอาการตอบสนอง เมื่อได้รับการกระตุ้น	1	คะแนน

	วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Emergency Department Udonthani Hospital Triage)	หน้า 22/30
		รหัสเอกสาร : WI-NUR-ER-017 แก้ไขครั้งที่ : วันที่แก้ไข : 06 ธ.ค. 2568

การแปลผล Glasgow Coma Scale ถ้าพบว่าหลังการประเมิน ได้คะแนนเต็ม 15 คะแนน แสดงว่ารู้สึกตัวดี และหากได้คะแนนตั้งแต่ 8 คะแนนลงมา แสดงว่ามีอาการหมดสติ และหากได้ 3 คะแนน แสดงว่ามีภาวะหมดสติระดับลึก (deep coma)

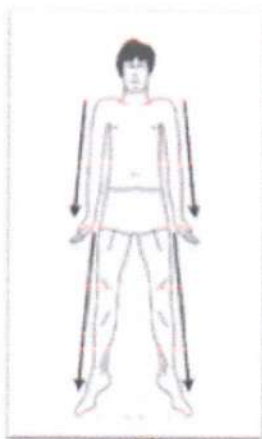
หมายเหตุ ลักษณะของ Abnormal position

Decortication : กำมืออแขน 2 ข้างเข้าหาไหล่, ขา 2 ข้างเหยียดออก ตามภาพ



รูปที่ 1

Decerebration : แขน 2 ข้างเหยียดเกร็งออกโดยบิดมือออกด้านนอกลำตัว, ขา 2 ข้างเกร็งเหยียด



รูปที่ 2

	วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Emergency Department Udonthani Hospital Triage)	หน้า 23/30
		รหัสเอกสาร : WI-NUR-ER-017 แก้ไขครั้งที่ : วันที่แก้ไข : 06 มี.ย. 2568

การ Triage ระดับความรุนแรงของอาการผู้ป่วยเด็ก

ตารางที่ 1 แนวทางการพิจารณาใช้ในการจำแนกระดับความรุนแรงของอาการผู้ป่วยเด็ก

Pediatric Fever Considerations

อายุ	อุณหภูมิที่วัดได้	ประวัติความเสี่ยง (มีโรคฉีก, ประวัติการชักจากไข้สูงหรือ ครอบครัว เคยชักจากไข้สูง)	พิจารณาระดับ ความรุนแรง
ทารกอายุ 1 วัน – 28 วัน	$> 38^{\circ} \text{C}$	- ไข้	ESI Level 2
อายุ 1 เดือน-- ถึง 3 เดือน	$> 38^{\circ} \text{C}$	- ไข้	ESI Level 2
3 เดือน ถึง < 6 เดือน	$\geq 39.0^{\circ} \text{C}$	- มีประวัติและไม่มีประวัติ	ESI Level 3
6 เดือน ถึง < 7 ปี	$\geq 38.0^{\circ} \text{C}$	- มีประวัติเคยชักจากไข้สูง หรือ ครอบครัวพ่อ แม่ - พี่น้องท้องเดียวกันเคยชักจากไข้สูง	ESI Level 3
6 เดือน ถึง < 7 ปี	$\geq 38.5^{\circ} \text{C}$	- ไม่มีประวัติ	ESI Level 3
> 7 ปี ถึง 15 ปี	$\geq 38.0^{\circ} \text{C}$	- มีประวัติเคยชักจากไข้สูง หรือ ครอบครัวพ่อ แม่ - พี่น้องท้องเดียวกันเคยชักจากไข้สูง	ESI Level 3

ตารางที่ 2 ตารางแสดงอัตราความดันโลหิตของเด็กแต่ละช่วงอายุ

ช่วงอายุ (ปี)	Normal Systolic Blood Pressure (mmHg)
1 - 28 วัน	มากกว่า 60
28วัน – 1 ปี	มากกว่า 70
1 ปี – 10 ปี	มากกว่า 70+ (2 * อายุ (ปี))
>10 ปี	มากกว่า 90

ดัดแปลงจาก American Heart Association Part2 : Systemic approach to the seriously ill or injured child. American Heart Association, by Chameides, L., Samson, R.A., Schexnayder, S.M., Hazinski, M.F. eds. (2011) (อ้างถึงใน อุษาพรรณ สุรเบญจวงศ์, 2560)

 โรงพยาบาลอุดรธานี Udon Thani Hospital	วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Emergency Department Udonthani Hospital Triage)	หน้า 24/30
		รหัสเอกสาร : WI-NUR-ER-017 แก้ไขครั้งที่ : วันที่แก้ไข : 06 ส.ย. 2568

