CLINICA PRACTICE GUIDELINES (CPG)

แนวทางปฏิบัติทางคลินิก

จัดทำโดย

ศูนย์พัฒนาคุณภาพ และคณะกรรมการทีมนำทางคลินิก

โรงพยาบาลห้วยทับทัน อ. ห้วยทับทัน จ. ศรีสะเกษ

มกราคม 2569

www.https://huaihosp.go.th

045-699045

คำนำ

แนวทางปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guidelines : CPG) กลุ่มโรคเป้าหมายที่สำคัญ 5 กลุ่มโรคหลัก มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย หลักเกณฑ์การรายงานแพทย์และหลักเกณฑ์การส่งต่อ จำนวน 64 เรื่อง ฉบับนี้จัดทำขึ้นโดยคณะกรรมการทีมนำด้านดูแลผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลห้วยทับทัน เพื่อการพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มโรคให้ได้ตามมาตรฐานเป็นเป้าหมายสำคัญในเรื่องการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล ซึ่งจุดประสงค์ในการพัฒนาการดูแลรักษาจะมุ่งเน้นในเรื่องกำหนดเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม ทบทวนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนั้น และ สรุปผลการทบทวน โดยเฉพาะสิ่งที่ทำได้ดี มีการวัดผล มีโอกาสพัฒนา กำหนดแผนพัฒนาที่ได้จากการทบทวน เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ดีขึ้น จึงได้รวบรวมองค์ความรู้จากหลักฐานทางวิชาการที่เป็นสากล ผสานกับบริบทและทรัพยากรของโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีคุณภาพ การวินิจฉัยรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว และลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทีมนำทางคลินิก รพ.ห้วยทับทัน ได้มีการจัดทำขึ้นเมื่อปี 2560 และมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องมาจนถึงปี 2569 เมื่อสถานการณ์เปลี่ยนไป ทีมนำทางคลินิกจึงได้แนวทางปฏิบัติทุกกลุ่มโรคนำมาทบทวนและปรับปรุงเพื่อให้สอดคล้องกับบริบท และหลักวิชาการ รวมทั้งมาตรฐานการดูแลเฉพาะโรค และได้รวบรวมความรู้จากตำราวิชาการที่เป็นเอกสารเพื่อให้มีความถูกต้องทันสมัย และจากประสบการณ์ในการทบทวนตามกระบวนการดูแลดูแลผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้บริการที่โรงพยาบาลห้วยทับทันต่อไป

คณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า แนวทางปฏิบัติฉบับนี้จะเป็นเครื่องมือสำคัญในการสนับสนุนการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อมุ่งไปสู่เป้าหมายสูงสุดคือความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) และประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาลส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย

คณะผู้จัดทำ
มกราคม 2569

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
1. กลุ่มโรคฉุกเฉิน	1
CPG : Acute Myocardial Infarction	2
- แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome)	3
CPG : Head Injury	12
- แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการบาดเจ็บที่ศีรษะ (Head Injury)	13
CPG : Acute Appendicitis	19
- แนวทางการดูแลผู้ป่วยไส้ติ่งอับเสบ (Acute Appendicitis)	20
CPG : Febrile Convulsion	23
- แนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการชักจากไข้สูง (Febrile Convulsion)	24
CPG : Hypertension crisis	27
- แนวทางการดูแลผู้ป่วย Hypertensive crisis	28
CPG : Stroke	30
- แนวทางการดูแลผู้ป่วย Stroke	31
CPG : Anaphylaxis	41
- แนวทางการดูแลผู้ป่วย Anaphylaxis	42
CPG : Croup	44
- แนวทางการดูแลผู้ป่วย Croup	45
2. กลุ่มโรคเรื้อรัง	50
CPG : Asthma	51
- แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหืดที่มีอาการกำเริบ (Acute Asthma Attack)	52
CPG : COPD	58
- แนวทางการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) คลินิกโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง	59
CPG : Diabetes Mellitus	62
- แนวทางดูแลภาวะหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	63
- แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ Hyperglycemia	68
- แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ Hypoglycemia	70
- แนวทางดูแลภาวะแทรกซ้อน Stroke จากผู้ป่วยโรคเบาหวาน	72
- แนวทางระบบบริการการดูแลผู้ป่วยในคลินิก DM	80
- แนวทางการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยเบาหวานเพื่อการรักษา	86
- แนวทางการคัดกรองและการดูแลภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน	89
- แนวทางการตรวจค้นและดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานที่ตา	91
- แนวทางการดูแลภาวะแทรกซ้อนจาก Diabetic nephropathy	93

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
- แนวทางการปฏิบัติโรคแทรกซ้อนทางระบบประสาทส่วนปลาย	95
- แนวทางการตรวจคัดกรองและดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า	98
- แนวทางการดูแลรักษาแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน	100
- แนวทางการส่งต่อ – ส่งกลับผู้ป่วยระหว่างรพ.สต.กับโรงพยาบาล	103
CPG : Diabetes Mellitus Hypoglycemia	106
- แนวทางการเฝ้าระวังภาวะ Hypoglycemia ในผู้ป่วย DM	107
CPG : Hypertension	109
- แนวทางการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อการรักษา	110
CPG : Hypertension crisis	115
- แนวทางการดูแลผู้ป่วย Hypertensive crisis	116
3. กลุ่มโรคติดเชื้อ	118
CPG : Sepsis	119
- แนวทางการดูแลผู้ป่วย Sepsis	120
CPG : Dengue Hemorhagic fever	126
- แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก	127
- แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่ OPD	130
- แนวทางขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยไข้เลือดออกวิกฤตของศูนย์ Hot line DHF	132
- แนวทางอัตราการให้ IV fluid ในเด็กเปรียบเทียบกับผู้ใหญ่	138
- แนวทางการดูแลผู้ป่วย DHF เอกสารหมายเลข 1	140
- แนวทางการดูแลผู้ป่วย DSS เอกสารหมายเลข 2	142
CPG : Leptospirosis	144
- แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคฉี่หนู (Leptospirosis)	145
CPG : Human Immunodeficiency Virus	152
- แนวทางการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี	153
- แนวทางการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กอายุต่ำกว่า 24 เดือน	155
- แนวทางการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี	157
- แนวทางการตรวจ Cryptococcal Antigen	159
- แนวทางการประเมินและดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มี Virological Failure	161
- แนวทางการให้คำปรึกษาการตรวจเลือดในหญิงตั้งครรภ์	163
- แนวทางการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก	165
- แนวทางการจัดบริการ PrEP	167
- แนวทางการจัดบริการ oPEP และ nPEP	169
- แนวทางการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคแฝงในผู้ป่วยเอไอวี	171
CPG : Tuberculosis	173
- แนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรค (Tuberculosis)	174
- แนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคกรณีหลังหยุดยาหรือขาดยา	175

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
- แนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคแผนกผู้ป่วยใน	178
- แนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน	180
- แนวทางการดูแลผสมผสานวัณโรคและโรคเอดส์	182
CPG : Pneumonia	184
- แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดติดเชื้อ (Pneumonia)	185
4. กลุ่มโรคเฉพาะ	190
CPG : Postpartum Hemorrhage	191
- มาตรฐานการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage)	192
CPG : Birth Asphyxia	198
- แนวทางการป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (Birth Asphyxia)	199
CPG : Low Birth Weight	201
- แนวทางการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดและทารกน้ำหนัก < 2,500 กรัม (Low birth weight)	202
CPG : Palliative Care	204
- แนวทางการดูแลประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative Care)	205
CPG : Alcohol Withdrawal	224
- แนวทางการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal)	225
5. กลุ่มแพทย์แผนไทย	248
CPG : ปวดท้อง / ท้องอืด	249
- แนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดท้อง/ท้องอืด	250
CPG : มารดาหลังคลอด	254
- แนวทางการดูแลมารดาหลังคลอด	255
CPG : โรคริดสีดวงทวาร	265
- แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวาร	266
CPG : โรคทางเดินหายใจส่วนต้น	270
- แนวทางการดูแลผู้ป่วยทางเดินหายใจส่วนต้น	271
CPG : ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	276
- แนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	277
มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย	282
- การป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง / ผิดหัตถการ	283
- การระบุตัวผู้ป่วย	289
เกณฑ์การรายงานแพทย์	300
เกณฑ์การส่งต่อ	304
ภาคผนวก	311

1. กลุ่มโรคอุกเฉิน

กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

(Acute Myocardial Infarction)

ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 1-SP-PCT-2569
เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome)		
ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)		ฉบับแรก (จำนวน 5 หน้า) วันที่อนุมัติใช้ 5 มกราคม 2569
ผู้จัดทำ นางกันยารัตน์ คำแก้ว	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	ลายมือชื่อ
ผู้ทบทวน แพทย์หญิงพราวรุ้ง จงวัฒนากุล	ตำแหน่ง นายแพทย์ปฏิบัติการ	ลายมือชื่อ
ผู้ตรวจสอบ..... (นางสาวสุพรรณี วงคำจันทร์) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล		
ผู้อนุมัติ..... (นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร) นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน		
หน่วยงานที่นำไปใช้ : ER , OPD , IPD , องค์กรแพทย์		

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 4	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/5
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 1-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 4
	เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome)	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางกันยารัตน์ ดำแก้ว หน่วยงาน : งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ER , OPD , IPD , องค์กรแพทย์

ผู้ป่วยสงสัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction ; AMI)

- อาการเจ็บแน่นบริเวณกลางหน้าอกรุนแรง ลักษณะคล้ายมีของหนักมาทับ หรือโดนบีบรัดที่บริเวณหน้าอก
- อาการเจ็บแน่นบริเวณกลางหน้าอกรุนแรงมากขึ้นกว่าที่เคยเป็นมาก่อน ในผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
- อาการเจ็บหน้าอก ร่วมกับปวดร้าวไปที่แขน ไหล่ หรือกราม
- อาการเจ็บหน้าอก ร่วมกับมีอาการใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น คลื่นไส้ อาเจียน
- อาการหน้ามืดคล้ายจะเป็นลม หรือหมดสติ
- อาการหอบเหนื่อยขณะพักหรือออกแรง นอนราบไม่ได้ ลุกขึ้นมาหอบหลังจากนอนรายไป 2-3 ชั่วโมง
- อาการจุกแน่นท้องบริเวณใต้ลิ้นปี่รุนแรง (pain score 7-10)

↓

ห้องฉุกเฉิน

- ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG) (ภายใน 5 นาที)
- แจ้งแพทย์เวรทันที (ภายใน 10 นาที)
- motitor EKG , ตรวจวัดสัญญาณชีพ และ spo2
- เปิดเส้นเลือดดำเพื่อเตรียมให้ยา
- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ : Troponin I at 0 , 1 hours (หากจำเป็น)

↓

แพทย์

- ซักประวัติและตรวจร่างกายที่สำคัญ
- ประเมิน ECG หรือให้ตรวจซ้ำ
- อาการเจ็บหน้าอกไม่ทุเลา
- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ : Troponin I at 0 , 1 hr (STEMI) , Troponin I at 0 , 3 hr (NSTEMI) , และอื่นๆที่จำเป็น
- เปิดIV , HL แขนซ้ายเท่านั้น
- พิจารณาส่งถ่ายภาพรังสีทรวงอก

↓

สงสัยโรค AMI

↓

Activate STEMI fast track

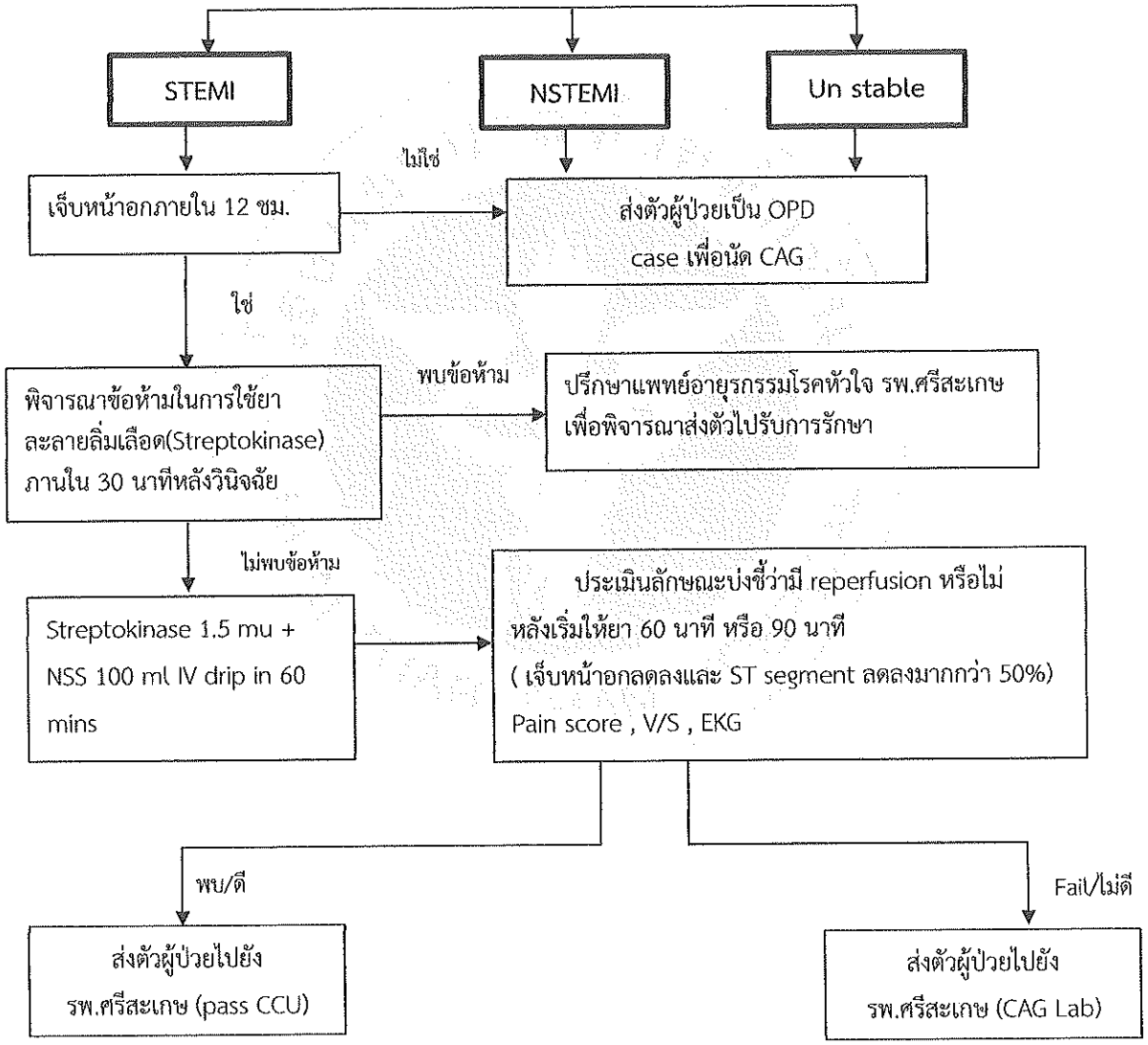
ปรึกษาแพทย์อายุรกรรมโรคหัวใจ รพ.ศรีสะเกษ เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและให้การรักษา

ไม่สงสัย AMI

↓

ประเมินผู้ป่วยซ้ำตามความเหมาะสม

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 2/5
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 1-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 4
	เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome)	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางกันยารัตน์ คำแก้ว หน่วยงาน : งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ER , OPD , IPD , องค์กรแพทย์



	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 3/5
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 1-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 4
	เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome)	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางกันยารัตน์ ดำแก้ว หน่วยงาน : งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ER , OPD , IPD , องค์กรแพทย์

แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี่ (Care map for STEMI)
โรงพยาบาลห้วยทับทัน อ. ห้วยทับทัน จ. ศรีสะเกษ

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี.....HN.....Diagnosis.....
น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....cms เส้นรอบเอว.....นิ้ว
สถานะ ☐ Refer รพ. ..... ☐ Admitted ☐ ถึงแก่กรรม
History (CAD Risk)
☐ DM ☐ HT ☐ Family History ☐ Smoking
☐ Dyslipidemia ☐ Obesity ☐ Lack of Exercise ☐ Other

<u>การวินิจฉัย</u>

1.อาการเจ็บหน้าอก.....
2.ระยะเวลาการเจ็บหน้าอกก่อนมาถึงโรงพยาบาลเริ่มเจ็บเวลา..... น รวม.....ชั่วโมง.....นาที at ER เวลา..... น.
3.ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ:☐ ST-elevation ☐ ST-depression ☐ T-wave inversion ☐ Q-wave ☐ อื่นๆเวลา.....น
4.ผล Troponin T =.....

<u>ข้อบ่งชี้ในการใช้ยาละลายลิ่มเลือด</u>

- ST-elevate >2 min in limb lead. >1 min in chest lead in at least 2 contiguous or new presumably new LBBB.
- Duration of chest paln>20 min, อาจมีอาการร่วมคือ คลื่นไส้ เหงื่อออก ไม่มีแรง หายใจไม่อิ่ม เหนื่อย
- Cardiac marker positive : Elevated >>>Trop T
- ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนได้ยาละลายลิ่มเลือดต้อง< 12 hrs
- อายุ < 65 ปี

<u>การประเมินก่อนได้ยา Streptokinase (SK)</u>

ข้อห้ามเด็ดขาดในการให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase (SK)	มี	ไม่มี
1. Previous hemorrhagic stroke		
2. Stroke ทุกชนิดที่เคยเป็นมาภายใน 1 ปี		
3. Active internal bleedingเช่นเลือดออกทางเดินอาหาร เลือดออกภายในช่องท้อง(ยกเว้นประจำเดือน)		
4. สงสัยเป็น Aortic dissection		
ข้อควรระวังในการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase (SK)	**มี**	**ไม่มี**
1. Severe uncontrolled HT (ก่อนให้ยาโดย Bp>180/110mmHg)or History of severe chronic HT		
2. Pt ได้ยา anticoagulantเช่น warfarin (INR>2) +มีประวัติเลือดออกง่ายผิดปกติ		
3. หลังผ่าตัดและอุบัติเหตุบาดเจ็บ ภายในระยะเวลา 2-4 สัปดาห์		
4. Head trauma and CPR or major surgery < 3 weeks		
5. Pregnancy		
6. เคยได้รับยา SK ภายใน 5 วัน - 2 ปี หรือมีประวัติแพ้ยานี้		
7. ประวัติ internal bleeding or active peptic ulcer ภายในระยะเวลา 2-4 week		

แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี่ (Care map for STEMI)
โรงพยาบาลห้วยทับทัน อ. ห้วยทับทัน จ. ศรีสะเกษ

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี...HN.....Diagnosis.....

น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....cms เส้นรอบเอว.....นิ้ว

สถานะ ☐ Refer รพ. ..... ☐ Admitted ☐ ถึงแก่กรรม

History (CAD Risk)

☐ DM	☐ HT	☐ Family History	☐ Smoking
☐ Dyslipidemia	☐ Obesity	☐ Lack of Exercise	☐ Other

<u>การวินิจฉัย</u>

1.อาการเจ็บหน้าอก.....
2.ระยะเวลาการเจ็บหน้าอกก่อนมาถึงโรงพยาบาลเริ่มเจ็บเวลา..... น รวม.....ชั่วโมง.....นาที at ER เวลา..... น.
3.ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ:☐ ST-elevation ☐ ST-depression ☐ T-wave inversion ☐ Q-wave ☐ อื่นๆเวลา.....น
4.ผล Troponin T =.....

<u>ข้อบ่งชี้ในการใช้ยาละลายลิ่มเลือด</u>

- ST-elevate >2 min in limb lead. >1 min in chest lead in at least 2 contiguous or new presumably new LBBB.
- Duration of chest pain>20 min, อาจมีอาการร่วมคือ คลื่นไส้ เหงื่อออก ไม่มีแรง หายใจไม่อิ่ม เหนื่อย
- Cardiac marker positive : Elevated >>>Trop T
- ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนได้ยาละลายลิ่มเลือดต้อง< 12 hrs
- อายุ < 65 ปี

<u>การประเมินก่อนได้ยา Streptokinase (SK)</u>

ข้อห้ามเด็ดขาดในการให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase (SK)	มี	ไม่มี
1. Previous hemorrhagic stroke		
2. Stroke ทุกชนิดที่เคยเป็นมาภายใน 1 ปี		
3. Active internal bleedingเช่นเลือดออกทางเดินอาหาร เลือดออกภายในช่องท้อง(ยกเว้นประจำเดือน)		
4. สงสัยเป็น Aortic dissection		
ข้อควรระวังในการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase (SK)	**มี**	**ไม่มี**
1. Severe uncontrolled HT (ก่อนให้ยาโดย Bp>180/110mmHg)or History of severe chronic HT		
2. Pt ได้ยา anticoagulantเช่น warfarin (INR>2) +มีประวัติเลือดออกง่ายผิดปกติ		
3. หลังผ่าตัดและอุบัติเหตุบาดเจ็บ ภายในระยะเวลา 2-4 สัปดาห์		
4. Head trauma and CPR or major surgery < 3 weeks		
5. Pregnancy		
6. เคยได้รับยา SK ภายใน 5 วัน - 2 ปี หรือมีประวัติแพ้ยานี้		
7. ประวัติ internal bleeding or active peptic ulcer ภายในระยะเวลา 2-4 week		

หนังสือแสดงความยินยอมเพื่อรับการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงหัวใจ
โรงพยาบาลห้วยทับทัน อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ

ให้ผู้ป่วยหรือผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วยเป็นผู้กรอกข้อความและกาเครื่องหมาย ✔ ในช่อง ☐
โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว..... อายุ.....ปี
☐ บัตรประชาชน ☐ บัตรข้าราชการ ☐ บัตรประกันสังคม ☐ บัตรทอง เลขที่.....
สังกัด.....ในฐานะเป็น ☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้มีอำนาจกระทำการแทน
ในฐานะ.....ของผู้ป่วย ชื่อ.....
HN. ..... AN. .....

ข้าพเจ้าได้รับทราบถึงการรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยการให้ยาเสตร็ปโตคัยเนส(streptokinase) ซึ่งเป็นยาที่ช่วยละลายลิ่มเลือดที่อุดตันใน หลอดเลือดแดงหัวใจ ทำให้ลดขอบเขตการตายของกล้ามเนื้อหัวใจและเพื่อให้กล้ามเนื้อหัวใจที่ตายไม่ลุกลามมากขึ้นมิใช่การรักษาให้กล้ามเนื้อหัวใจกลับฟื้นเป็นปกติดังเดิม

การได้ยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) ซึ่งเป็นยาที่จำเป็นในการรักษาโรคเส้นเลือดหัวใจตีบตัน แต่มีโอกาสเกิดผลข้างเคียงของยาได้คือ ความดันโลหิตต่ำลง , เลือดออกในสมอง , เลือดออกตามไรฟัน หรือจ้ำเลือดตามผิวหนัง

ข้าพเจ้าได้รับทราบการอธิบายจากแพทย์ผู้ให้การรักษาถึงขั้นตอนและความจำเป็นในการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด โดยการให้ยาทางหลอดเลือดดำ โดยตระหนักดีว่าอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการให้ยาละลายลิ่มเลือดได้

ข้าพเจ้า ☐ มี ความประสงค์ที่จะรับการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดเสตร็ปโตคัยเนส (streptokinase)
☐ ไม่มี ความประสงค์ที่จะรับการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดเสตร็ปโตคัยเนส (streptokinase)

ลงนาม..... ลงนาม.....
(.....) (.....)
☐ ผู้ป่วย / ☐ ผู้มีอำนาจกระทำแทนผู้ป่วย พยาน ☐ ญาติ / ☐ ผู้มีอำนาจกระทำแทนญาติ

ผู้ให้ข้อมูล ลงนาม..... แพทย์ ลงนาม.....พยาน/พยาบาล
( ) ( )

วันที่.....เดือน .....พ.ศ. .....

หนังสือแสดงความยินยอมเพื่อรับการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงหัวใจ
โรงพยาบาลห้วยทับทัน อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ

ให้ผู้ป่วยหรือผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วยเป็นผู้กรอกข้อความและกาเครื่องหมาย ✔ ในช่อง ☐
โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว..... อายุ.....ปี
☐ บัตรประชาชน ☐ บัตรข้าราชการ ☐ บัตรประกันสังคม ☐ บัตรทอง เลขที่.....
สังกัด.....ในฐานะเป็น ☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้มีอำนาจกระทำการแทน
ในฐานะ.....ของผู้ป่วย ชื่อ.....
HN. ..... AN. .....

ข้าพเจ้าได้รับทราบถึงการรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยการให้ยาเสตร็ปโตคัยเนส (streptokinase) ซึ่งเป็นยาที่ช่วยละลายลิ่มเลือดที่อุดตันใน หลอดเลือดแดงหัวใจ ทำให้ลดขอบเขตการตายของกล้ามเนื้อหัวใจและเพื่อให้กล้ามเนื้อหัวใจที่ตายไม่ลุกลามมากขึ้นมิใช่การรักษาให้กล้ามเนื้อหัวใจกลับฟื้นเป็นปกติดังเดิม

การได้ยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) ซึ่งเป็นยาที่จำเป็นในการรักษาโรคเส้นเลือดหัวใจตีบตัน แต่มีโอกาสเกิดผลข้างเคียงของยาได้คือ ความดันโลหิตต่ำลง , เลือดออกในสมอง , เลือดออกตามไรฟัน หรือจ้ำเลือดตามผิวหนัง

ข้าพเจ้าได้รับทราบการอธิบายจากแพทย์ผู้ให้การรักษาถึงขั้นตอนและความจำเป็นในการรักษาด้วยยาละลายลิ้มเลือด โดยการให้ยาทางหลอดเลือดดำ โดยตระหนักดีว่าอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการให้ยาละลายลิ้มเลือดได้

ข้าพเจ้า ☐ มี ความประสงค์ที่จะรับการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ้มเลือดเสตร็ปโตคัยเนส (streptokinase)

☐ ไม่มี ความประสงค์ที่จะรับการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ้มเลือดเสตร็ปโตคัยเนส (streptokinase)

ลงนาม..... ลงนาม.....
(.....) (.....)
☐ ผู้ป่วย / ☐ ผู้มีอำนาจกระทำแทนผู้ป่วย พยาน ☐ ญาติ / ☐ ผู้มีอำนาจกระทำแทนญาติ

ผู้ให้ข้อมูล ลงนาม.....แพทย์ ลงนาม.....พยาน/พยาบาล
( ) ( )

วันที่.....เดือน .....พ.ศ. .....

แบบประเมินผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

Patient

ชื่อ _____ อายุ _____ เพศ ชาย หญิง HN _____

เริ่มมีอาการ วันที่ _____ เวลา _____ First medical contact walk in EMS วันที่ _____ เวลา _____

ER วันที่ _____ เวลา _____ Onset to door time _____

Presentation

Vital sign: BT _____ PR _____ RR _____ BP _____ GCS _____ SpO2 _____ DTX_____

Angina มี ไม่มี Typical Atypical Pain score _____

Dyspnea มี ไม่มี On exertion Orthopnea PND

Syncope มี ไม่มี

Shock มี ไม่มี

Cardiac arrest มี ไม่มี

Investigation

First EKG วันที่ _____ เวลา _____ Door to EKG time _____

EKG ที่วินิจฉัย วันที่ _____ เวลา _____ Normal LBBB STE STD lead _____

Anterior wall Inferior wall Lateral wall Posterior wall RV infarction

Lab: Trop T _____ (next 3hr _____) Cr _____ Na _____ K _____ Cl _____ HCO3 _____ INR _____

Medication

ASA (300) 1 tab po เคี้ยว เวลา _____

Clopidogrel (75) 1 tab 4 tabs po เวลา _____

ISDL (5) 1 tab SL เวลา _____

Morphine _____ mg IV เวลา _____

IV fluid _____ เวลา _____

Streptokinase Door to needle time _____

เวลาเริ่ม _____ Vital sign: BT _____ PR _____ RR _____ BP _____ GCS _____ เวลาครบ _____

Vital sign: BT _____ PR _____ RR _____ BP _____ GCS _____

Complication

Heart failure มี ไม่มี Killips I II III IV การรักษา _____

Arrhythmia มี ไม่มี Type CHB VT/VF Others _____ การรักษา _____

CPR มี ไม่มี ระยะเวลา _____

Death มี ไม่มี

Others มี ไม่มี _____ การรักษา _____

Summary

Final diagnosis: STEMI NSTEMI/UA

<u>ประเภทการจำหน่ายจากห้องฉุกเฉิน</u>

Admit รพ.ห้วยทับทัน

Dead สาเหตุ _____

Refer รพ. ศรีสะเกษ รพ. สปส เนื่องจาก Reperfusion No reperfusion Others _____

Referral

V/S ก่อนการส่งต่อ: BT _____ PR _____ RR _____ BP _____ GCS _____ SpO2 _____ PS _____

V/S เมื่อถึงปลายทาง: BT _____ PR _____ RR _____ BP _____ GCS _____ SpO2 _____ PS _____

ชื่อพยาบาลผู้ประสานงาน _____ โทร 045-699317

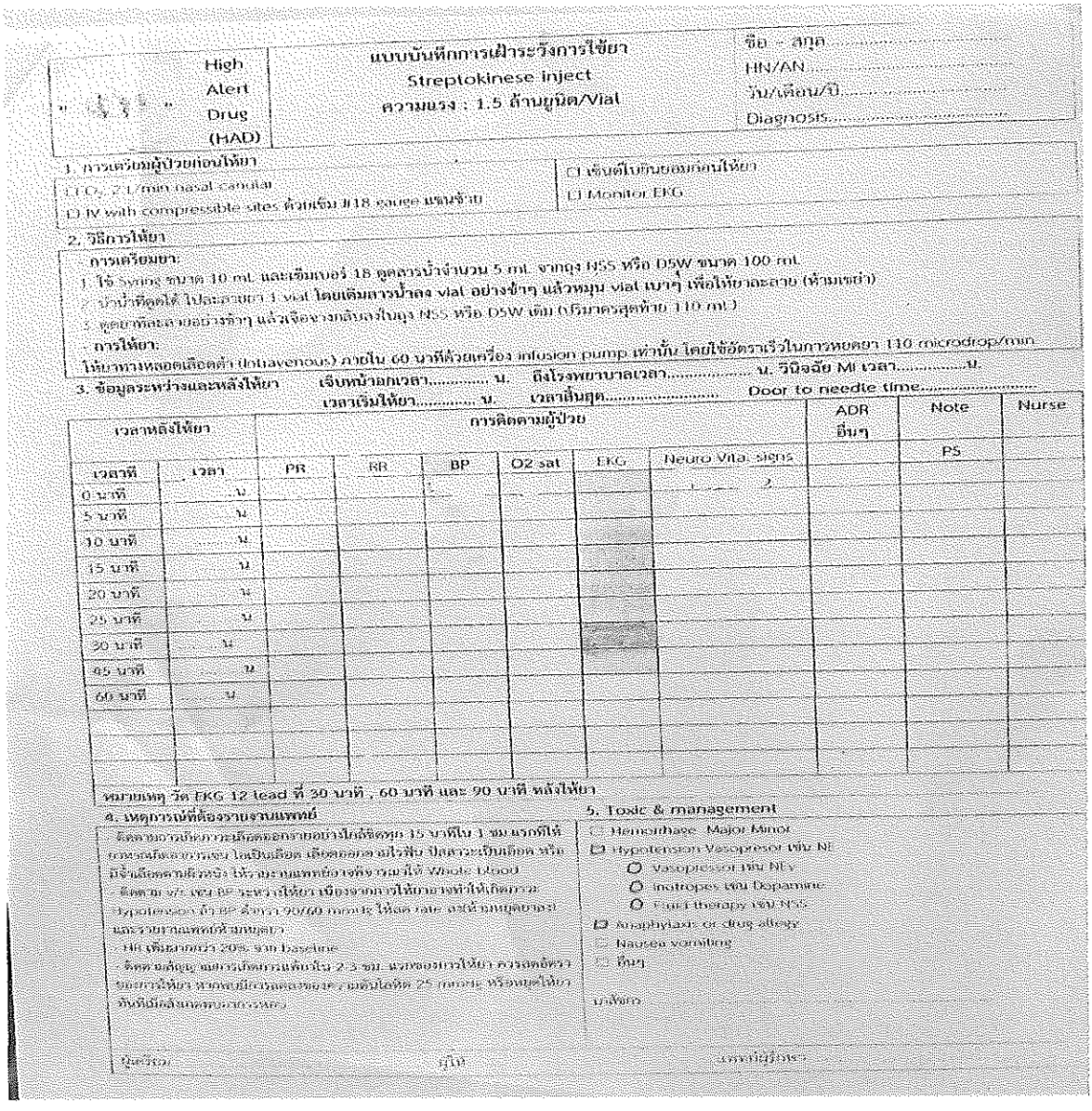
ชื่อพยาบาล refer 1 _____ ชื่อพยาบาล refer 2 _____ โทร _____

ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษา _____

ชื่อญาติ _____ ความเกี่ยวข้อง _____ โทร _____

ประสาน CCU โทร 045-617783 ประสานศูนย์ประสานส่งต่อรพ.ศก. โทร 045-616130 อ.วรรณา โทร 081-9770761

แบบบันทึกการเฝ้าระวังการใช้ยา Streptokinase injection



แบบบันทึกการเฝ้าระวังการใช้ยา
Streptokinese inject
ความแรง : 1.5 ล้านยูนิต/Vial

High Alert Drug (HAD)

ชื่อ – สกุล.....
HN/AN.....
วัน/เดือน/ปี.....
Diagnosis.....

1. การเตรียมผู้ป่วยก่อนให้ยา
☐ O2 2 L/min nasal canular
☐ IV with compressible sites ด้วยเข็ม #18 gauge แขนซ้าย
☐ เช็นตีโบ้นยอมก่อนให้ยา
☐ Monitor EKG

2. วิธีการให้ยา
การเตรียมยา
1. ใช้ syring ขนาด 10 mL และเข็มเบอร์ 18 ดูดสารน้ำจำนวน 5 mL จากถุง NSS หรือ D5W ขนาด 100 mL
2. นำน้ำที่ดูดได้ ไปละลายใน 1 vial โดยเติมสารน้ำลง vial อย่างช้าๆ แล้วหมุน vial เบาๆ เพื่อให้ยาละลาย (ห้ามเขย่า)
3. ดูดยาที่ละลายอย่างช้าๆ แล้วฉีดจากขวดใส่ถุง NSS หรือ D5W เดิม (ปริมาตรสุดท้าย 110 mL)
การให้ยา
ให้ยาทางหลอดเลือดดำ (Intravenous) ภายใน 60 นาทีด้วยเครื่อง infusion pump เท่านั้น โดยใช้อัตราเร็วในการหยดยา 110 microdrop/min

3. ข้อมูลระหว่างและหลังให้ยา เจ็บหน้าอกเวลา..... น. ถึงโรงพยาบาลเวลา..... น. วินิจฉัย MI เวลา..... น.
เวลาเริ่มให้ยา..... น. เวลาสิ้นสุด..... Door to needle time.....

เวลาหลังให้ยา	การคิดตามผู้ป่วย						ADR อื่นๆ	Note	Nurse
เวลาที่	เวลา	PR	RR	BP	O2 sat	EKG	Neuro Vital signs		PS	
0 นาที	น.									
5 นาที	น.									
10 นาที	น.									
15 นาที	น.									
20 นาที	น.									
25 นาที	น.									
30 นาที	น.									
45 นาที	น.									
60 นาที	น.									

หมายเหตุ วัด EKG 12 lead ที่ 30 นาที , 60 นาที และ 90 นาที หลังให้ยา

4. เหตุการณ์ที่ต้องรายงานแพทย์
- ติดตามการเกิดภาวะเลือดออกอย่างใกล้ชิดทุก 15 นาทีใน 1 ชม.แรกที่ให้ (การเกิดเลือดออกอยู่ในเป็นเลือด เลือดออกอวัยวะไหว้ปัสสาวะเป็นเลือด หรือมีจ้ำเลือดตามตัวมาขึ้น ให้ประเมินแพทย์อาจพิจารณาให้ Whole Blood
- ติดตาม V/S เช่น BP ระหว่างให้ยา เนื่องจากยาให้ภาวะทำให้เกิดภาวะ Hypotension (ถ้า BP ต่ำกว่า 90/60 mmHg ให้หยด rate อย่างช้าๆ และรายงานแพทย์ทราบทันที)
- HR เพิ่มมากกว่า 20% จาก Baseline
- ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 2-3 ชม. แรกของการให้ยา ควรต่อสายให้ยาไว้ หากพบมีภาวะแทรกซ้อน แก้ไขได้ทัน ทันทีที่มีสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง

ผู้บันทึก..... ผู้ให้..... แพทย์ผู้ประเมิน.....

5. Toxic & management
☐ Hemorrhage Major Minor
☐ Hypotension Vasopressor เช่น NE
- O Vasopressor เช่น NLy
- O Inotropes เช่น Dopamine
- O Fluid therapy เช่น NSS

☐ Anaphylaxis or drug allergy
☐ Nausea vomiting
☐ อื่นๆ

บันทึก.....