ตารางที่ 3 APGAR Score

Appearance (ลักษณะสีผิว)	Pulse (อัตราการเต้นของหัวใจ)	Grimace (สีหน้าจากการกระตุ้น)	Activity (การเคลื่อนไหว)	Respiration (การหายใจ)
สีเขียวคล้ำทั่วร่างกาย 0 คะแนน	ไม่มีชีพจร 0 คะแนน	ไม่มีการตอบสนอง 0 คะแนน	อ่อนปวกเปียก 0 คะแนน	ไม่หายใจ 0 คะแนน
เขียวปลายมือปลายเท้า 1 คะแนน	มีน้อยกว่า 100 ครั้ง/นาที 1 คะแนน	แสบปาก ร้องไห้เบาๆ 1 คะแนน	แขนขาเล็กน้อย 1 คะแนน	หายใจช้า/ไม่สม่ำเสมอ 1 คะแนน
ผิวสีชมพูทั้งตัว 2 คะแนน	มีมากกว่า 100 ครั้ง/นาที 2 คะแนน	ร้องไห้เสียงดัง ไอจาม 2 คะแนน	แข็งแรงเคลื่อนไหวได้ดี 2 คะแนน	หายใจดี ร้องเสียงดัง 2 คะแนน

การแปลผล APGAR Score

0-3 คะแนน Severe Asphyxia ภาวะขาดออกซิเจน (Birth Asphyxia) อย่างรุนแรงต้องได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างเร่งด่วน

4-6 คะแนน Fair Condition ภาวะขาดออกซิเจนปานกลางถึงเล็กน้อยต้องช่วยเหลือกระตุ้น หรือให้ออกซิเจน

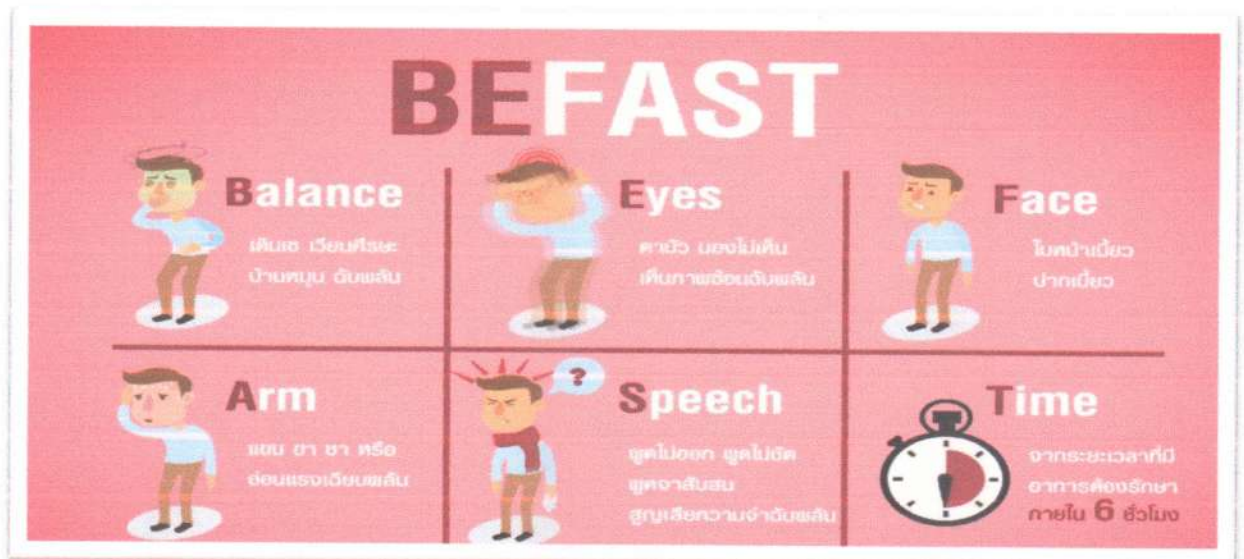
7-10 คะแนน Good Condition อยู่ในภาวะปกติไม่ขาดออกซิเจน หลังทำการประเมินเสร็จ จะดูดสารคัดหลั่งในปากและจมูกด้วยลูกสูบยางแดง พร้อมกับเช็ดตัวและห่อตัวทารกให้อบอุ่น จากนั้นทารกก็สามารถออกมากินนมแม่ได้

	วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Emergency Department Udonthani Hospital Triage)	หน้า 25/30
		รหัสเอกสาร : WI-NUR-ER-017 แก้ไขครั้งที่ : วันที่แก้ไข : 06 มี.ย. 2568

การ Triage เกณฑ์การจำแนก Stroke FAST TRACK

การ Triage ผู้ป่วย Stroke Fast Track ใน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ใช้หลัก BE-FAST

- B (Balance) - เดินเซ เวียนศีรษะ บ้านหมุน ตัวพลัน
- E (Eyes) - ตามัว มองไม่ชัด เห็นภาพซ้อน ตัวพลัน
- F (Face) - หน้าเบี้ยวผิดปกติ ปากเบี้ยว
- A (Arm) - แขน ขา ขา หรือ ไม่มีแรง ยกไม่ขึ้น
- S (Speech) - พูดไม่ชัด พูดไม่ได้ สูญเสียความทรงจำแบบสิ้น
- T (Time) - ต้องรีบพาไปโรงพยาบาลด่วน ภายใน 6 ชั่วโมง รวมทั้ง walk-in and refer



รูปที่ 3

	วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Emergency Department Udonthani Hospital Triage)	หน้า 26/30
		รหัสเอกสาร : WI-NUR-ER-017 แก้ไขครั้งที่ : วันที่แก้ไข : ๐ 6 ส.ย. 2568

เกณฑ์การ Triage STEMI FAST TRACK

การคัดกรองและจัดระดับความรุนแรงการซักประวัติลักษณะอาการเจ็บหน้าอกตาม OPQRSTT

มีแนวทาง “Door to Balloon” ภายใน 90 นาที และ “Door to Needle” (สำหรับ thrombolysis) ภายใน 30 นาที

- O : Onset = เวลาที่เริ่มเจ็บหน้าอก
- P : Provocation/Palliation = อาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้นขณะใด
- Q : Quality/Quantity = เจ็บหน้าอกตรงกลางหรือด้านซ้ายเหมือนโดนกดทับ หรือ เจ็บแน่นลิ้นปี่เหมือนอาหารไม่ย่อย
- R : Region/Radiation = เจ็บหน้าอกร้าวไปคอ กราม ไหล่ซ้าย
- S : Severity scale = เจ็บหน้าอกนาน 20-30 นาที มีเหงื่อออก ตัวเย็น ใจสั่น
- T : Timing = ระยะเวลาที่เจ็บต่อเนื่องนานเกิน 10 นาที หรือ อาการดีขึ้นเมื่ออยู่เฉย ๆ เจ็บมากขึ้นขณะออกกำลังกาย

อาการที่ไม่เฉพาะเจาะจงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

- ใจสั่น
- หวิว หน้ามืด เป็นลม หหมดสติ
- เหงื่อแตก ตัวเย็น
- จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ไม่สุขสบายท้อง
- เหนื่อย/นอนราบไม่ได้