การบาดเจ็บที่ศีรษะ

(Head Injury)

HEAD INJURY

โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 2-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการบาดเจ็บที่ศีรษะ (Head Injury)

ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 5 หน้า) วันที่อนุมัติใช้ 5 มกราคม 2569

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นางกันยารัตน์ คำแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
แพทย์หญิงพราวรุ้ง จงวัฒนากุล	นายแพทย์ปฏิบัติการ	

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางสาวสุพรรณี วงคำจันทร์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

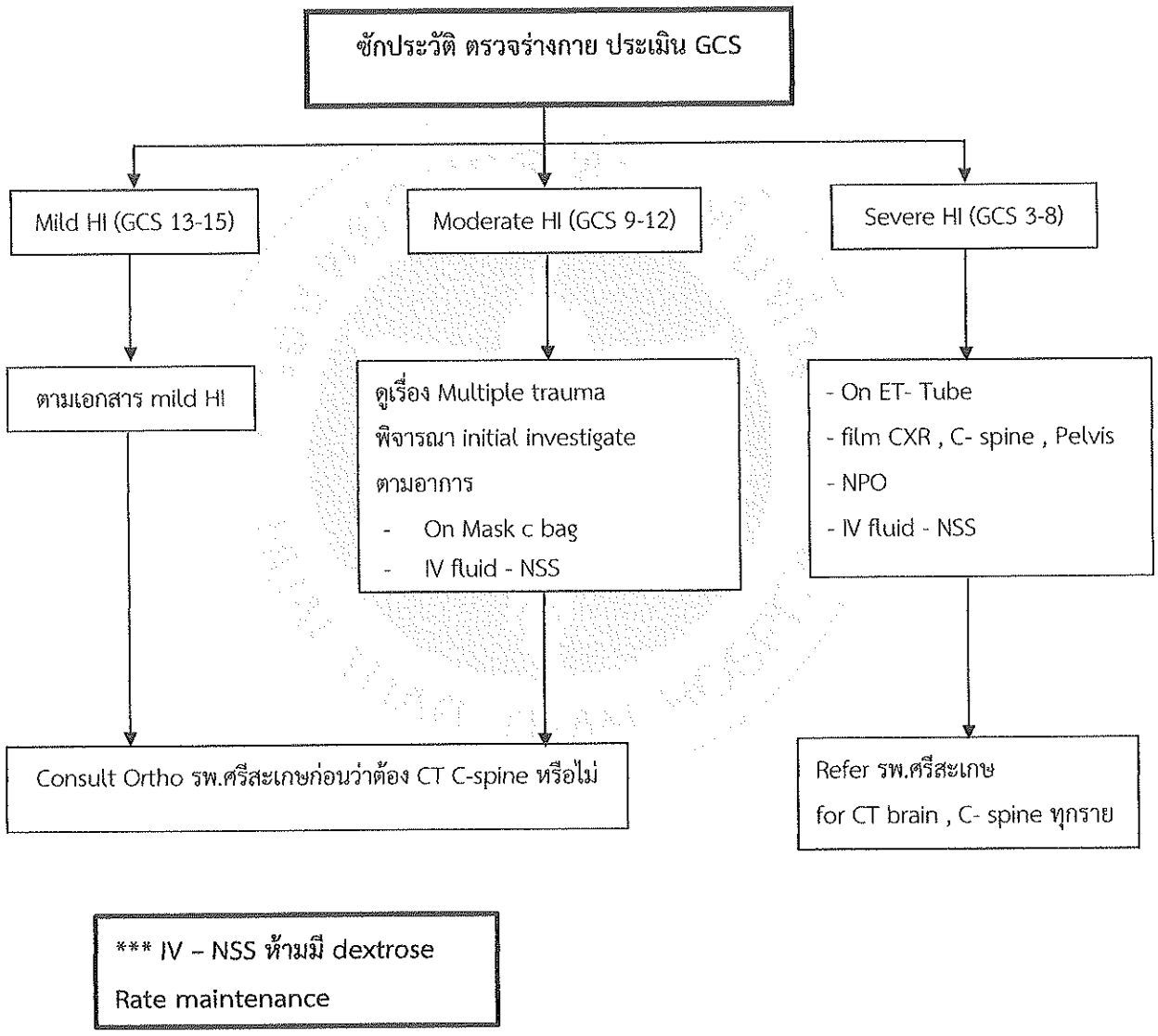
หน่วยงานที่นำไปใช้ : ER , OPD , IPD , องค์กรแพทย์

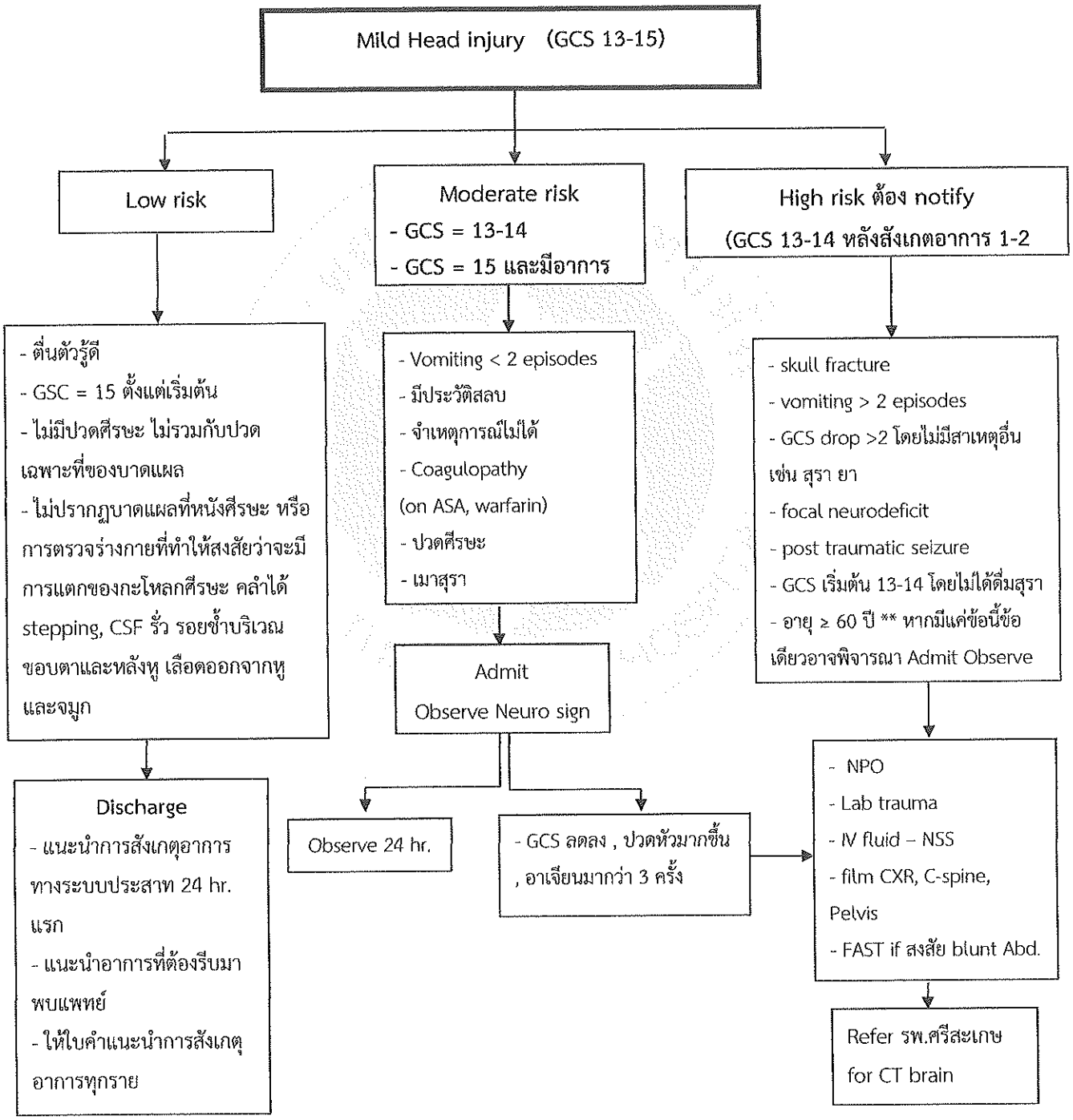
การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

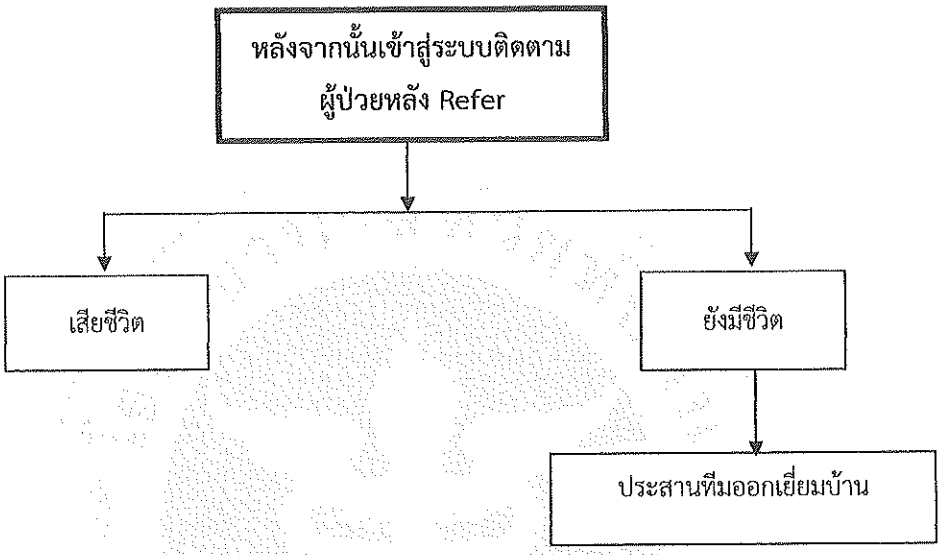
ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 4	

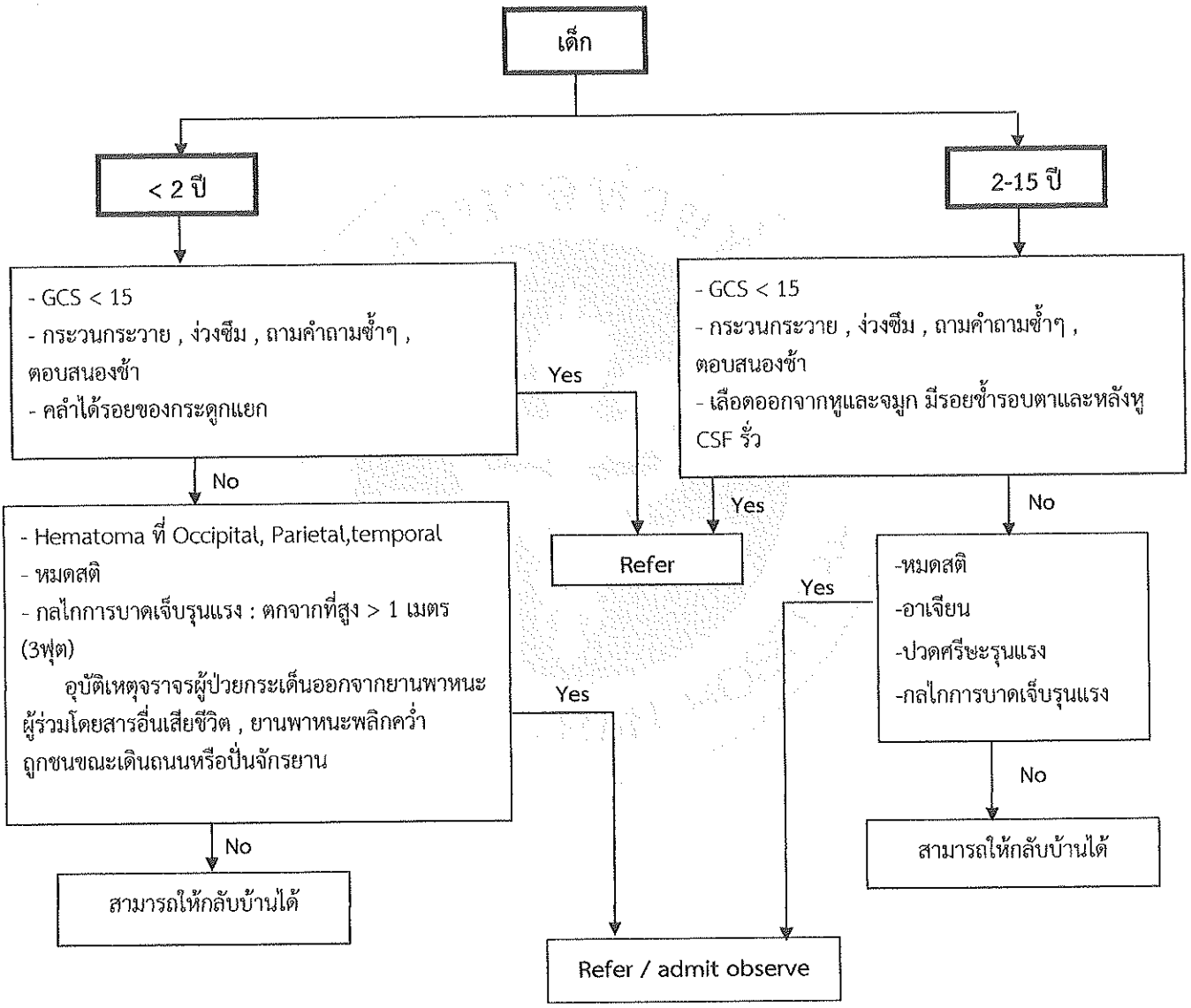
	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/5
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 2-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 4
	เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการบาดเจ็บที่ศีรษะ (Head Injury)	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางกันยารัตน์ คำแก้ว หน่วยงาน : งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ER , OPD , IPD , องค์กรแพทย์




Mild Head injury (GCS 13-15)
Low risk
Moderate risk
- GCS = 13-14
- GCS = 15 และมีอาการ
High risk ต้อง notify
(GCS 13-14 หลังสังเกตอาการ 1-2
- ตื่นตัวรู้ดี
- GSC = 15 ตั้งแต่เริ่มต้น
- ไม่มีปวดศีรษะ ไม่รวมกับปวดเฉพาะที่ของบาดแผล
- ไม่ปรากฏบาดแผลที่หนังศีรษะ หรือการตรวจร่างกายที่ทำให้สงสัยว่าจะมีการแตกของกะโหลกศีรษะ คลำได้ stepping, CSF รั่ว รอยช้ำบริเวณขอบตาและหลังหู เลือดออกจากหูและจมูก
- Vomiting < 2 episodes
- มีประวัติสลบ
- จำเหตุการณ์ไม่ได้
- Coagulopathy (on ASA, warfarin)
- ปวดศีรษะ
- เมาสุรา
- skull fracture
- vomiting > 2 episodes
- GCS drop >2 โดยไม่มีสาเหตุอื่น เช่น สุรา ยา
- focal neurodeficit
- post traumatic seizure
- GCS เริ่มต้น 13-14 โดยไม่ได้ดื่มสุรา
- อายุ ≥ 60 ปี ** หากมีแค่ข้อนี้ข้อเดียวอาจพิจารณา Admit Observe
Admit
Observe Neuro sign
Discharge
- แนะนำการสังเกตุอาการทางระบบประสาท 24 hr. แรก
- แนะนำอาการที่ต้องรีบมาพบแพทย์
- ให้ใบคำแนะนำการสังเกตุอาการทุกราย
Observe 24 hr.
- GCS ลดลง , ปวดหัวมากขึ้น , อาเจียนมากกว่า 3 ครั้ง
- NPO
- Lab trauma
- IV fluid – NSS
- film CXR, C-spine, Pelvis
- FAST if สงสัย blunt Abd.
Refer รพ.ศรีสะเกษ for CT brain


หลังจากนั้นเข้าสู่ระบบติดตามผู้ป่วยหลัง Refer
เสียชีวิต
ยังมีชีวิต
ประสานทีมออกเยี่ยมบ้าน

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 4/5
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 2-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 4
	เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการบาดเจ็บที่ศีรษะ(Head Injury)	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางกันยารัตน์ คำแก้ว หน่วยงาน : งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ER , OPD , IPD ; องค์กรแพทย์



คำแนะนำสำหรับผู้ที่มีสมองบาดเจ็บ วิธีดูแลและสังเกตอาการที่บ้าน

แพทย์ได้ทำการตรวจผู้ป่วยแล้ว มีความเห็นว่า การบาดเจ็บที่ศีรษะในครั้งนี้ ยังไม่มีอาการที่บ่งบอกความรุนแรงในระดับที่ต้องรับไว้ในโรงพยาบาล จึงแนะนำให้ผู้ป่วยพักรักษาตัวต่อที่บ้าน โดยให้งดการออกกำลังกายทุกชนิดและควรหลีกเลี่ยงการขับขี่ยานพาหนะ อย่างน้อย 24 ชั่วโมง รับประทานอาหารอ่อน งดดื่มสุราและยาที่ทำให้ง่วงซึมทุกชนิด

ถ้ามีอาการปวดศีรษะเล็กน้อย ในระหว่างนี้ ให้ทานยาแก้ปวดตามที่แพทย์สั่ง และควรมีผู้ดูแลที่สามารถสังเกตอาการและเข้าใจวิธีปฏิบัติ เพื่อคอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และควรปลุกผู้ป่วยทุก 2 – 4 ชั่วโมง ภายใน 24 ชั่วโมงแรก เพื่อประเมินความรู้สึกตัวของผู้ป่วย ว่าลดลงหรือไม่

อย่างไรก็ตาม ถ้าผู้ป่วยมีอาการข้อใดข้อหนึ่งที่บ่งบอกไว้ดังต่อไปนี้ ขอให้รีบกลับมาพบแพทย์โดยทันที เพื่อรับการตรวจซ้ำอีกครั้ง

1. ซึมลงกว่าเดิม ปลุกไม่ตื่น หรือ หมดสติ
2. กระสับกระส่าย การพูดหรือพฤติกรรมผิดปกติ
3. ชักกระตุก
4. แขนขาอ่อนแรงลง
5. อาเจียนมากกว่า 3 ครั้ง
6. อาการปวดศีรษะที่รับประทานยาแก้ปวดแล้วไม่ทุเลา
7. มีน้ำใสปนเลือด ออกจากหูหรือจมูก
8. ปวดท้ายทอย
9. เวียนศีรษะ ตาพร่า หรือเห็นภาพซ้อน

ลงนาม.....ผู้ให้คำแนะนำ
(.....)

ลงนาม.....ผู้ป่วย/ผู้ปกครอง
(.....)

ลงนาม.....ผู้ดูแล/ญาติ/พยาน เกี่ยวข้องเป็น.....
(.....)

วันที่.....เวลา.....

สติ๊กเกอร์
HN
ชื่อ – สกุล

ไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน

(Acute Appendicitis)

ACUTE APPENDICITIS

โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 3-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยไส้ติ่งอับเสบ (Acute Appendicitis)

ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 2 หน้า) วันที่อนุมัติใช้ 5 มกราคม 2569

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นางกันยารัตน์ คำแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
แพทย์หญิงพราวรุ้ง จงวัฒนากุล	นายแพทย์ปฏิบัติการ	

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางสาวสุพรรณี วงคำจันทร์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

หน่วยงานที่นำไปใช้ : ER , OPD , IPD , องค์กรแพทย์

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 4	

Alvorado score for appendicitis

Symptoms	score	
Migratory (Mc.burney)	1	
Nausea / Vomitting	1	
anorexia	1	
Signs		
RLQ tenderness	2	
RLQ rebound tenderness	1	
Fever T > 37.8 c	1	
LAB		
Leukocytosis WBC > 10,000	2	
Left shift (PMN predominate > 75%)	1	
Total	10	

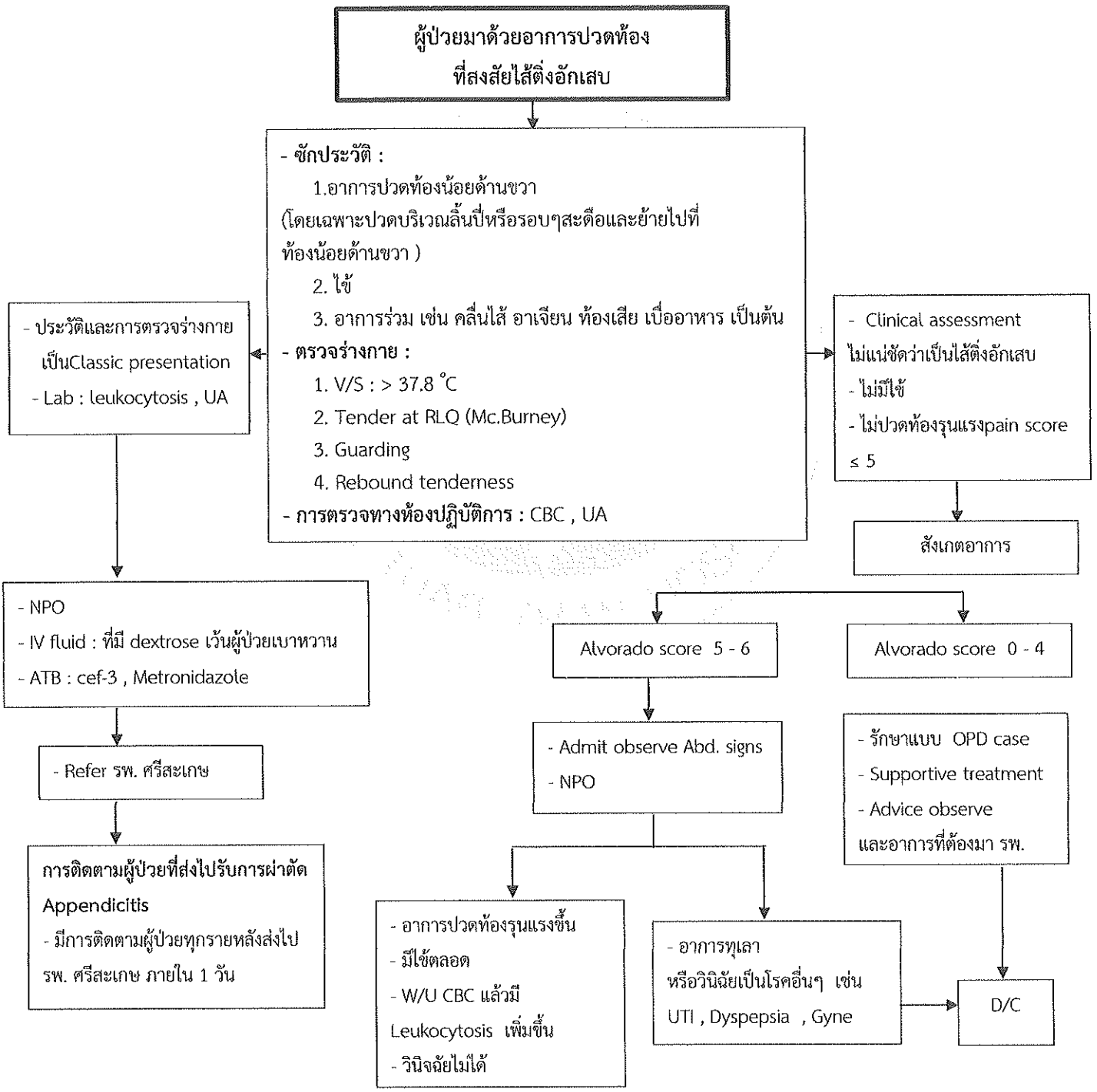
score 9 - 10 ผู้ป่วยมีโอกาสเกือบ 100 % ที่จะเป็นโรคไส้ติ่งอักเสบ

score 7 - 8 ผู้ป่วยมีโอกาสสูงที่จะเป็นโรคไส้ติ่งอักเสบ

score 5 - 6 ผู้ป่วยน่าจะเป็นโรคไส้ติ่งอักเสบอาจต้องสังเกตอาการหรือส่งตรวจเพิ่มเติม

score 0 - 4 ผู้ป่วยมีโอกาสน้อยที่จะเป็นโรคไส้ติ่งอักเสบ

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 2/2
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 3-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 4
	เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยไส้ติ่งอับเสบ (Acute Appendicitis)	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางกันยารัตน์ คำแก้ว หน่วยงาน : งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ER , OPD , IPD , องค์กรแพทย์



ไข้ชัก

(Febrile Convulsion)

FEBRILE CONVULSION

โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 4-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการชักจากไข้สูง (Febrile Convulsion)

ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 2 หน้า) วันที่อนุมัติใช้ 5 มกราคม 2569

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นางกันยารัตน์ คำแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
แพทย์หญิงพราวรุ้ง จงวัฒนากุล	นายแพทย์ปฏิบัติการ	

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางสาวสุพรรณี วงคำจันทร์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

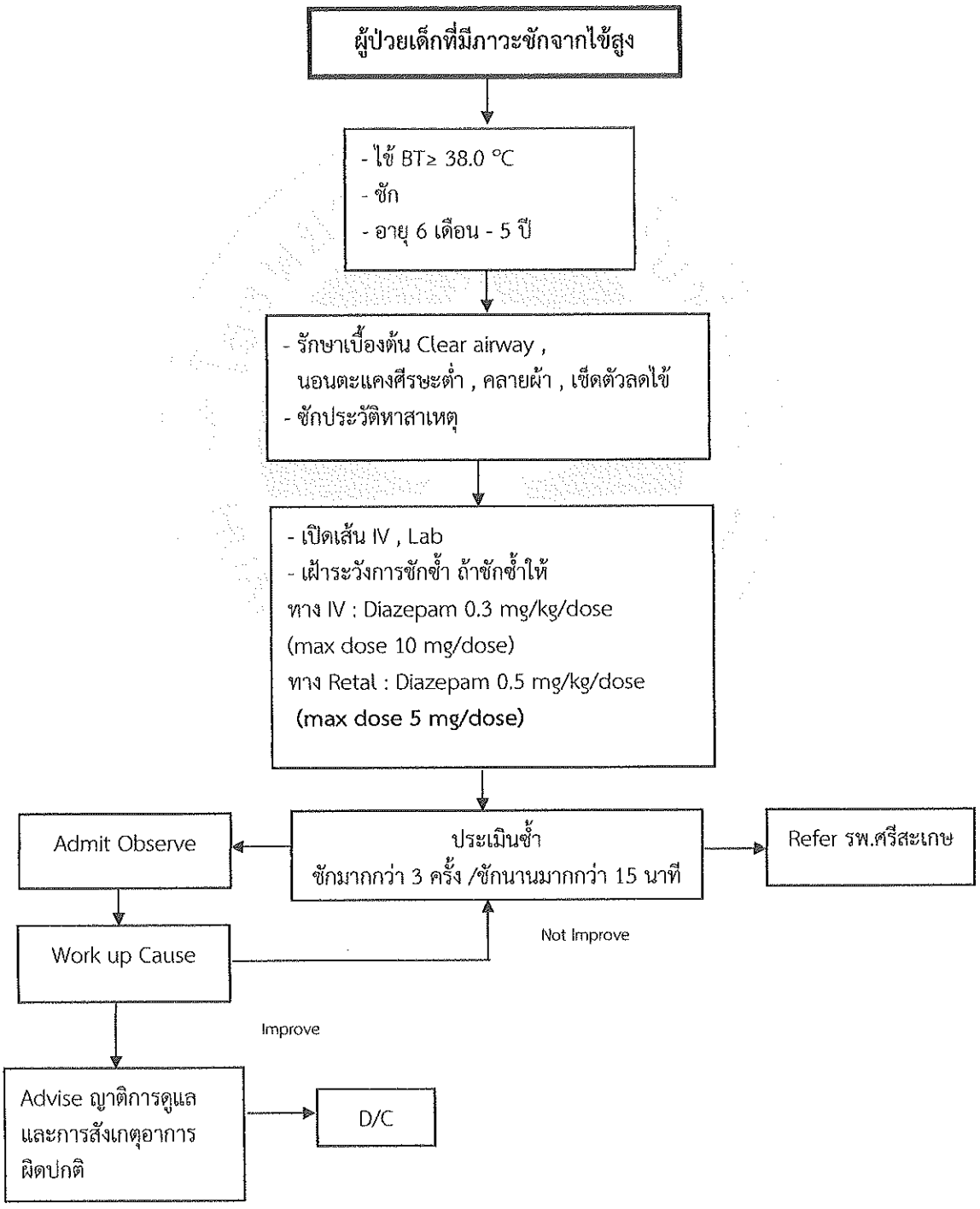
หน่วยงานที่นำไปใช้ : ER , OPD , IPD , องค์กรแพทย์

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

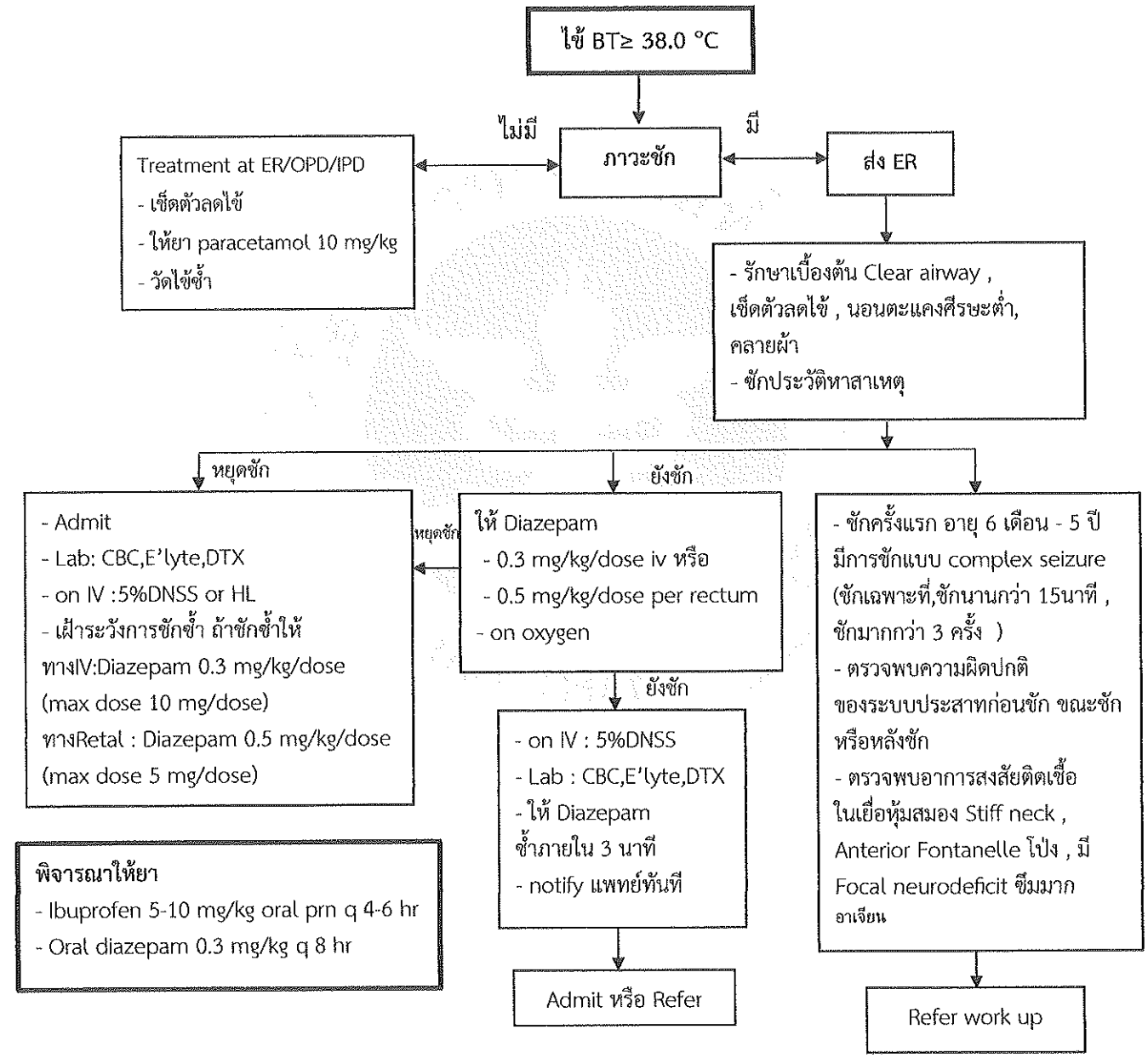
ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 4	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/2
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 4-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 4
	เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการชักจากไข้สูง (Febrile Convulsion)	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางกันยารัตน์ คำแก้ว หน่วยงาน : งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ER , OPD , IPD , องค์กรแพทย์



	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 2/2
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 4-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 4
	เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการชักจากไข้สูง (Febrile Convulsion)	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางกันยารัตน์ คำแก้ว หน่วยงาน : งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ER , OPD , IPD , องค์กรแพทย์



ภาวะวิกฤตความดันโลหิตสูง

(Hypertensive Crisis)

HYPERTENSIVE CRISIS

โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 5-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วย Hypertensive crisis

ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 1 หน้า) วันที่อนุมัติใช้ 5 มกราคม 2569

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นางกันยารัตน์ คำแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
แพทย์หญิงพราวรุ้ง จงวัฒนากุล	นายแพทย์ปฏิบัติการ	

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางสาวสุพรรณี วงคำจันทร์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

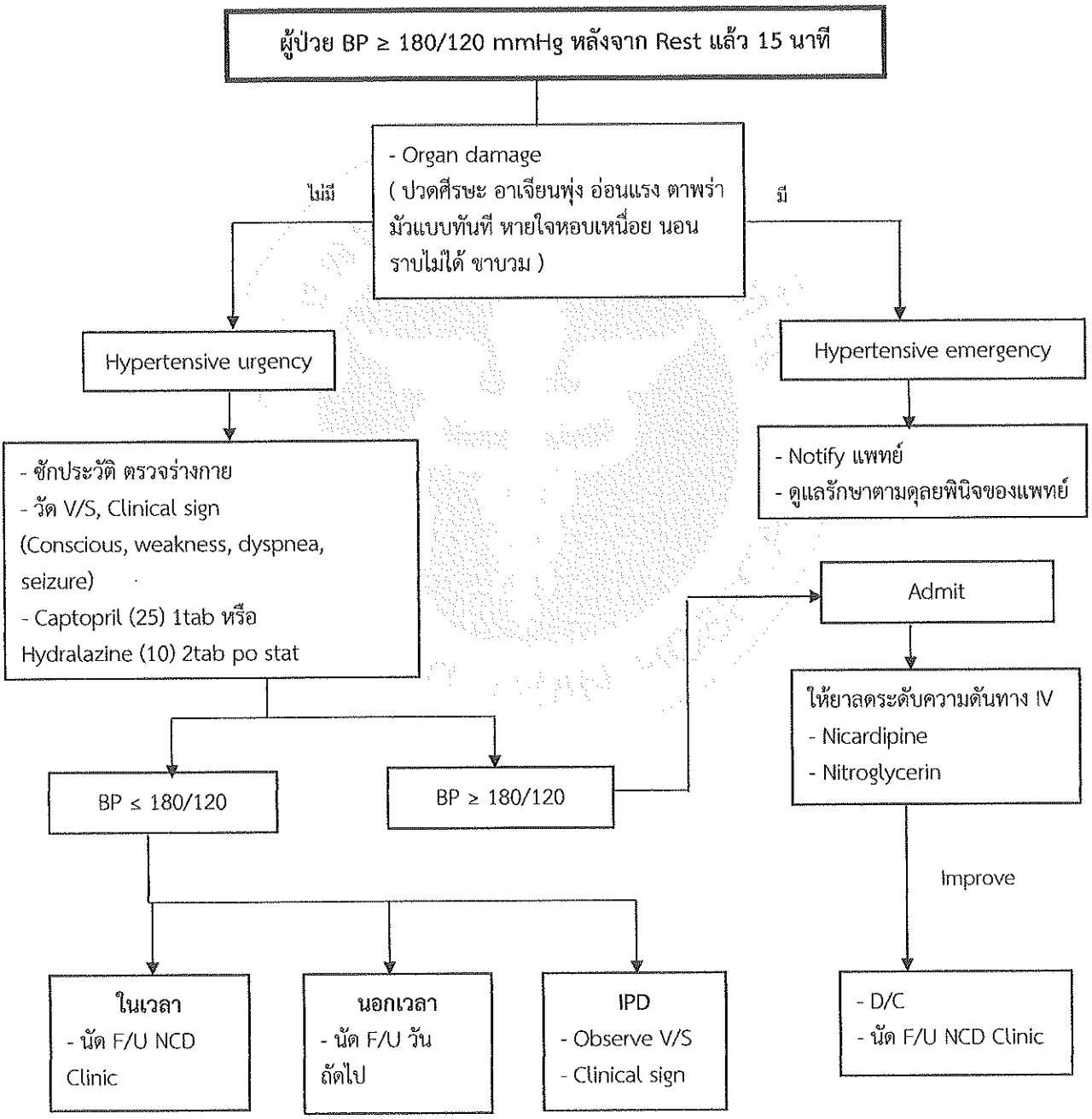
หน่วยงานที่นำไปใช้ : ER , OPD , IPD , องค์กรแพทย์ , งานปฐมภูมิ

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 4	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/1
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 5-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 4
	เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วย Hypertensive crisis	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางกันยารัตน์ คำแก้ว หน่วยงาน : งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ER , OPD , IPD , องค์กรแพทย์ , งานปฐมภูมิ



โรคหลอดเลือดสมอง

(Stroke)

STROKE

โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 6-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วย Stroke	
ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 5 หน้า) วันที่อนุมัติใช้ 5 มกราคม 2569

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นางกันยารัตน์ คำแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
แพทย์หญิงพราวรุ้ง จงวัฒนากุล	นายแพทย์ปฏิบัติการ	

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางสาวสุพรรณี วงคำจันทร์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

หน่วยงานที่นำไปใช้ : ER , OPD , IPD , องค์กรแพทย์

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 4	

อาการสงสัยโรคหลอดเลือดสมอง
ประเมินอาการตาม BE-FAST
(อ่อนแรงแขนขา มึนชาตามัว หน้าเบี้ยวเวียนหัว ลิ้นรัวเดินเซ)

→ IPD → **รายงานแพทย์** → ตาม Flow Stroke **track**

Stroke fast track
Onset <4.5 hr.

Non Fast track

ER

Activate Stroke fast track
ใน line STROKE CENTER SSKH
- ประเมิน V/S , Neuro sing , DTX
- รายงานแพทย์
- พยาบาล : เจาะ Emergency Lab ไม่ต้องรอผลLab Stroke FAST track
- CBC , Bun , Cr , Electrolyte , PT , INR ,
- เจาะLab 3 tube ม่วง , แดง , ฟ้า ให้ SSKH
- IV fluid : NSS
- EKG
- ประสานทีม refer

Onset > 4.5 – 72 hr.

ER

Consult ใน line NEURO CENTER SSKH
- รายงานแพทย์
- พยาบาล : เจาะLab Stroke Non FAST track
- CBC , Bun , Cr , Electrolyte , PT , INR , DTX
- IV fluid : NSS
- EKG

Onset 72 hr.

OPD

แพทย์
- Stroke screen , ตรวจร่างกาย
- **Consult ใน line NEURO CENTER SSKH**

นัด CT brain รพ.แม่ข่าย (UTPH)

แพทย์
- Stroke screen: NIHSS, ตรวจร่างกาย
- Nicardipine (1:5) iv 5 ml/hr (กรณี BP > 185/110 mmhg)
- **Activate Stroke fast track ใน line STROKE CENTER SSKH**

แพทย์
- Stroke screen, ตรวจร่างกาย
- **Consult ใน line NEURO CENTER SSKH**

Refer SSkH
For CT/MRI

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)
โรงพยาบาลห้วยทับทัน อ. ห้วยทับทัน จ.ศรีสะเกษ

SSK. STROKE FAST TRACK ชื่อ..... โรงพยาบาลห้วยทับทัน.....

ข้อมูลผู้ป่วย..... เพศ ☐ชาย ☐หญิง อายุ.....ปี HN..... เลขประจำตัวประชาชน.....

แพทย์ผู้ส่งต่อ..... แพทย์รับ..... ตารางนัดแพทย์.....

Onset last normal เวลา..... วันที่.....

First seen abnormal เวลา..... วันที่.....

อาการ (Symptoms at onset).....

ได้รับยา tPA ที่หน่วยงาน.....เหลือจากที่.....(ราย) เหลือจากที่.....(ขวด)

Time at Arrival (ที่ ER รพ.ศรีสะเกษ) เวลา.....

แพทย์ปรึกษาอายุรแพทย์รับ consult Acute stroke ☐ ใช่ เวลา..... ☐ ไม่ใช่ อาการ.....

แพทย์ปรึกษาอายุรแพทย์รับ consult FAST TRACK ☐ ใช่ เวลา..... ☐ ไม่ใช่ อาการ.....

NIHSS =.....คะแนน

History screening for exclusion /contraindication

- ☐ No Hx of ICH, AVM, Aneurysm, Brain tumor
- ☐ No Hx of head trauma/stroke in 3 months
- ☐ No Hx of GI/GU bleeding in 3 wks.
- ☐ No Hx of major Sx/serious trauma in 2 wks
- ☐ No Hx of puncture at non compressible site in 1 wk
- ☐ No Hx of seizure at onset (except seizure from stroke)

Relative exclusion criteria in 3-4.5 hr

- ☐ Age < 80 yrs
- ☐ No Hx DM with CVA stroke
- ☐ No on anticoagulants
- ☐ NIHSS < 25

Lab /screening for exclusion /contraindication

DTX ☐ ไม่ได้ทำ ☐ ทำ เวลา..... ☐ DTX> 50 mg/dl, <400 mg/dl ค่า =.....

Blood sugar ☐ ไม่ได้ทำ ☐ ทำ เวลา..... ☐ Blood sugar > 50 mg/dl, < 400 mg/dl ค่า =.....

CBC ☐ ไม่ได้ทำ ☐ ทำ เวลาทำ..... เวลารายงาน..... ☐ Plt > 100,000 /ml =.....

INR ☐ ไม่ได้ทำ ☐ ทำ เวลาทำ..... เวลารายงาน..... ☐ INR < 1.7 ค่า =.....

- ☐ PTT not prolonged ☐ PTT prolonged

CT scan เวลาทำ..... เวลารายงาน..... ☐ NO ICH ☐ No brain edema /midline shifting

ค่า.....

- ☐ SBP < 185 mmHg ☐ DBP < 110 mmHg BP=
- ☐ ให้ยาลดความดัน =.....

ข้อมูลการให้ยา tPA

- ☐ ให้คำแนะนำผู้ป่วย / ญาติเกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้รับ /ผลเสียที่อาจจากการให้รับยา tPA
- ☐ ผู้ป่วย /ญาติเซ็นยินยอมการให้ยา tPA

ให้ยา tPA เวลา..... Door to needle time =.....

☐ ผู้ป่วย / ผู้ปกครองไม่ยินยอมให้ยา tPA หรือ มีภาวะที่ไม่ให้ยาละลายลิ่มเลือด tPA

- ☐ onset > 4.5 hr. ☐ High BP ☐ Hemorrhagic stroke
- ☐ minimal consciousness(NIHSS<4) ☐ evidence by Hx ☐ Delayed process
- ☐ spontaneous recovery ☐ abnormal blood test ☐ consent form not signed

SSK. STROKE FAST TRACK วันที่ ..... โรงพยาบาลชัยภูมิ

ผู้ป่วยชาย/หญิง ☐ จีน ☐ อายุ ..... ปี HN ..... เลขประจำตัวประชาชน .....

แพทย์ผู้ให้การ ..... แพทย์ประจำ ..... ตารางนัดแพทย์ .....

Onset last seen normal เวลา ..... วันที่ .....

First seen abnormal เวลา ..... วันที่ .....

อาการ (ผู้ป่วยมีอาการ at onset) .....

ได้รับยา tPA ที่แผนก ..... เหตุผลการส่ง ..... (ทางรถ) เหตุผลการส่ง ..... (ทางอื่น)

Time at arrival (ที่ ER หรือที่อื่นๆ) เวลา .....

แพทย์ประจำ/ตารางนัดแพทย์ปรึกษา consult Acute stroke ☐ ได้ เวลา ..... ☐ ไม่ได้ สาเหตุ .....

แพทย์ประจำ/ตารางนัดแพทย์ปรึกษา consult FAST TRACK ☐ ได้ เวลา ..... ☐ ไม่ได้ สาเหตุ .....

NIHSS = ... คะแนน

History screening for exclusion /contraindication

- ☐ No Hx of ICH, AVM, Aneurysm, Brain tumor
- ☐ No Hx of Head trauma/stroke in 3 months
- ☐ No Hx of GI/GU bleeding in 3 wks.
- ☐ No Hx of major Sx/serious trauma in 2 wks
- ☐ No Hx of puncture at non compressible site in 1 wk
- ☐ No Hx of seizure at onset (except seizure from stroke)

Relative exclusion criteria in 3-4.5 hr

- ☐ Age < 80 yrs
- ☐ No Hx DM with old stroke
- ☐ No on anticoagulants
- ☐ NIHSS < 25

Lab /screening for exclusion /contraindication

DTX ☐ ไม่ได้ทำ ☐ ทำ เวลา ..... ☐ DTX> 50 mg/dl, <400 mg/dl ผล - .....

Blood sugar ☐ ไม่ได้ทำ ☐ ทำ เวลา ..... ☐ Blood sugar > 50 mg/dl, < 400 mg/dl ผล - .....

CBC ☐ ไม่ได้ทำ ☐ ทำ เวลาส่ง ..... เวลารายงาน ..... ☐ Plt > 100,000 /ul - .....

INR ☐ ไม่ได้ทำ ☐ ทำ เวลาส่ง ..... เวลารายงาน ..... ☐ INR < 1.7 ผล - .....

☐ PTT not prolonged ☐ PTT prolonged

CT scan เวลาส่ง ..... เวลารายงาน ..... ☐ NO ICH ☐ No brain edema /midline shifting

ผล .....

☐ SBP < 185 mmHg ☐ DBP < 110 mmHg BP -

☐ ได้ยาลดความดัน - .....

ข้อมูลการให้ยา rt PA

☐ ไม่ได้แจ้งญาติผู้ป่วย / ถูกปฏิเสธไม่ยินยอมให้ยา /ข้อห้ามที่ห้ามการให้ยา rt PA

☐ ผู้ป่วย /ญาติเซ็นยินยอมการให้ยา rt PA

ให้ยา rt PA เวลา ..... Door to needle time - .....

☐ ผู้ป่วย / ญาติผู้ดูแลปฏิเสธการให้ยา rt PA หรือ ข้อห้ามผู้ป่วยที่ไม่ให้ยา rt PA

- ☐ onset > 4.5 hr. ☐ ไม่มี BP ☐ Hemorrhagic stroke
- ☐ minimal neurological(NIHSS<4) ☐ excluded by Hx ☐ Delayed process
- ☐ spontaneous recovery ☐ abnormal blood test ☐ consent form not signed

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 3/5
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 6-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 4
	เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วย Stroke	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางกันยารัตน์ คำแก้ว หน่วยงาน : งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ER , OPD , IPD , องค์กรแพทย์

โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ

แบบประเมิน The National Institute of Health Stroke Scale (0-42) (NIHSS)

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ..... ปี HN..... AN ..... แพทย์ .....

			ER	ICU		WARD		
				ก่อน	หลัง	ward	1วัน	D/C
รายการประเมิน	วดป. ที่ประเมิน							
1a. Level of consciousness	รู้สึกตัวดี	0						
	หลับ ปลุกตื่น	1						
	ซึมมากต้องกระตุ้นแรง ๆ ถึงเคลื่อนไหว	2						
	ไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้นแรง ๆ	3						
1b. Level of consciousness ถามอายุและเดือน	ตอบได้ถูกต้องทั้ง 2 ข้อ	0						
	ตอบได้ถูกเพียง 1 ข้อ	1						
	ไม่สามารถตอบคำถามได้หรือตอบผิดทั้ง 2 ข้อ	2						
1c. Two commands หลับตา ลืมตาและกำมือแบมือ	ทำได้ถูกต้องทั้ง 2 อย่าง	0						
	ทำได้ถูกต้องเพียงอย่างเดียว	1						
	ไม่ทำตามคำสั่ง	2						
2. Best gaze (การเคลื่อนไหวของตา)	ปกติ	0						
	กลอกผิดปกติแนวนอน1หรือ2ตา	1						
	กลอกไปด้านหนึ่งเองหรือไม่ได้เลย	2						
3. Visual fields	ปกติ	0						
	Partial hemianopia	1						
	Complete hemianopia	2						
	Bilateral hemianopia	3						
4. Facial palsy	ปกติ	0						
	หน้าเบี้ยวเล็กน้อย	1						
	หน้าเบี้ยวชัดเจนเฉพาะด้านล่าง	2						
	หน้าเบี้ยวทั้งหน้า (1 หรือ 2 ข้าง)	3						
5a. Best Motor Lt arms	แขนไม่ตกนานกว่า 10 วินาที	0						
	แขนตกก่อน 10 วินาทีแต่ไม่ถึงพื้น	1						
	แขนตกถึงพื้น แต่ยกเหนือพื้นได้	2						
	แขนตกถึงพื้น แต่ยกเหนือพื้นไม่ได้	3						

นั่งยกแขน 90 องศา 10วินาที	ไม่ขยับเลย	4							
	แขนถูกตัด ข้อยึดติด	un							
5b. Best Motor Rt arms นั่งยกแขน 90 องศา 10วินาที	แขนไม่ตกนานกว่า 10 วินาที	0							
	แขนตกก่อน 10 วินาทีแต่ไม่ถึงพื้น	1							
	แขนตกถึงพื้น ยกเหนือพื้นได้	2							
	แขนตกถึงพื้น ยกเหนือพื้นไม่ได้	3							
	ไม่ขยับเลย	4							
	แขนถูกตัด ข้อยึดติด	un							
6a. Best Motor Lt leg นอนยกขา 45 องศา 5 วินาที	ขาไม่ตกนานกว่า 5 วินาที	0							
	ขาตกก่อน 5 วินาทีแต่ไม่ถึงพื้น	1							
	ขาตกถึงพื้น แต่ยกเหนือพื้นได้	2							
	ขาตกถึงพื้น แต่ยกเหนือพื้นไม่ได้	3							
	ไม่ขยับเลย	4							
	ขาถูกตัด ข้อยึดติด	un							
6b. Best Motor Rt leg นอนยกขา 45 องศา 5 วินาที	ขาไม่ตกนานกว่า 5 วินาที	0							
	ขาตกก่อน 5 วินาทีแต่ไม่ถึงพื้น	1							
	ขาตกถึงพื้น ยกเหนือพื้นได้	2							
	ขาตกถึงพื้น ยกเหนือพื้นไม่ได้	3							
	ไม่ขยับเลย	4							
	ขาถูกตัด ข้อยึดติด	un							
7. Limb Ataxia	ปกติ (ไม่เซ)	0							
	ผิดปกติแขนหรือขา 1 limbs	1							
	ผิดปกติแขนหรือขา 2 limbs	2							
8. Sensory	ปกติ	0							
	รู้สึกเจ็บไม่เท่ากันและรู้ว่ามีอะไรถูกตัว	1							
	ไม่รู้สึกและไม่รู้ว่ามีอะไรถูกตัว	2							
9. Best language	ปกติ no aphasia	0							
	Mild – moderate aphasia	1							
	Severe aphasia	2							
	Mute, global aphasia	3							
10. Dysarthria	ปกติ	0							
	Mild to moderate	1							
	Severe	2							
	Intubated, physical barrier	un							
11. Extinction and inattention	ไม่ผิดปกติ	0							
	ผิดปกติ / อย่างใดอย่างหนึ่ง	1							
	ผิดปกติ / มากกว่าหนึ่งอย่าง	2							
Total		42							
	แพทย์ผู้ประเมิน								

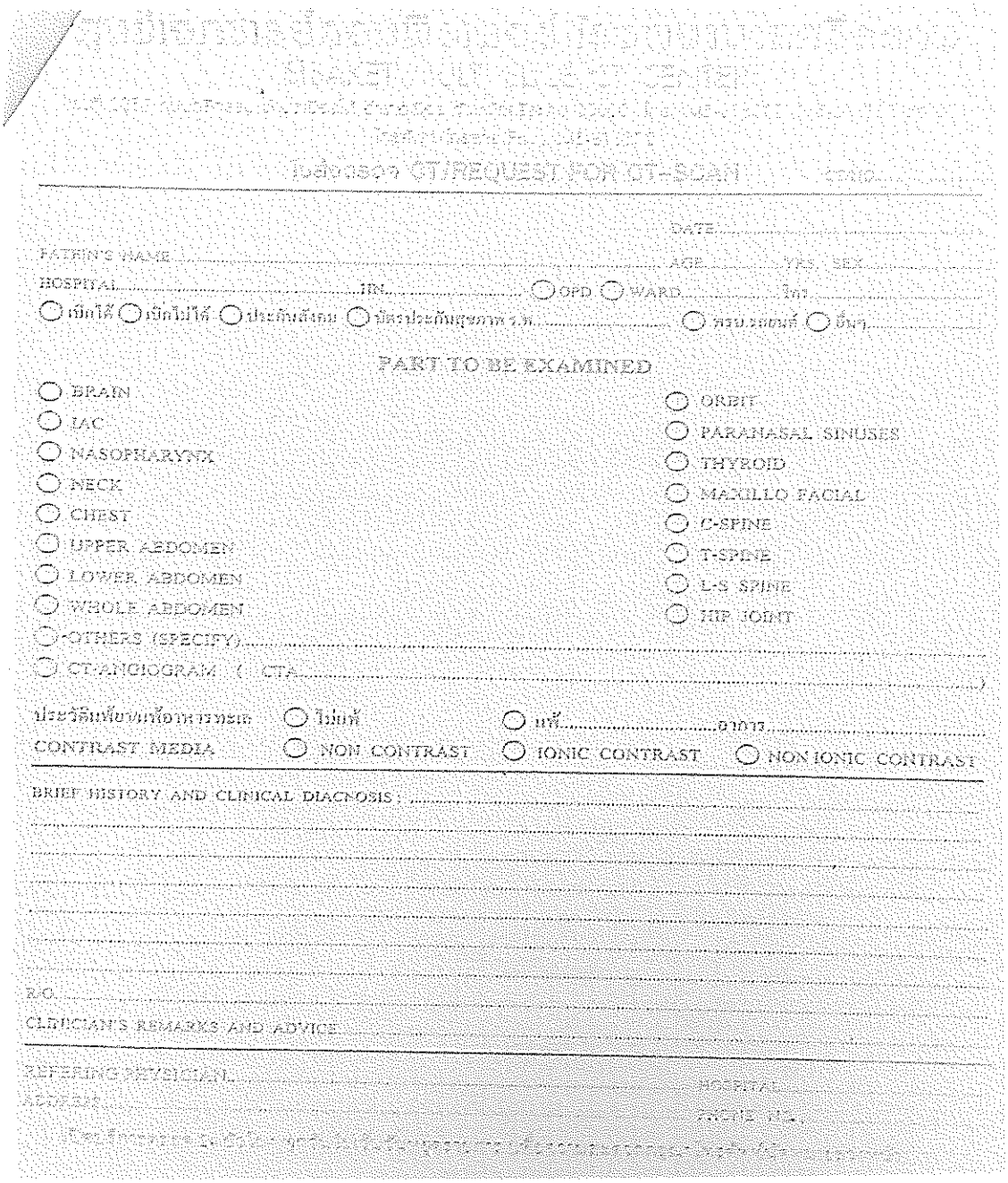
โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ

แบบประเมิน The National Institute of Health Stroke Scale (0-42) (NIHSS)

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ..... ปี HN..... AN ..... แพทย์ .....

			ER	ICU		WARD		
				ก่อน	หลัง	ward	1วัน	D/C
รายการประเมิน	วดป. ที่ประเมิน							
1a. Level of consciousness	รู้สึกตัวดี	0						
	หลับ ปลุกตื่น	1						
	ซึมมากต้องกระตุ้นแรง ๆ ถึงเคลื่อนไหว	2						
	ไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้นแรง ๆ	3						
1b. Level of consciousness ถามอายุและเดือน	ตอบได้ถูกต้องทั้ง 2 ข้อ	0						
	ตอบได้ถูกเพียง 1 ข้อ	1						
	ไม่สามารถตอบคำถามได้หรือตอบผิดทั้ง 2 ข้อ	2						
1c. Two commands หลับตา ลืมตาและกำมือแบมือ	ทำได้ถูกต้องทั้ง 2 อย่าง	0						
	ทำได้ถูกต้องเพียงอย่างเดียว	1						
	ไม่ทำตามคำสั่ง	2						
2. Best gaze (การเคลื่อนไหวของตา)	ปกติ	0						
	กลอกผิดปกติแนวนอน1หรือ2ตา	1						
	กลอกไปด้านหนึ่งเองหรือไม่ได้เลย	2						
3. Visual fields	ปกติ	0						
	Partial hemianopia	1						
	Complete hemianopia	2						
	Bilateral hemianopia	3						
4. Facial palsy	ปกติ	0						
	หน้าเบี้ยวเล็กน้อย	1						
	หน้าเบี้ยวชัดเจนเฉพาะด้านล่าง	2						
	หน้าเบี้ยวทั้งหน้า (1 หรือ 2 ข้าง)	3						
5a. Best Motor Lt arms นั่งยกแขน 90 องศา 10วินาที	แขนไม่ตกนานกว่า 10 วินาที	0						
	แขนตกก่อน 10 วินาทีแต่ไม่ถึงพื้น	1						
	แขนตกถึงพื้น แต่ยกเหนือพื้นได้	2						
	แขนตกถึงพื้น แต่ยกเหนือพื้นไม่ได้	3						
	ไม่ขยับเลย	4						
	แขนถูกตัด ข้อยึดติด	un						
5b. Best Motor Rt arms นั่งยกแขน 90 องศา 10วินาที	แขนไม่ตกนานกว่า 10 วินาที	0						
	แขนตกก่อน 10 วินาทีแต่ไม่ถึงพื้น	1						
	แขนตกถึงพื้น ยกเหนือพื้นได้	2						
	แขนตกถึงพื้น ยกเหนือพื้นไม่ได้	3						
	ไม่ขยับเลย	4						
	แขนถูกตัด ข้อยึดติด	un						
6a. Best Motor Lt leg	ขาไม่ตกนานกว่า 5 วินาที	0						
	ขาตกก่อน 5 วินาทีแต่ไม่ถึงพื้น	1						
	ขาตกถึงพื้น แต่ยกเหนือพื้นได้	2						

นอนยกขา 45 องศา 5 วินาที	ขาตกถึงพื้น แต่ยกเหนือพื้นไม่ได้	3						
	ไม่ขยับเลย	4						
	ขาถูกตัด ข้อยึดติด	un						
6b. Best Motor Rt leg นอนยกขา 45 องศา 5 วินาที	ขาไม่ตกนานกว่า 5 วินาที	0						
	ขาตกก่อน 5 วินาทีแต่ไม่ถึงพื้น	1						
	ขาตกถึงพื้น ยกเหนือพื้นได้	2						
	ขาตกถึงพื้น ยกเหนือพื้นไม่ได้	3						
	ไม่ขยับเลย	4						
	ขาถูกตัด ข้อยึดติด	un						
7. Limb Ataxia	ปกติ (ไม่เข)	0						
	ผิดปกติแขนหรือขา 1 limbs	1						
	ผิดปกติแขนหรือขา 2 limbs	2						
8. Sensory	ปกติ	0						
	รู้สึกเจ็บไม่เท่ากันและรู้ว่ามีอะไรถูกตัว	1						
	ไม่รู้สึกและไม่รู้ว่ามีอะไรถูกตัว	2						
9. Best language	ปกติ no aphasia	0						
	Mild – moderate aphasia	1						
	Severe aphasia	2						
	Mute, global aphasia	3						
10. Dysarthria	ปกติ	0						
	Mild to moderate	1						
	Severe	2						
	Intubated, physical barrier	un						
11. Extinction and inattention	ไม่ผิดปกติ	0						
	ผิดปกติ / อย่างใดอย่างหนึ่ง	1						
	ผิดปกติ / มากกว่าหนึ่งอย่าง	2						
Total		42						
	แพทย์ผู้ประเมิน							



ใบสั่งแรงจาก CT/REQUEST FOR CT-SCAN

DATE

PATIENT'S NAME AGE YRS SEX

HOSPITAL HN OPD WARD วันที่

เบิกได้ เบิกไม่ได้ ประกันสังคม บัตรประกันสุขภาพ ร.พ. ตรวจมะเร็ง อื่นๆ

PART TO BE EXAMINED

- BRAIN
- IAC
- NASOPHARYNX
- NECK
- CHEST
- UPPER ABDOMEN
- LOWER ABDOMEN
- WHOLE ABDOMEN
- OTHERS (SPECIFY)
- CT-ANGIOGRAM (CTA
- ORBIT
- PARANASAL SINUSES
- THYROID
- MAXILLO FACIAL
- C-SPINE
- T-SPINE
- L-S SPINE
- HIP JOINT

ประวัติแพ้ยาหรืออาหารทะเล ไม่แพ้ แพ้ อาการ

CONTRAST MEDIA NON CONTRAST IONIC CONTRAST NON IONIC CONTRAST

BRIEF HISTORY AND CLINICAL DIAGNOSIS :

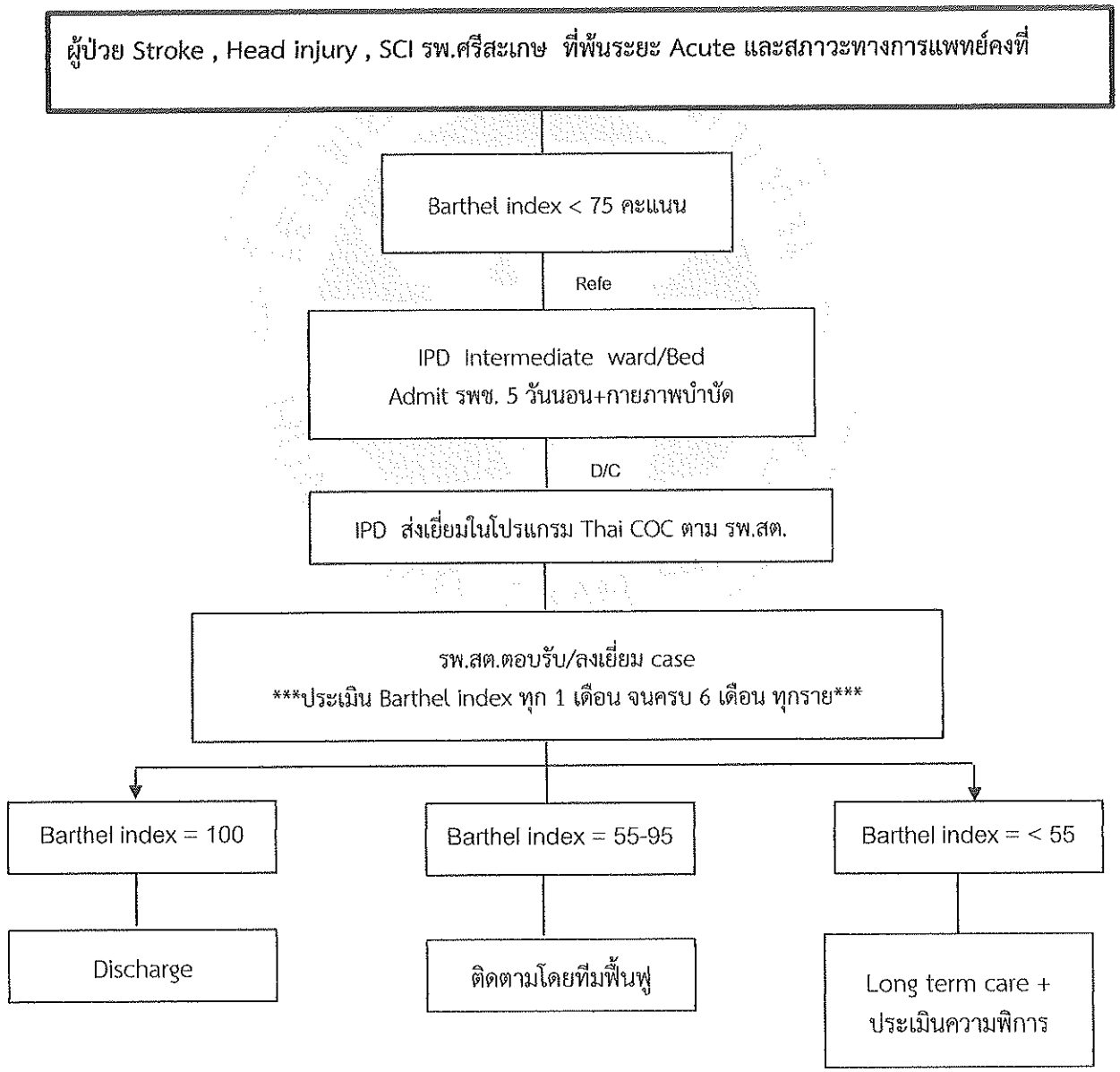
R/O

CLINICIAN'S REMARKS AND ADVICE

REFERING PHYSICIAN HOSPITAL

ADDRESS

ระบบการส่งต่อผู้ป่วยระยะกลาง Intremediate Care (IMC)
รพ.ศรีสะเกษ/รพ.กันทรลักษ์ รพช. รพ.สต. ตรอบครัว
แนวทางการ refer back ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์กลับไปรับบริการ IMC bed/ward ตาม Care protocol



ภาวะภูมิแพ้รุนแรงเฉียบพลัน

(Anaphylaxis)

ANAPHYLAXIS

โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 7-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วย Anaphylaxis

ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 1 หน้า) วันที่อนุมัติใช้ 5 มกราคม 2569

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นางกันยารัตน์ คำแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
แพทย์หญิงพราวรุ้ง จงวัฒนากุล	นายแพทย์ปฏิบัติการ	

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางสาวสุพรรณี วงคำจันทร์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

หน่วยงานที่นำไปใช้ : ER , OPD , IPD , องค์กรแพทย์

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 4	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/1
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 7-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 4
	เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วย Anaphylaxis	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางกันยารัตน์ คำแก้ว หน่วยงาน : งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ER , OPD , IPD , องค์กรแพทย์

Anaphylaxis

การวินิจฉัย Anaphylaxis

1. ไม่มีประวัติสัมผัสสิ่งกระตุ้น
   - **อาการทางผิวหนัง** + อาการทางระบบหายใจ หรืออาการทางระบบหลอดเลือด
2. สิ่งกระตุ้น เช่น อาหาร ยา พิษจากแมลงสัตว์กัดต่อย
3. อาการทางระบบต่างๆ 2 ข้อจากอาการ
   - **อาการทางผิวหนังหรือเยื่อบุ** เช่น ผื่นลมพิษ คัน เยื่อบุปาก ตาและจมูกบวม
   - **อาการทางระบบทางเดินหายใจ** เช่น แน่นหน้าอก หอบเหนื่อย wheezing , stidor , O2sat ต่ำหายใจไม่อิ่ม
   - **ความดันโลหิตต่ำ** (BP < 90/60 mmHg) ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง , หน้ามืดเป็นลม
   - **อาการทางระบบทางเดินอาหาร** เช่น ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย

- ซักประวัติตรวจร่างกาย
- วัด V/S, O2 sat
- Notify แพทย์

Treatment

- Adrenaline (1:1,000) 0.5 ml IM anterolateral thigh ให้ได้ทุก 10 นาที ถ้าอาการไม่ดีขึ้น (เด็ก 0.01 ml/kg/dose , max 0.3 ml / dose)
- CPM 1 amp IV stat (เด็ก 0.25 mg/kg) then q 6 hr
- Dexamethasone 4 mg iv stat then q 8 - 12 hr (ผู้ใหญ่)
- Hydrocortisone 5 mg/kg/dose v stat then q 6 hr max 100 mg (เด็ก)
- ถ้า lung มี wheezing ให้ salbutamol (1:3) NB stat (เด็ก 0.03 ml/kg)
- On O2 canular , keep O2 sat ≥ 95%
- *IV fluid : NSS*
- Remove Stinger กรณี ผึ้ง , ต่อ , แตน ต่อย

* ถ้า BP < 90/60 mmHg ให้ NSS 10 ml/kg IV load

Monitor V/S , O2 sat q 10-15 min

Admit observe อาการ biphasic phase อย่างน้อย 4-8 ชั่วโมง

Discharge

- Advice อาการ Anaphylaxis
- ออกบัตรแพ้
- ยา Antihistamine -> CPM ,Cetirizine, Ranitidine
  Prednisolone (5) 3x2 oral pc 3 วัน (เด็ก 1mg/kg/day)

ภาวะอักเสบติดเชื้อไวรัสของทางเดินหายใจส่วนบน (Croup)

CROUP

โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 8-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วย Croup

ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 3 หน้า) วันที่อนุมัติใช้ 5 มกราคม 2569

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นางกันยารัตน์ คำแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
แพทย์หญิงพราวรุ้ง จงวัฒนากุล	นายแพทย์ปฏิบัติการ	

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางสาวสุพรรณี วงคำจันทร์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

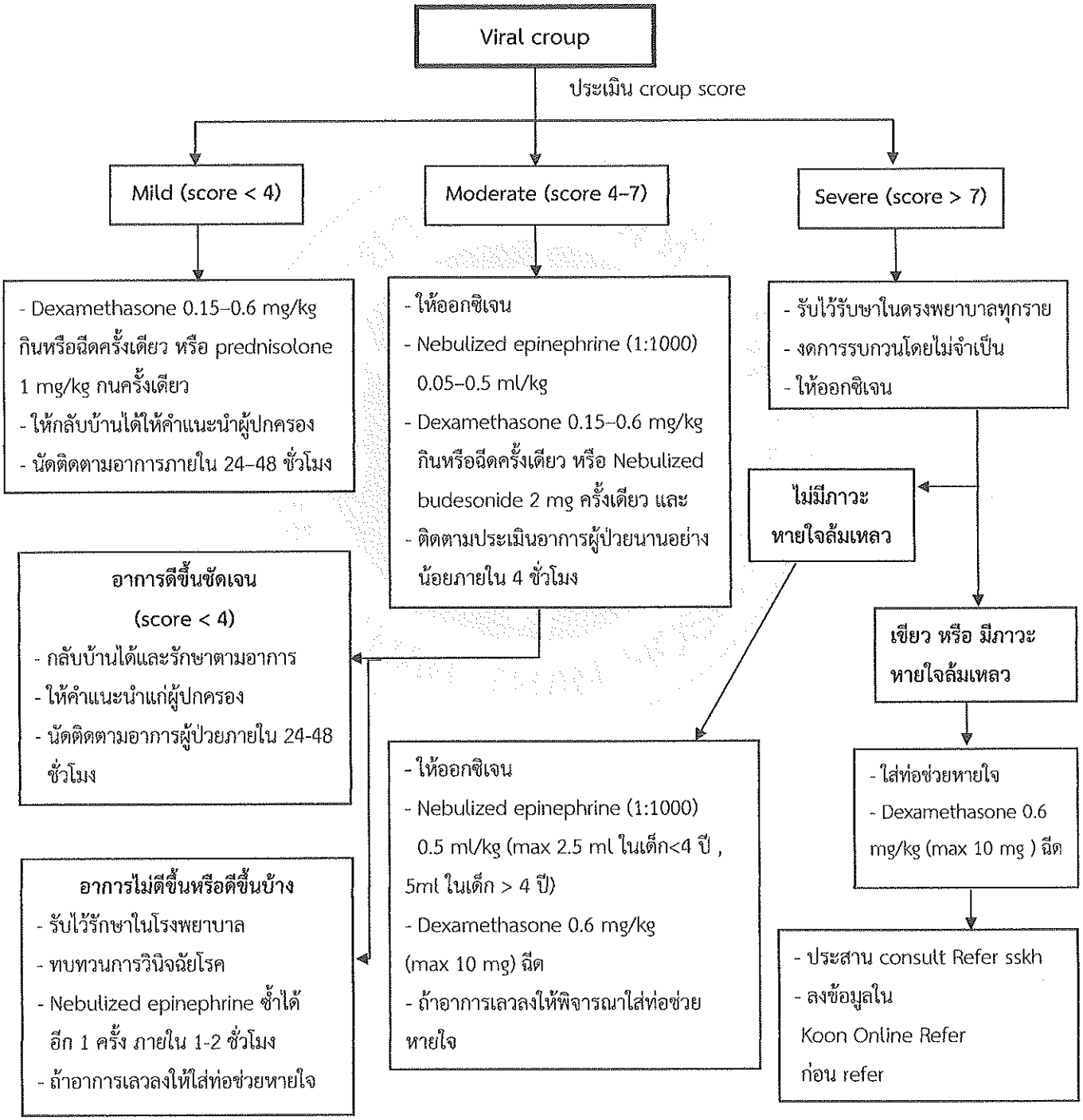
หน่วยงานที่นำไปใช้ : ER , OPD , IPD , องค์กรแพทย์

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 4	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/3
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 8-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 4
	เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วย Croup	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางกันยารัตน์ คำแก้ว หน่วยงาน : งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ER , OPD , IPD , องค์กรแพทย์



ตาราง Downes score (croup score)

ข้อบ่งชี้อื่น ๆ ในการรับไว้ในโรงพยาบาล

- มีภาวะหายใจลำบากชัดเจน หรือต้องได้รับออกซิเจนต่อเนื่อง
- มีประวัติเคยเกิดภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนบนอย่างรุนแรง
- มีประวัติเคยเป็น croup ชนิดรุนแรง หรือมีทางเดินหายใจผิดปกติแต่กำเนิด
- มีภาวะขาดน้ำชัดเจน
- อายุน้อยกว่า 6 เดือน
- กลับมารับการรักษาซ้ำใน 24 ชั่วโมง
- มีโรคประจำตัว chronic lung disease, neuromuscular disorder, trisomy 21 with significant hypotonia
- ผู้ปกครองกังวลใจ ไม่เข้าใจคำแนะนำ หรือไม่สามารถมาติดตามการรักษาได้
- การวินิจฉัยโรคยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจน

อาการและอาการแสดง	คะแนน		
	0	1	2
ไอ	ไม่มี	ร้องเสียงแหบ	ไอเสียงก้อง
เสียง stridor	ไม่มี	มีขณะหายใจเข้า	มีขณะหายใจเข้าและออก
เสียงหายใจเข้า	ปกติ	harsh breath sound/rhonchi	จำกัดและเข้มมาก
Chest retraction & nasal flaring	ไม่มี	มี nasal flaring + suprasternal retraction	เหนื่อยมาก + subcostal/intercostal retraction
เขียว	ไม่มี	เขียวแต่ยังไม่ให้ออกซิเจน	เขียวแม้ให้ออกซิเจนถึง 40%

แบ่งระดับความรุนแรงของโรคตาม croup score แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

croup score < 4 ระดับความรุนแรงน้อย (mild croup)

croup score 4-7 ระดับความรุนแรงปานกลาง (moderate croup)

croup score > 7 ระดับความรุนแรงมาก (severe croup)

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 3/3
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 8-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 4
	เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วย Croup	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางกันยารัตน์ ดำแก้ว หน่วยงาน : งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ER , OPD , IPD , องค์กรแพทย์

แบบประเมิน Croup Score โรงพยาบาลห้วยทับทัน จ. ศรีสะเกษ

วันที่																								
อาการและอาการแสดง	2	6	10	14	18	22	2	6	10	14	18	22	2	6	10	14	18	22	2	6	10	14	18	22
1. ไอ (Cough)																								
2. เสียงหายใจดัง (Stridor)																								
3. Retraction Or nasal flaring																								
4. เขียว (Cyanosis)																								
5. เสียงหายใจ(Air entry)																								
รวม																								

การประเมินความรุนแรงของกลุ่มอาการ Croup

อาการและอาการแสดง	คะแนน 0	คะแนน 1	คะแนน 2
1. ไอ (Cough)	ไม่มี	ร้องเสียงแหบ (Hoarseness)	ไอเสียงก้อง (Barking cough)
2. เสียงหายใจดัง (Stridor)	ไม่มี	มีขณะหายใจเข้า	มีทั้งขณะหายใจเข้าและหายใจออก
3. Retraction Or nasal flaring	ไม่มี	มี Nasal flaring & Suprasternal	Suprasternal , Subcostal , Intercostals , Retraction
4. เขียว (Cyanosis)	ไม่มี	เขียวเมื่อหายใจอากาศทั่วไป	เขียวขณะรับออกซิเจนความเข้มข้น40%
5. เสียงหายใจ (Air entry)	ปกติ	ลดลง	ลดลง

ระดับความรุนแรง

< 4 คะแนน = มีภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจไม่รุนแรง

4-7 คะแนน = มีภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจปานกลางถึงมาก

>7 คะแนน = มีภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจปานกลางถึงมาก จำเป็นต้องใส่ท่อหลอดลม

** กรณี Score < 4 คะแนน : Dose ที่ใช้ - Dexamethasone 0.15-0.6 mg/kg IV/IM

- Epinephrine (1:1000) 0.05-0.5 ml/kg Nebulized (อายุ ≤4 ปี : ขนาดสูงสุด 2.5 ml)

***พิจารณาใส่ท่อหลอดลมคอเมื่อผู้ป่วยมีอาการดังต่อไปนี้ : Increased retraction, decreased air entry , *worsening stridor , decreased stridor but increased wheeze , cyanosis , depressed sensorium ,* hypoxia , hypercarbia

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี HN.....AN.....

แบบประเมิน Croup Score โรงพยาบาลห้วยทับทัน จ. ศรีสะเกษ

วันที่																								
อาการและอาการแสดง	2	6	10	14	18	22	2	6	10	14	18	22	2	6	10	14	18	22	2	6	10	14	18	22
1. ไอ (Cough)																								
2. เสียงหายใจดัง (Stridor)																								
3. Retraction Or nasal flaring																								
4. เขียว (Cyanosis)																								
5. เสียงหายใจ (Air entry)																								
รวม																								

การประเมินความรุนแรงของกลุ่มอาการ Croup

อาการและอาการแสดง	คะแนน 0	คะแนน 1	คะแนน 2
1. ไอ (Cough)	ไม่มี	ร้องเสียงแหบ (Hoarseness)	ไอเสียงก้อง (Barking cough)
2. เสียงหายใจดัง (Stridor)	ไม่มี	มีขณะหายใจเข้า	มีทั้งขณะหายใจเข้าและหายใจออก
3. Retraction Or nasal flaring	ไม่มี	มี Nasal flaring & Suprasternal	Suprasterna l, Subcostal , Intercostals , Retraction
4. เขียว (Cyanosis)	ไม่มี	เขียวเมื่อหายใจอากาศทั่วไป	เขียวขณะรับออกซิเจนความเข้มข้น40%
5. เสียงหายใจ (Air entry)	ปกติ	ลดลง	ลดลง

ระดับความรุนแรง

< 4 คะแนน = มีภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจไม่รุนแรง

4-7 คะแนน = มีภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจปานกลางถึงมาก

>7 คะแนน = มีภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจปานกลางถึงมาก จำเป็นต้องใส่ท่อหลอดลม

**กรณี Score < 4 คะแนน :Dose ที่ใช้ - Dexamethasone 0.15-0.6 mg/kg IV/IM

- Epinephrine (1:1000) 0.05-0.5 ml/kg Nebulized (อายุ ≤4 ปี : ขนาดสูงสุด 2.5 ml)

***พิจารณาใส่ท่อหลอดลมคอเมื่อผู้ป่วยมีอาการดังต่อไปนี้ : Increased retraction, decreased air entry , worsening stridor , decreased stridor but increased wheeze , cyanosis , depressed sensorium , hypoxia , hypercarbia

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี HN.....AN.....

2. กลุ่มโรคเรื้อรัง

โรคหอบหืด
(Asthma)
ASTHMA

โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 9-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหืดที่มีอาการกำเริบ (Acute Asthma Attack)

ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 5 หน้า) วันที่อนุมัติใช้ 5 มกราคม 2569

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นายทิษณุ รื่นกลิ่น	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
แพทย์หญิงณัฏฐนิช วราพุฒ	นายแพทย์ปฏิบัติการ	

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางสาวสุพรรณี วงคำจันทร์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

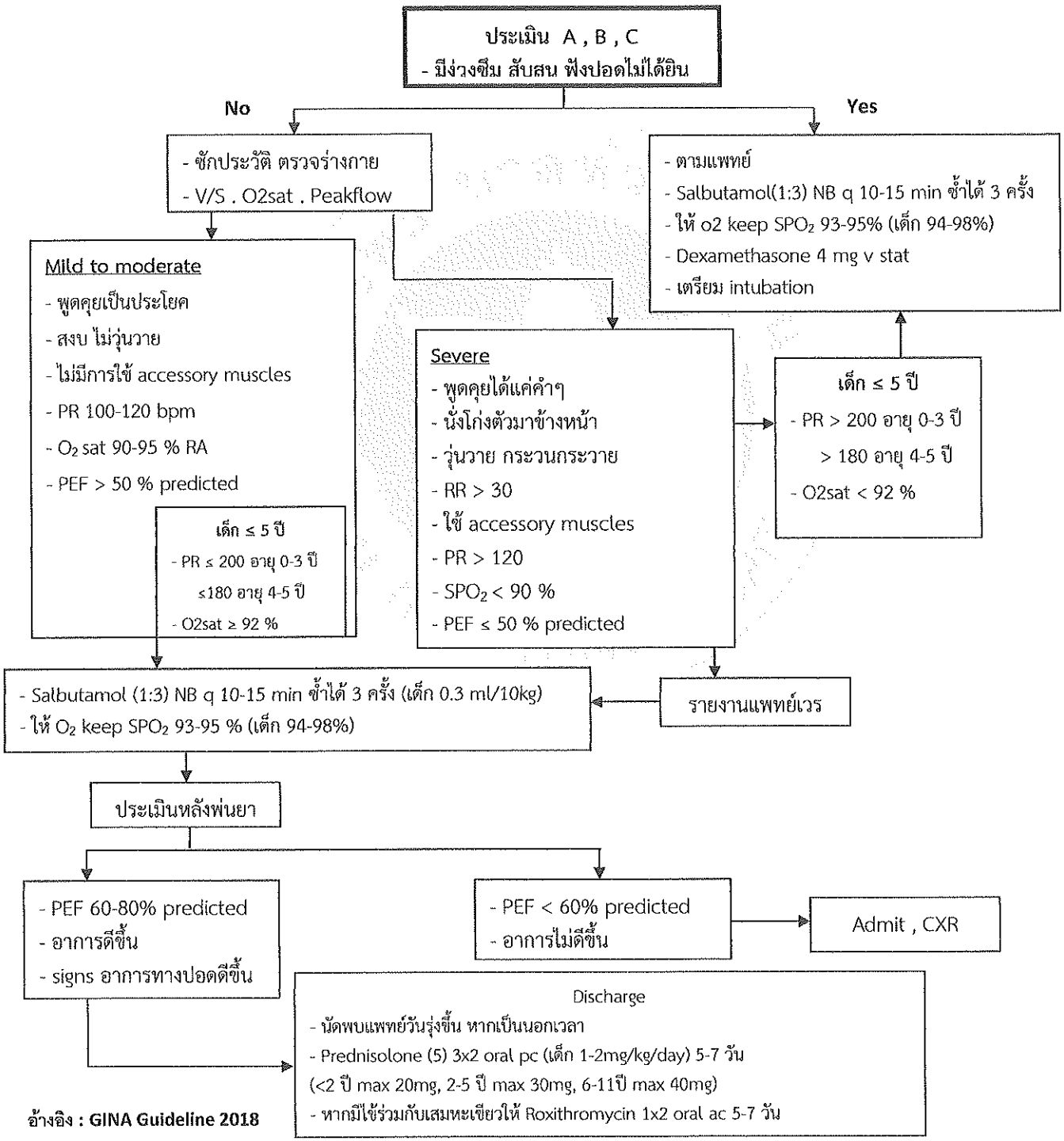
หน่วยงานที่นำไปใช้ : ER , IPD , OPD , NCD , องค์กรแพทย์

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

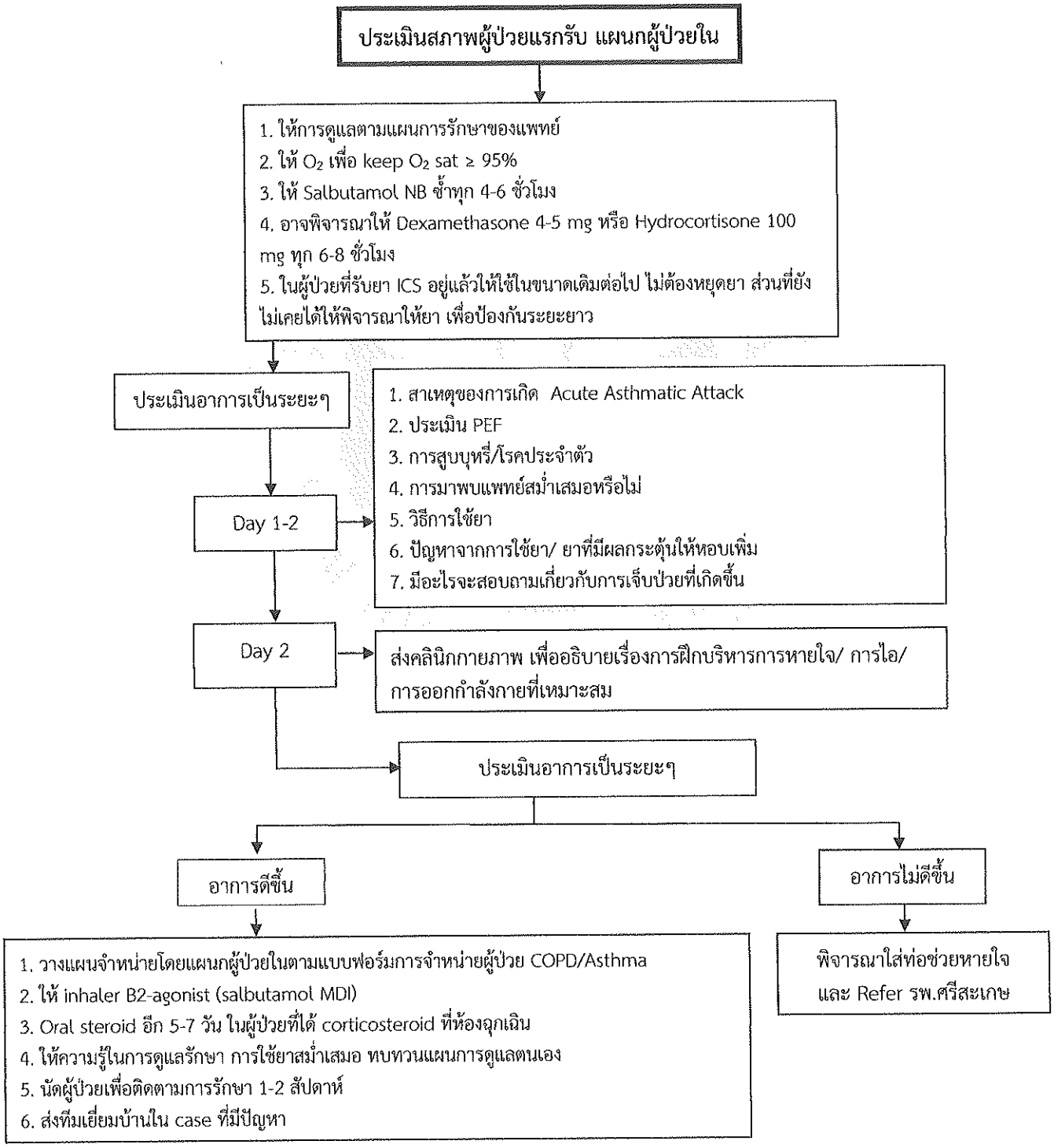
ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ประกาศใช้ทั้งฉบับครั้งแรก	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/5
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 9-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1
	เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหืดที่มีอาการกำเริบ (Acute Asthma Attack)	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นายทิษณุ รื่นกลื่น หน่วยงาน : งานผู้ป่วยนอก NCD	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ER , IPD , OPD , NCD , องค์กรแพทย์