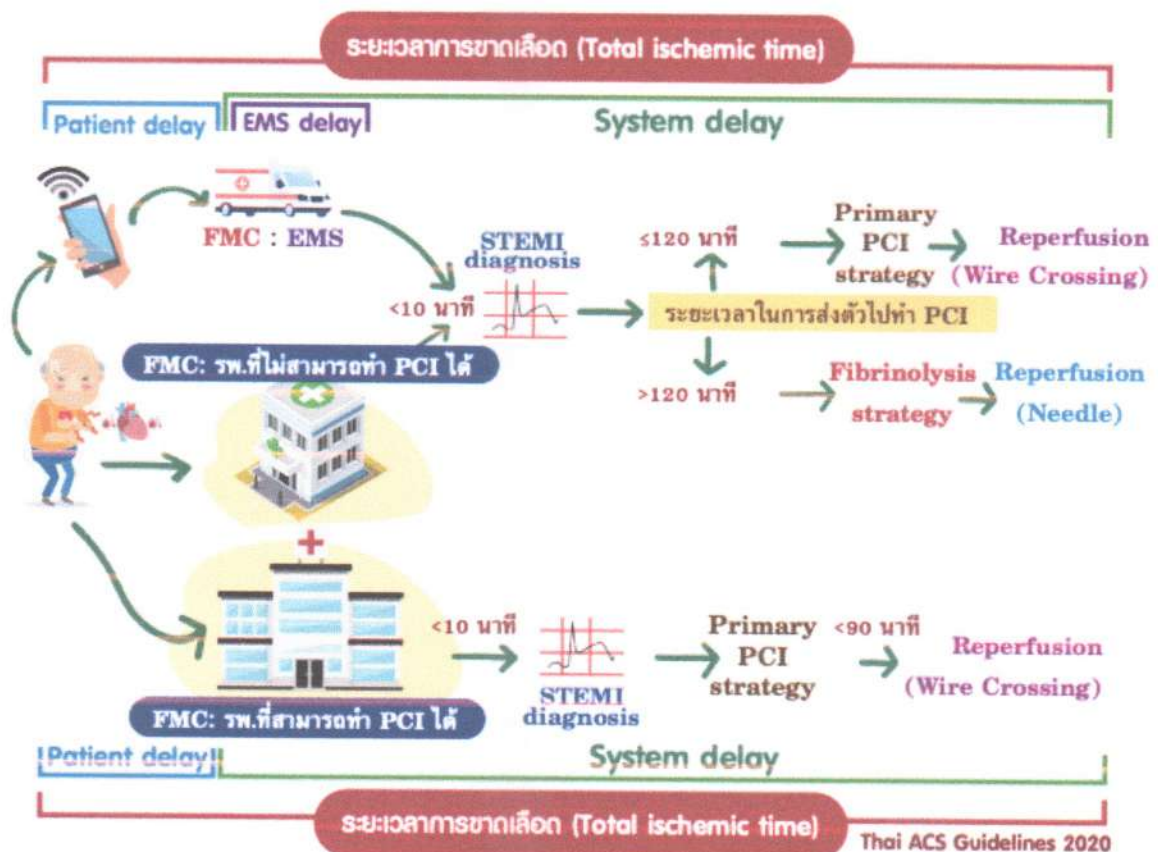
เวลาเริ่มอาการ

- ภายใน 12 ชั่วโมงจากเริ่มเจ็บหน้าอก จะเป็น “Window period” สำหรับการทำการ Primary PCI หรือ Thrombolysis
- หากเกิน 12 ชั่วโมง แต่ยังมีอาการ ongoing pain หรือภาวะ hemodynamic instability ยังพิจารณารักษาเหมือน STEMI

การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) พบการยกของ ST-segment (ST Elevation) โดยมีลักษณะ:

- ≥ 1 mm ใน 2 สิตต่อเนื่องใน leads ที่อยู่ใน limb leads (เช่น I, II, III, aVL, aVF)
- ≥ 2 mm ใน 2 สิตต่อเนื่องใน precordial leads (V1-V6)
- New LBBB (Left Bundle Branch Block) พร้อมอาการเจ็บหน้าอก (ถือเป็น STEMI equivalent)

 โรงพยาบาลอุดรธานี Udon Thani Hospital	วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Emergency Department Udonthani Hospital Triage)	หน้า 27/30 รหัสเอกสาร : WI-NUR-ER-017 แก้ไขครั้งที่ : วันที่แก้ไข : 06 ส.ย. 2568
--	---	---



รูปที่ 4 Thai ACS Guidelines 2020

 โรงพยาบาลอุดรธานี Udon Thani Hospital	วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Emergency Department Udonthani Hospital Triage)	หน้า 28/30 รหัสเอกสาร : WI-NUR-ER-017 แก้ไขครั้งที่ : วันที่แก้ไข : 06 ส.ค. 2568
--	---	---

เกณฑ์การ Triage Sepsis FAST TRACK

แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะสงสัยติดเชื้อและอาจเข้าสู่ภาวะ Sepsis หรือ Septic shock ในระยะเริ่มต้นอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยและรักษาทันเวลาที่ โดยมีเป้าหมายคือ ลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อน

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis/ Septicemia) คือ ภาวะที่มีแบคทีเรียก่อโรค รุกไล่ในเส้นเลือด ผู้ป่วยที่มีอาการติดเชื้อในกระแสเลือดจะมีความเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตต่ำอย่างรุนแรง ทำให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลว และอาจเป็นอันตรายถึงขั้นเสียชีวิต หากรักษาไม่ทันมีเกณฑ์การประเมินดังนี้

1. สงสัยภาวะติดเชื้อ (Infection suspected)
 - ผู้ป่วยมีประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่น ปอดอักเสบ, ทางเดินปัสสาวะ, แผลติดเชื้อ, intra-abdominal infection ฯลฯ
 - มีอาการไข้ หนาวสั่น เหงื่อออก หรืออุณหภูมิเปลี่ยนแปลง
2. มีภาวะผิดปกติของอวัยวะ (Organ dysfunction) ใช้เกณฑ์ เกณฑ์ qSOFA ≥ 2 ข้อ แสดงว่าเสี่ยง Sepsis สูง หากผู้ป่วยมี ≥ 2 ข้อร่วมกับสงสัยติดเชื้อเข้าข่าย Sepsis

เกณฑ์ SIRS	ค่าผิดปกติ
ความรู้สึกตัว	GCS < 15 , Confusion
อัตราการหายใจ (Respiratory Rate)	≥ 22 ครั้ง/นาที
ความดันโลหิต (SBP)	≤ 100 mmHg

เกณฑ์ qSOFA ≥ 2 ข้อ แสดงว่าเสี่ยง Sepsis สูงพิจารณาเริ่มให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังจากประเมินว่าเป็น Sepsis