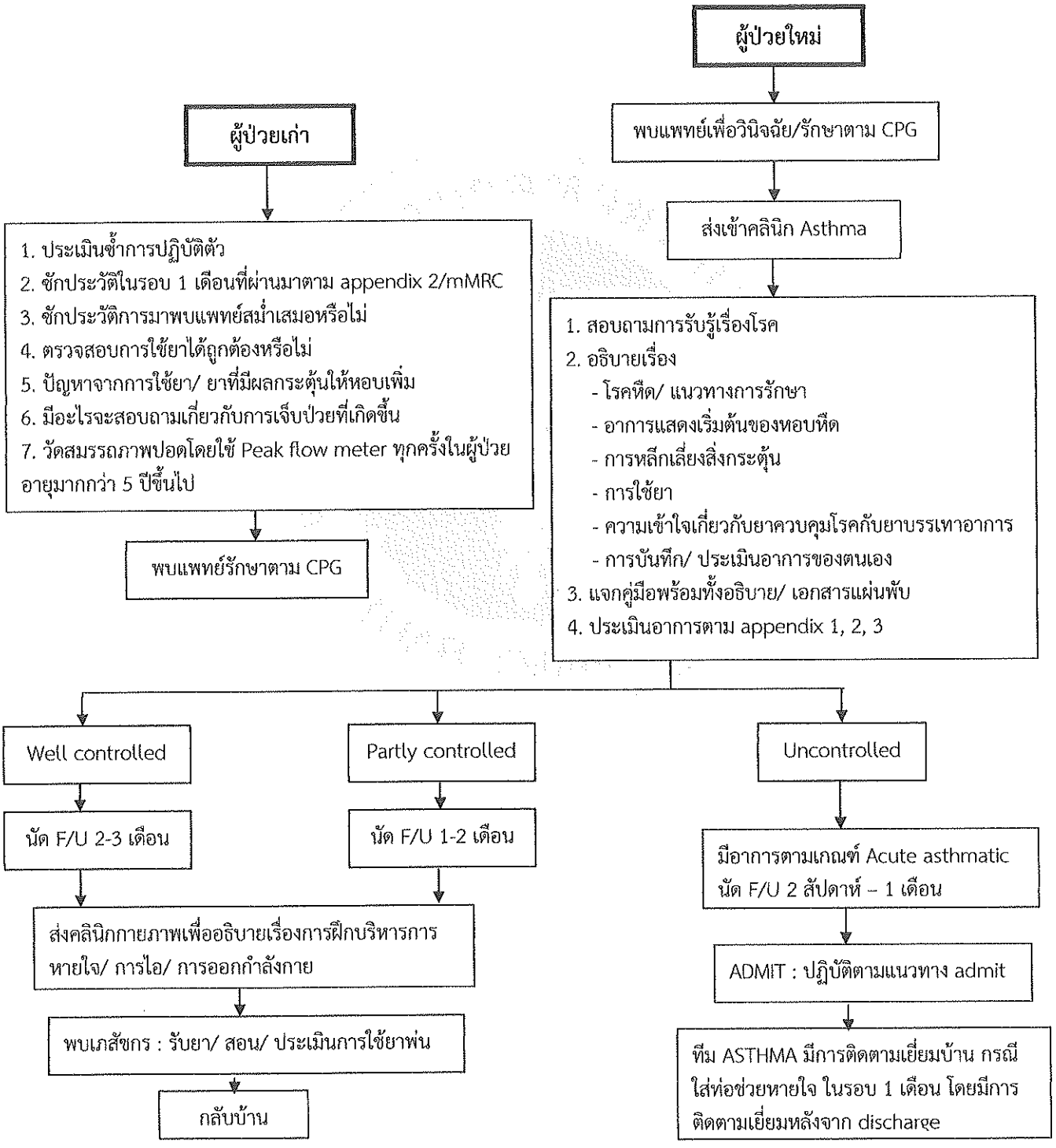


อ้างอิง : GINA Guideline 2018

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 2/5
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 9-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1
	เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหืดที่มีอาการกำเริบ (Acute Asthma Attack)	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นายทิษณุ รื่นกลื่น หน่วยงาน : งานผู้ป่วยนอก NCD	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ER , IPD , OPD , NCD , องค์กรแพทย์



	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 3/5
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 9-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1
	เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหืดที่มีอาการกำเริบ (Acute Asthma Attack)	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นายทิษณุ รื่นกลื่น หน่วยงาน : งานผู้ป่วยนอก NCD	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ER , IPD , OPD , NCD , องค์กรแพทย์



	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 4/5
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 9-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1
	เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหืดที่มีอาการกำเริบ (Acute Asthma Attack)	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นายทิษณุ รื่นกลื่น หน่วยงาน : งานผู้ป่วยนอก NCD	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ER , IPD , OPD , NCD , องค์กรแพทย์

กลุ่มที่มีความรุนแรงน้อย
1. มีอาการเหนื่อยหอบเล็กน้อย
2. มีภาวะ Exacerbation ไม่รุนแรง
3. No respiratory failure
4. O_2 sat ≥ 90%
5. ฟัง lung ได้ยินเสียง wheezing ตอนหายใจออก

กลุ่มที่มีความรุนแรงมาก
1. ลักษณะการใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ (Retraction/Abdominal paradox/Accessory muscle use)
2. ชีพจร > 120 ครั้ง/นาที
3. O_2 sat < 90 %
4. ซึมสับสนหรือหมดสติ
5. ฟัง lung ได้ยินเสียง wheezing ทั้งตอนหายใจเข้าและออก หรือฟัง lung เป็น poor air entry

No Respiratory failure

1. ให้ Berodual NB 2:2 อาจซ้ำได้ทุก 20 นาที x 1-3 ครั้ง
2. ให้ O_2เพื่อ keep O_2sat 88-92%
3. พิจารณาให้dexamethasone 5-10 mg IV stat ในรายที่ไม่ดีขึ้นในทันทีหรืออาการรุนแรงมาก

รายงานแพทย์ทันที
- on IV fluid or HL
- O_2 Therapy(O_2 mask with bag)
- Berodual NB 2:2 stat
- Dexamethasone 8 mg IV stat
- ATB ในกรณีที่สงสัยการติดเชื้อแบคทีเรีย

อาการดีขึ้น

อาการไม่ดีขึ้น

กลับบ้าน ให้พ่นยาเดิม

รายงานแพทย์ พิจารณา admit

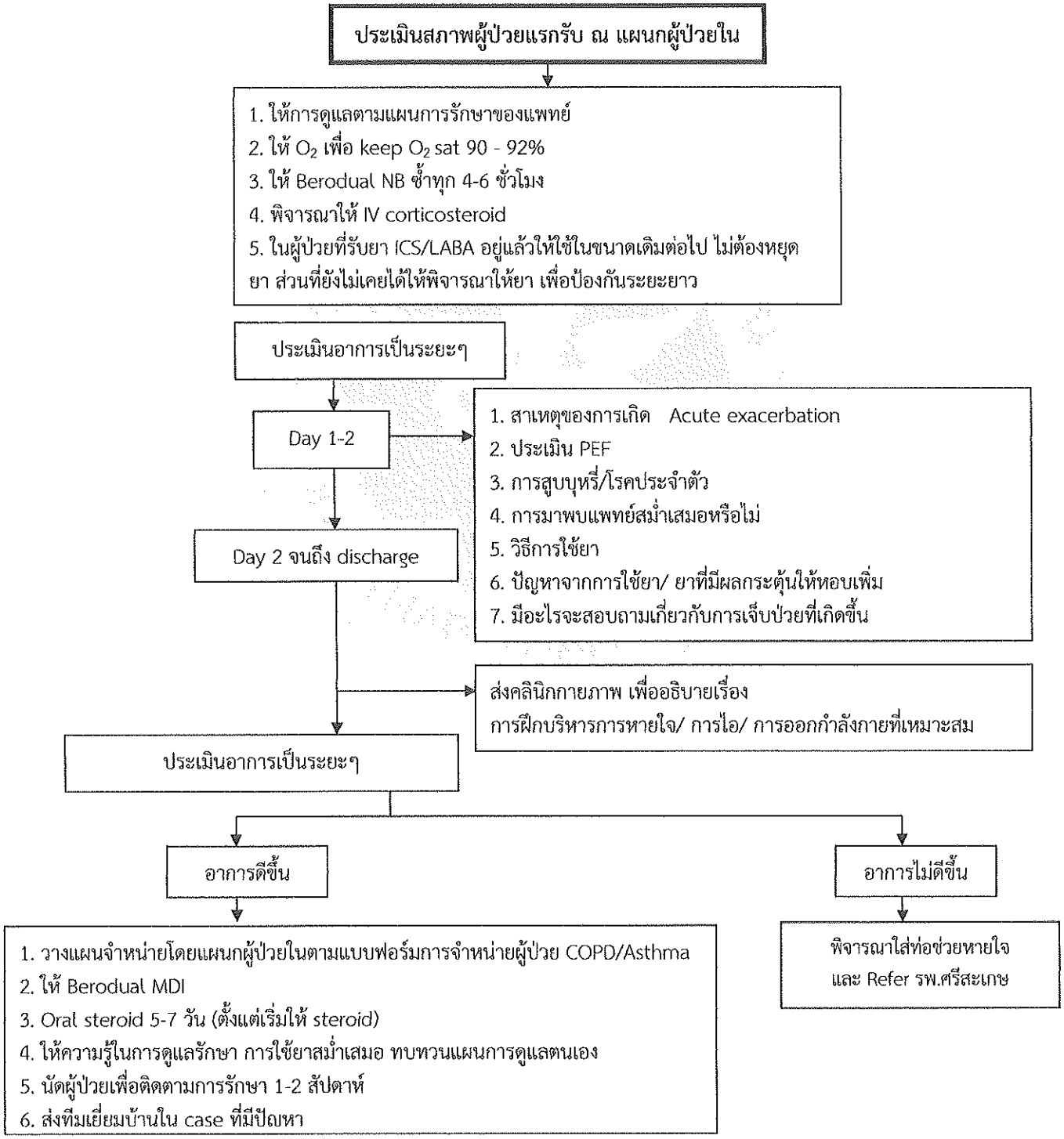
ให้การดูแลตาม CPG ที่แผนกผู้ป่วยใน

พิจารณา ET tube / bronchodilator

Refer รพ.ศรีสะเกษ

นัดผู้ป่วยเพื่อติดตามการรักษาดังนี้
- กรณีมีนัดเดิมที่คลินิกให้ใช้นัดเดิม
- กรณีได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์แล้วแต่ยังไม่มีนัดที่คลินิก : ให้ยาเดิม และนัด 1 สัปดาห์เข้าคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
- กรณีที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ให้ยาตามอาการและนัดพบแพทย์ในวันถัดไป

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 5/5
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 9-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1
	เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหืดที่มีอาการกำเริบ (Acute Asthma Attack)	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นายทิษณุ รื่นกลื่น หน่วยงาน : งานผู้ป่วยนอก NCD	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ER , IPD , OPD , NCD , องค์กรแพทย์



โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

(Chronic Obstructive Pulmonary Disease)

CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 10-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) คลินิกโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง	
ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 2 หน้า) วันที่อนุมัติใช้

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นายทิษณุ รื่นกลื่น	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ทิษณุ รื่นกลื่น
ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
แพทย์หญิงณัฏฐนิช วราพุฒ	นายแพทย์ปฏิบัติการ	

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางสาวสุพรรณี วงคำจันทร์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

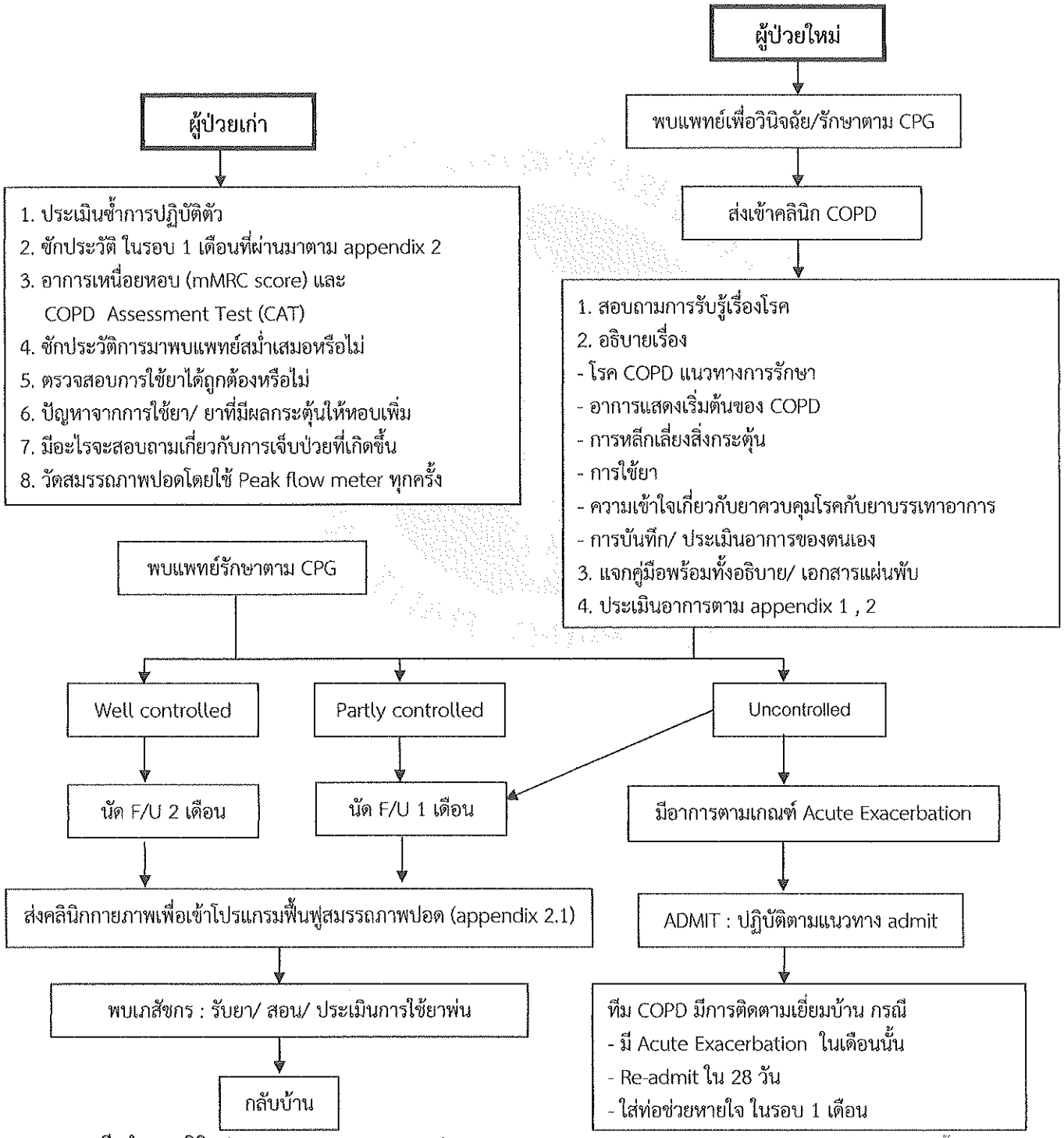
หน่วยงานที่นำไปใช้ : ทุกแผนกที่เกี่ยวข้อง

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ประกาศใช้ทั้งฉบับครั้งแรก	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/2
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 10-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1
	เรื่อง : แนวทางการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) คลินิกโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นายทิษณุ รื่นกลื่น หน่วยงาน : งานผู้ป่วยนอก NCD	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ทุกแผนกที่เกี่ยวข้อง



ภาวะหายใจลำบาก (Modified Medical Research Council Dyspnea Score ; mMRC) ซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะหายใจลำบากเป็น 5 ระดับคือ

ระดับ 1 = หอบขณะออกกำลังกายอย่างหนักเท่านั้น

ระดับ 2 = หอบเมื่อเดินอย่างเร่งรีบบนพื้นราบหรือเมื่อเดินขึ้นที่สูงชัน

ระดับ 3 = เดินบนพื้นราบได้ช้ากว่าคนอื่นที่อยู่ในวัยเดียวกันเพราะหายใจหอบหรือต้องหยุดเพื่อหายใจเมื่อเดินตามปกติบนพื้นราบ

ระดับ 4 = ต้องหยุดเพื่อหายใจหลังจากเดินได้ประมาณ100 เมตรหรือหลังจากเดินได้สักพักบนพื้นราบ

ระดับ 5 = หายใจหอบมากเกินกว่าจะออกจากบ้านหอบมากขณะแต่งตัวหรือเปลี่ยนเสื้อผ้า

*mMRC <2 ถือว่าอาการน้อย

*mMRC >2 ถือว่าอาการมาก

โรคเบาหวาน

(Diabetes Mellitus)

DIABETES MELLITUS

โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 11-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางดูแลภาวะหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 3 หน้า) วันที่อนุมัติใช้

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นางสาวศิรินภา ไชยรักษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ศิรินภา

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
แพทย์หญิงณัฏฐนิช วราพุฒ	นายแพทย์ปฏิบัติการ	

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางสาวสุพรรณี วงคำจันทร์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

หน่วยงานที่นำไปใช้ : ER , องค์กรแพทย์ , รพ.สต.เครือข่าย

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ประกาศใช้ทั้งฉบับครั้งแรก	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/3
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 11-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1
	เรื่อง : แนวทางดูแลภาวะหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสาวศิรินภา ไชยรักษ์ หน่วยงาน : งานผู้ป่วยนอก NCD	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ER , องค์กรแพทย์ , รพ.สต.เครือข่าย

ผู้ป่วยเจ็บหน้าอกสงสัยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

มาด้วยอาการ Typical chest pain

" ซักประวัติตาม LODCRAF "

- Location : เจ็บบริเวณกลางหน้าอก
- Onset : เวลาที่เริ่มเจ็บ
- Duration : ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเจ็บจนถึงโรงพยาบาล (≥20นาที)
- Character : ลักษณะการเจ็บหน้าอก เจ็บแน่นๆหนักๆ เหมือนมีของหนักทับ
- Radiation : อาการเจ็บร้าว ไปแขนซ้าย , ไหล่ลำคอ , กราม
- Aggravating สิ่งที่ทำให้อาการแย่ลง/ตอนนั้นทำอะไรอยู่
- Factor ปัจจัยที่ทำให้อาการดีขึ้น

มาด้วยอาการอื่นๆ Atypical chest pain เช่น

- ใจสั่น , เหงื่อออก
- วูบ , จุกแน่นท้อง
- เหนื่อย นอนราบไม่ได้

ต้องมี risk factor อย่างน้อย 2 ข้อ

- มีโรคประจำตัวเช่น DM , HT , DLP , โรคหัวใจ , COPD
- Smoking , heavy , drinking
- อายุ ชาย ≥ 45 ปี หญิง ≥ 55 ปี
- Family History โรคหัวใจและโรค MI

Fast Track Acute MI

* ซักประวัติ ระบุเวลาเริ่มมีอาการ
* Check V/S , O2Sat ,Pain score
* ASA 300 mg 1 tab เคี้ยวก่อนกลืนถ้าไม่มีข้อห้ามและระบุเวลาที่ให้ยา
* on O2 nasal canular 5 LPM
* on IV 0.9 Nacl KVO
* ส่งโรงพยาบาลทันทีเพื่อเข้าสู่ระบบ Fast tract MI ทำ EKG / Trop T Strip

* ประสานขอรถโรงพยาบาลพบแพทย์ด่วน
* ส่งต่อข้อมูลอาการผู้ป่วยโรงพยาบาลทราบ

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 2/3
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 11-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1
	เรื่อง : แนวทางดูแลภาวะหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสาวศิรินภา ไชยรักษ์ หน่วยงาน : งานผู้ป่วยนอก NCD	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ER , องค์กรแพทย์ , รพ.สต.เครือข่าย

แบบฟอร์มซักประวัติผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเพื่อช่วยในการวินิจฉัย โรงพยาบาลห้วยทับทัน อ.ห้วยทับทัน จ.ศรีสะเกษ

สำหรับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....

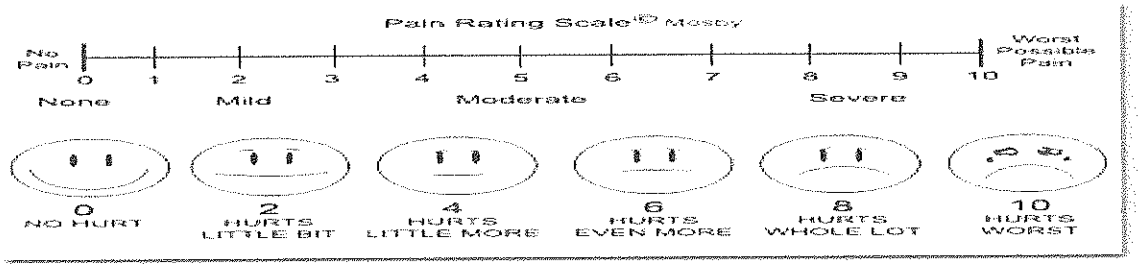
ผู้ป่วยชื่อ-สกุล..... อายุ..... ปี ประวัติโรคประจำตัว.....
วันที่มารพ.สต..... เวลามาถึงที่รพ.สต.....
เริ่มเจ็บหน้าอก วันที่..... เวลา.....
โรคประจำตัว..... ผู้ป่วยทำกิจกรรมอะไรขณะเจ็บ.....
ลักษณะการเจ็บหน้าอก

- ☐ Typical chest pain
  - ☐ เจ็บกลางหน้าอก
  - ☐ เจ็บแน่นๆ หนักๆ เหมือนมีของทับ
  - ☐ On set มากกว่า 20 นาที
  - ☐ เจ็บร้าวไป แขน คอ กราม
- ☐ Atypical chest pain
  - ☐ มาด้วยอาการอื่น ๆ
  - ☐ ใจสั่น เหงื่อออก
  - ☐ วูบ
  - ☐ จุกใต้ลิ้นปี่ เหนื่อย นอนราบไม่ได้
  - ☐ ต้องมีปัจจัยเสี่ยง 2 ข้อ
    - ☐ DM , HT , DLP , HD , COPD สูบบุหรี่ ดื่มสุรา
    - ☐ อายุ ชาย > 45 ปี หญิง > 45 ปี
    - ☐ ครอบครัวมีประวัติ Heart , MI

อาการร่วมที่พบ ☐ CHF ☐ Cardiogenic shock ☐ อื่น ๆ .....
.....

V/S T.....c P...../m R...../m BP1...../.....mmHg BP2...../.....mmHg O2 sat.....%

Pain score



☐ on O2 nasal cannula 5 LPM

☐ ASA 300 mg 1 tab เวลา ..... น.

☐ on IV 0.9 NSS 100 cc/hrs เวลา ..... น.

V/S ก่อน refer T.....c P...../m R...../m BP1...../.....mmHg BP2...../.....mmHg

O2 sat.....% Pain score ..... คะแนน

ส่งต่อโรงพยาบาลเวลา..... มาถึงโรงพยาบาลเวลา.....

เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจ/บันทึก.....

เจ้าหน้าที่ ERผู้รับ.....

ข้อเสนอแนะ.....

.....

Reference : 1. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2557 โดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. Clinical practice guideline 2010 เล่มที่1 คณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบฟอร์มซักประวัติผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเพื่อช่วยในการวินิจฉัย โรงพยาบาลห้วยทับทัน อ.ห้วยทับทัน จ.ศรีสะเกษ
สำหรับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....

ผู้ป่วยชื่อ-สกุล..... อายุ..... ปี ประวัติโรคประจำตัว.....
วันที่มารพ.สต..... เวลามาถึงที่รพ.สต.....
เริ่มเจ็บหน้าอก วันที่..... เวลา.....
โรคประจำตัว..... ผู้ป่วยทำกิจกรรมอะไรขณะเจ็บ.....
ลักษณะการเจ็บหน้าอก

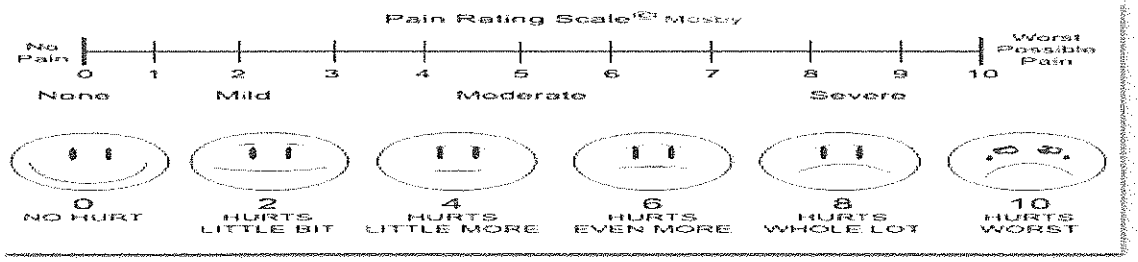
☐ Typical chest pain
☐ เจ็บกลางหน้าอก
☐ เจ็บแน่นๆ หนักๆ เหมือนมีของทับ
☐ On set มากกว่า 20 นาที
☐ เจ็บร้าวไป แขน คอ กราม

☐ Atypical chest pain
☐ มาด้วยอาการอื่น ๆ
☐ ใจสั่น เหงื่อออก
☐ วูบ
☐ จุกใต้ลิ้นปี่ เหนื่อย นอนราบไม่ได้
☐ ต้องมีปัจจัยเสี่ยง 2 ข้อ
☐ DM , HT , DLP , HD , COPD สูบบุหรี่ ดื่มสุรา
☐ อายุ ชาย > 45 ปี หญิง > 45 ปี
☐ ครอบครัวมีประวัติ Heart , MI

อาการร่วมที่พบ ☐ CHF ☐ Cardiogenic shock ☐ อื่น ๆ .....
.....

V/S T.....c P...../m R...../m BP1...../.....mmHg BP2...../.....mmHg O2 sat.....%

Pain score



☐ on O2 nasal cannula 5 LPM
☐ ASA 300 mg 1 tab เวลา ..... น.
☐ on IV 0.9 NSS 100 cc/hrs เวลา ..... น.

V/S ก่อน refer T.....c P...../m R...../m BP1...../.....mmHg BP2...../.....mmHg
O2 sat.....% Pain score ..... คะแนน
ส่งต่อโรงพยาบาลเวลา..... มาถึงโรงพยาบาลเวลา.....

เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจ/บันทึก.....
เจ้าหน้าที่ ERผู้รับ.....

โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 12-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ Hyperglycemia

ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 1 หน้า) วันที่อนุมัติใช้

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นางสาวศิรินภา ไชยรักษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
แพทย์หญิงณัฏฐนิช วราพุฒ	นายแพทย์ปฏิบัติการ	

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางสาวสุพรรณี วงคำจันทร์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

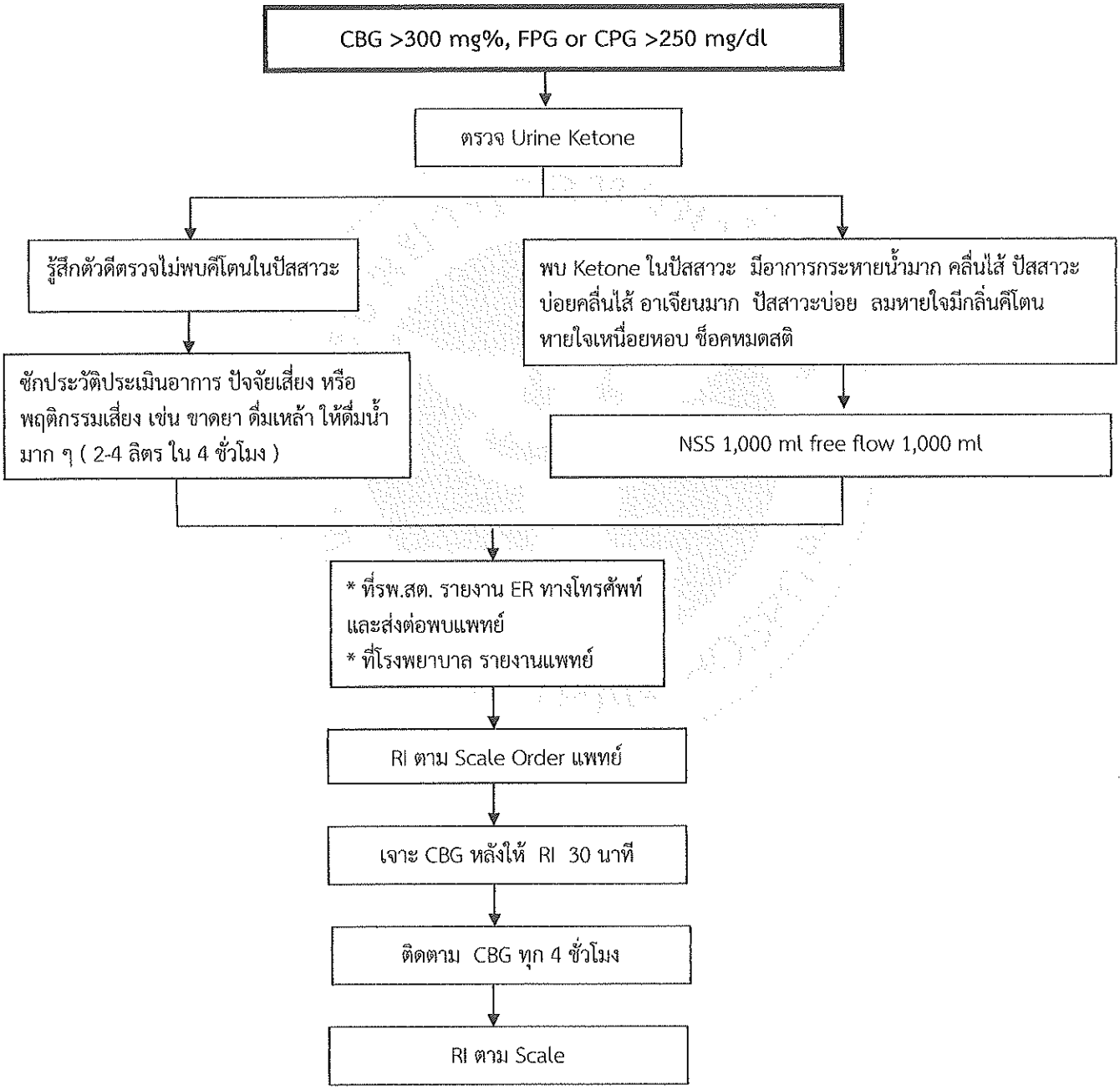
หน่วยงานที่นำไปใช้ : ER , องค์กรแพทย์ , รพ.สต.เครือข่าย

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ประกาศใช้ทั้งฉบับครั้งแรก	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/1
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 12-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1
	เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ Hyperglycemia	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสาวศิรินภา ไชยรักษ์ หน่วยงาน : งานผู้ป่วยนอก NCD	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ER , องค์กรแพทย์ , รพ.สต.เครือข่าย



Reference : 1. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 โดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. Clinical practice guideline 2010 เล่มที่ 1 คณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 13-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ Hypoglycemia

ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 1 หน้า) วันที่อนุมัติใช้

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นางสาวศิรินภา ไชยรักษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
แพทย์หญิงณัฏฐนิช วราพุฒ	นายแพทย์ปฏิบัติการ	

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางสาวสุพรรณี วงคำจันทร์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

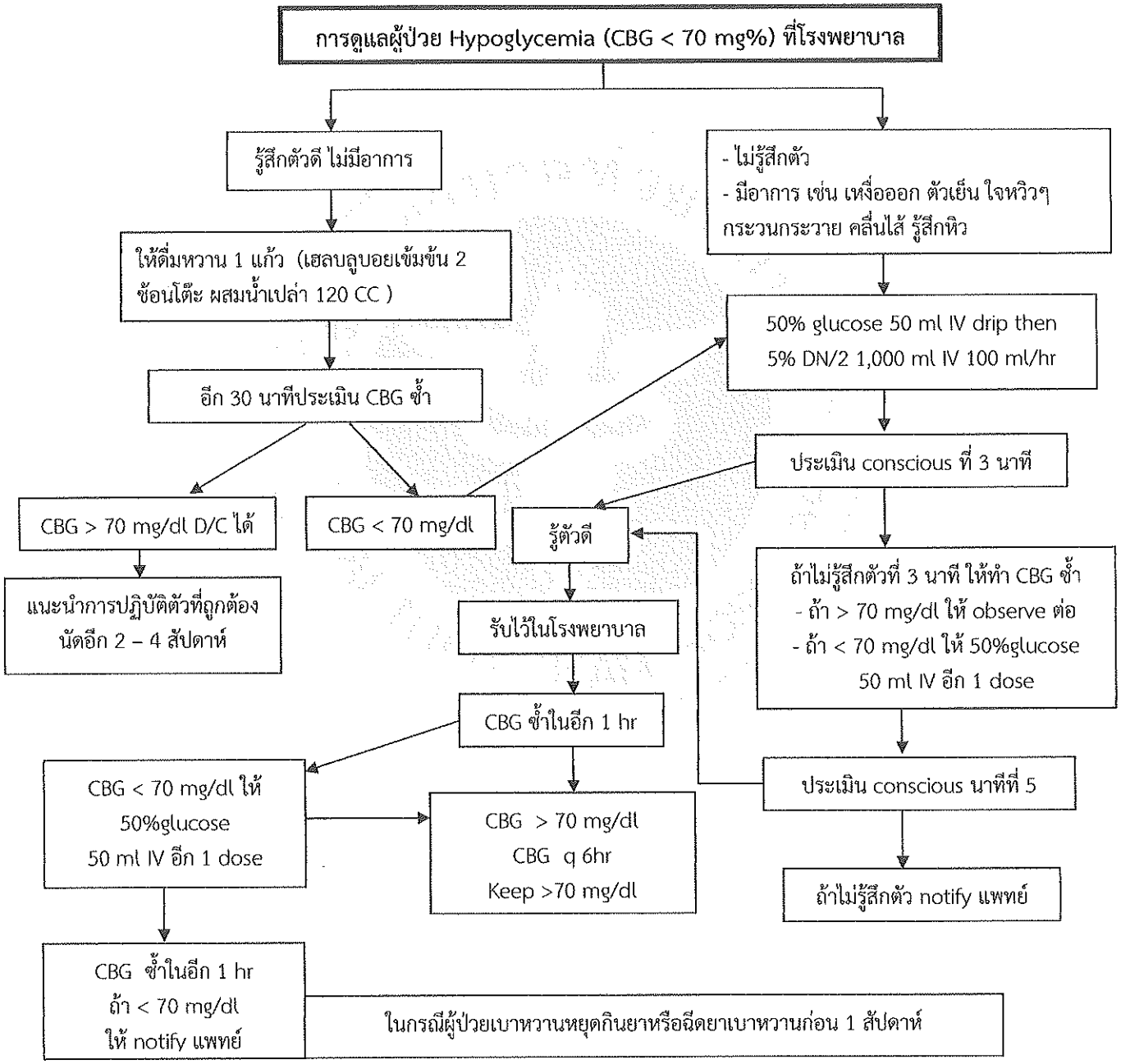
หน่วยงานที่นำไปใช้ : ER , องค์กรแพทย์ , รพ.สต.เครือข่าย

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ประกาศใช้ทั้งฉบับครั้งแรก	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/1
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 13-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1
	เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ Hypoglycemia	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสาวศิรินภา ไชยรักษ์ หน่วยงาน : งานผู้ป่วยนอก NCD	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ER , องค์กรแพทย์ , รพ.สต.เครือข่าย



Reference : 1. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 โดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. Clinical practice guideline 2010 เล่มที่1 คณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 14-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางดูแลภาวะแทรกซ้อน Stroke จากผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 6 หน้า) วันที่อนุมัติใช้

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นางสาวศิรินภา ไชยรักษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
แพทย์หญิงณัฏฐนิช วราพุฒ	นายแพทย์ปฏิบัติการ	

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางสาวสุพรรณี วงคำจันทร์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

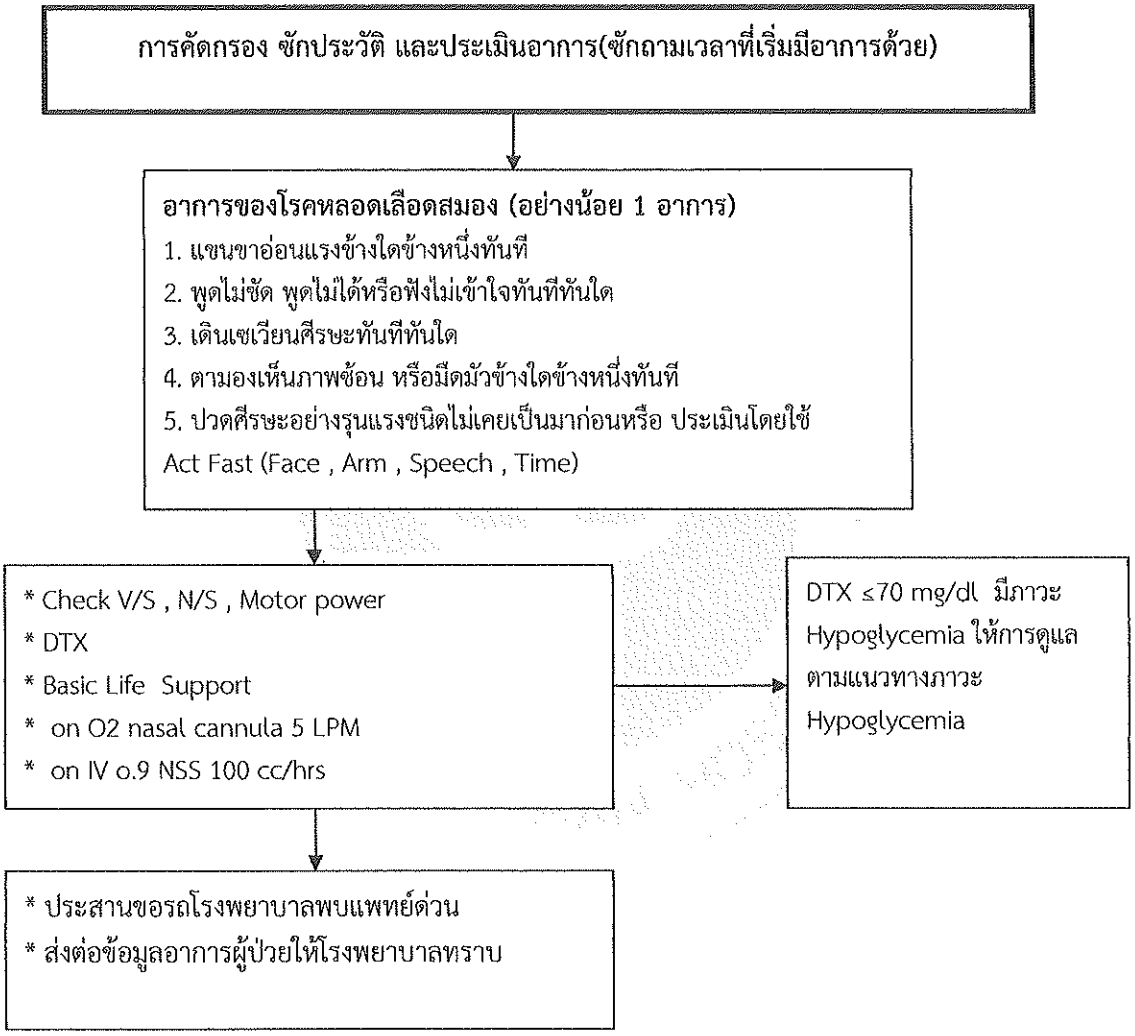
หน่วยงานที่นำไปใช้ : ER , องค์กรแพทย์ , รพ.สต.เครือข่าย

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ประกาศใช้ทั้งฉบับครั้งแรก	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/6
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 14-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1
	เรื่อง : แนวทางดูแลภาวะแทรกซ้อน Stroke จากผู้ป่วยโรคเบาหวาน	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสาวศิรินภา ไชยรักษ์ หน่วยงาน : งานผู้ป่วยนอก NCD	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ER , องค์กรแพทย์ , รพ.สต.เครือข่าย



แนวทางการประเมินผู้ป่วยทางระบบประสาท (neurological assessment)

1. การประเมินระดับการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัว

1.1 โดยใช้ Glasgow coma scale (GCS) ซึ่งมีคะแนนรวมสูงสุด = 15 คะแนน

การลืมตา (eye opening)

- ลืมตาได้เอง	4	คะแนน
- ลืมตาเมื่อเรียก	3	คะแนน
- ลืมตาเมื่อรู้สึกเจ็บปวด	2	คะแนน
- ไม่ลืมตาเลย	1	คะแนน

การตอบสนองต่อการเรียกหรือการพูด (verbal)

- พูดคุยได้ไม่สับสน	5	คะแนน
- พูดคุยได้แต่สับสน	4	คะแนน
- พูดเป็นคำ ๆ	3	คะแนน
- ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด	2	คะแนน
- ไม่ออกเสียงเลย	1	คะแนน

การเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด (movement)

- ทำตามคำสั่งได้	6	คะแนน
- ทราบตำแหน่งที่เจ็บ	5	คะแนน
- ชักแขน ขาหนีเมื่อเจ็บ	4	คะแนน
- แขนงอผิดปกติ	3	คะแนน
- แขนเหยียดผิดปกติ	2	คะแนน
- ไม่เคลื่อนไหวเลย	1	คะแนน

หมายเหตุ : ลืมตาโดยไม่มี Response เลย ให้ 1 คะแนน
: ถ้าใส่ท่อหายใจให้ใส่ VT
: การประเมินแขนขาให้ประเมินแขนขาข้างที่ดีที่สุด

1.2 ขนาดรูม่านตา และ ปฏิกิริยาต่อแสง

การประเมินขนาดของรูม่านตา : ประเมินขนาดของรูม่านตาก่อนรูม่านตากระทบแสงไฟฉาย

1. มีปฏิกิริยาต่อแสงไฟฉาย บันทึกตัวย่อ R = react to light

2. มีปฏิกิริยาต่อแสงไฟฉายช้า บันทึกตัวย่อ S = sluggish

3. ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสงไฟฉาย บันทึกตัวย่อ N = no react to light หรือ อาจใช้ F = Fixed

4. ถ้าตาปิด บันทึกตัวย่อ C = close

1.3 กำลังของแขน ขา (motor power) มี 6 ระดับ grade 0-5

grade 0 หมายถึง ไม่มีการเคลื่อนไหว

grade 1 หมายถึง กระดิกนิ้วได้

grade 2 หมายถึง ขยับได้ตามแนวราบ

grade 3 หมายถึง ยกแขนต้านแรงไม่ได้

grade 4 หมายถึง ยกแขนต้านแรงได้เล็กน้อย

grade 5 หมายถึง กำลังปกติ

หมายเหตุ ต้องประเมินแขนขา ทั้ง 2 ข้าง

1.4 สัญญาณชีพผิดปกติ

1.4.1 อุณหภูมิร่างกาย T ≥ 37.5 c

1.4.2 ชีพจร P< 60 ครั้ง/นาที หรือ > 100 ครั้ง/นาที

1.4.3 อัตราการหายใจ R< 16 ครั้ง/นาที หรือ > 20 ครั้ง/นาที หรือแบบแผนการหายใจที่ผิดปกติ

1.4.4 ความดันโลหิต SBP > 220 mmHg , DBP > 120 mmHg วัด 2 ครั้งติดต่อกันใน 5 นาที

1.4.5 ระดับออกซิเจน (O2 sat) keep > 92 %

2. สังเกตและบันทึกอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (increase intracranial pressure: ICP) เช่น ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนอย่างรุนแรง ตาพร่ามัว ชัก เกร็ง กระตุก และลักษณะการหายใจที่ผิดปกติ pulse pressure กว้าง (SBP-DBP > 60 mmHg.)

3. สังเกตและบันทึกสัญญาณอันตราย และอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่มีอาการทางระบบประสาทเป็นแบบเฉพาะที่ เช่น แขนขา ชา อ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด พูดไม่ได้หรือฟังไม่เข้าใจ เดินเซ เวียนศีรษะ ตามองเห็นภาพซ้อนหรือมืดมัวข้างใดข้างหนึ่งทันที หรือปวดศีรษะอย่างรุนแรงชนิดไม่เคยเป็นมาก่อน ส่วนใหญ่เป็นแบบเฉียบพลัน แต่บางรายอาจมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป ใน 2-3 วัน หรือ ดีขึ้นแล้วเลวลงก็ได้

4. ซักประวัติเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงช่วยสนับสนุนการเกิดโรค เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ ไขมันในเลือดสูง สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น

หมายเหตุ การตรวจร่างกายเบื้องต้น เพื่อประเมินผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

1. ตรวจดูการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ (facial drop) โดยให้ผู้ป่วยยิงฟันแล้วสังเกตดูกล้ามเนื้อใบหน้าทั้งสองข้างว่าเท่ากันหรือไม่ ถ้ามุมปากด้านใดตกแสดงว่ากล้ามเนื้อใบหน้าด้านนั้นอ่อนแรง
2. การตรวจ motor power เป็นการตรวจดูความแข็งแรงของแขนและขา ถ้าผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงแขนและขาข้างที่อ่อนแรงจะไม่สามารถขยับหรือยกได้ตามปกติ ทำไม่ได้ตามที่ผู้ตรวจร่างกายบอกหรือพอขยับยกได้แต่จะค่อย ๆตกหรือตกทันที ซึ่งขึ้นอยู่กับความอ่อนแรงของแขนและขามากหรือน้อยกว่ากัน

สำหรับการตรวจความแข็งแรงของแขนปฏิบัติดังนี้

2.1 กรณีผู้ป่วยรู้สึกตัว นั่งทรงตัวได้ดี หรือพอยืนได้เอง ถ้ามีที่จับให้ผู้ป่วยใช้ฝ่ามือสองข้างดันกับมือผู้ตรวจเพื่อดูว่าผู้ป่วยมีแรงต้านหรือไม่ ถ้าไม่มีแรงต้านเลยแสดงว่าแขนข้างนั้นมีการอ่อนแรง ส่วนการตรวจกำลังของขาทำได้โดยการให้ผู้ป่วยนอนหงายและยกแขนขาทั้งสองข้างขึ้นและค้างไว้หรือให้ลองถีบจักรยานในอากาศ ถ้าผู้ป่วยอ่อนแรง จะทำไม่ได้

2.2 กรณีพอรู้สึกตัว ทำตามบอกได้บ้างให้ผู้ป่วยนอนพักในท่านอนหงาย ยกแขนขึ้นทั้ง 2 ข้าง หรือยกทีละข้าง ถ้าสามารถค้างไว้ได้ ผู้ตรวจใช้มือกดที่ต้นแขนดูว่ามีแรงต้านผู้ตรวจได้หรือไม่ เช่น ถ้าต้านแรงผู้ตรวจได้แสดงว่าแขนข้างนั้นมี motor power grade 4^{+} ส่วนการตรวจขาจะยกทีละข้าง และทำเช่นเดียวกับการตรวจแขน

2.3 กรณีผู้ป่วยมีการอ่อนแรงของแขนท่อนบน หรือขาท่อนล่างเล็กน้อย (minor weakness) ซึ่งการตรวจ motor power ตามปกติอาจจะมองไม่เห็น จึงมีการตรวจกำลังกล้ามเนื้อแขน (pronator drift) โดยให้ผู้ป่วยนั่ง (ถ้านั่งได้) แล้วยกแขน 90 องศา หรือนอนแล้วยกแขน 45 องศา หงายมือทั้ง 2 ข้าง ค้างไว้ประมาณ 10 วินาที ส่วนการตรวจกำลังกล้ามเนื้อขาให้ผู้ป่วยนอนหงายบนเตียง แล้วยกขาขึ้น 30 องศา นาน 5 วินาที ถ้าผิดปกติจะเห็นแขนหรือขาข้างที่อ่อนแรงค่อย ๆ ตกลง

แบบฟอร์มการซักประวัติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อช่วยในการวินิจฉัย
โรงพยาบาลห้วยทับทัน อ.ห้วยทับทัน จ.ศรีสะเกษ

สำหรับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....

ผู้ป่วยชื่อ-สกุล.....**อายุ**..... **ปี ประวัติโรคประจำตัว**.....
วันที่มารพ.สต..... **เวลามาถึงที่รพ.สต**.....

1. Act Fast

Facial palsy affected side ปากเบี้ยว ☐ yes ☐ No ☐ Unknow
Arm weakness affected side แขน ขา ไม่มีแรง ☐ yes Rt , Lt ☐ No ☐ Unknow
Speech impairment พูดไม่ออก พูดไม่ชัด ☐ yes ☐ No ☐ Unknow
Time of onset ถามเวลาที่เริ่มมีอาการ.....น.☐ < 3 ชั่วโมง ☐ > 3 ชั่วโมง

2. **อาการอื่น**.....

3. **สัญญาณชีพ** T.....c P...../m R...../m BPครั้งที่1...../.....mmHg BPครั้งที่2...../.....mmHg O2 sat.....%

4. **ผล DTX** ..... **mg/dl.**

กรณีมีภาวะHypoglycemia (DTX ≤ 70 mg % มีภาวะHypoglycemiaระดับรุนแรงคือมีอาการแสดงและแก้ไขน้ำตาลต่ำด้วยตัวเองไม่ได้ต้องอาศัยผู้อื่นช่วย)

☐ 50% glucose 50 ml IV เวลา.....น. และ on IV 5%D/N/2 1,000 ml rate 100 cc/hrs เวลา.....น.

กรณีไม่ใช่ภาวะHypoglycemia

☐ on O2 nasal cannula 5 LPM
☐ on IV NSS 100 cc/hr

5. **ผลการประเมินผู้ป่วยทางระบบประสาท**

1. GCS..... คะแนน (E = ... , M =..... , V =.....)
2. ขนาดรูม่านตา และ ปฏิกิริยาต่อแสง RE..... LE.....
3. กำลังของแขน ขา (motor power)

ข้าง Rt .....
ข้าง Lt.....

6. ส่งต่อโรงพยาบาลเวลา.....มาถึงโรงพยาบาลเวลา.....

เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจ/บันทึก.....
เจ้าหน้าที่ ERผู้รับ.....

ข้อเสนอแนะ.....

Reference : 1. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 โดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. Clinical practice guideline 2010 เล่มที่ 1 คณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบฟอร์มการซักประวัติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อช่วยในการวินิจฉัย
โรงพยาบาลห้วยทับทัน อ.ห้วยทับทัน จ.ศรีสะเกษ

สำหรับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....

ผู้ป่วยชื่อ-สกุล.....**อายุ**..... **ปี ประวัติโรคประจำตัว**.....
วันที่มารพ.สต..... **เวลามาถึงที่รพ.สต**.....

1. Act Fast

Facial palsy affected side ปากเบี้ยว	☐ yes	☐ No	☐ Unknow
Arm weakness affected side แขน ขา ไม่มีแรง	☐ yes Rt , Lt	☐ No	☐ Unknow
Speech impairment พูดไม่ออก พูดไม่ชัด	☐ yes	☐ No	☐ Unknow

Time of onset ถามเวลาที่เริ่มมีอาการ.....น.☐ < 3 ชั่วโมง ☐ > 3 ชั่วโมง

2. อาการอื่น.....

3. สัญญาณชีพ T.....c P...../m R...../m BPครั้งที่1...../.....mmHg BPครั้งที่ 2...../.....mmHg O2 sat.....%

4. ผล DTX ..... **mg/dl.**

กรณีมีภาวะHypoglycemia (DTX ≤ 70 mg % มีภาวะHypoglycemiaระดับรุนแรงคือมีอาการแสดงและแก้ไขน้ำตาลต่ำด้วยตัวเองไม่ได้ต้องอาศัยผู้อื่นช่วย)

☐ 50% glucose 50 ml IV เวลา.....น. และ on IV 5%D/N/2 1,000 ml rate 100 cc/hrs เวลา.....น.

กรณีไม่ใช่ภาวะHypoglycemia

☐ on O2 nasal cannula 5 LPM

☐ on IV NSS 100 cc/hr

5. ผลการประเมินผู้ป่วยทางระบบประสาท

1. GCS..... คะแนน (E = ... , M =..... , V =.....)
2. ขนาดรูม่านตา และ ปฏิกิริยาต่อแสง RE..... LE.....
3. กำลังของแขน ขา (motor power)

ข้าง Rt .....

ข้าง Lt.....

6. ส่งต่อโรงพยาบาลเวลา.....**มาถึงโรงพยาบาลเวลา**.....

เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจ/บันทึก.....
เจ้าหน้าที่ ERผู้รับ.....

ข้อเสนอแนะ.....

Reference : 1. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 โดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. Clinical practice guideline 2010 เล่มที่ 1 คณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 15-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางระบบบริการการดูแลผู้ป่วยในคลินิก DM

ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 5 หน้า) วันที่อนุมัติใช้

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นางสาวศิรินภา ไชยรักษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
แพทย์หญิงณัฏฐนิช วราพุฒ	นายแพทย์ปฏิบัติการ	

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางสาวสุพรรณี วงคำจันทร์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

หน่วยงานที่นำไปใช้ : ER , องค์กรแพทย์ , รพ.สต.เครือข่าย

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ประกาศใช้ทั้งฉบับครั้งแรก	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/5
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 15-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1
	เรื่อง : แนวทางระบบบริการการดูแลผู้ป่วยใน คลินิก DM	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสาวศิรินภา ไชยรักษ์ หน่วยงาน : งานผู้ป่วยนอก NCD	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ER , องค์กรแพทย์ , รพ.สต.เครือข่าย

First visit
แจ้งการวินิจฉัยโรคโดยแพทย์
ให้ความรู้เรื่องโรคและนัดหมาย

ผู้ป่วย DM รายใหม่

ขึ้นทะเบียน/ให้ความรู้

ขึ้นทะเบียนที่คลินิก NCD วันพุธหลังจากแพทย์วินิจฉัย

ประเมินปัญหาของผู้ป่วย

1. การวินิจฉัยโรค
2. การรับประทานยาและการใช้ยาจากที่อื่น
3. ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ3อ (อาหารออกกำลังกาย อารมณ์) , 2ส (สุรา . ยาสูบ)
4. ความสามารถในการดูแลตนเองและ ผู้ดูแลคือใคร
5. ประวัติการเจ็บป่วยญาติสายตรง

การตรวจประเมินร่างกาย และห้องปฏิบัติการ

1. วัดรอบเอว BMI V/S
2. ตรวจเท้าเบาหวาน ตรวจสุขภาพช่องปาก
3. นัดหมายตรวจตา คัดกรองความเสี่ยงวัณโรคปอด EKG และ CXR เมื่อมีข้อบ่งชี้
4. ตรวจ Lab มาตรฐาน Lipid profile creatinineHct Electrolyte (มีกินยา ACEI หรือ ARBและHctz) urine dipstick (macroalbumin-microalbumin) คำนวณ eGFR ดูหน้าที่ไต คำนวณ CVD risk score
5. ความสามารถในการดูแลตนเองและ ผู้ดูแลคือใคร
6. ประวัติการเจ็บป่วยญาติสายตรง

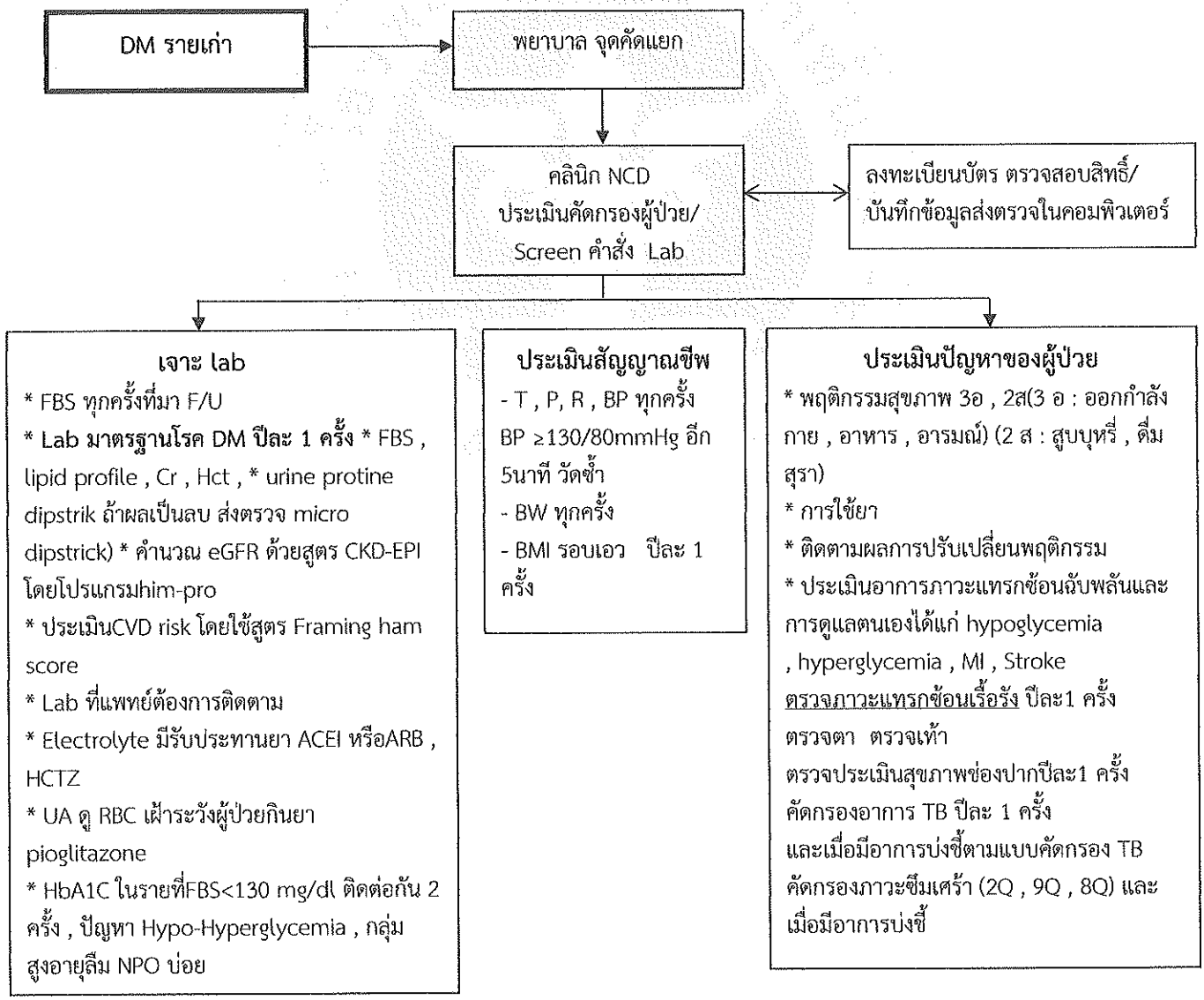
วางแผนการรักษา พยาบาล โดยผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมการตัดสินใจ

1. วิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อการจัดการ
2. วางแผนการให้ความรู้ตามความสำคัญของปัญหาโดยมีทีมสหวิชาชีพร่วมดูแล
   * ถ้ามีปัญหาเรื่องอารมณ์และสิ่งเสพติด ส่งพบงานสุขภาพจิต
   * ถ้ามีปัญหาเรื่องพฤติกรรมการทานอาหารและการออกกำลังกาย ส่งพบทีม DPAC
   * ถ้ามีปัญหาเรื่องการดูแลตนเอง การรับรู้ การสื่อสาร และเรื่องผู้ดูแล ส่งพบทีมเยี่ยมบ้าน
   * แนะนำการใช้ยาโดยเภสัชกร
   * การรักษาโดยแพทย์และพยาบาลประจำคลินิก
   * การดูแลสุขภาพเมื่อมีการเจ็บป่วย การมาตามนัด แหล่งประโยชน์ที่ไปใช้บริการใกล้บ้าน

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 2/5
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 15-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1
	เรื่อง : แนวทางระบบบริการการดูแลผู้ป่วยใน คลินิก DM	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสาวศิรินภา ไชยรักษ์ หน่วยงาน : งานผู้ป่วยนอก NCD	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ER , องค์กรแพทย์ , รพ.สต.เครือข่าย

การดูแลต่อเนื่อง

1. ส่งข้อมูลผู้ป่วยให้ รพ.สต. ในพื้นที่เพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน
2. ติดตามผลการรักษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
3. การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย การวางแผนการดูและการประเมินผลในโปรแกรม Him-pro , Folder โรคเรื้อรังเพื่อเชื่อมโยงปัญหากับการวินิจฉัย



4. วิเคราะห์สภาพปัญหาของผู้ป่วยและลำดับความสำคัญของปัญหา
5. วางแผนการให้ความรู้ตามความสำคัญของปัญหา
   - เรื่องอารมณ์และสิ่งเสพติด ส่งพบพยาบาลสุขภาพจิต
   - เรื่องพฤติกรรมการทานอาหารและการออกกำลังกาย ส่งพบทีม DPAC
   - เรื่องการดูแลตนเอง การรับรู้ การสื่อสาร และเรื่องผู้ดูแล ส่งพบทีมเยี่ยมบ้าน
   - แนะนำการใช้ยา (โดยเภสัชกร)
   - มีปัญหาซับซ้อนส่งพบพยาบาลจัดการรายโรค
6. วางแผนการให้ความรู้ตามปฏิทินสุขศึกษาประจำปี

ลำดับ	แผนการให้ความรู้ผู้ป่วยเบาหวาน	เดือนที่ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ติดตามประเมิน
1.	การออกกำลังกาย การดูแลเท้า	ม.ค. - ก.พ.	นางสาวนุชราภรณ์ สุโพ นอก/ นักกายภาพบำบัด	ก่อนและหลังให้ความรู้
2.	ควบคุมอาหารเบาหวาน	มี.ค.- เม.ย.	นางสาวศิรินภา ไชยรักษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ก่อนและหลังให้ความรู้
3.	การควบคุมอาหารลดเกลือโซเดียม	พ.ค. - มิ.ย.	นางอัจฉราภรณ์ ใสยเวช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ก่อนและหลังให้ความรู้
4.	การใช้ยา	ก.ค. - ส.ค.	นางสาวชลธิชา ดีกุดตุ้ม เภสัชกร	ก่อนและหลังให้ความรู้
5.	อาการของภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและการดูแลตนเองได้แก่ hypoglycemia , hyperglycemia , MI , Stroke	ก.ย. - ต.ค.	นายทิษณุ รื่นกลิ่น พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ก่อนและหลังให้ความรู้
6.	การเผชิญและการผ่อนคลายความเครียด	พ.ย. - ธ.ค.	นางสาวภัสราภรณ์ อารีย์ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ (พยาบาลสุขภาพจิต)	ก่อนและหลังให้ความรู้

<u>การดูแลผู้ป่วย</u>

แบ่งกลุ่มดูแลผู้ป่วยตามปิงปองจราจรชีวิต 7 สี (แบ่งตามประเภทกลุ่มป่วย 5 สี)

<u>สีเขียวเข้มและสีเหลือง</u>

1. ให้ความรู้ตามปฏิทินสุขศึกษาประจำปีและประเมินหลังได้รับความรู้
2. ให้คำปรึกษารายบุคคลหรือกลุ่ม(ผู้ดูแลผู้ป่วย)ตามความสำคัญของปัญหาที่พบ
3. พบแพทย์ตามนัดทุก 2 - 3 เดือน
4. ติดตามผลการตรวจภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ได้แก่ สมอง , หัวใจ , ตา , ไต , เท้า
5. ส่งตรวจประเมินสุขภาพช่องปากปีละ1 ครั้ง
6. บันทึกทางการพยาบาลในโปรแกรม Him - pro เกี่ยวกับปัญหาที่พบและคำปรึกษาที่ให้ไปแล้วเพื่อเกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยและเป็นเครื่องมือในการสื่อสารกับบุคลากรทีมสุขภาพ

<u>สีส้มและสีแดง</u>

ให้การดูแลเช่นเดียวกับสีเขียวเข้มและสีเหลือง

ส่วนเพิ่มเติม

1. เสริมทักษะผู้ป่วยหรือผู้ดูแลในการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตัวเองที่บ้าน
2. ให้คำปรึกษารายบุคคลหรือกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนตามความสำคัญของปัญหาที่พบ
3. พบแพทย์ตามนัดทุก 1 - 2 เดือน
4. ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน

<u>สีดำ</u>

ให้การดูแลเช่นเดียวกับสีเขียวเข้ม , สีเหลือง , สีส้มและสีแดง

ส่วนเพิ่มเติม

ส่งต่อพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในรายที่มีภาวะแทรกซ้อน เพื่อการดูแลที่เหมาะสม

1. Diabetic retinopathy
   - Severe NPDR , PDR , Macula edema ส่งพบจักษุแพทย์ทันที
2. Diabetic nephropathy
   - Estimated GFR<30 มิลลิลิตร/นาที ส่งพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไต

3. ตรวจเท้าพบมีเท้าผิดรูป การรับรู้ความรู้สึกผิดปกติ(เสี่ยงสูง) พิจารณาตัดรองเท้าพิเศษ

การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัว(IMP)

1. กิจกรรมเสริมทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เช่น การฉีดยา insulin
2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.
3. เสริมทักษะผู้ป่วยหรือผู้ดูแลในการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตัวเองที่บ้าน
4. ผู้ป่วยที่ยังสูบบุหรี่ ได้รับคำแนะนำให้เลิกบุหรี่ทุกรายและผู้ป่วยยินยอมรับบริการในคลินิกอดบุหรี่

<u>การดูแลต่อเนื่อง</u>

1. ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย
2. ประเมินปัญหาอุปสรรคและความสำเร็จในการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เช่น ผู้ป่วยที่ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตัวเองที่บ้าน
3. การดูแลผู้ป่วยแบบ Palliative care ในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและปฏิเสธการรักษาแพทย์เฉพาะทาง
4. ติดตามผลการรักษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
5. บันทึกข้อมูลผู้ป่วย การวางแผนการดูแล และปัญหาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลงในโปรแกรม him – pro
6. Folder โรคเรื้อรังเพื่อเชื่อมโยงกับทีมสุขภาพที่ให้บริการผู้ป่วย

Reference : 1. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 โดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. คู่มือนักสุขภาพครอบครัวเครือข่ายบริการที่ 10 มุกศรีโสธรเจริญธานี

โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 16-SP-PCT-2569

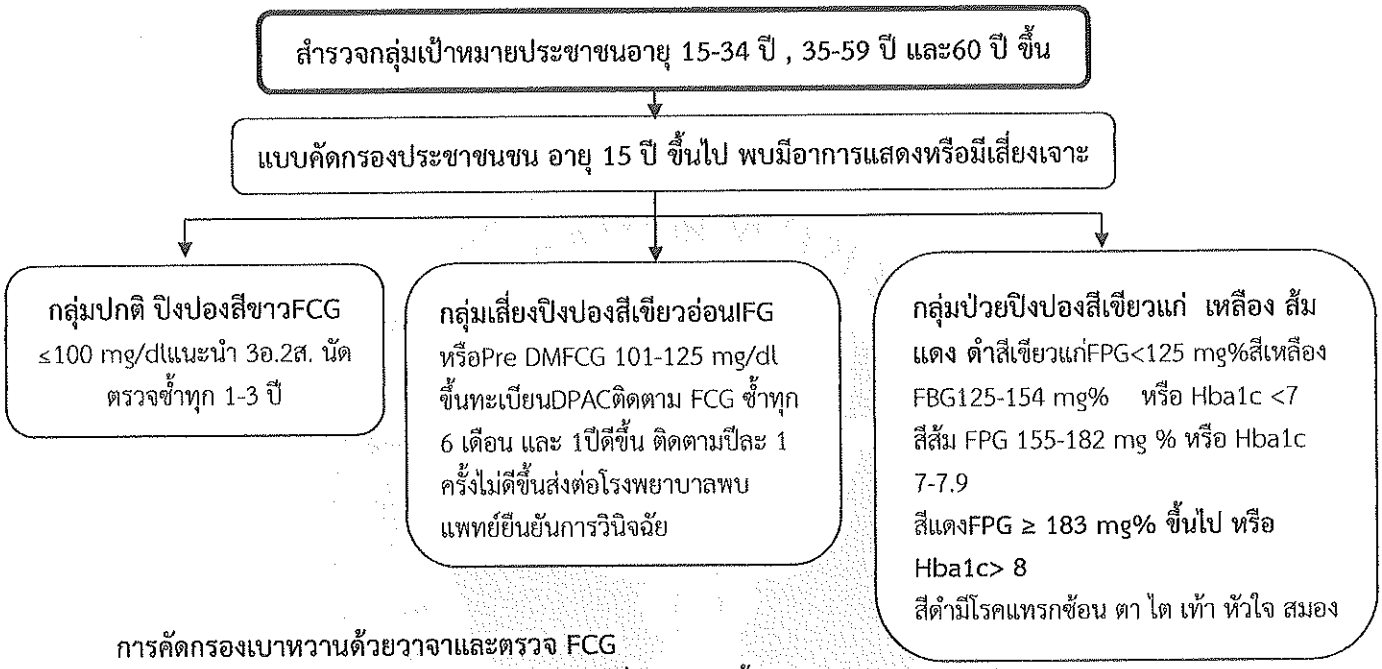
เรื่อง : แนวทางการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยเบาหวานเพื่อการรักษา		
ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)		ฉบับแรก (จำนวน 2 หน้า) วันที่อนุมัติใช้
ผู้จัดทำ นางสาวศิรินภา ไชยรักษ์	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ลายมือชื่อ ศิรินภา
ผู้ทบทวน แพทย์หญิงณัฏฐนิช วราพุฒ	ตำแหน่ง นายแพทย์ปฏิบัติการ	ลายมือชื่อ
ผู้ตรวจสอบ..... (นางสาวสุพรรณี วงคำจันทร์) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล		
ผู้อนุมัติ..... (นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร) นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน		
หน่วยงานที่นำไปใช้ : ER , องค์กรแพทย์ , รพ.สต.เครือข่าย		

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ประกาศใช้ทั้งฉบับครั้งแรก	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/2
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 16-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1
	เรื่อง : แนวทางการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยเบาหวานเพื่อการรักษา	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสาวศิรินภา ไชยรักษ์ หน่วยงาน : งานผู้ป่วยนอก NCD	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ER , องค์กรแพทย์ , รพ.สต.เครือข่าย



การคัดกรองเบาหวานด้วยวาจาและตรวจ FCG

เกณฑ์การคัดกรอง กลุ่มอายุ15- 34 ปี มีความเสี่ยง 3 ข้อ ขึ้นไป

1. ผู้น้ำหนักเกินและอ้วน (รอบเอว ≥90 ซม.ในผู้ชาย ,≥80 ซม.ในผู้หญิง และ/หรือBMI ≥ 25 กก./ม2)
2. ประวัติมีพ่อแม่ พี่น้อง เป็นโรคเบาหวาน
3. มี BP ≥ 140/90 mmHg หรือมีประวัติ HT หรือรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตสูง
4. มีรอยพับรอบคอ หรือใต้รักแร้ดำ (acanthosis nigricans)

เกณฑ์การคัดกรอง อายุ 35-59 ปีมีความเสี่ยง 1 ข้อขึ้นไป ส่วนอายุ 60 ปี ขึ้นไป ตรวจ FCG ทุกราย

1. ผู้น้ำหนักเกินและอ้วน (รอบเอว ≥90 ซม.ในผู้ชาย , ≥80 ซม.ในผู้หญิง และ/หรือBMI ≥ 25 กก./ม2)
2. ประวัติมีพ่อแม่ พี่น้อง เป็นโรคเบาหวาน
3. มี BP ≥ 140/90 mmHg หรือมีประวัติ HT หรือรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตสูง
4. ประวัติ TG ≥ 250 mg./dl. และ/หรือ HDL-c < 35 mg./dl.
5. เคยได้รับการตรวจพบว่าเป็น IGT หรือ IFG
6. มีประวัติเบาหวานในขณะตั้งครรภ์หรือคลอดบุตรน้ำหนักแรกเกิดเกิน 4 กิโลกรัม
7. **มีโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease)**
8. **มีกลุ่มอาการถุงน้ำรังไข่ (Polycystic ovarian syndrome)**

Reference : 1. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2557 โดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. คู่มือนักสุขภาพครอบครัวเครือข่ายบริการที่ 10 มุกศรีโสธรเจริญธานี

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 2/2
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 16-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1
	เรื่อง : แนวทางการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยเบาหวานเพื่อการรักษา	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสาวศิรินภา ไชยรักษ์ หน่วยงาน : งานผู้ป่วยนอก NCD	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ER , องค์กรแพทย์ , รพ.สต.เครือข่าย

มีภาวะ Hypoglycemia
CBG ≤ 70 มก./ดล.และมีอาการ

อาการของภาวะ Hypoglycemia
* อาการออโตโนมิค ได้แก่ ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตSBPสูง มือสั่น รู้สึกกังวล คลื่นไส้ รู้สึกร้อน เหงื่อออก ชา และรู้สึกหิว
* อาการสมองขาดกลูโคส ได้แก่ อ่อนเพลีย มึนงง ปวดศีรษะ การทำงานสมองด้าน cognitive บกพร่อง ปฏิกิริยาตอบสนองช้าลง สับสน ไม่มีสมาธิ ตาพร่ามัว พูดช้า ง่วงซึม หลงลืม พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง อัมพฤกษ์ หมดสติและชัก

ประเมินความรุนแรงของภาวะ Hypoglycemia

ระดับความรุนแรงของภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด
* ระดับไม่รุนแรง หมายถึง มีผลการตรวจเลือดพบ CBG ต่ำ แต่ไม่มีอาการ
* ระดับปานกลาง หมายถึง มีอาการเกิดขึ้นเล็กน้อยหรือปานกลาง และ สามารถทำการแก้ไขได้ด้วยตนเอง (เช่น ดื่มน้ำผลไม้หรือรับประทานอาหาร)
* ระดับรุนแรง หมายถึง มีอาการรุนแรงมากจนไม่สามารถทำการแก้ไขได้ด้วยตนเองและต้องอาศัยผู้อื่นช่วยเหลือ

ระดับไม่รุนแรง-รุนแรง

ระดับรุนแรง

การรักษาภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดระดับไม่รุนแรง-ปานกลาง
* รับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรทในปริมาณ 15 กรัม ได้แก่ ลูกอมเม็ด 3 เม็ด , น้ำส้มคั้น180 มล. , น้ำอัดลม 180 มล., นมหวาน , น้ำผึ้ง 3 ชช. , ขนมปังปอนด์ 1 แผ่น , นม , ข้าวต้ม 1/2ถ้วยชาม
* ติดตามระดับกลูโคสในเลือดที่ 15 นาที
* CBG < 70 มก./ดล. รับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรทในปริมาณ 15 กรัมซ้ำ
* ถ้าอาการดีขึ้นและระดับกลูโคสในเลือดยัง > 80 มก./ดล.ให้กิน

การรักษาภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดระดับรุนแรง
* 50%glucose 50 ml IV
* ให้ 5 % D/N/2 1,000 ml rate 100 cc/hrs ถ้าไม่รู้สึกตัว ใน 3- 5 นาทีเจาะ CBG < 70 มก./ดล. ให้ 50 % Glucose 50 ml IV อีกครั้ง รายงาน ER ทางโทรศัพท์และประสานขอรถส่งต่อโรงพยาบาล

โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 17-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางการคัดกรองและการดูแลภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน

ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 1 หน้า) วันที่อนุมัติใช้

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นางสาวศิรินภา ไชยรักษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
แพทย์หญิงณัฏฐนิช วราพุฒ	นายแพทย์ปฏิบัติการ	

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางสาวสุพรรณี วงคำจันทร์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

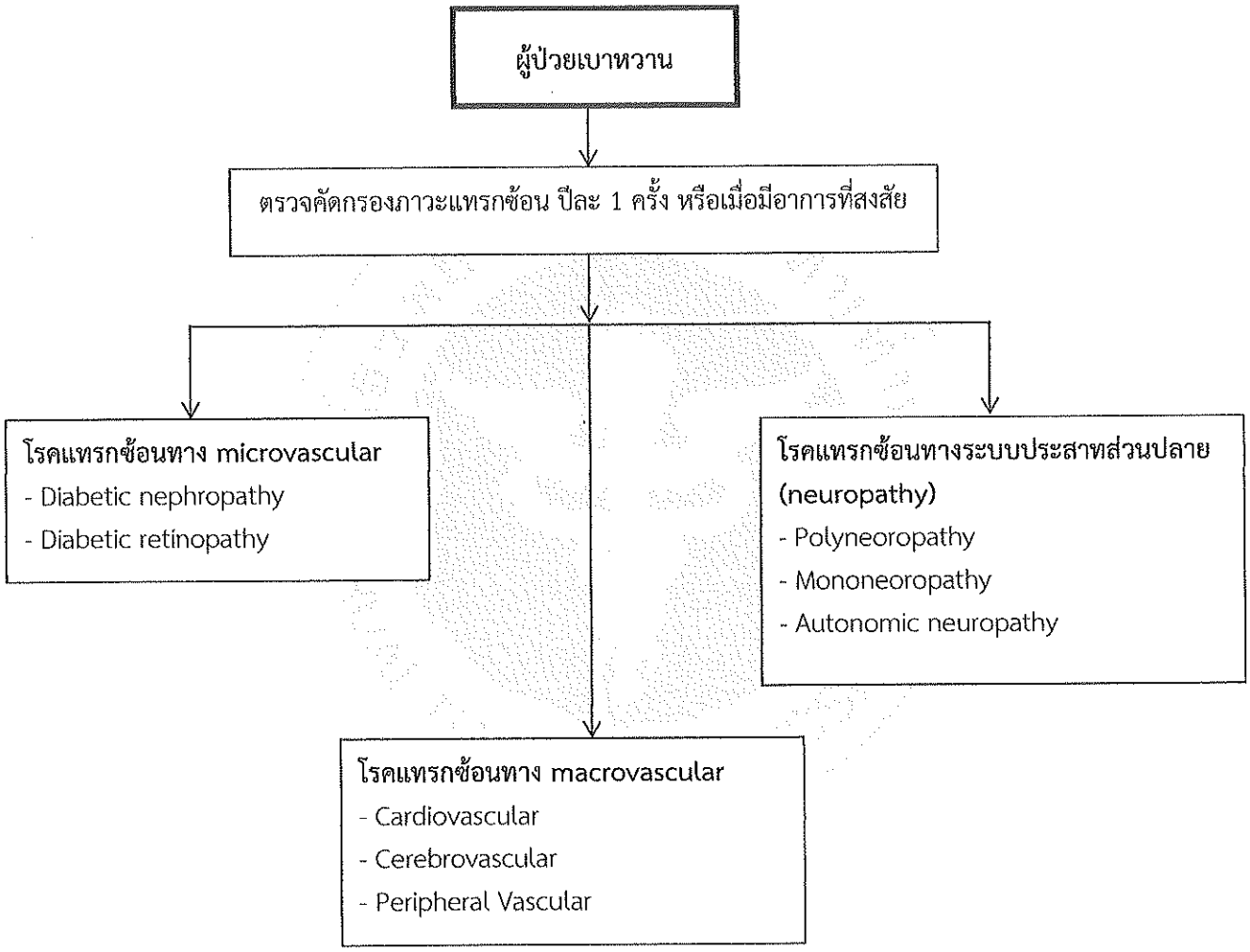
หน่วยงานที่นำไปใช้ : ER , องค์กรแพทย์ , รพ.สต.เครือข่าย

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ประกาศใช้ทั้งฉบับครั้งแรก	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/1
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 17-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1
	เรื่อง : แนวทางการคัดกรองและการดูแลภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสาวศิรินภา ไชยรักษ์ หน่วยงาน : งานผู้ป่วยนอก NCD	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ER , องค์กรแพทย์ , รพ.สต.เครือข่าย



Reference : 1. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 โดย สปสช.
2. Clinical practice guideline 2010 เล่มที่1 คณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 18-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางการตรวจค้นและดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานที่ตา

ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)		ฉบับแรก (จำนวน 1 หน้า) วันที่อนุมัติใช้
ผู้จัดทำ นางสาวศิรินภา ไชยรักษ์	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ลายมือชื่อ
ผู้ทบทวน แพทย์หญิงณัฏฐนิช วราพุฒ	ตำแหน่ง นายแพทย์ปฏิบัติการ	ลายมือชื่อ

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางสาวสุพรรณี วงคำจันทร์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

หน่วยงานที่นำไปใช้ : ER , องค์กรแพทย์ , รพ.สต.เครือข่าย

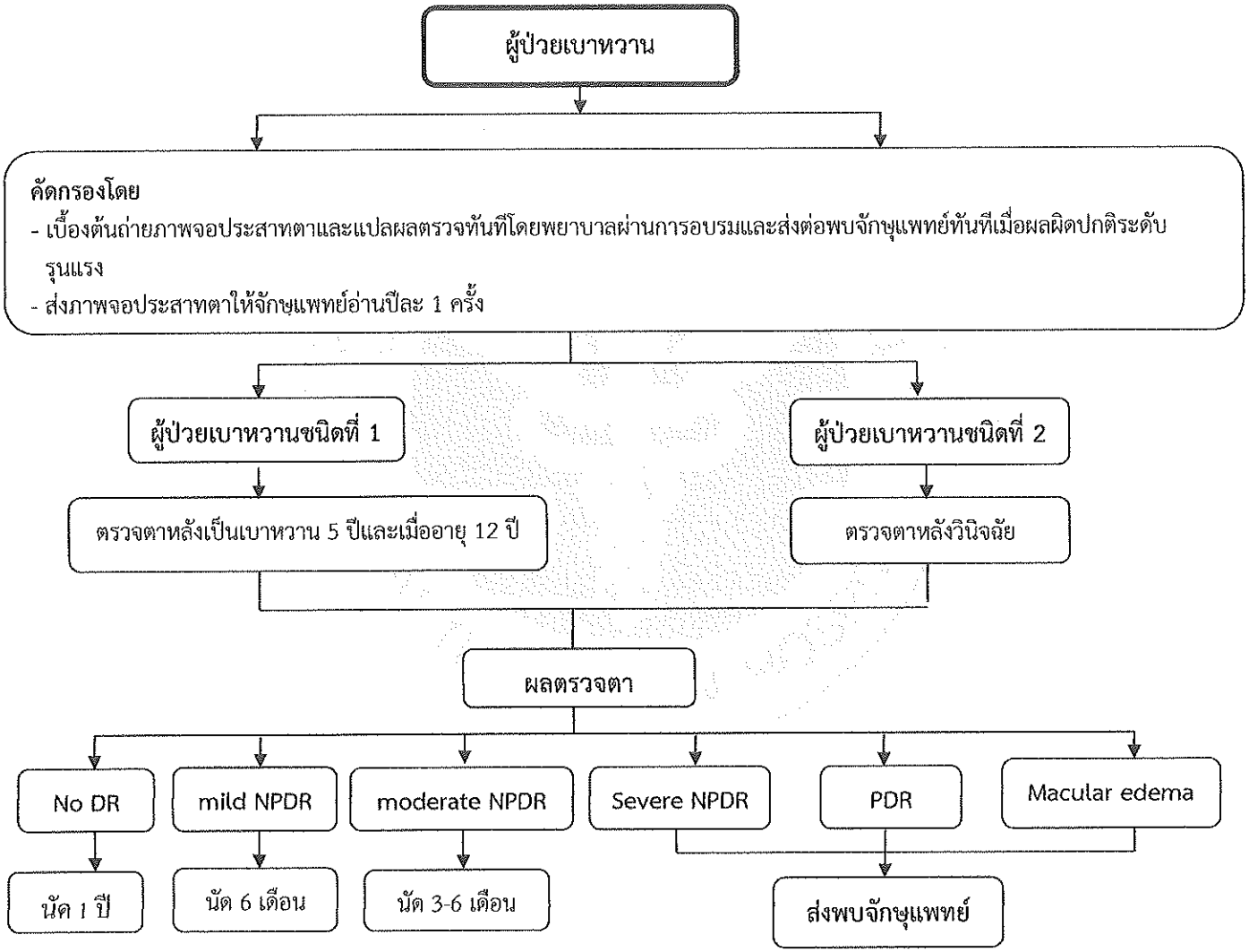
การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ประกาศใช้ทั้งฉบับครั้งแรก	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/1
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 18-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1
	เรื่อง : แนวทางการตรวจค้นและดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานที่ตา	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางศิรินภา ไชยรักษ์ หน่วยงาน : งานผู้ป่วยนอก NCD	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ER , องค์กรแพทย์ , รพ.สต.เครือข่าย