SEPSIS STANDING ORDER UDONTHANI HOSPITAL

☐ Septic Shock	Score	3	2	1	0	1	2	3	SOS =
- MAP < 65 and	BT		< 35	35.1-36	36.1-38	38.1-38.4	> 38.4		qSOFA ≥ 2
- Lactate > 2 mmol/L	SBP	≤ 80	81-90	91-100	101-180	181-199	≥ 200		
☐ No Organ Dysfunction	HR	≤ 40		41-50	51-100	100-120	121-139	≥ 140	☐ RR ≥ 22
- Confusion	RR	≤ 8	Vent.		9-20	21-25	26-35	≥ 35	☐ Confusion
- Oliguria(< 0.5 ml/kg/hr.)	Cons cious			สับสน Confuse	ตื่นตัว Alert	ซึม Drowsy	ซึมมาก Stupor	ไม่รู้สึกตัว Coma	☐ SBP ≤ 100 mmHg.
- Capillary refill > 2 Sec	Urine/day		≤ 500	501-999	≥ 1,000				Source.....
- Lactate > 2 or	Urine/8 hr.		≤ 160	161-319	≥ 320				☐ Need Source Control ☐ Palliative care Y / N
Metabolic acidosis	Urine/4 hr.		≤ 80	81-159	≥ 160				
	Urine/1 hr.		≤ 20	21-39	≥ 40				

รูปที่ 5 SEPSIS STANDING ORDER UDONTHANI HOSPITAL

 โรงพยาบาลอุดรธานี Udon Thani Hospital	วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Emergency Department Udonthani Hospital Triage)	หน้า 29/30
		รหัสเอกสาร : WI-NUR-ER-017 แก้ไขครั้งที่ : วันที่แก้ไข : 06 มิ.ย. 2568

เกณฑ์การ Triage High risk pregnancy

ระดับ	ลักษณะอาการ	แนวทางเบื้องต้น
ESI 1: Resuscitation	- ชัก, หมดสติ, หายใจลำบาก - ความดันต่ำ, ภาวะ shock - ภาวะครรภ์เป็นพิษขั้นรุนแรง preeclampsia, eclampsia - ภาวะเลือดออกมาก (Abruptio placentae, uterine rupture) - ทารกไม่ดิ้น > 12 ชม. สงสัย fetal distress	ประเมินทันที, ทีม OB ช่วยเหลือ
ESI 2: Emergent	- เจ็บครรภ์ร่วมกับเลือดออก - น้ำเดินก่อนกำหนด (PROM) - ทารกไม่ดิ้น/เคลื่อนไหวน้อยลง - กลุ่มอาการ HELLP (Hemolysis , Elevated Liver enzymes and Low Platelets) - ตั้งครรภ์แฝด / ทำทารกผิดปกติ	ประเมินภายใน 10 นาที, แจ้งสูติแพทย์
ESI 3: Urgent	- ปวดท้องไม่รุนแรงความดันสูงไม่รุนแรง	ประเมินภายใน 30 นาที ส่ง LR
ESI 4-5: Non-urgent	- มาฝากครรภ์ผิดเวลาไม่มีอาการผิดปกติ	ส่งห้องฝากครรภ์ / นัดหมาย

Udonthani Model Classifying Pregnancy 2018 เกณฑ์ประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ 18 ข้อ

ที่มา : คู่มือการดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ขององค์การอนามัยโลก (WHO)