Diabetic retinopathy (ตรวจเดือนมกราคมและเดือนกรกฎาคมทุกปี)



แนวทางการรักษา

- ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ใกล้เคียงปกติตลอดเวลา HbA1c< 7%หรือ FBS < 130 mg/dl
- ควบคุมความดันโลหิต หรือ BP ให้ < 130/80 mmHg
- ควบคุมไขมันให้ได้ตามเป้าหมาย (TG <150 ; LDL <100 ; HDL >40 ในเพศชาย, HDL >50 ในเพศหญิง)
- severe NPDR , PDR , macular edema ส่งพบจักษุแพทย์
- การรักษาด้วยเลเซอร์ในเวลาที่เหมาะสม สามารถป้องกันการสูญเสียสายตาใน DM ได้

โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 19-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางการดูแลภาวะแทรกซ้อนจาก Diabetic nephropathy	
ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 1 หน้า) วันที่อนุมัติใช้

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นางสาวศิรินภา ไชยรักษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
แพทย์หญิงณัฏฐนิช วราพุฒ	นายแพทย์ปฏิบัติการ	

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางสาวสุพรรณี วงคำจันทร์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

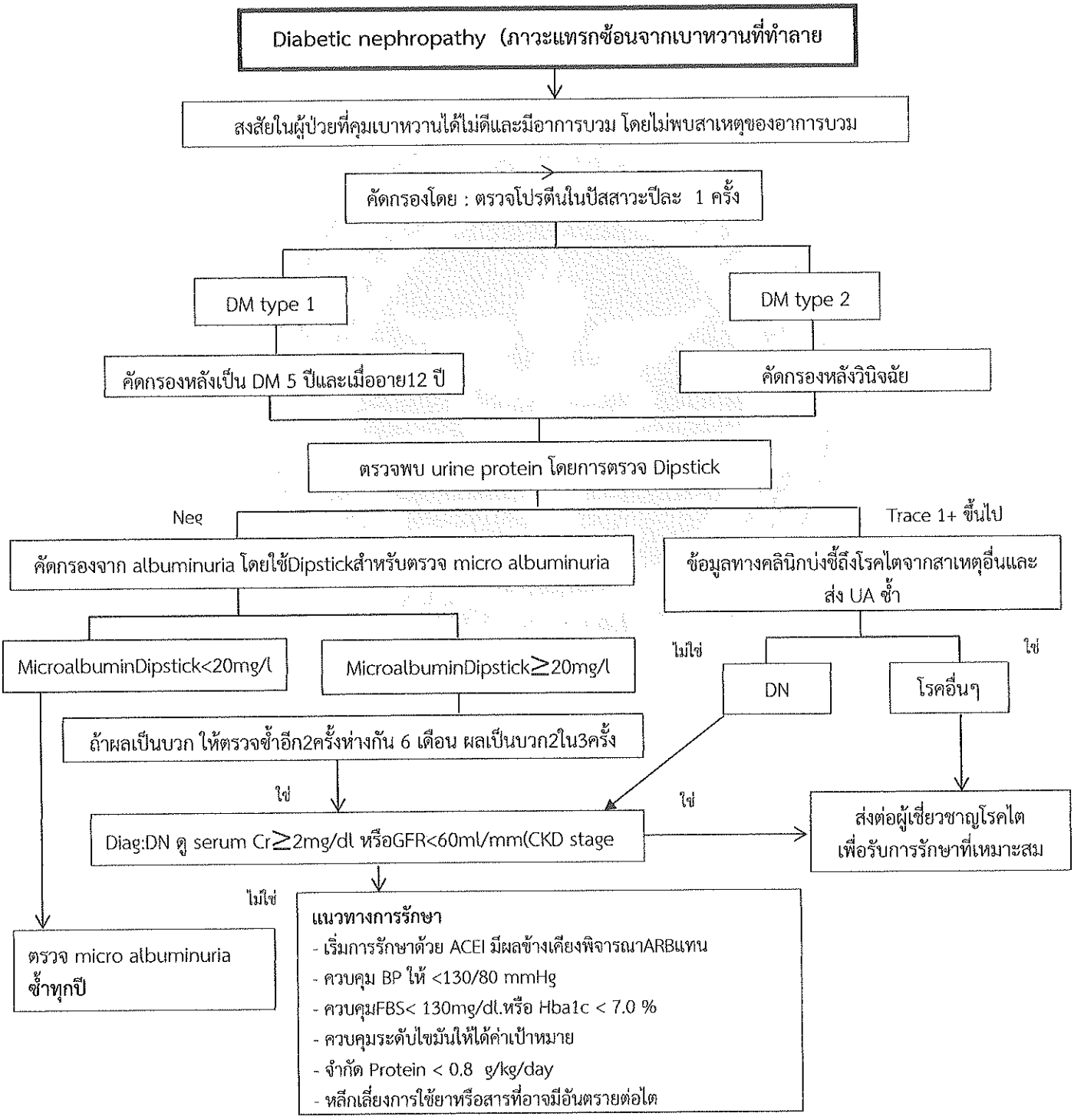
หน่วยงานที่นำไปใช้ : ER , องค์กรแพทย์ , รพ.สต.เครือข่าย

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ประกาศใช้ทั้งฉบับครั้งแรก	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/1
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 19-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1
	เรื่อง : แนวทางการดูแลภาวะแทรกซ้อนจาก Diabetic nephropathy	วันที่ 16 ธันวาคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสาวศิรินภา ไชยรักษ์ หน่วยงาน : งานผู้ป่วยนอก NCD	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ER , องค์กรแพทย์ , รพ.สต.เครือข่าย



โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 20-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางการปฏิบัติโรคแทรกซ้อนทางระบบประสาทส่วนปลาย	
ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 2 หน้า) วันที่อนุมัติใช้

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นางสาวศิรินภา ไชยรักษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ศิรินภา

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
แพทย์หญิงณัฏฐนิช วราพุฒ	นายแพทย์ปฏิบัติการ	

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางสาวสุพรรณี วงคำจันทร์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

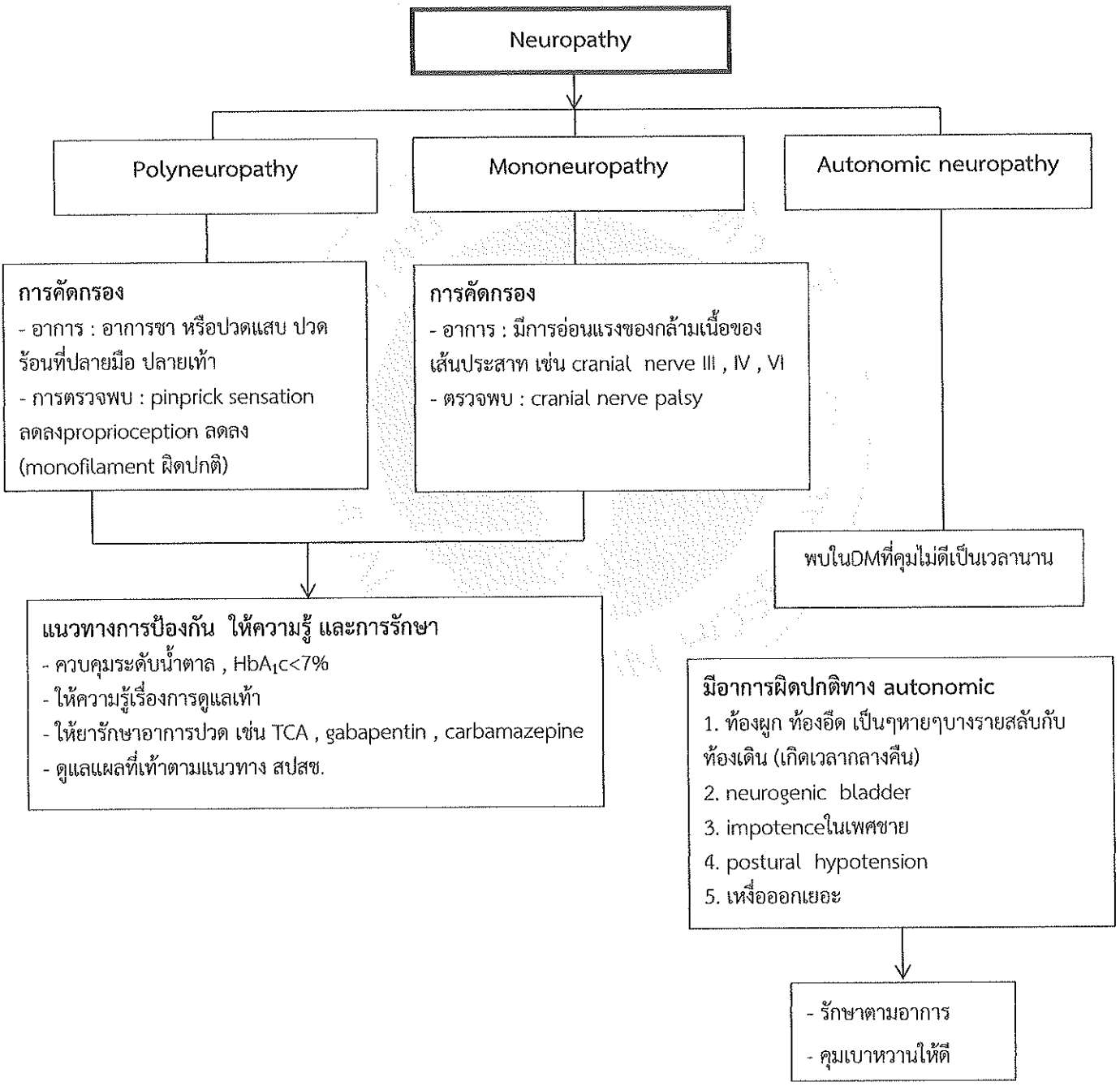
หน่วยงานที่นำไปใช้ : ER , องค์กรแพทย์ , รพ.สต.เครือข่าย

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ประกาศใช้ทั้งฉบับครั้งแรก	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/2
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 20-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1
	เรื่อง : แนวทางการปฏิบัติโรคแทรกซ้อนทางระบบประสาทส่วนปลาย	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสาวศิรินภา ไชยรักษ์ หน่วยงาน : งานผู้ป่วยนอก NCD	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ER , องค์กรแพทย์ , รพ.สต.เครือข่าย



	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 2/2
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 20-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1
	เรื่อง : แนวทางปฏิบัติโรคแทรกซ้อนทางระบบประสาทส่วนปลาย	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสาวศิรินภา ไชยรักษ์ หน่วยงาน : งานผู้ป่วยนอก NCD	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ER , องค์กรแพทย์ , รพ.สต.เครือข่าย

*** ปัจจัยเสี่ยงของ CVD และ CAD**

1. smoking
2. Family Hx.of coronary artery
3. HT
4. DLP
5. Peripheral arterial disease
6. ตรวจพบ albuminuria

โรคแทรกซ้อนทาง microvascular

cerebrovascular

Cardiovascular

Peripheral vascular

Risk factor*

<u>ประเมินความเสี่ยง</u> โดย
ถามอาการทางโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างน้อยปีล่ะ 1 ครั้ง
เช่น อาการเจ็บหน้าอก

- ผู้ป่วยมีอาการของcerebral infarctionคือ hemiparesis,facial palsy(UMN),หรือมีอาการทาง posterior circulationเช่น
- มีประวัติเคยเป็น ischemic strokeหรือ transient ischemic attach(TIA)

การคัดกรอง
- ในผู้ป่วยอายุ>40 ปี และไม่มีอาการให้ตรวจ CXR ,EKG ประมาณ3 ปี/ครั้ง
- พิจารณาทำบ่อยขึ้น ในผู้ป่วยอายุ>60ปี และมีความเสี่ยงสูง
- คำนวณ CVD risk score (>10%)

พิจารณาทำ CT ในผู้ป่วยแต่ละราย

การคัดกรอง
- ถามประวัติเกี่ยวกับอาการ Intermittent claudication
- ตรวจ Peripheral pulse Dorsalispedis artery Post tibial artery

Diag จากอาการ , CXR , EKG

พิจารณาส่งตรวจเพิ่มเติมเช่น ตรวจ ankle brachial index(ABI) ทำ Doppler ultrasound เมื่อมีindication เช่นมีIntermittent claudication ,Peripheral pulseเบาหรือมีไม่เท่ากัน ทั้ง 2 ข้าง

แนวทางการป้องกันและการรักษา
- ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม : ลดน้ำหนัก ออกกำลังกาย คุมอาหาร
- ควบคุม BP < 130/80 mmHg
- ควบคุมระดับไขมันในเส้นเลือดTG< 200 mg/dL.: LDL<100 หรือ < 70ถ้าเป็นโรคแล้ว ถ้า LDL ยังสูงกว่าเป้าหมาย : start statin
- ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด HbA1C < 7%
- ให้ ASA gr.I ในผู้ป่วย DM (ชายและหญิง >50 ปี) ที่มีปัจจัยเสี่ยง≥1 อย่าง

โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 21-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางการตรวจคัดกรองและดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า

ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 1 หน้า) วันที่อนุมัติใช้

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นางสาวศิรินภา ไชยรักษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
แพทย์หญิงณัฏฐนิช วราพุฒ	นายแพทย์ปฏิบัติการ	

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางสาวสุพรรณี วงคำจันทร์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

หน่วยงานที่นำไปใช้ : ER , องค์กรแพทย์ , รพ.สต.เครือข่าย

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ประกาศใช้ทั้งฉบับครั้งแรก	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/1
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 21-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1
	เรื่อง : แนวทางการตรวจคัดกรองและดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสาวศิรินภา ไชยรักษ์ หน่วยงาน : งานผู้ป่วยนอก NCD	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ER , องค์กรแพทย์ , รพ.สต.เครือข่าย

ผู้ป่วยเบาหวาน

ซักประวัติและตรวจเท้าเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า

1. ประวัติ : เคยมีแผลที่เท้าหรือถูกตัดขา/เท้า/นิ้วเท้า
2. สำรวจลักษณะภายนอก : แผล เท้าผิดรูปผิวหนังและเล็บผิดปกติหรือไม่
3. ประเมินความรับรู้การป้องกันตนเองที่เท้า : ตรวจด้วย10g-monofilamentอย่างน้อย 4 จุด
4. ประเมินหลอดเลือดแดงที่เลี้ยงขา : ถามอาการปวด claudication คลำชีพจรเท้า และพิจารณาตรวจABI

กลุ่มเสี่ยง

พบแผลที่เท้า

ความเสี่ยงต่ำ
- ไม่เคยมีแผลที่เท้าหรือถูกตัดขา/เท้า/นิ้วเท้าและ
- ผิวหนัง และรูปเท้าปกติ และ
- ผลการประเมินการรับความรู้สึกที่เท้าปกติ และ
- ชีพจรที่เท้าปกติ หรือตรวจ ABI ≥0.9

ข้อควรปฏิบัติ
- ให้ความรู้ผู้ป่วยเรื่องการตรวจและดูแลเท้าด้วยตนเอง
- ติดตามพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วย
- ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด,ไขมันในเลือด และความดันโลหิตให้ได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย
- งดสูบบุหรี่
- นัดตรวจเท้าอย่างละเอียดปีละครั้ง
- ประเมินความเสี่ยงใหม่ถ้ามีการเปลี่ยนแปลง

ความเสี่ยงปานกลาง
- ไม่เคยมีแผลที่เท้าหรือถูกตัดขา/เท้า/นิ้วเท้าและไม่มีเท้าผิดรูป แต่ตรวจพบ
- ผลการตรวจความรู้สึกด้วย monofilament พบ Loss protective sensation และชีพจรเท้าเบาลง ABI ≤ 0.9

ข้อควรปฏิบัติ
- ให้ปฏิบัติเหมือนกลุ่มความเสี่ยงต่ำ ร่วมกับ
* ส่งพบแพทย์เชี่ยวชาญวินิจฉัยเพิ่มเติม ในกรณีตรวจพบชีพจรเท้าเบา หรือ ABI ≤ 0.9
* พิจารณาอุปกรณ์เสริมเท้าที่เหมาะสมหรือรองเท้าที่เหมาะสม
* นัดตรวจเท้าอย่างละเอียดทุก 6 เดือน

ความเสี่ยงสูง
- เคยมีแผลหรือถูกตัดขา/เท้า/นิ้วเท้า
- มีความเสี่ยงปานกลางร่วมกับเท้าผิดรูป
- ผลตรวจ ABI ≤ 0.6

ข้อควรปฏิบัติ
* ตามแนวทางการดูแลรักษาแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน

แผลหาย

ข้อควรปฏิบัติ
- ให้ปฏิบัติเหมือนกลุ่มความเสี่ยงต่ำ ร่วมกับ
* ส่งพบแพทย์เชี่ยวชาญ
* พิจารณาตัดรองเท้าพิเศษ
* นัดตรวจเท้าอย่างละเอียดทุก 3 เดือน

*** กรณีตรวจพบเท้าผิดรูป แต่ผลการประเมินการรับความรู้สึกที่เท้าปกติ ให้ส่งพบแพทย์วินิจฉัยเพิ่มเติม**

โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 22-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางการดูแลรักษาแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน	
ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 2 หน้า) วันที่อนุมัติใช้

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นางสาวศิรินภา ไชยรักษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
แพทย์หญิงณัฏฐนิช วราพุฒ	นายแพทย์ปฏิบัติการ	

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางสาวสุพรรณี วงคำจันทร์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

หน่วยงานที่นำไปใช้ : ER , องค์กรแพทย์ , รพ.สต.เครือข่าย

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ประกาศใช้ทั้งฉบับครั้งแรก	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/2
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 22-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1
	เรื่อง : แนวทางการดูแลรักษาแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสาวศิรินภา ไชยรักษ์ หน่วยงาน : งานผู้ป่วยนอก NCD	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ER , องค์กรแพทย์ , รพ.สต.เครือข่าย

ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

ประเมินความรุนแรงของแผล
* Perfusion การไหลเวียนของเลือด การขาดเลือดคลำชีพจรที่เท้า
* Extent/size ขอบเขต ขนาด
* Depth/tissue loss ความลึกของแผล และเนื้อเยื่อที่สูญเสียไป
* Infection การติดเชื้อ ได้แก่ มีไข้ บวม มีหนอง
* Sensation การรับรู้

มีการติดเชื้อ

ไม่มีมีการติดเชื้อ *

แผลติดเชื้อ
พบการติดเชื้อเฉพาะที่ คือพบอาการอย่างน้อย 2 อย่าง ดังต่อไปนี้บวมเฉพาะที่ , แดง , กดเจ็บหรือมีอาการบวม : สัมผัสอุ่น , มีหนอง

ระดับน้อย (mild)
* ขอบเขตการติดเชื้อ<2 ซม.
* มีการติดเชื้อเฉพาะบริเวณผิวหนังและ Subcutaneous tissue

การรักษา
* ใช้ยาปฏิชีวนะครอบคลุมเชื้อ
* นัดตรวจซ้ำภายใน24 – 28 ซม.
* ทำแผล/ปิดแผล

แผลดีขึ้น

นัดตรวจซ้ำทุก 3-7 วัน จนแผลหายสนิท

ระดับปานกลาง (moderate)
มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่ง
* ขอบเขตการติดเชื้อ≥2 ซม.
* มีน้ำเหลืองอักเสบ(Lymphangitis)
* มีการติดเชื้อ ชั้นลึกกว่าผิวหนังอย่างใดอย่างหนึ่ง (fasciitis,deep tissue abscess,myositis,arthritis,osteomyelitis)

การรักษา
* ทำการ debridement และ/หรือ drainage
*เพาะเชื้อก่อนใช้ยาปฏิชีวนะ
* ให้ยาปฏิชีวนะชนิดฉีดครอบคลุมเชื้อ
* ลดแรงกดที่แผล
* ประเมินผลการรักษาภายใน 24-48ชม.

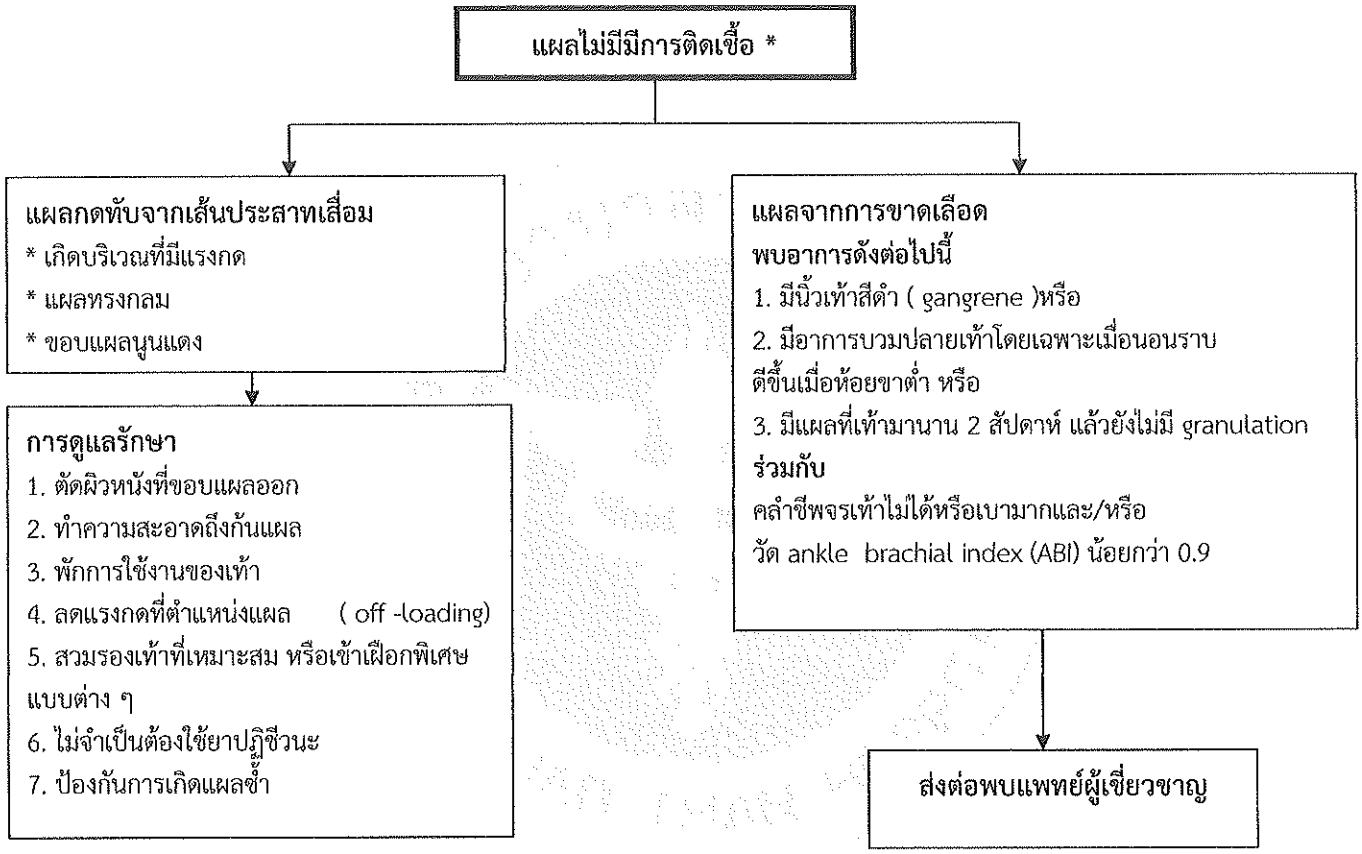
แผลดีขึ้น

การรักษา
* ใช้ยาปฏิชีวนะครอบคลุมเชื้อ 7-10 วันหรือการอักเสบหายไปไม่น้อยกว่า24 – 28 ซม.และ
* ใช้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานต่อจนครบ 2 สัปดาห์

ระดับรุนแรง (severe)
มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่ง
* การอักเสบกว้างมาก
* ติดเชื้อในกระแสโลหิต อาทิไข้,ความดันโลหิตต่ำ,เม็ดเลือดขาวสูง,พบacidosisหรือ azotemia(มีของเสียในเลือดสูง)
* พบผิวหนังมีเนื้อตาย(necrosis)หรือถุงน้ำ (bleb)ส่วนโค้งฝ่าเท้าข้างติดเชื้อหายไปเมื่อเทียบกับเท้าอีกข้าง(loss of plantar arch)
* มีการติดเชื้อในเท้าที่มีลักษณะขาดเลือด

ส่งต่อพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 2/2
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 22-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1
	เรื่อง : แนวทางการดูแลรักษาแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสาวศิรินภา ไชยรักษ์ หน่วยงาน : งานผู้ป่วยนอก NCD	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ER , องค์กรแพทย์ , รพ.สต.เครือข่าย



สารน้ำที่ใช้ทำความสะอาดแผลใช้น้ำเกลือปลอดเชื้อ วันละ 2 ครั้ง ห้ามใช้ Alcohol , Betadin เข้มข้น น้ำยา Dakin หรือ Hydrogen peroxide ทำแผล เนื่องจากมีการระคายเนื้อเยื่อมาก ซึ่งรบกวนการหายของแผล

Reference : 1. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 โดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. Clinical practice guideline 2010 เล่มที่1 คณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 23-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางการส่งต่อ – ส่งกลับผู้ป่วยระหว่างรพ.สต.กับโรงพยาบาล	
ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 2 หน้า) วันที่อนุมัติใช้

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นางอัจฉราภรณ์ ใสยเวช	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
แพทย์หญิงณัฏฐนิช วราพุฒ	นายแพทย์ปฏิบัติการ	

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางสาวสุพรรณี วงคำจันทร์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

หน่วยงานที่นำไปใช้ : ER , องค์กรแพทย์ , รพ.สต.เครือข่าย

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ประกาศใช้ทั้งฉบับครั้งแรก	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/2
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 23-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1
	เรื่อง : แนวทางการส่งต่อ – ส่งกลับผู้ป่วยระหว่าง รพ.สต.กับโรงพยาบาล	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางอัจฉราภรณ์ ใสยเวช หน่วยงาน : งานผู้ป่วยนอก NCD	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ER , องค์กรแพทย์ , รพ.สต.เครือข่าย

<u>หลักเกณฑ์การส่งผู้ป่วยลงรับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</u>

1. ผู้ป่วยสมัครใจ
2. FPG 80 - 155 mg /dl หรือ Hba1c ≤ 7.5
3. มีโรคแทรกซ้อนแต่ไม่สามารถมาโรงพยาบาลได้ แต่ควบคุมระดับ BP 120/80 – 159/99 mmHg , FPG 80 - 155 mg /dl หรือ Hba1c ≤ 7.5 และแพทย์พิจารณาแล้วเห็นสมควรไปรับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
4. ไม่มีโรคอื่นที่อันตราย เช่น วัณโรค , โรคเอดส์

<u>หลักเกณฑ์การส่งผู้ป่วยเบาหวานจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกลับมารักษาที่โรงพยาบาล</u>

- ☐ 1. CBG ≤ 70 mg/dl มี Hypoglycemiaบ่อยไม่ทราบสาเหตุ
- ☐ 2. CBG ≥ 183 mg/dl ติดต่อกัน 2 ครั้ง
- ☐ 3. CBG ≥ 300 mg/dl และ หรือ Hyperglycemia
- ☐ 4. มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก
- ☐ 5. มีอาการเหนื่อยมากขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุ
- ☐ 6. มีอาการหน้ามืดเป็นลมบ่อยโดยไม่ทราบสาเหตุ
- ☐ 7. มี tachycardia (ชีพจรขณะพัก >100 ครั้ง/นาที) และ/หรือ orthostatic hypotension
- ☐ 8. ปวดน่องเวลาเดิน และ/หรือมีปวดขาขณะพักร่วมด้วย หรือปวดเวลากลางคืน
- ☐ 9. BP 180/110 มิลลิเมตรปรอท หรือ SBP >130/ และหรือDBP>80 มิลลิเมตรปรอท ติดต่อกัน 2 ครั้ง
- ☐ 10. แผลเรื้อรังที่ขา หรือเท้า หรือมีขาบวม
- ☐ 11. สายตามัวผิดปกติทันที
- ☐ 12. ตั้งครรภ์
- ☐ 13. มีอาการบ่งบอกว่าอาจจะเกิดการติดเชื้อ มีไข้บ่งบอกมีภาวะ Hypo - Hyperglycemia

<u>การแบ่งบทบาทในการรักษา พยาบาลผู้ป่วยที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ</u>

- ☐ แบ่ง ตาม “ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี”
- ☐ ตรวจรักษาและจ่ายยาโดยพยาบาลรพ.สต.

1. กลุ่มป่วยระดับ 0 สีเขียวแก่ FPG หรือFCG < 125 mg%
2. กลุ่มป่วยระดับ 1 สีเหลือง FPG หรือFCG 125- 154 mg%หรือ Hba1c < 7
3. นัด 2-3 เดือน

<u>ตรวจรักษาโดยพยาบาลคลินิก โรคไม่ติดต่อที่ และจ่ายยา โดยเภสัชกร</u>

1. กลุ่มป่วยระดับ 2 สีส้ม FPG หรือFCG 155- 182 mg% หรือHba1c 7 - 7.9
2. กลุ่มป่วยระดับ 3 แดง FPG ≥ 183 mg% ขึ้นไป หรือHba1c > 8
3. กลุ่มป่วยสีดำ มีโรคแทรกซ้อน หลอดเลือดหัวใจและสมอง ตา ไต เท้า
4. เกณฑ์การส่งกลุ่มสี ส้ม แดง ดำ รักษาที่รพสต. และตรวจโดยพยาบาลคลินิก NCD จ่ายยาโดยเภสัชกร
5. กลุ่มป่วยระดับ 2 สีส้ม FPG หรือFCG 155- 182 mg% หรือHba1c 7 - 7.9
6. กลุ่มป่วยระดับ 3 สีแดง FPG ≥ 183 mg% ขึ้นไป ไม่เกิน 2 ครั้ง
7. กลุ่มป่วยสีดำ มีโรคแทรกซ้อน หลอดเลือดหัวใจและสมอง ตา ไต เท้า ที่คุมระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ FCG ในเกณฑ์ สีเขียวแก่ และสีเหลือง
8. นัด 1 – 2 เดือน

<u>การเบิกจ่ายยาให้ผู้ป่วย</u>

1. พยาบาลประจำคลินิก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เบิกยาให้เพียงพอต่อการใช้ ก่อนวันนัดทุกเดือน
2. ใบเบิกยา ใช้แบบฟอร์มใบเบิกของคลินิก เฉพาะโรคไม่ติดต่อ

<u>การบริหารจัดอัตรากำลังให้ทันต่อการให้บริการผู้ป่วย</u>

ให้จับคู่เครือข่ายบริการช่วยกันในวันคลินิก ดังนี้

1. รพสต.เมืองหลวง จับคู่กับ รพสต. หนองสะมอน
2. รพสต.พะวร จับคู่กับ รพสต. จานแสนไชย
3. รพสต.ห่องน้อย จับคู่กับ รพสต. ผักไหม
4. รพสต.ปราสาท กับรพสต. กล้วยกว้าง

**** ครบ 6 เดือน แพทย์ออกตรวจที่รพสต.ผู้ป่วยทุกคน ****

Reference : 1. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 โดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. คู่มือนักสุขภาพครอบครัวเครือข่ายบริการที่ 10 มุกศรีโสธรเจริญธานี

ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยเบาหวาน

(Diabetes Mellitus Hypoglycemia)

DIABETES MELLITUS HYPOGLYCEMIA

โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 24-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางการเฝ้าระวังภาวะ Hypoglycemia ในผู้ป่วย DM

ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 1 หน้า) วันที่อนุมัติใช้

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นางสาวศิรินภา ไชยรักษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
แพทย์หญิงณัฏฐนิช วราพุฒ	นายแพทย์ปฏิบัติการ	

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางสาวสุพรรณี วงคำจันทร์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

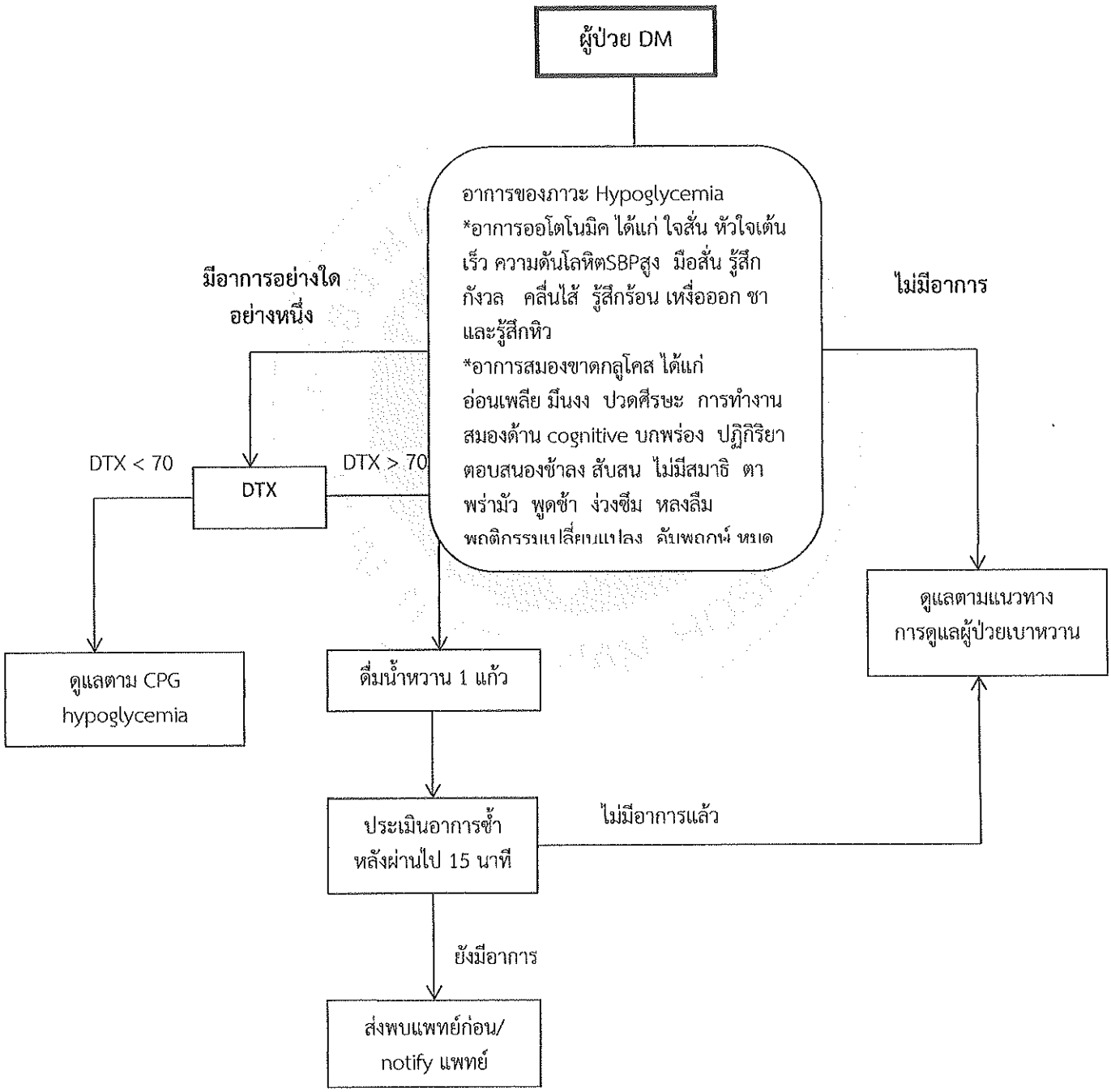
หน่วยงานที่นำไปใช้ : ทุกแผนกในโรงพยาบาล

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ประกาศใช้ทั้งฉบับครั้งแรก	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/1
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 24-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1
	เรื่อง : แนวทางการเฝ้าระวังภาวะ Hypoglycemia ในผู้ป่วย DM	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสาวศิรินภา ไชยรักษ์ หน่วยงาน : งานผู้ป่วยนอก NCD	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ทุกแผนกในโรงพยาบาล



โรคความดันโลหิตสูง
(Hypertension)
HYPERTENSION

โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 25-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อการรักษา	
ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 4 หน้า) วันที่อนุมัติใช้

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นางอัจฉราภรณ์ ใสยเวช	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
แพทย์หญิงณัฏฐนิช วราพุฒ	นายแพทย์ปฏิบัติการ	

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางสาวสุพรรณี วงคำจันทร์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

หน่วยงานที่นำไปใช้ : ER , องค์กรแพทย์ , รพ.สต.เครือข่าย

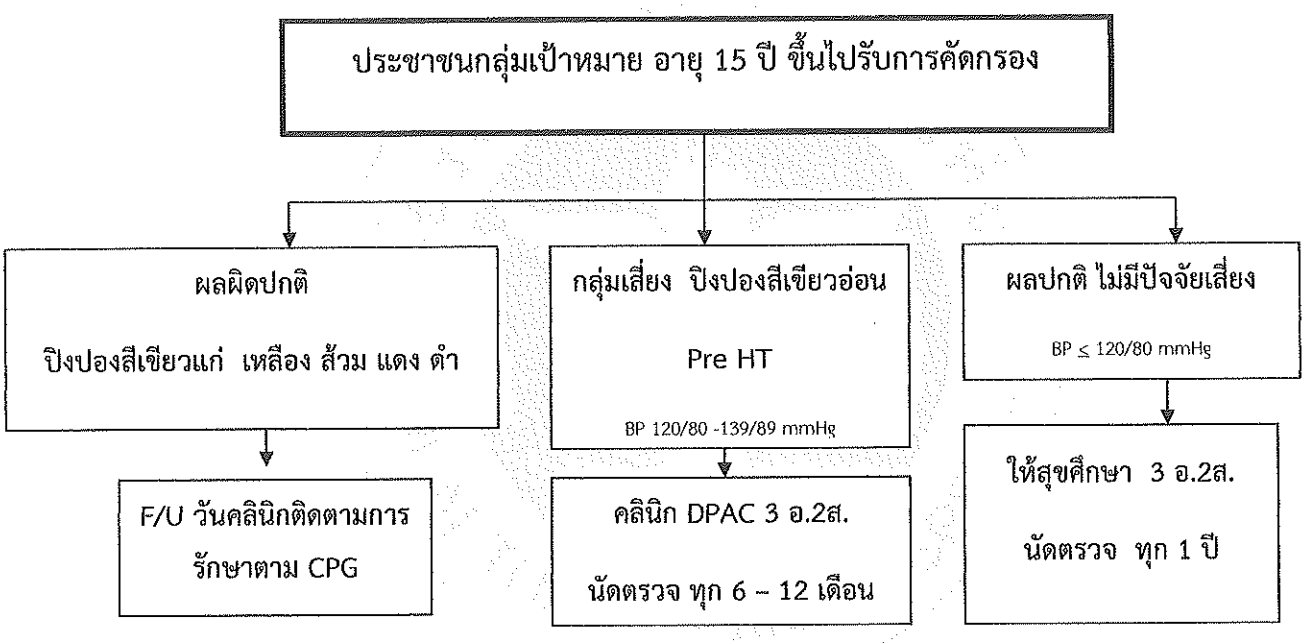
การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ประกาศใช้ทั้งฉบับครั้งแรก	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/4
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 25-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1
	เรื่อง : แนวทางการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อการรักษา	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางอัจฉราภรณ์ ใสยเวช หน่วยงาน : งานผู้ป่วยนอก NCD	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ER , องค์กรแพทย์ , รพ.สต.เครือข่าย

แนวทางการคัดกรองภาวะโรคความดันโลหิตสูง คปสอ.ห้วยทับทัน อ.ห้วยทับทัน จ.ศรีสะเกษ

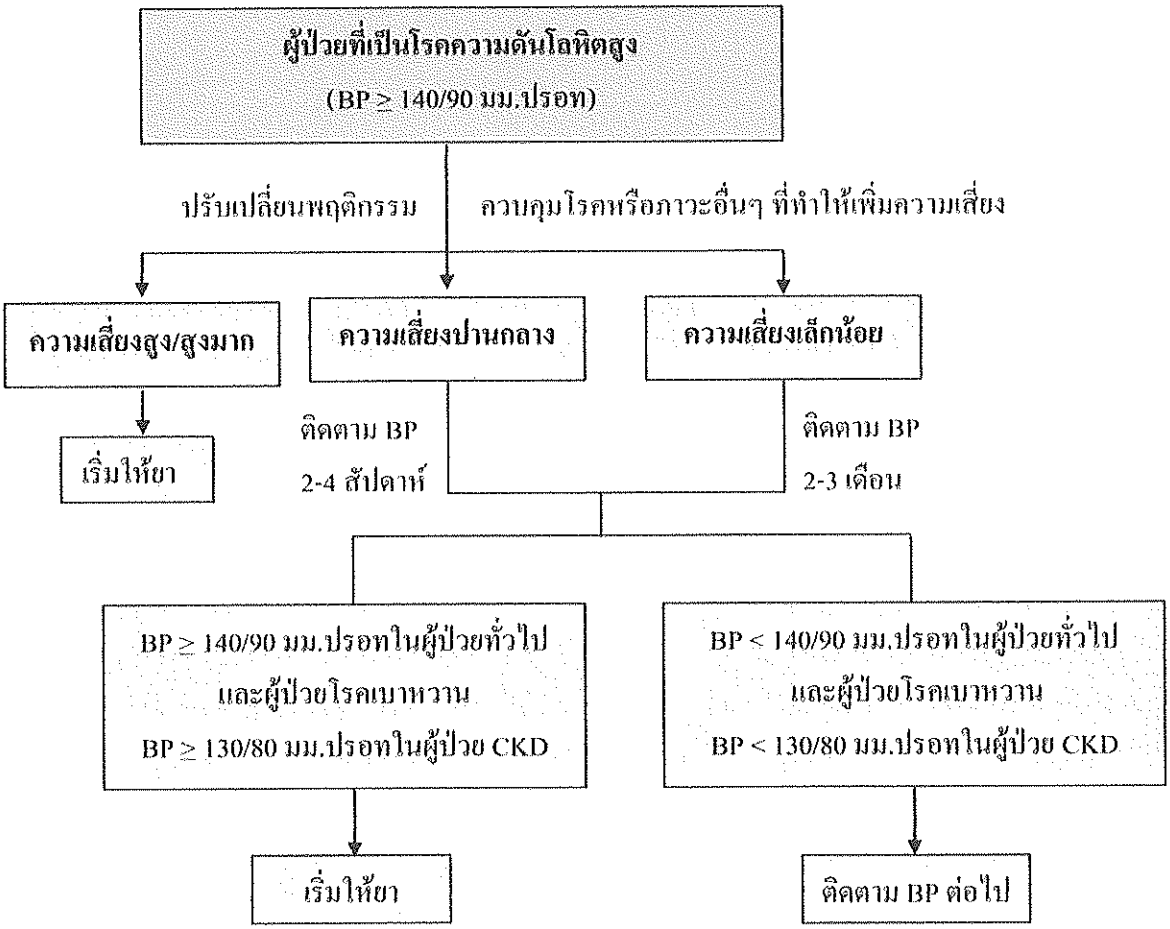


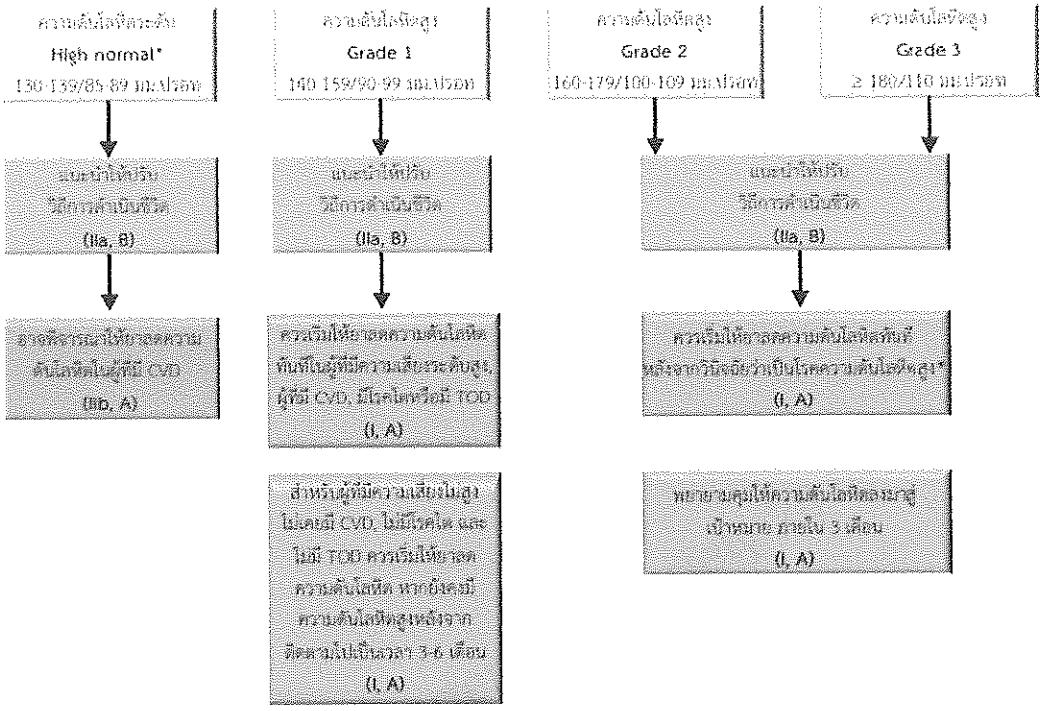
กลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง

1. อายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป
2. อายุน้อยกว่า 40 ปี และมีข้อบ่งชี้ที่สงสัยดังต่อไปนี้
   - มีประวัติญาติสายตรง พ่อ แม่ พี่ น้อง เป็นโรคความดันโลหิตสูง
   - ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน (ดัชนีมวลกายมากกว่า 23 กิโลกรัม/เมตร 2) ขึ้นไป
   - ผู้ที่เคยรู้ระดับความดันโลหิตของตนเองอยู่ในเกณฑ์ปกติค่อนข้างสูง (130-139 / 55-89 มม. ปรอท)
3. มีวิถีชีวิตเมืองร่วมกับพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ
   - มีวิถีชีวิตนั่ง ๆ นอน ๆ
   - บริโภคเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ปริมาณมากสม่ำเสมอ
   - รับประทานอาหารที่มีรสเค็ม
   - มีภาวะเครียดเรื้อรัง
4. เป็นโรคเบาหวาน

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 3/4
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 25-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1
	เรื่อง : แนวทางการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อการรักษา	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางอัจฉราภรณ์ ใสยเวช หน่วยงาน : งานผู้ป่วยนอก NCD	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ER , องค์กรแพทย์ , รพ.สต.เครือข่าย

แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คปสอ.ห้วยทับทัน อ.ห้วยทับทัน จ.ศรีสะเกษ





Reference : 1. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2562 โดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 โดยสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย

3. คู่มือนักสุขภาพครอบครัว เครือข่ายบริการที่ 10 มุกศรีโสธรเจริญธานี

วิกฤตความดันโลหิตสูง
(Hypertension crisis)
HYPERTENSION CRISIS

โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 26-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วย Hypertensive crisis	
ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 1 หน้า) วันที่อนุมัติใช้

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นางอัจฉราภรณ์ ใสยเวช	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
แพทย์หญิงณัฏฐนิช วราพุฒ	นายแพทย์ปฏิบัติการ	

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางสาวสุพรรณี วงคำจันทร์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

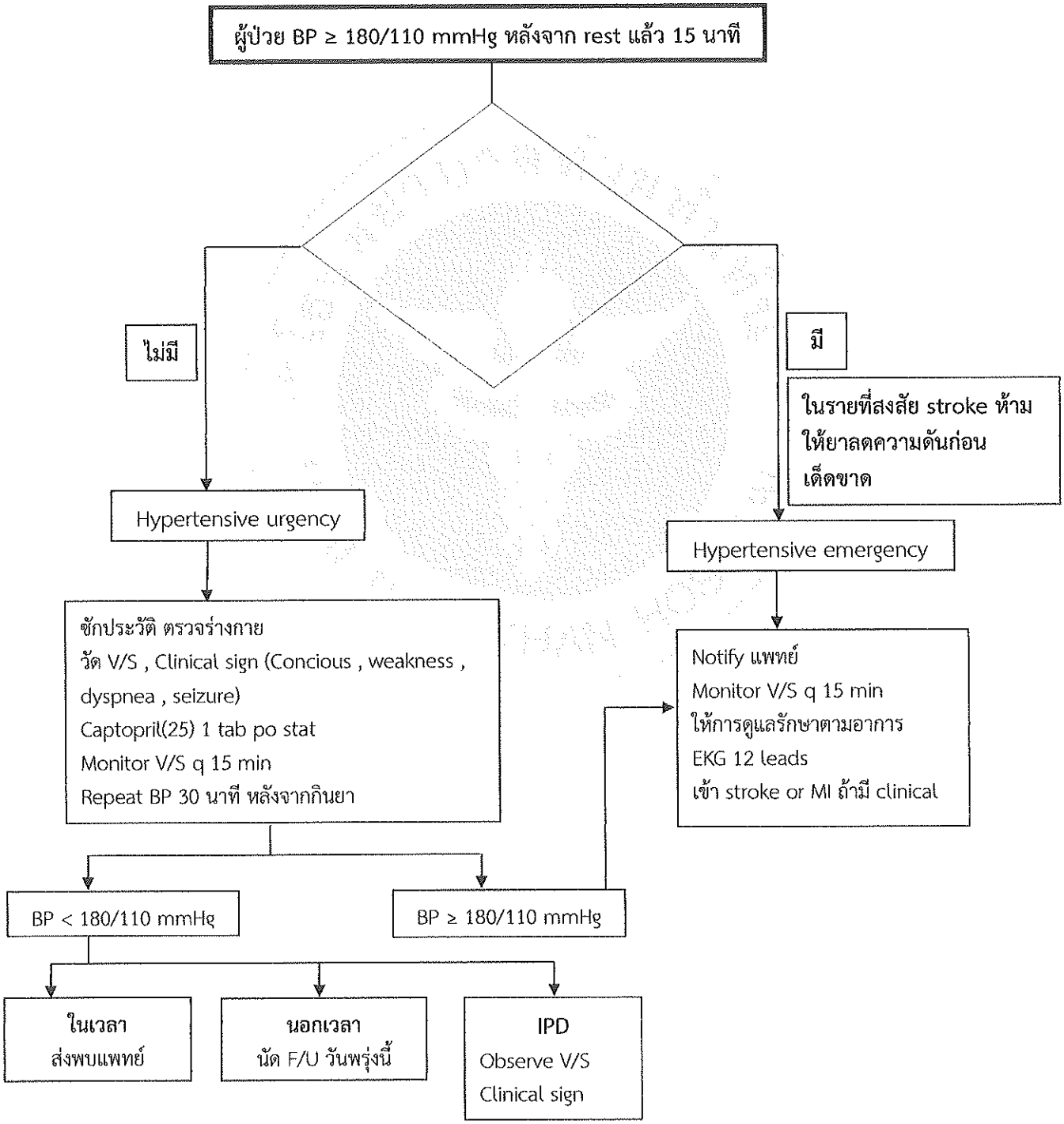
หน่วยงานที่นำไปใช้ : ER , OPD , IPD , องค์กรแพทย์ , งานปฐมภูมิ

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ประกาศใช้ทั้งฉบับครั้งแรก	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/1
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 26-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1
	เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วย Hypertensive crisis	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางอัจฉราภรณ์ ใสยเวช หน่วยงาน : งานผู้ป่วยนอก NCD	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ER , OPD , IPD , องค์กรแพทย์ , งานปฐมภูมิ



3. กลุ่มโรคติดเชื้อ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

(Sepsis)

SEPSIS

โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 27-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วย Sepsis

ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 3 หน้า) วันที่อนุมัติใช้

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นางสาวชฎาจิต ประทุมวัน	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
แพทย์หญิงน้ำฝน สว่างตา	นายแพทย์ปฏิบัติการ	

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางสาวสุพรรณี วงคำจันทร์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

หน่วยงานที่นำไปใช้ : ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
2		ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 2	

ประเมิน NEWS ในผู้ป่วยอายุ > 15 ปี ที่ไม่มีอาการ Viral Infection ร่วมด้วย

- NEWS ≥ 5 คะแนน ร่วมกับ Suspected infection คือ
  - Systemic infection
  - Genitourinary system
  - Gastrointestinal system
  - Respiratory system

- ประเมินอาการผู้ป่วยซ้ำ
- รายงานแพทย์เวร
- V/S O2sat ทุก 15 นาที
- DTX , CBC , Bun , Cr , Elyte หรืออาจจะมีเพิ่ม LFT , UA และ CXR
- O2 supplement เมื่อ O2 sat < 95%
- เปิดสารน้ำทางหลอดเลือดดำ
- H/C 2 ขวด
- ATB ภายใน 1 ชั่วโมง หลังได้รับการวินิจฉัยฉัย

ไม่มีภาวะแทรกซ้อน → Admit

พิจารณาRefer รพ.ศก เมื่อ
- ภาวะImpending respiratory failure
- Norepinephrine (8:250) > 75 ml/hr และยังมีภาวะ Hypotension
- ภาวะ Hypotensionร่วมกับปัสสาวะออก < 0.5ml/Kg/hr แม้ได้รับการช่วยเหลืออย่างเพียงพอเป็นเวลาอย่างน้อย 1 hr
- Plt < 80,000 /mm^3
- ภาวะ Wide gap metabolic acidosis

Hypotension

Severe sepsis = sepsis + organ failure ≥ 2 organ
SBP < 90 mmHg หรือ MAP < 70
Urine Output < 0.5ml/Kg/hr
Plt < 80,000 /mm^3 , Serum bicarbonate < 15 mEq

สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างน้อย 30 mg/kg ภายใน 1 hr

Improve

Not Improve + MAP <

Septic shock = sepsis + Hypotension + vasopressor

Norepinephrine 8 ml + D5W 242 ml vein rate 20-75 ml/hr titrate 3-10 ml/hr ทุก 5-15 min

Not Improve

แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ Sepsis โรงพยาบาลห้วยทับทัน อ. ห้วยทับทัน จ. ศรีสะเกษ

วันที่.....เวลาที่จุดคัดกรอง.....เวลาที่เข้าห้องฉุกเฉิน.....เวลาที่เข้าหอผู้ป่วยใน.....

โรคประจำตัว.....☐Cirrhosis ☐Poor-controlled DM ☐HIV ☐Post-splenectomy

☐Chronic alcohol drinking ☐Immunosuppressive drug (steroid/chemotherapy/DMARDs)

RR: ..... SpO2: .....
Oxygen supplement: .....
BT: ..... SBP: ..... HR: .....
Consciousness: .....

National early warning score (≥ 5 points)

Suspected infection

☐ Systemic infection
☐ Genitourinary system
☐ Gastrointestinal system
☐ Respiratory system
☐ Other.....

Sepsis
Impression.....วันที่.....เวลา.....

Severe sepsis = sepsis + organ failure ≥ 2 organs
☐ SBP < 90 mmHg หรือ MAP < 70 mmHg และตอบสนองต่อการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ
☐ Urine output < 0.5 cc/kg/hour โดยได้ให้การแก้ไขด้วยสารน้ำอย่างเพียงพอแล้ว เป็นเวลาอย่างน้อย 1 ชั่วโมง
☐ Platelet < 80,000 /mm³ หรือลดลงมากกว่า 50% จากเมื่อ 3 วันก่อน
☐ Serum bicarbonate < 15 mEq/L

Septic shock = sepsis + hypotension (adequate resuscitation) + vasopressor
☐ SBP < 90 mmHg หรือ MAP < 70 mmHg และได้รับสารน้ำอย่างน้อย 30 cc/kg ภายในเวลา 1 ชั่วโมง
☐ Norepinephrine

Hypotension
BP.....mmHg
PR.....bpm
MAP.....mmHg
วันที่.....
เวลา.....

Airway & breathing
O_2 supplement
If SpO_2 < 95%
.....
วันที่.....
เวลา.....

เพาะเชื้อเลือดก่อนให้ยาปฏิชีวนะ
Blood culture ขวดที่ 1 และ 2
วันที่.....เวลา(1).....(2).....
ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง
.....
วันที่.....เวลา.....

เปิดเส้นเบอร์ 18 x 2 เส้น, Foley's cath. urine.....ml
Septic workup : CBC, BUN, Cr, Electrolyte, ±LFT, ± UA, ± CXR วันที่.....
เวลา(เจาะเลือด).....(ให้สายปัสสาวะ).....

ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างน้อย 30 มิลลิลิตร/กิโลกรัม ภายใน 1 ชั่วโมง
Total IV.....ml วันที่.....
เวลา(เริ่ม).....เวลา(ครบ).....
BP.....mmHg MAP.....mmHg

MAP < 65 mmHg

Norepinephrine
8 ml + D5W 242 ml vein rate 20-75 ml/hour titrate 3-10 ml/hour every 5-15 minute (max 2 mcg/kg/hr)
วันที่.....เวลา.....
Keep MAP ≥ 65 mmHg
วันที่.....เวลา.....

Fluid optimization

- ปัสสาวะออกมากกว่า 0.5 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง ที่ 6 ชั่วโมง
ปริมาณปัสสาวะที่คาดไว้.....มิลลิลิตร ปัสสาวะที่ออกจริง.....มิลลิลิตร
- Capillary blood glucose keep 80-180 mg%
- ทำจัดแหล่งติดเชื้อ หากทำได้ (ภายใน 12 ชั่วโมง)

พิจารณาส่งตัวไป รพ.ศรีสะเกษ (ข้อใดข้อหนึ่ง)
☐ ภาวะ Impending respiratory failure
☐ Norepinephrine (6:250) มากกว่า 75 มิลลิลิตร/ชั่วโมง และยังมีความดันโลหิตต่ำ
☐ ภาวะความดันโลหิตต่ำร่วมกับปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง แม้ว่าได้รับการช่วยเหลืออย่างเพียงพอแล้วเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ชั่วโมง
☐ เกล็ดเลือดน้อยกว่า 80,000 /mm3 (ที่คาดว่าเกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย และไม่ได้เกิดจากตัวโรคนั้นๆ เช่น Leptospirosis, Dengue infection เป็นต้น)
☐ ภาวะ Wide gap metabolic acidosis ร่วมกับภาวะ respiratory distress

Discharge summary
วินิจฉัย.....และ
☐Severe sepsis ☐Septic shock
☐เพาะเชื้อเลือดก่อนให้ยาปฏิชีวนะไม่ได้ เพราะ.....
☐ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง ไม่ได้ เพราะ.....
☐ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างน้อย 30 มิลลิลิตร/กิโลกรัม ภายใน 1 ชั่วโมง ไม่ได้ เพราะ.....
ผลเพาะเชื้อเลือด.....
ผลเพาะเชื้ออื่นๆ.....
☐D/C ☐Refer ☐Dead ☐Against advice

แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ Sepsis โรงพยาบาลห้วยทับทัน อ. ห้วยทับทัน จ. ศรีสะเกษ

วันที่.....เวลาที่จุดคัดกรอง.....เวลาที่เข้าห้องฉุกเฉิน.....เวลาที่เข้าหอผู้ป่วยใน.....

โรคประจำตัว.....☐Cirrhosis ☐Poor-controlled DM ☐HIV ☐Post-splenectomy

☐Chronic alcohol drinking ☐Immunosuppressive drug (steroid/chemotherapy/DMARDs)

RR: ....., SpO2: .....
Oxygen supplement: .....
BT: ....., SBP: ....., HR: .....
Consciousness: .....

National early warning score
(≥ 5 points)

Suspected infection

☐ Systemic infection
☐ Genitourinary system
☐ Gastrointestinal system
☐ Respiratory system
☐ Other.....

Sepsis
Impression.....วันที่.....เวลา.....

Severe sepsis = sepsis + organ failure ≥ 2 organs
☐ SBP < 90 mmHg หรือ MAP < 70 mmHg และตอบสนองต่อการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ
☐ Urine output < 0.5 cc/kg/hour โดยได้ให้การแก้ไขด้วยสารน้ำอย่างเพียงพอแล้ว เป็นเวลาอย่างน้อย 1 ชั่วโมง
☐ Platelet < 80,000 /mm³ หรือลดลงมากกว่า 50% จากเมื่อ 3 วันก่อน
☐ Serum bicarbonate < 15 mEq/L

Hypotension
BP.....mmHg
PR.....bpm
MAP.....mmHg
วันที่.....
เวลา.....

Airway & breathing
O_2 supplement
If SpO_2 < 95%
.....
วันที่.....
เวลา.....

เพาะเชื้อเลือดก่อนให้ยาปฏิชีวนะ
Blood culture ขวดที่ 1 และ 2
วันที่.....เวลา(1).....(2).....
ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง
.....
วันที่.....เวลา.....

เปิดเส้นเบอร์ 18 x 2 เส้น, Foley's cath. urine.....ml
Septic workup : CBC, BUN, Cr, Electrolyte, ±LFT, ± UA, ± CXR วันที่.....
เวลา(เจาะเลือด).....(ใส่สายปัสสาวะ).....

Septic shock = sepsis + hypotension (adequate resuscitation) + vasopressor
☐ SBP < 90 mmHg หรือ MAP < 70 mmHg และได้รับสารน้ำอย่างน้อย 30 cc/kg ภายในเวลา 1 ชั่วโมง
☐ Norepinephrine

ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างน้อย 30 มิลลิลิตร/กิโลกรัม ภายใน 1 ชั่วโมง
Total IV.....ml วันที่.....
เวลา(เริ่ม).....เวลา(ครบ).....
BP.....mmHg MAP.....mmHg

MAP < 65 mmHg

Norepinephrine
8 ml + D5W 242 ml vein rate 20-75 ml/hour titrate 3-10 ml/hour every 5-15 minute (max 2 mcg/kg/hr)
วันที่.....เวลา.....
Keep MAP ≥ 65 mmHg
วันที่.....เวลา.....

Fluid optimization

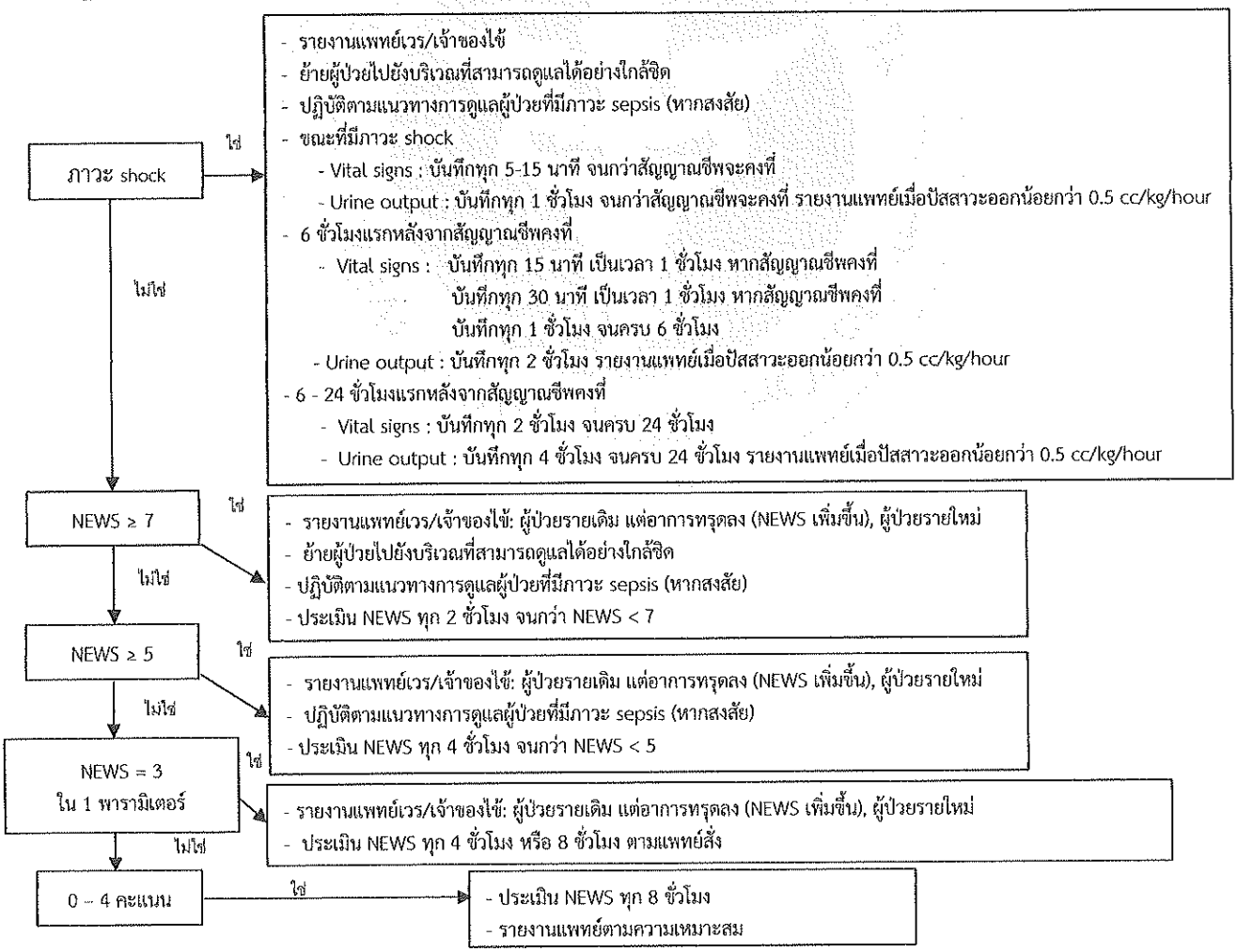
- ปัสสาวะออกมากกว่า 0.5 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง ที่ 6 ชั่วโมง
ปริมาณปัสสาวะที่ควรได้.....มิลลิลิตร ปัสสาวะที่ออกจริง.....มิลลิลิตร
- Capillary blood glucose keep 80-180 mg%
- กำจัดแหล่งติดเชื้อ หากทำได้ (ภายใน 12 ชั่วโมง)

Discharge summary
วินิจฉัย.....และ
☐Severe sepsis ☐Septic shock
☐เพาะเชื้อเลือดก่อนให้ยาปฏิชีวนะ
ไม่ได้ เพราะ.....
☐ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง
ไม่ได้ เพราะ.....
☐ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างน้อย 30 มิลลิลิตร/กิโลกรัม ภายใน 1 ชั่วโมง
ไม่ได้ เพราะ.....
ผลเพาะเชื้อเลือด.....
ผลเพาะเชื้ออื่นๆ.....
☐D/C ☐Refer ☐Dead ☐Against advice

พิจารณาส่งตัวไป รพ.ศรีสะเกษ (ข้อใดข้อหนึ่ง)
☐ ภาวะ Impending respiratory failure
☐ Norepinephrine (8:250) มากกว่า 75 มิลลิลิตร/ชั่วโมง และยังมีความดันโลหิตต่ำ
☐ ภาวะความดันโลหิตต่ำร่วมกับปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง แม้ว่าได้รับการช่วยเหลืออย่างเพียงพอแล้วเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ชั่วโมง
☐ เกล็ดเลือดน้อยกว่า 80,000 /mm3 (ที่คาดว่าเกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย และไม่ได้เกิดจากตัวโรคนั้นๆ เช่น Leptospirosis, Dengue infection เป็นต้น)
☐ ภาวะ Wide gap metabolic acidosis ร่วมกับภาวะ respiratory distress

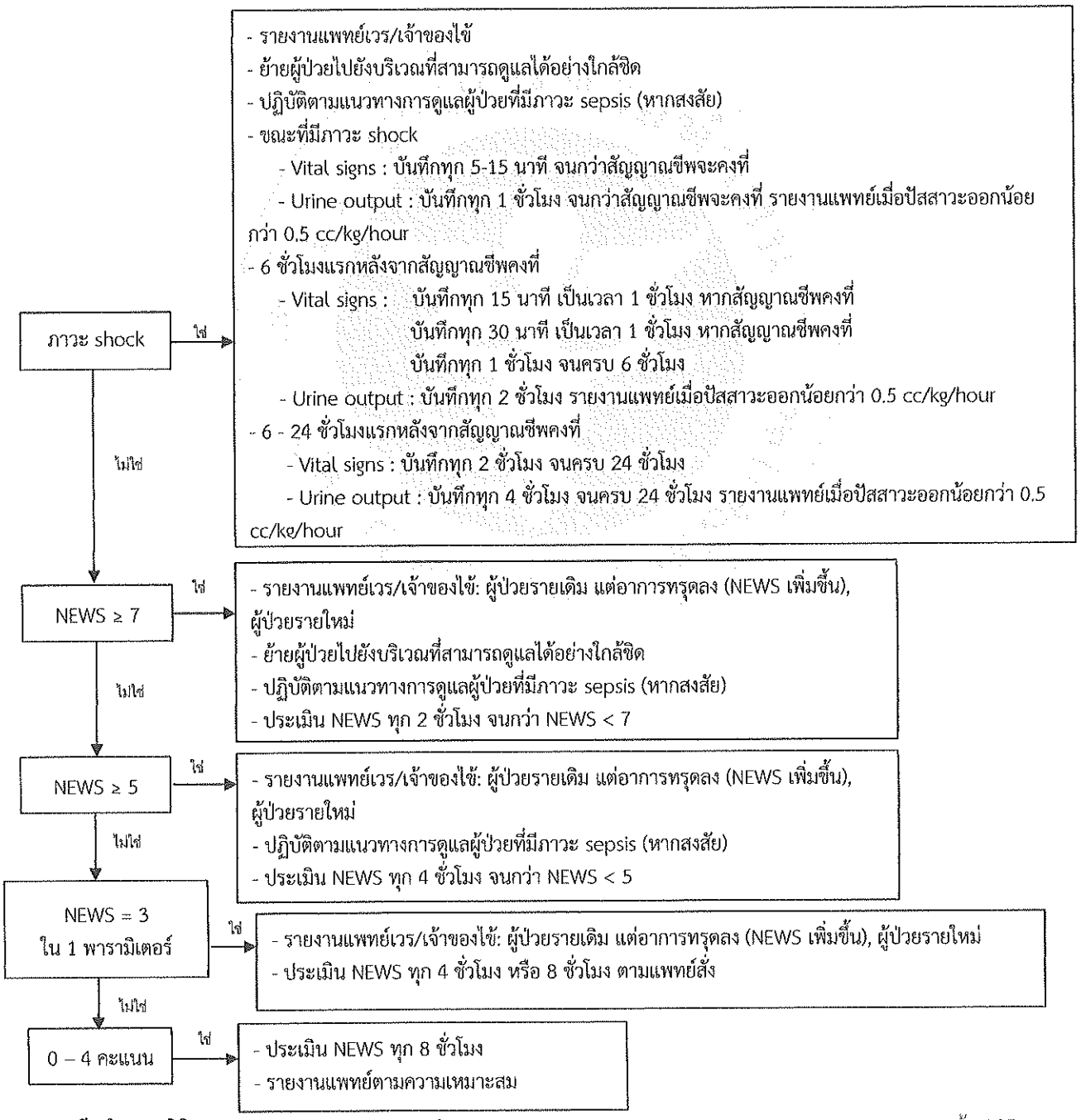
แนวทางการประเมินผู้ป่วยที่มีไข้ และ/หรือภาวะ sepsis ด้วย NEWS (National early warning score)

Parameter	3	2	1	0	1	2	3
RR (time/min)	≤ 8		9-11	12-20		21-24	≥ 25
SpO2 scale 1 (%)	≤ 91	92-93	94-95	≤ 96			
SpO2 scale 2 (%)	≤ 83	84-85	86-87	88-92 ≤ 93 on air	93-94 on oxygen	95-96 on oxygen	≥ 97on oxygen
Air or oxygen		oxygen		air			
SBP	≤ 90	91-100	101-110	111-219			≥ 220
PR (bpm)	≤ 40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥ 131
Consciousness				Alert			CVPU
BT (°C)	≤ 35.0		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥ 39.1	



แนวทางการประเมินผู้ป่วยที่มีไข้และ/หรือภาวะ sepsis ด้วย NEWS (National early warning score)

Parameter	3	2	1	0	1	2	3
RR (time/min)	≤ 8		9-11	12-20		21-24	≥ 25
SpO2 scale 1 (%)	≤ 91	92-93	94-95	≤ 96			
SpO2 scale 2 (%)	≤ 83	84-85	86-87	88-92 ≤ 93 on air	93-94 on oxygen	95-96 on oxygen	≥ 97on oxygen
Air or oxygen		oxygen		air			
SBP	≤ 90	91-100	101-110	111-219			≥ 220
PR (bpm)	≤ 40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥ 131
Consciousness				Alert			CVPU
BT (°C)	≤ 35.0		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥ 39.1	



โรคไข้เลือดออกแดงกี

(Dengue hemorrhagic Fever)

DENGUE HEMORRHAGIC FEVER

โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 28-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก	
ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 1 หน้า) วันที่อนุมัติใช้ 5 มกราคม 2569

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นางสาวเวธกา สุโภภาค	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	เวธกา

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
แพทย์หญิงน้ำฝน สว่างตา	นายแพทย์ปฏิบัติการ	

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางสาวสุพรรณี วงคำจันทร์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

หน่วยงานที่นำไปใช้ : ทุกแผนกที่เกี่ยวข้อง

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 3	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/1
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 28-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 3
	เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสาวเวธกา สุโภภาค หน่วยงาน : งานผู้ป่วยใน	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ทุกแผนกที่เกี่ยวข้อง

Form Record T , P , R , BP For DF , HDF , DSS
โรงพยาบาลห้วยทับทัน อ. ห้วยทับทัน จ. ศรีสะเกษ

หมายเหตุ : 1. ให้ทำ แบบบันทึกนี้ ติดไว้ที่ Chart ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย DF , HDF , DSS ทุกราย
2. กรณีที่ Refer ผู้ป่วยไป รพท. ด้วยระบบ Hotline ให้แนบสำเนาแบบบันทึกนี้ไปด้วย

Date	Time	BP mm Hg	T °C	P ครั้ง/นาที	RR ครั้ง/นาที	HCT %	Type of fluid	IV intake		Oral	Total intake (IV+ Oral)	Urine Out put	Symptom/ Remark
							IV rate	เวลา	ปริมาณ (CC)				

CBC แรกรับ OPD HCT = WBC = Plt = Lym = ATL =	Maintenance Fluid BW= Kgs M = M+5%D =	Day of fever = Day of illness = T.T. = Liver = Bleeding = Epistaxis =			Pulse F = Full M= Moderate W= Weak N= Not palpable
ชื่อ-สกุล		อายุ	HN	AN	แพทย์
การวินิจฉัยโรค เมื่อแรกรับ		การวินิจฉัยโรค เมื่อ D/C			

<u>แนบสำเนาไปกับใบ Refer ทุกครั้ง</u>

เตียง.....

Form Record T , P , R , BP For DF , HDF , DSS

โรงพยาบาลห้วยทับทัน อ. ห้วยทับทัน จ. ศรีสะเกษ

หมายเหตุ : 1. ให้ทำ แบบบันทึกนี้ ติดไว้ที่ Chart ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย DF,HDF,DSS ทุกราย

2. กรณีที่ Refer ผู้ป่วยไป รพท. ด้วยระบบ Hotline ให้แนบสำเนาแบบบันทึกนี้ไปด้วย

<u>แนบสำเนาไปกับใบ Refer ทุกครั้ง</u>

Date	Time	BP mmHg	T °C	P ครั้ง/นาที	RR ครั้ง/นาที	HCT %	Type of fluid	IV intake		Oral	Total intake (IV+ Oral)	Urine Output	Symptom/ Remark
							IV rate	เวลา	ปริมาณ (CC)				

			Pulse
CBC แรกรับ OPD	Maintenance Fluid BW =	Day of fever =	F = Full
HCT =	Kgs	Day of illness =	M = Moderate
WBC =	M =	T.T. = Liver =	W = Weak
Plt =	M+5%D =	Bleeding = Epistaxis =	N = Not palpable
Lym =			
ATL =			

ชื่อ-สกุล	อายุ	HN	AN	แพทย์
การวินิจฉัยโรค เมื่อแรกรับ	การวินิจฉัยโรค เมื่อ D/C			

เตียง.....

โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 29-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่ OPD	
ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 1 หน้า) วันที่อนุมัติใช้ 5 มกราคม 2569

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นางสาวเวธกา สุโภภาค	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	เวธกา

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
แพทย์หญิงน้ำฝน สว่างตา	นายแพทย์ปฏิบัติการ	

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางสาวสุพรรณี วงคำจันทร์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

หน่วยงานที่นำไปใช้ : ทุกแผนกที่เกี่ยวข้อง

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 3	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/1
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 29-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 3
	เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่ OPD	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสาวเวธกา สุโภภาค หน่วยงาน : งานผู้ป่วยใน	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ทุกแผนกที่เกี่ยวข้อง

ไข้สูง/ หน้าแดง วันที่ 2 T>38.5 C.
ส่วนใหญ่ไม่มีอาการอื่นร่วมด้วย

ทำ Tourniquet Test ลงจำนวนจุดให้ชัดเจน

บวก (>10 จุด)

- ซักประวัติเลือดออก เช่น เลือดกำเดา อาเจียน/ถ่ายเป็นเลือด/ดำ
- ตรวจร่างกาย : วัด Vital signs คลำตับ

เจาะ CBC เพื่อดู Hematocrit
- Platelet count
- WBC
- Differential count

◆ If tourniquet test positive

นัดติดตามอาการทุกวัน ตั้งแต่วันที่ 3 ของโรคเป็นต้นไป (แล้วแต่อาการ)

แนะนำอาการที่ต้องมาโรงพยาบาลทันที

◆ มีอาการเลวลงเมื่อไข้ลง
◆ เลือดออกผิดปกติ
◆ อาเจียนมาก
◆ ปวดท้องมาก
◆ ซึม ไม่ดื่มน้ำ บางรายกระหายน้ำมาก
◆ มีอาการช็อก : กระสับกระส่าย เอะอะโวยวาย ร้องกวนมาก ในเด็กเล็ก ความประพฤติเปลี่ยนแปลง เช่นพูดไม่รู้เรื่อง เพ้อ ตัวเย็น เหงื่อออก
◆ ปัสสาวะน้อยลง

ลบ

พยายามหาสาเหตุของไข้
◆ CBC/UA
◆ นัดตรวจติดตาม ทำ tourniquet test ซ้ำ ถ้าบวกทำตามด้านซ้าย

ใกล้ระยะวิกฤต
◆ WBC < 5,000 cell/cu.mm.
◆ Atypical lymphocyte

Close observe/ Admit
◆ Hct เท่าเดิม
◆ Platelet < 100,000 cells/cumm

Admit/พิจารณาให้ IV Fluid
◆ Hct..rises 10-20%
◆ Platelet < 100,000 cells/cumm

โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 30-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยไข้เลือดออกวิกฤตของศูนย์ Hot line DHF

ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 5 หน้า) วันที่อนุมัติใช้ 5 มกราคม 2569

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นางสาวเวธกา สุโภภาค	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	เวธกา

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
แพทย์หญิงน้ำฝน สว่างตา	นายแพทย์ปฏิบัติการ	

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางสาวสุพรรณี วงคำจันทร์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

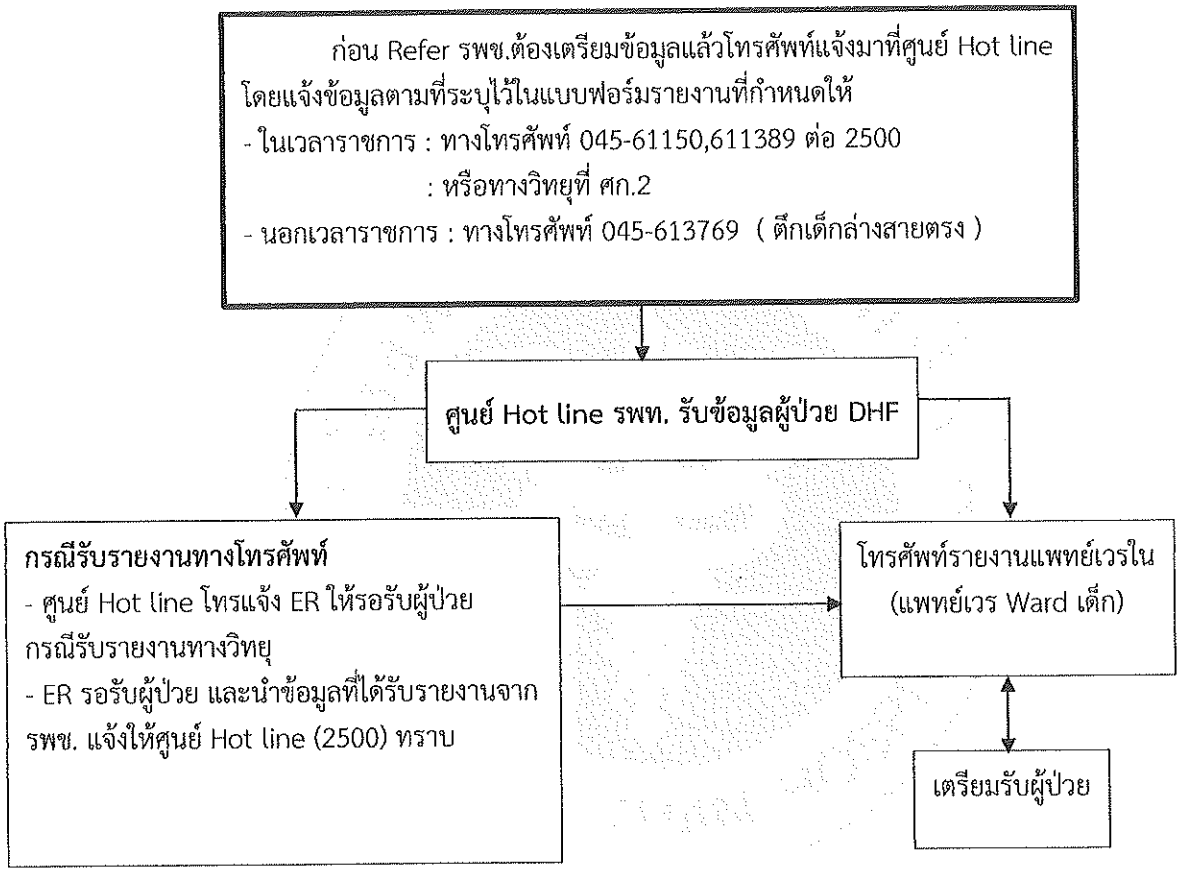
หน่วยงานที่นำไปใช้ : ทุกแผนกที่เกี่ยวข้อง

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 3	

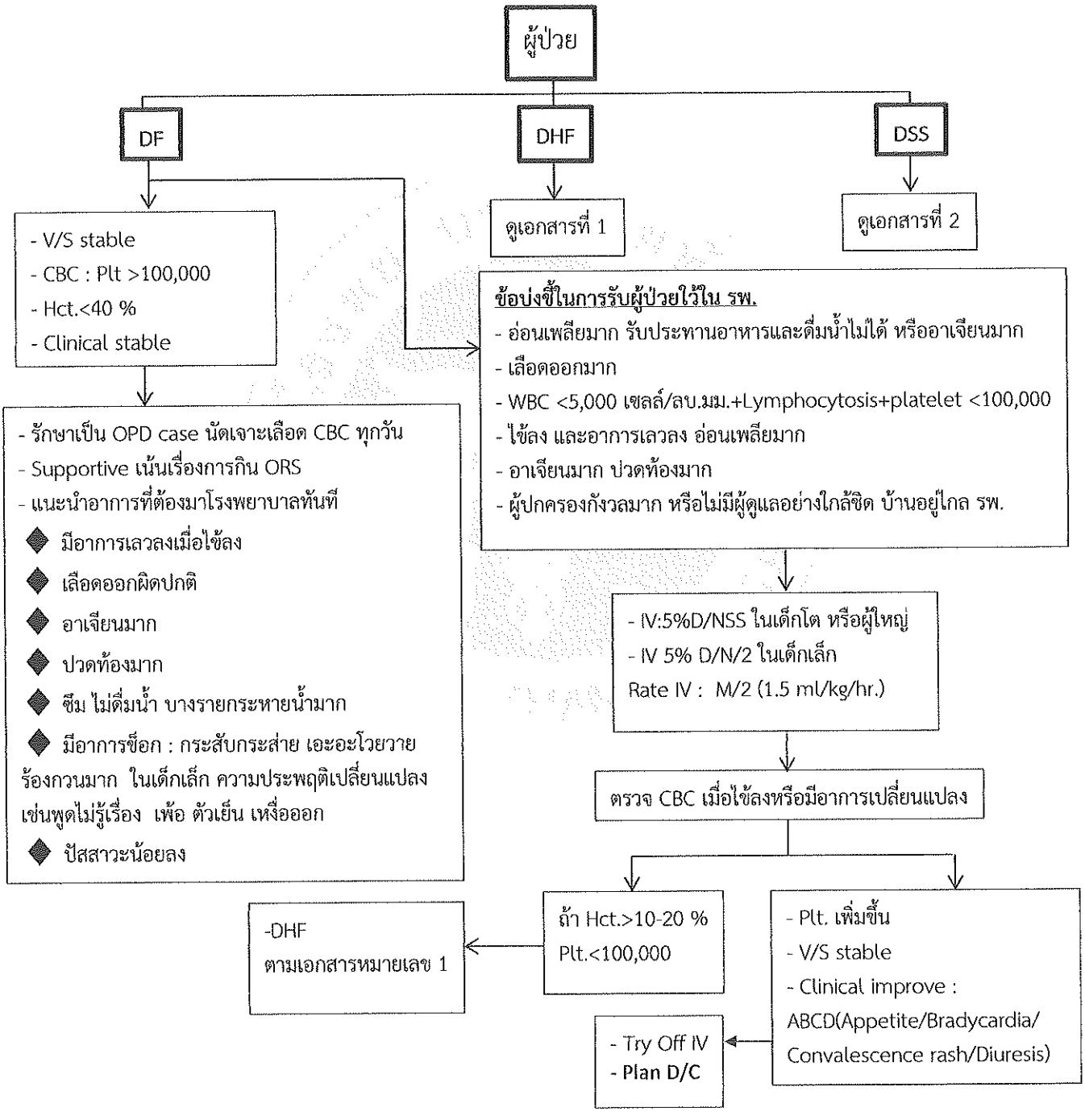
	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/5
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 30-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 3
	เรื่อง : แนวทางขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยไข้เลือดออกวิกฤตของศูนย์ Hot line DHF	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสาวเวธกา สุโภภาค หน่วยงาน : งานผู้ป่วยใน	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ทุกแผนกที่เกี่ยวข้อง



เอกสารเพิ่มเติมที่นำส่ง

1. สำเนาฟอร์มปรอท
2. สำเนาใน Record DHF

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 2/5
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 30-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 3
	เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสาวเวธกา สุโภภาค หน่วยงาน : งานผู้ป่วยใน	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ทุกแผนกที่เกี่ยวข้อง



บทบาทสำคัญของพยาบาลในการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยไข้เลือกออก
แนวทางการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกโรงพยาบาลห้วยทับทัน พ.ศ. 2557

.....