ประเภท	เสี่ยงต่ำมาก (Very Low Risk)	เสี่ยงต่ำ (Low Risk)	เสี่ยงสูง (High Risk)	เสี่ยงสูงมาก (Very High Risk) ⁽²⁾
สถานที่ ANC	รพ.สต./PCU รพ.	รพ.	รพช./รพช.แม่ข่าย/พบสูติแพทย์ เดือนละ 1 ครั้ง	รพศ.
	-ANCโดย พยาบาล/จนท.รพ.สต. -ระบบนัด 5 ครั้งคุณภาพ	-ANCโดยแพทย์ทั่วไป(GP) -ระบบนัดแบบ risk	-ANCโดยสูติแพทย์ -ระบบนัดแบบ risk	-ANC โดยสูติแพทย์และปรึกษาแพทย์สาขาที่เกี่ยวข้อง -ระบบนัดแบบ risk
ประเภทความเสี่ยง	-ไม่มีเกณฑ์เสี่ยงทุกข้อ ⁽¹⁾ -แพทย์พิจารณาส่งกลับดูแลที่ รพ.สต./PCU -ดูแลฝากครรภ์คุณภาพ 5 ครั้ง	-อายุ ≥15 - 19 ปี (อายุนับถึง EDC) -กลุ่มเสี่ยงต่อ GDM มารดาสูง <145 ซม. -เลือดออกในไตรมาส 1 -Pregnancy with iron deficiency anemia (Hct 28-32%), thalassemia trait -Pregnancy with HIV (ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน) -Pregnancy with VDRL, STD -BMI ก่อนตั้งครรภ์ 27-30	-อายุ ≤15 ปี, ≥35 ปี (อายุนับถึง EDC) -มีประวัติเสียชีวิตทางสูติกรรม เช่น ได้รับยาป้องกันการคลอด, คลอดก่อนกำหนด, ตกเลือด, คลอดติดไหล่, ทารกเสียชีวิตในครรภ์, น้ำหนักทารก <2,500 กรัม ฯลฯ -เคยคลอดทารกน้ำหนัก ≥4,000 กรัม -Pregnancy with condyloma -Pregnancy with Med เช่น GDM Thyroid HT ฯลฯ -Placenta previa totalis -Pregnancy with HT, PIH without severe feature -Twin pregnancy -Pregnancy with myoma, ovarian tumor -Pregnancy with heart disease, functional class I, II -Pregnancy with thalassemia disease -เลือดออกในไตรมาส 2, 3 -GA> 36 สัปดาห์ ที่ส่วนหน้าไม่ไหวทำหัตถการ -Pregnancy with HIV (ที่มีภาวะแทรกซ้อน TB, PCP) -ติดเชื้อสืตติ เหน็บขบ -Oligohydramnios AFI < 5 cm และ Polyhydramnios AFI > 20 cm -ผ่านการคลอด 4 ครั้งขึ้นไป (Multipara) -ก่อนตั้งครรภ์ BMI ≥ 30 และ BMI < 18 -ไม่มีคู่มือการที่มีผลต่อการคลอด การปลงคลอด เช่น มีปัญหาเกี่ยวกับกระดูก	-Pregnancy with Rh negative -Pregnancy with severe /uncontrol medical disease -PIH with severe feature -Pregnancy with heart disease, functional class III, IV -Triplet pregnancy -IUGR -Pregnancy with fetal anomaly -โรคทางจิตเวช -Pregnancy with SLE, Hyperthyroid และ Hypothyroid -Pregnancy with Epilepsy ที่มีประวัติชัก -Pregnancy with Med ที่ควบคุมไม่ได้และมีภาวะแทรกซ้อน

	วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Emergency Department Udonthani Hospital Triage)	หน้า 30/30
		รหัสเอกสาร : WI-NUR-ER-017 แก้ไขครั้งที่ : วันที่แก้ไข : ๐ 6 ส.ย. 2568

เกณฑ์ Triage ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ควร Activate Trauma Team

มีอาการทางสัญญาณชีพ หรือการประเมินเบื้องต้น

- Oxygen Saturation (SpO₂) < 90%
- Systolic BP < 90 mmHg
- Respiratory rate < 9 หรือ > 29 ครั้ง/นาที
- GCS < 14

บาดแผลทะลุทะลวงในตำแหน่งสำคัญ

- ศีรษะ (Head)
- ลำคอ (Neck)
- ทรวงอก (Chest)
- ช่องท้อง (Abdomen)
- เชิงกราน (Pelvis)
- บาดแผลจากกระสุนทุกตำแหน่ง

กระดูกหักในตำแหน่งรุนแรง

- กระโหลกเปิดหรือยุบ (Skull fracture)
- กระดูกเชิงกรานหัก (Pelvic fracture)
- กระดูกยาวหักตั้งแต่ 2 ตำแหน่งขึ้นไป (Bone fx)
- Flail chest

แผลไฟไหม้/น้ำร้อนลวก

- พื้นที่ > 15% TBSA
- ในเด็กหรือผู้สูงอายุ > 10% TBSA
- แผลไหม้ร่วมกับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุอื่น

กลุ่มอาการบาดเจ็บเฉพาะทาง

- แขน/ขาถูกตัด (Traumatic amputation)
- บาดเจ็บจากแรงระเบิด หรืออุบัติเหตุรุนแรง (Blast injury)

 โรงพยาบาลอุดรธานี Udon Thani Hospital	วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Emergency Department Udonthani Hospital Triage)	หน้า 31/30
		รหัสเอกสาร : WI-NUR-ER-017 แก้ไขครั้งที่ : วันที่แก้ไข : 06 ส.ย. 2568

อุบัติเหตุทางจราจร

- กระจกหน้ารถมีรอยกระแทกรุนแรง (Bull's-eyed windscreen)
- กระเด็นออกจากรถ
- รถชนความเร็วสูง
- คนเดินถูกรถชน ≥ 30 km/h
- รถชนเข้ามาถึงห้องโดยสาร
- ผู้เสียชีวิตในรถคันเดียวกัน
- ต้องใช้เวลาตัดตัวออกจากรถ > 20 นาที
- รถแยกระหว่างกับคนขี่จักรยานยนต์

Example situations for trauma team activation



Traumatic event
with any of:

Oxygen saturation $< 90\%$

Systolic arterial pressure < 90 mm Hg

Respiratory rate < 9 or > 29 bpm

GCS < 14



Penetrating
injury to:

Head

Neck

Chest

Abdomen

Pelvis

All gunshot wounds



Fractures:

Skull (open or depressed)

Pelvic

Bone (2+ proximal fractures)

Flail chest



Major
burns

$> 15\%$ total body surface area

Lower threshold in child or elderly
($> 10\%$ total body surface area)

Combination of
burns and trauma



Traumatic
amputation



Blast or
crash injury



Road traffic
crash:

Bull's eyed windscreen

Ejection from vehicle

High speed crash

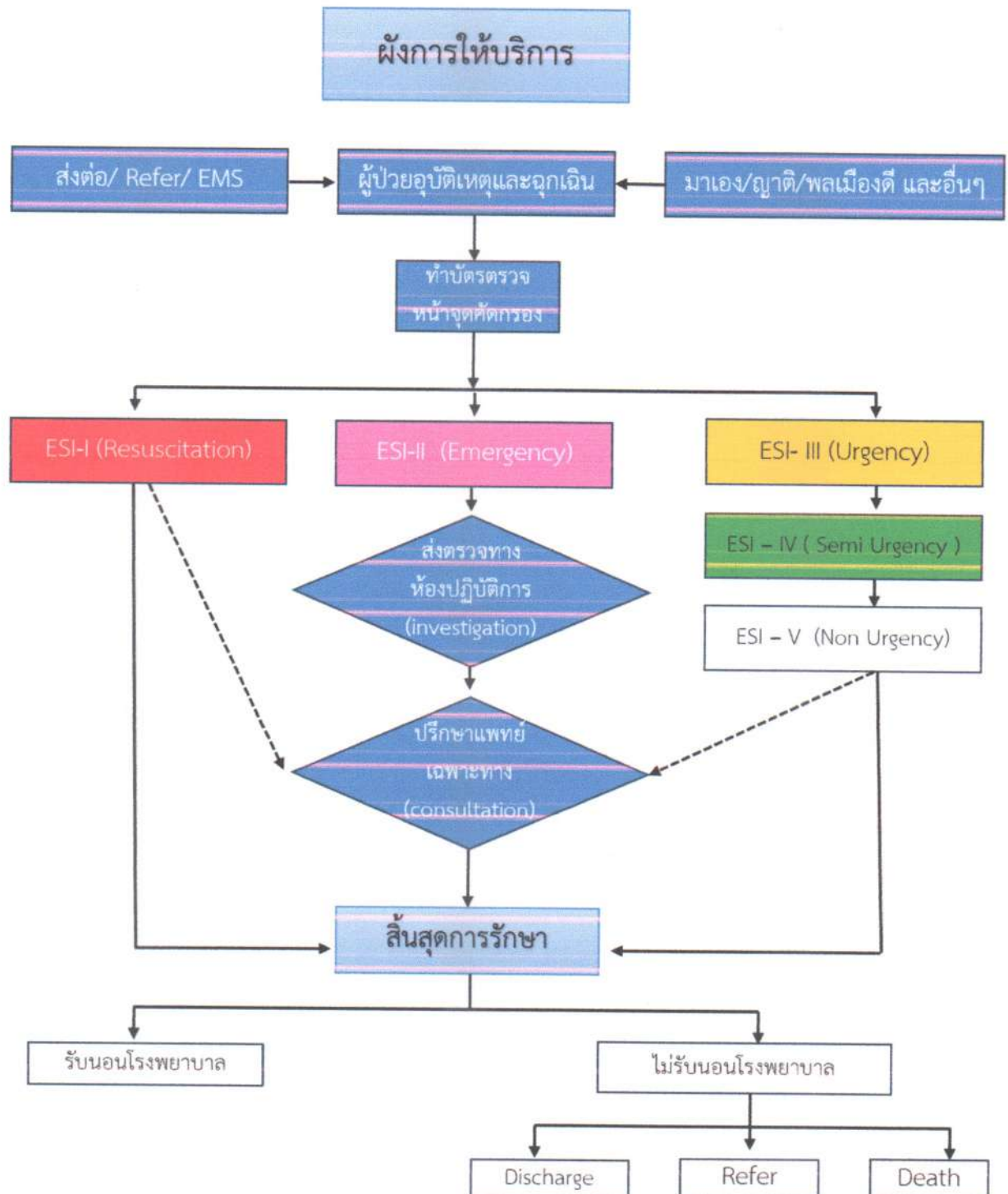
30+ mph or pedestrian v vehicle at 20 mph

Intrusion into passenger compartment

Separation of rider and bike

Death in the same passenger compartment

20 min+ extrication time



	วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Emergency Department Udonthani Hospital Triage)	หน้า 33/30
		รหัสเอกสาร : WI-NUR-ER-017 แก้ไขครั้งที่ : วันที่แก้ไข : 06 ส.ย. 2568

7. เอกสารอ้างอิง :

1. กงทอง ไพศาล. (2553). การพัฒนาเครื่องมือจำแนกประเภทผู้ป่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น. (รายงานการศึกษาอิสระปริณญามหาบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
2. กาญจนา ตั้งนรราชกิจ, เปรมฤดี ภูมิถาวร, อัญชลี ลิ้มรังสิกุล, ณัฐชัย อนันตสิทธิ์ , และ สุรางค์เจียมจรรยา.(บ.ก.). (2554). คู่มือกุมารเวชศาสตร์ ฉุกเฉิน. (ฉบับเรียบเรียงครั้งที่5).กรุงเทพฯ: ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล.
3. ชูลีกร ด้านยุทธศิลป์ . (2552). หลักการประเมินสุขภาพ. พิษณุโลก:โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. “ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง หลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินและมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน พ.ศ. 2554” (2554, 4 พฤศจิกายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 128 ตอนพิเศษ1 หน้า 32.
4. แนวทางการดูแลรักษาภาวะSepsisและSeptic shock โรงพยาบาลศรีสังวาลย์.(2537)เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ โครงการพัฒนาระบบคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยSepsis:
5. ศูนย์อนามัยที่ 8 (2565). แนวทางปฏิบัติการดูแลหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดอุดรธานี.
<https://hpc8.anamai.moph.go.th/th/maternal-and-child-health-work/download/?did=214892&id=94380&reload=>
6. สรวดี ยอดบุตร (2562) คู่มือคัดกรองผู้ป่วยเด็ก สำหรับพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามธิบดีจักรีนฤเบศร (รายงานการศึกษาอิสระปริณญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์) มหาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช,นนทบุรี.
7. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย Heart Association of Thailand. (2563). แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย. สมุทรปราการ: เนคสเทป ดีไซน์. <http://www.thaiheart.org/>
8. สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2551). มาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล (ปรับปรุงครั้งที่ 2). นนทบุรี: สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์.
9. สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). MOPH ED TRIAGE (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
10. สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). Guideline for ER Service Delivery คู่มือแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉิน. กรุงเทพฯ: สามชัย.
11. เอกธรรมรักษ์ จ. (2024). การพัฒนาระบบช่องทางด่วน BEFAST ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพปทุมภูมิและสาธารณสุข, 2(1), 61–78. สืบค้น จาก

	วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Emergency Department Udonthani Hospital Triage)	หน้า 34/30
		รหัสเอกสาร : WI-NUR-ER-017 แก้ไขครั้งที่ : วันที่แก้ไข : 06 มิ.ย. 2568

<https://he03.tci-thaijo.org/index.php/AJHSD/article/view/2537>

12. Aeimchanbanjong, K., & Pandee, U. (2017). Validation of different pediatric triage systems in the emergency department. World Journal of Emergency Medicine, 8(3), 223–227. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5496831/>
13. Dieckmann RA, Brownstein D, Gausche-Hill M. The Pediatric Assessment Triangle. Pediatr Emerg Care. 2010;26(4):312-315. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4318552/>
14. Emergency Nurses Association (2023). Emergency Severity Index Handbook 5th Edition. <https://search.app/1EWLi5tt2OyOUSsu7>
15. Singer M et al. (2016). The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. DOI: 10.1001/jama.2016.0287

 โรงพยาบาลอุดรธานี Udon Thani Hospital	วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Emergency Department Udonthani Hospital Triage)	หน้า 35/30
		รหัสเอกสาร : WI-NUR-ER-017 แก้ไขครั้งที่ : วันที่แก้ไข : 06 มิ.ย. 2568

8. ตัวชี้วัด :

1. อุบัติการณ์การเกิดอาการเลวลงระหว่างรอตรวจในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการจำแนกประเภทต่ำกว่าเกณฑ์ (under triage)
2. ร้อยละความสอดคล้องของการจำแนกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยระหว่างพยาบาลและผู้ตรวจสอบมากกว่าร้อยละ 80

9. ภาคผนวก :

1. รูปชาร์ทสำหรับใส่ประวัติผู้ป่วยจำแนกสีตามประเภทผู้ป่วย



2. ป้ายแขวน เขียนชื่อผู้ป่วยตามการจำแนกประเภทผู้ป่วย

ชื่อ-สกุล : HN : อายุ ปี หมายเหตุ :	ชื่อ-สกุล : HN : อายุ ปี หมายเหตุ :
ชื่อ-สกุล : HN : อายุ ปี หมายเหตุ :	ชื่อ-สกุล : HN : อายุ ปี หมายเหตุ :