<u>อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยไข้เลือดออกที่ต้องรายงานให้แพทย์ทราบทันที</u>

1. มีการเปลี่ยนแปลงของการรู้สติ เช่น สับสน กระสับกระส่าย เอะอะโวยวาย พูดจาหยาบคาย ไม่รู้สึกตัว
2. มีอาการ Shock ได้แก่
   - 2.1 ตัวเย็นชื้น เหงื่อออก เขียว สีผิวคล้ำลง ตัวลายๆ
   - 2.2 ชีพจรเบาเร็ว หรือ >130ครั้ง/นาทีในเด็กโต/ผู้ใหญ่ หรือ >140 ครั้ง/นาที ในทารก
   - 2.3 Pulse pressure แคบ ≤ 20 mmHg
   - 2.4 ความดันโลหิตต่ำ (Hypotension)
   - 2.5 Capillary refill >2 วินาที
   - 2.6 Oxygen saturation <95%
   - 2.7 มีเลือดออกมาก ประมาณ 10% ของ Total blood volume (6-8ml/Kg BW)
   - 2.8 ชัก
   - 2.9 อาเจียน/ปวดท้องมาก
   - 2.10 IV fluid leak และไม่สามารถเปิดเส้นใหม่ได้
   - 2.11 ผล Lab ผิดปกติ เช่น น้ำตาลต่ำ แคลเซี่ยมต่ำ โซเดี่ยมต่ำ มี metabolic acidosis

<u>อาการที่ต้องรายงานให้แพทย์ทราบ (ภายใน 1 - 8 ชั่วโมง)</u>

1. อาเจียน/ปวดท้อง /รับประทานอาหารไม่ได้
2. มีภาวะขาดน้ำ ตั้งแต่ระดับ moderate เช่น ริมฝีปากแห้ง ผิวหนังตั้ง (fair to poor skin turgor)
3. หอบ
4. ปัสสาวะสีดำ หรือน้ำตาลเข้ม (hemoglobinuria)
5. ไม่ปัสสาวะภายใน 8 ชั่วโมง หรือ ปัสสาวะน้อยกว่า 0.5 ml/Kg/hr. ในระยะวิกฤต หรือปัสสาวะ >1-2 ml/Kg/hr ในระยะวิกฤตและระยะฟื้นตัว
6. เกล็ดเลือด≤100,000 cell/ลบ.มม. หรือ HCT ≥45% หรือ HCT เพิ่มจากเดิม 10-20%
7. ผู้ป่วยมีอาการตาบวม ท้องอืดมาก
8. ปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วย/ญาติ

อาการที่เป็นสัญญาณที่ดี ของโรคที่ต้องรายงานแพทย์เพื่อปรับแผนการรักษา

1. รับประทานอาหารได้มาก
2. มีผื่นขึ้นที่ ขา แขน
3. คันขา แขน หรือบริเวณฝ่ามือ ฝ่าเท้า

ข้อควรพิจารณา ก่อนส่งผู้ป่วยกลับบ้าน

1. ไข้ลงอย่างน้อย 24 ชั่วโมง โดยไม่ได้ใช้ยาลดไข้
2. รับประทานอาหารได้ดี
3. อาการทั่วไปดีขึ้นอย่างชัดเจน
4. ปัสสาวะจำนวนมาก (>1-2ml/kg/hr)
5. HCT ลดลงจนเป็นปกติ หรือ HCT stable ที่ 38-40% ในรายที่ไม่ทราบ Baseline HCT
6. อย่างน้อย 2 วันหลัง Shock
7. ไม่มีอาการหายใจลำบากจากการที่มี Pleural effusion หรือ Ascites
8. ควรแนะนำไม่ให้มีการกระทบ กระแทก งดออกกำลังกาย ขี่จักรยาน หรือการทำหัตถการที่รุนแรง เช่น ถอนฟัน ภายใน 1-2 สัปดาห์ หรือพิจารณาระดับของเกล็ดเลือดเป็นเกณฑ์ ควรมากกว่า 50,000 cell/ลบ.มม.
9. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ

หมายเหตุ : หลีกเลี่ยงการทำหัตถการที่อาจทำให้เลือดออก เช่น การใส่ NG tube ในผู้ป่วยที่อาเจียนเป็นเลือด หรือสงสัยว่ามีเลือดออกในกระเพาะ การทำ gastric irrigation or cold lavage การสวนปัสสาวะ

แบบประเมินภาวะ Dehydration ในผู้ป่วยไข้เลือดออก

ภาวะขาดน้ำประเมินจากอาการและอาการแสดงทางคลิก

ให้ใส่เครื่องหมาย √ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความรุนแรง	น้อย 3-5 %	ปานกลาง 6-9 %	มาก > 10 %
ชีพจร	ปกติ	เร็ว	เร็ว เบา
ความดันเลือด	ปกติ	ปกติหรือต่ำลง มากกว่า10 มม. ปรอท	ต่ำ หน้ามืด pulse pressure < 20 มม.ปรอท
พฤติกรรม	ปกติ	กระสับกระส่าย	กระวนกระวายถึงซึมมาก
กระหายน้ำ	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก
เยื่อบุปาก	ปกติ	แห้ง	แห้งจนเหี่ยว
น้ำตา	มีน้ำตา	ลดลง	ไม่มีน้ำตา ตาลึกโหล
กระหม่อมหน้า(เด็ก)	ปกติ	บุ๋มเล็กน้อย	บุ๋มมาก
ความยืดหยุ่นของผิวหนัง	ยังดีอยู่	เสียเล็กน้อย ไม่คืนกลับในช่วง 2 วินาที	จับแล้วยังตั้งอยู่นานเกิน > 4 วินาที
Urine specific gravity	> 1.020	> 1.020 ปัสสาวะออกน้อยลง < 1 มล./กิโลกรัม/ชั่วโมง	ปัสสาวะออกน้อยมาก 0.5 มล. /กิโลกรัม/ชั่วโมง หรือปัสสาวะไม่ออก
Capillary refill	< 2 วินาที	2 - 3 วินาที	3 - 4 วินาที

การประเมินผล หากมีอาการที่อยู่ในระดับที่รุนแรงกว่า ตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไป ให้ถือว่าประเมินเป็นระดับนั้น

วันที่ประเมิน.....เวลา.....ระดับภาวะdehydration.....ผู้ประเมิน.....

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....น้ำหนัก.....HN.....AN.....

โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 31-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางอัตราการให้ IV fluid ในเด็กเปรียบเทียบกับผู้ใหญ่

ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 1 หน้า) วันที่อนุมัติใช้ 5 มกราคม 2569

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นางสาวเวธกา สุโภภาค	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	เวธกา

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
แพทย์หญิงน้ำฝน สว่างตา	นายแพทย์ปฏิบัติการ	

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางสาวสุพรรณี วงคำจันทร์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

หน่วยงานที่นำไปใช้ : ทุกแผนกที่เกี่ยวข้อง

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 3	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/1
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 31-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 3
	เรื่อง : แนวทางอัตราการให้ IV fluid ในเด็กเปรียบเทียบกับผู้ใหญ่	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสาวเวธกา สุโภภาค หน่วยงาน : งานผู้ป่วยใน	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ทุกแผนกที่เกี่ยวข้อง

อัตราการให้ IV fluid ในเด็กเปรียบเทียบกับผู้ใหญ่

อัตราการให้ IV fluid ในเด็ก (มล./กก./ชม.)	อัตราการให้ IV fluid ในผู้ใหญ่ (มล./ชม.	หมายเหตุ
1.5	40-50	M/2
3	80-100	Maintenance
5	100-120	M+5% Deficit
7	120-150	M+7% Deficit
10	300-500	M+10% Deficit

<u>ค่าเฉลี่ย Hct ของประชากรอายุต่างๆ</u>

- อายุ <1ปี = 30 - 35%
- อายุ>1-10 ปี = 35 - 40 %
- อายุ > 10 ปี = 38 - 42 %
- ผู้ใหญ่ผู้หญิง = 38 - 42 %
- ผู้ใหญ่ผู้ชาย = 42 - 48 %

<u>ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ (High risk patients)</u>

- ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 1 ปี /ผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยตั้งครรภ์
- ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกรุนแรง (Grade IV)
- ผู้ป่วยที่มีเลือดออกมาก
- ผู้ป่วยที่มีอาการทางสมอง หรือมีอาการผิดปกติ
- ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น G-6-P-D deficiency , Thalassemia , โรคหัวใจ , โรคไต , โรคอ้วน

โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 32-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วย DHF เอกสารหมายเลข 1

ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 1 หน้า) วันที่อนุมัติใช้ 5 มกราคม 2569

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นางสาวเวธกา สุโภภาค	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	เวธก

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
แพทย์หญิงน้ำฝน สว่างตา	นายแพทย์ปฏิบัติการ	

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางสาวสุพรรณี วงคำจันทร์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

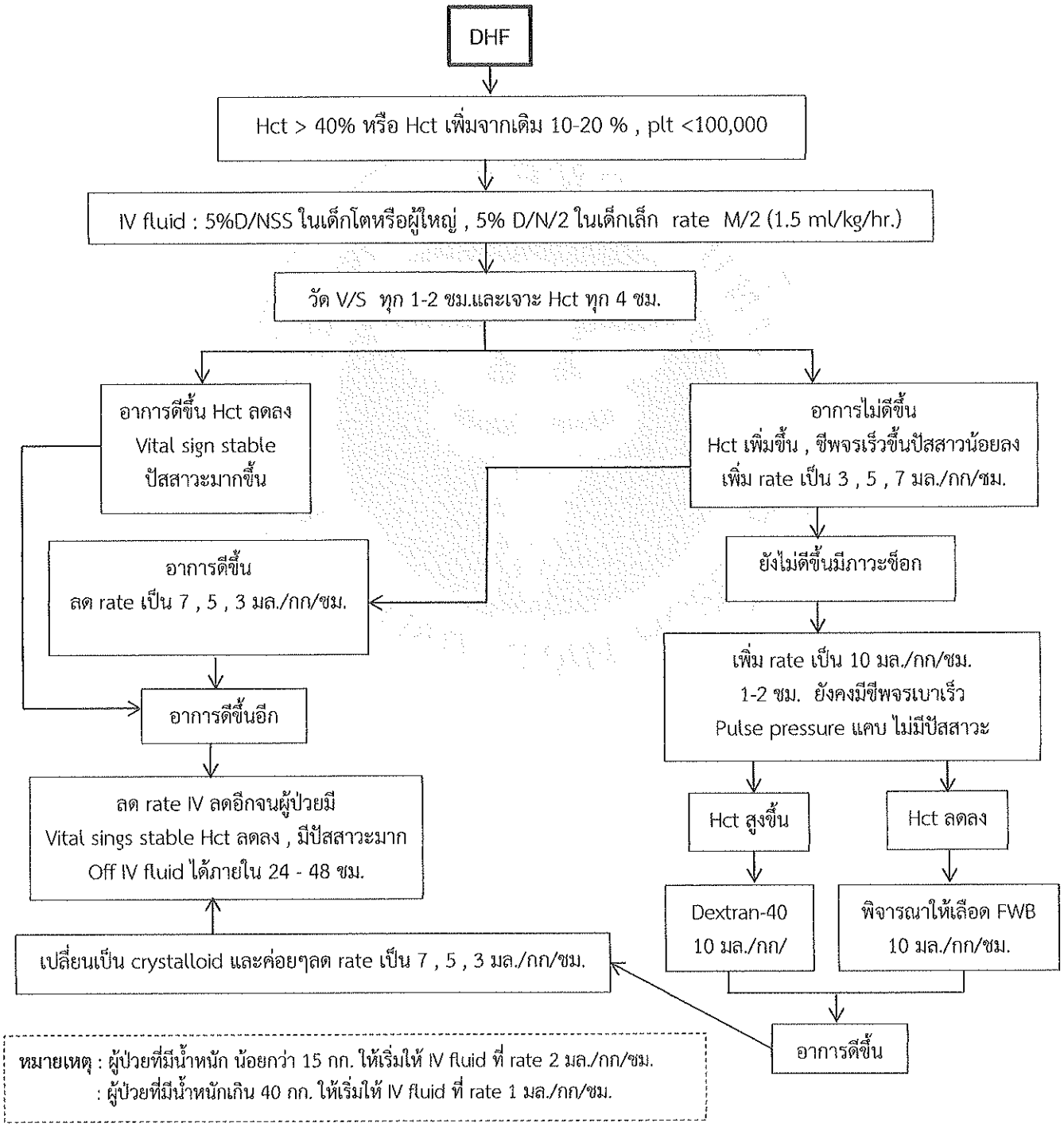
หน่วยงานที่นำไปใช้ : ทุกแผนกที่เกี่ยวข้อง

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 3	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/1
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 32-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 3
	เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วย DHF เอกสารหมายเลข 1	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสาวเวธกา สุโภภาค หน่วยงาน : งานผู้ป่วยใน	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ทุกแผนกที่เกี่ยวข้อง



หมายเหตุ : ผู้ป่วยที่มีน้ำหนัก น้อยกว่า 15 กก. ให้เริ่มให้ IV fluid ที่ rate 2 มล./กก/ชม.
: ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกิน 40 กก. ให้เริ่มให้ IV fluid ที่ rate 1 มล./กก/ชม.

โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 33-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วย DSS เอกสารหมายเลข 2	
ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 1 หน้า) วันที่อนุมัติใช้ 5 มกราคม 2569

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นางสาวเวธกา สุโภภาค	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	เวธกา

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
แพทย์หญิงน้ำฝน สว่างตา	นายแพทย์ปฏิบัติการ	

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางสาวสุพรรณี วงคำจันทร์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

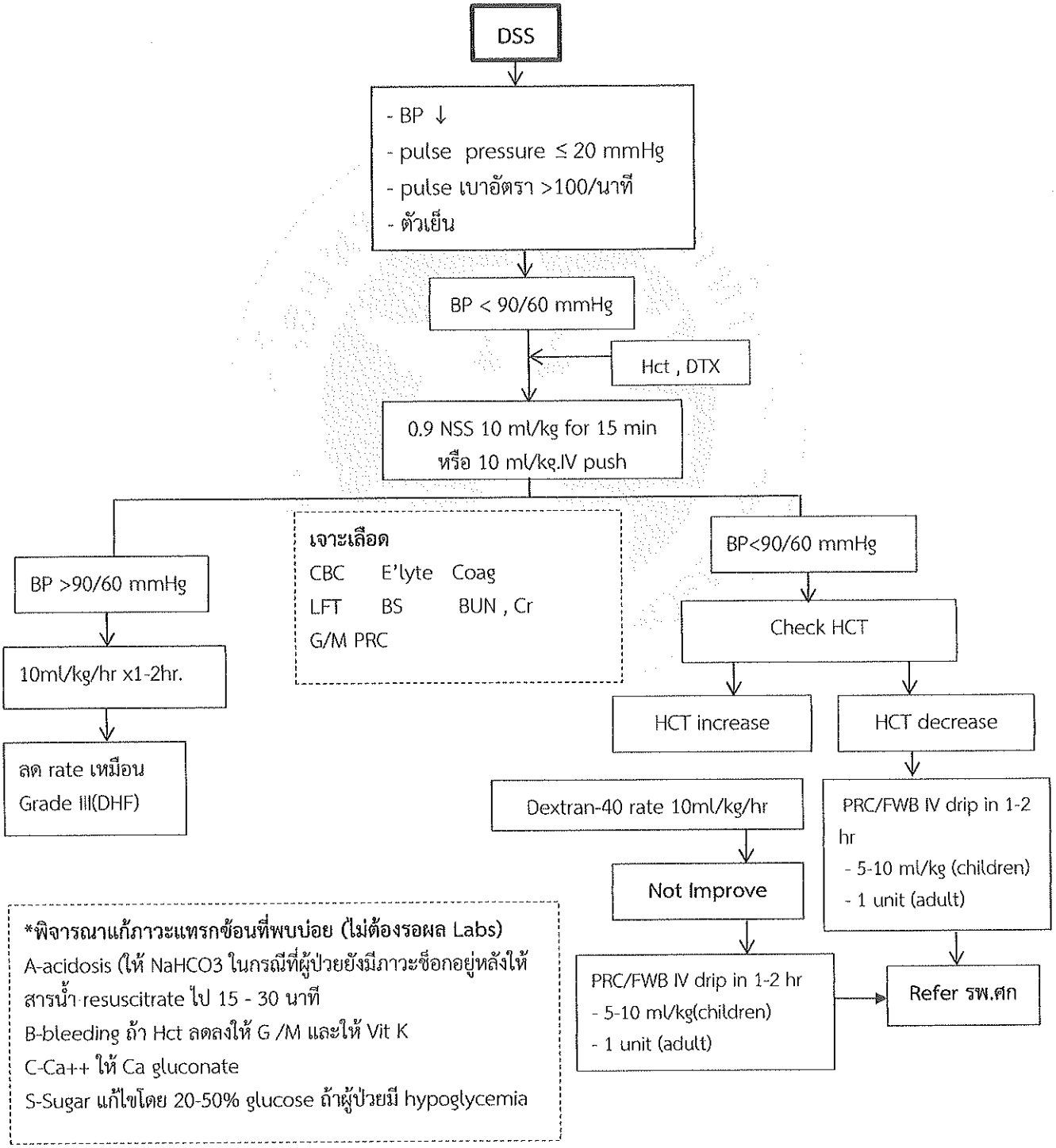
หน่วยงานที่นำไปใช้ : ทุกแผนกที่เกี่ยวข้อง

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 3	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/1
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 33-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 3
	เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วย DSS เอกสารหมายเลข 2	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสาวเวธกา สุโภภาค หน่วยงาน : งานผู้ป่วยใน	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ทุกแผนกที่เกี่ยวข้อง



โรคฉี่หนู

(Leptospirosis)

LEPTOSPIROSIS

โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 34-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคฉี่หนู (Leptospirosis)

ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 6 หน้า) วันที่อนุมัติใช้ 5 มกราคม 2569

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นางสาวณัฐกานต์ บุญโย	พยาบาลวิชาชีพ	

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
แพทย์หญิงน้ำฝน สว่างตา	นายแพทย์ปฏิบัติการ	

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางสาวสุพรรณี วงคำจันทร์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

หน่วยงานที่นำไปใช้ : ER , OPD , IPD , งานเปฐมภูมิ

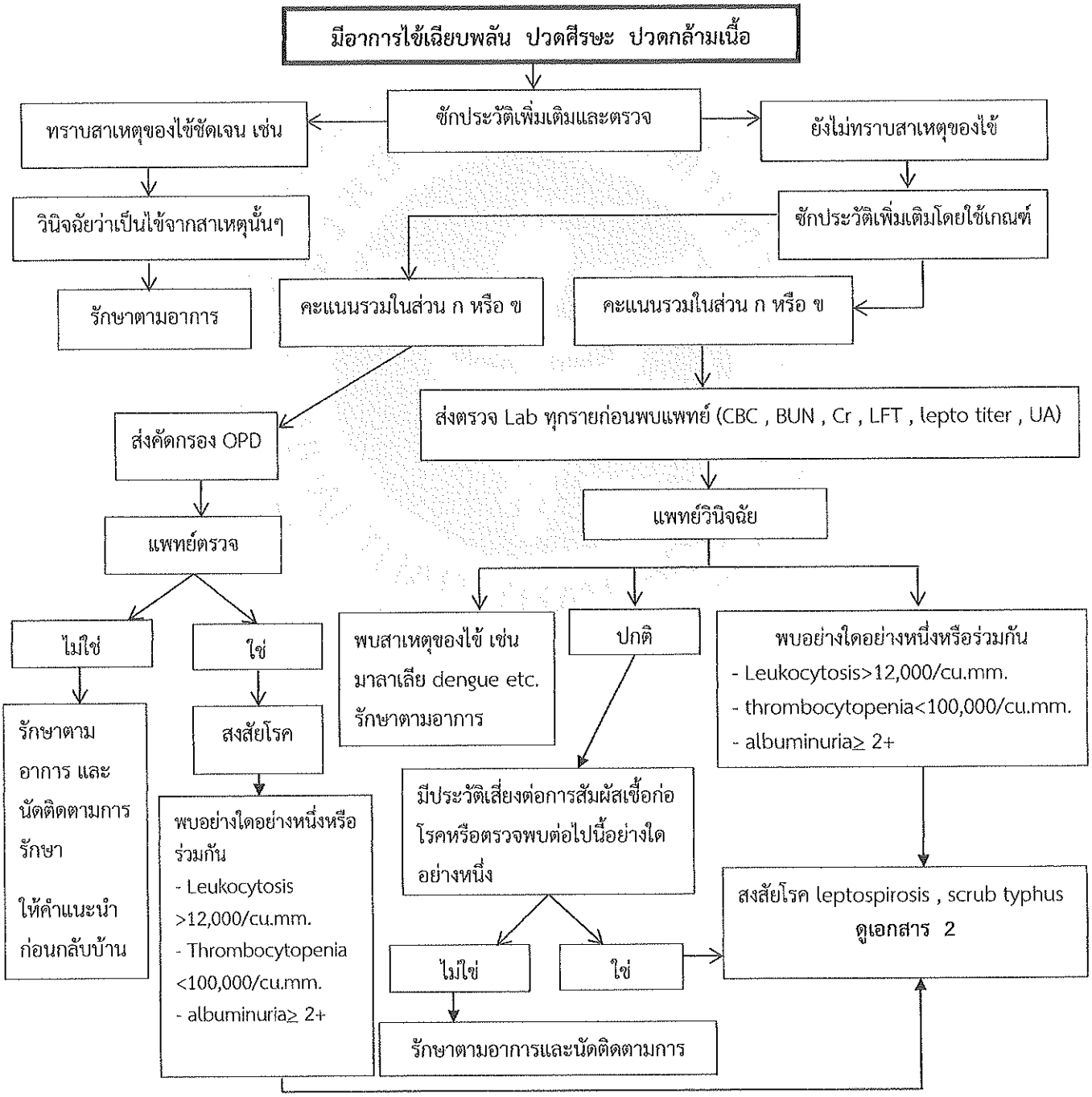
การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 2	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/6
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 34-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 2
	เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคฉี่หนู (Leptospirosis)	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสาวณัฐกานต์ บุญโย หน่วยงาน : งานผู้ป่วยใน	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ER , OPD , IPD , งานเปฐมภูมิ

เอกสาร 1 แนวทางการดูแลผู้ป่วยสงสัยโรค Leptospirosis โรงพยาบาลห้วยทับทัน จ. ศรีสะเกษ



เอกสาร 2 แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่สงสัยโรค Leptospirosis โรงพยาบาลห้วยทับทัน จ. ศรีสะเกษ

สงสัยโรค leptospirosis , scrub typhus

→ ตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อให้การวินิจฉัยโรคที่แน่นอน (ในรายที่ยังไม่ส่ง Lab) (CBC , BUN , Cr, LFT , lepto titer , UA)

ประเมินความรุนแรงของโรคเพื่อวางแผนการรักษาและการพยากรณ์โรค

มีอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้หรือไม่

1. มีสิ่งบ่งบอก คือ ภาวะ Sepsis คือ อย่างน้อย 2 อย่าง ของความผิดปกติดังนี้
   - ชีพจร > 90 ครั้ง/นาที
   - อัตราการหายใจ >24 ครั้ง/นาที
   - ไข้ > 38 องศาเซลเซียส หรือ <36องศาเซลเซียส
   - Leukocytosis (WBC> 12,000 cells/μl) Leukopenia(WBC> 4,000 cells/μl) หรือ Band Form > 10%
2. ระดับความรู้สึกตัวผิดปกติ หรือคอแข็ง หรือ ชักเกร็ง
3. ตัวเหลือง ตาเหลือง หรือ Total Bilirubin > 2.5 mg/dl
4. ปัสสาวะน้อยผิดปกติ เช่น (<400ml/วัน)หรือไม่มีปัสสาวะในช่วง 8 ชั่วโมง หรือ < 0.5 ml/kg/hrหลังให้ IV 1 hr
5. มีเลือดออกผิดปกติ เช่น อาเจียนเป็นเลือด , ไอเป็นเลือด CXR ผิดปกติ หรือ O2 Saturations < 95% ขณะให้ O2 mask with reservoir by 10 LPM
6. ความดันโลหิต systolic BP <90 mmhgหรือ mean ABP < 70 mmhg
7. Platelet count < 80,000 cell/μl) หรือลดลง > 50% ของค่าปกติในช่วง 3 วัน
8. มีภาวะ Septic Shock

→ **ไม่มี**

รักษาเป็นผู้ป่วยนอก

1. การรักษาตามอาการ เช่น ยาลดไข้
2. การรักษาจำเพาะ โดยเลือกใช้ยาต้านจุลชีพตามลำดับต่อไปนี้นาน 7 วัน
   2.1 doxycycline 100 mg วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร
   2.2 Azithromycin 500 mg ก่อนอาหารวันละ 1 ครั้ง 3 วัน (ใช้ในรายที่มีประวัติคลื่นไส้อาเจียนมาก หรือแพ้ยา doxycycline)
3. แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบ รวมทั้งการปฏิบัติตัว และนัดติดตามอาการภายใน 1-2 วัน ที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน
4. แนะนำให้กลับมาเจาะเลือดเพื่อการวินิจฉัยโรคที่แน่นอน ภายใน 1-4 สัปดาห์ ถ้าอาการดีขึ้น
5. ถ้าอาการไม่ดีขึ้นควรรับไว้รักษาในโรงพยาบาล

→ **มี**

รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ดูเอกสาร 3

เอกสาร 3 แนวทางการดูแลผู้ป่วยสงสัยโรค Leptospirosis โรงพยาบาลห้วยทับทัน จ. ศรีสะเกษ

ผู้ป่วยที่วินิจฉัยเบื้องต้นว่าเป็นโรคเลปโตสไปโรซีส และรับไว้รักษาในโรงพยาบาล

การเฝ้าระวังและรักษาตามอาการในระยะแรก

1. ให้สารน้ำทดแทนในรายที่มี hypotension เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่มีภาวะขาดน้ำจากสาเหตุอื่นๆ (ควรให้สารน้ำทดแทนให้เพียงพอ เพื่อป้องกันภาวะไตวาย)
2. ติดตามอัตราชีพจรและความดันโลหิตทุก 1-6 ชั่วโมง ตามความรุนแรง
3. ติดตามอัตราการหายใจและฝ้าระวังอาการไอเสมหะปนเลือด หรือหอบเหนื่อย เนื่องจาพบภาวะหายใจล้มเหลวได้บ่อย
4. ตวงปัสสาวะทุก 1-6 ชั่วโมง ถ้าปัสสาวะออกน้อย

การรักษาจำเพาะในระยะแรก

อาจเลือกใช้ยาต้านจุลชีพตามลำดับดังนี้

- Ceftriaxone 2 gm เข้าหลอดเลือดดำวันละ 1 ครั้ง หรือ
- อาจใช้ยาดังกล่าวร่วมกับ doxycyclineถ้าวินิจฉัยแยกโรคจากการติดเชื้อ Gram negative bacteria และ scrub typhus ไม่ได้
- เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น เปลี่ยนเป็นยากินให้ครบ 7 วัน โดยเลือกใช้ยากินเช่นเดียวกับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและนัดมาเจาะเลือดตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคที่แน่นอนภายใน 1-4 สัปดาห์

อาการไม่ดีขึ้น/เลวลง/มีภาวะแทรกซ้อน

ส่งต่อไปยังโรงพยาบาล ศรีสะเกษ

ก่อนส่งต่อไปยังโรงพยาบาล ศรีสะเกษ
(ข้อตกลงของห้อง Lab รพ.ห้วยทับทัน)

1. หอผู้ป่วยประสานไปยังเจ้าหน้าที่ห้อง Lab
2. ผู้ป่วยที่ Refer กรอกแบบฟอร์ม ในใบนำส่งเพื่อตรวจวินิจฉัยโรคเลปโตสไปโรซีส ของศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์อุบลฯ.ส่งให้กับห้อง Lab ภายหลังจากแจ้งให้ห้อง Lab ทราบ

- กรณีที่ยังไม่ได้เจาะเลือดผู้ป่วย ให้เจาะใส่ Tube พลาสติกใส สีขาว 3 ซีซี ถ้ามีตรวจอย่างอื่นร่วมด้วยให้ใส่ Tube แก้ว (Colt blood)
- ถ้าเคยเจาะแล้วแต่ไม่ได้ส่งตรวจ Lepto ห้อง Lab จะเก็บเลือดไว้ 3 วัน ถ้าเกิน 3 วันไปแล้ว หอผู้ป่วยต้องเจาะเลือดใหม่

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 4/6
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 34-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 2
	เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคฉี่หนู (Leptospirosis)	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสาวณัฐกานต์ บุญโย หน่วยงาน : งานผู้ป่วยใน	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ER , OPD , IPD , งานเปฐมภูมิ

การดูแลรักษาผู้ป่วยที่วินิจฉัยโรค Leptospirosis แบบวิกฤติ โรงพยาบาลห้วยทับทัน จ. ศรีสะเกษ

1. ถ้ามีภาวะ hypotension (systolic BP ≤ 90 mm.Hg. หรือลดลงมากกว่า 40 mm.Hg.)หลังให้สารน้ำทดแทนอย่างเพียงพอ
   - ให้ยาเพิ่มความดันโลหิต เช่น Dopamine ปรับขนาด
   - อาจมีภาวะ carditisควรตรวจ ECG ซ้ำ , serum CK-MB หรือ troponin – T และให้การรักษาเช่นเดียวกับ carditis ที่เกิดจากสาเหตุอื่น
2. ถ้ามีการหายใจหอบเหนื่อย หรือ ไอมีเสมหะปนเลือด
   - ให้ oxygen
   - เฝ้าระวังภาวะหัวใจล้มเหลว โดยวัด oxygen saturation ถ้าน้อยกว่า 90% ให้ oxygen maskและพิจารณา endotracheat intubation และ mechanical ventilationถ้าภาวะ oxygenationไม่ดีขึ้น
3. ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 100 มิลลิลิตรใน 4 ชั่วโมง
   - ตรวจ serum BUN , creatinine , electrolytes ซ้ำเพื่อดูอัตราการเพิ่มของ creatinineประเมินภาวะ acidosis และระวังภาวะ hyper or hypokalemia
   - พิจารณาทำ peritoneal dialysis หรือ hemodialysis เมื่อ serum creatinine เพิ่มขึ้นมากกว่า 1mg/dl ต่อวัน หรือปัสสาวะน้อยกว่า 400 มิลลิลิตรต่อวันหรือมี hyperkalemiaหรือ severe acidosis
4. ถ้ามีอาการซึมลงหรือระดับความรู้สึกตัวผอดปกติ
   - lumbar puncture เพื่อวินิจฉัยสาเหตุจากการติดเชื้ออื่นๆ
   - การรักษาและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เช่น aspiration pneumonia , pressure soreเป็นต้น
   - ตรวจ serum BUN , creatinine , electrolytes ซ้ำและแก้ไขถ้าผิดปกติ
5. ถ้ามีเลือดออกผิดปกติ เช่น อาเจียนเป็นเลือด หรือถ่ายอุจจาระ
   - ติดตามระดับ Hct ทุก 4-6 ชั่วโมง และให้เลือดทดแทนตามความเหมาะสม
   - ตรวจระดับ coagulation factors (PT , PTT) , platelets และแก้ไขถ้าพบความผิดปกติ
   - ถ้ามีไอเป็นเลือดปฏิบัติตามข้อ 2
6. ถ้ามีภาวะ acute liver failure (เหลืองร่วมกับระดับความรู้สึกตัวผิดปกติที่ไม่ได้เกิดจากสาเหตุอื่น)
   - ให้การรักษาเช่นเดียวกับภาวะ acute liver failure จากสาเหตุอื่น

หมายเหตุ : โรงพยาบาลห้วยทับทันไม่ได้ทำการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบวิกฤติ แต่มีไว้สำหรับแนบดูเป็นแนวทางประกอบ

แบบคัดกรอง เกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยโรค Leptospirosis โรงพยาบาลห้วยทับทัน จ. ศรีสะเกษ

โดยใช้ Leptospirosis Score ในการให้คะแนนกลุ่มผู้ป่วยที่มาด้วยอาการไข้เฉียบพลัน เพื่อให้ง่ายต่อการวินิจฉัยโรคนี้

Leptospirosis Score

1. การวินิจฉัยผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซีส: คะแนนรวมในส่วน ก หรือ ข เท่ากับ 26 คะแนน ขึ้นไป
2. น่าจะเป็นผู้ป่วยแต่ไม่เป็นการยืนยัน : คะแนนตั้งแต่ 20 ถึง 25

คำถาม	คำตอบ	คะแนน
ก. อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย		
ปวดศีรษะเฉียบพลัน	มี ☐ = 2	ไม่มี ☐ = 0
มีไข้	มี ☐ = 2	ไม่มี ☐ = 0
ไข้สูงกว่า 39 องศาเซลเซียส	มี ☐ = 2	ไม่มี ☐ = 0
ตาแดง	มี ☐ = 4	ไม่มี ☐ = 0
คอแข็ง	มี ☐ = 4	ไม่มี ☐ = 0
ปวดกล้ามเนื้อ (โดยเฉพาะกล้ามเนื้อน่อง)	มี ☐ = 4	ไม่มี ☐ = 0
มีอาการทั้ง 3 อย่าง (ตาแดง ปวดกล้ามเนื้อและคอแข็ง)	มี ☐ = 10	ไม่มี ☐ = 0
ดีซ่าน	มี ☐ = 1	ไม่มี ☐ = 0
มีไข่ขาวในปัสสาวะ (Albuminuria หรือ nitrogen retention)	มี ☐ = 2	ไม่มี ☐ = 0
รวมคะแนนทั้งหมดของส่วน ก =		
ข. ปัจจัยทางระบาดวิทยา (คะแนนเต็ม 10 คะแนน ไม่ว่าจะมีกี่ปัจจัยเสี่ยง)		
เคยสัมผัสโดยตรงกับสัตว์ป่วยที่บ้าน ที่ทำงาน	มี ☐ = 10	ไม่มี ☐ = 0
สถานที่พักผ่อนหย่อนใจหรือท่องเที่ยว หรือ	มี ☐ = 10	ไม่มี ☐ = 0
ลงไปว่ายน้ำเล่นหรือหาปลาขณะที่มีน้ำท่วม หรือ	มี ☐ = 10	ไม่มี ☐ = 0
แช่อยู่ในน้ำนานเกินวันละ 6 ชั่วโมง หรือ	มี ☐ = 10	ไม่มี ☐ = 0
ทำงานหรือย่ำในที่ชื้นแฉะโดยไม่สวมรองเท้าบูท หรือ	มี ☐ = 10	ไม่มี ☐ = 0
ทำงานอยู่กับท่อน้ำโสโครก หรือ	มี ☐ = 10	ไม่มี ☐ = 0
ทำงานอยู่ในโรงฆ่าสัตว์ หรือ	มี ☐ = 10	ไม่มี ☐ = 0
รับประทานอาหารค้างมื้อที่ไม่มีภาชนะปกปิดให้มิดชิด	มี ☐ = 10	ไม่มี ☐ = 0
มีบาดแผลที่สัมผัสน้ำหรือทางเข้าของเชื้อ	มี ☐ = 10	ไม่มี ☐ = 0
รวมคะแนนทั้งหมดของส่วน ข =		

หมายเหตุ : 1. คะแนนรวมในส่วน ก หรือ ข เท่ากับ 26 คะแนน ขึ้นไป <u>ส่งตรวจ Lab ก่อนพบแพทย์</u>

2. คะแนนรวมในส่วน ก หรือ ข ตั้งแต่ 20 ถึง 25 <u>ส่งคัดกรองเข้าพบแพทย์</u>

คำจำกัดความของอาการต่างๆ

- ปวดศีรษะเฉียบพลัน หมายถึง การปวดศีรษะที่รุนแรง ซึ่งมีอาการพร้อมไข้หรือหายใจ
- มีไข้ หมายถึง Oral temperature > 38 องศาเซลเซียส ทางรักแร้ 38.5 องศาเซลเซียส
- ตาแดง หมายถึง เยื่อบุตาแดงทั้ง 2 ข้าง (conjunctival suffusion or injection หรือมี Subconjunctival hemorrhage ข้างใดข้างหนึ่ง
- คอแข็ง หมายถึง อาการแสดงของเยื่อหุ้มสมองอักเสบ (Stiff neck)
- ปวดกล้ามเนื้อ หมายถึง กดเจ็บที่กล้ามเนื้อ (muscle tenderness) โดยเฉพาะที่กล้ามเนื้อน่อง

เอกสารชุดนี้อ้างอิงโดย : เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกในการวินิจฉัยผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซีส

โรคเอดส์(AIDS)

(Human Immunodeficiency Virus)

HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS

โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 35-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 1 หน้า) วันที่อนุมัติใช้ 5 มกราคม 2569

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นางสาวขวัญทิพย์ วงศ์สุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
แพทย์หญิงน้ำฝน สว่างตา	นายแพทย์ปฏิบัติการ	

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางสมฤทัย จินาวัลย์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวม

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

หน่วยงานที่นำไปใช้ : ER , OPD , IPD , งานปฐมภูมิ

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

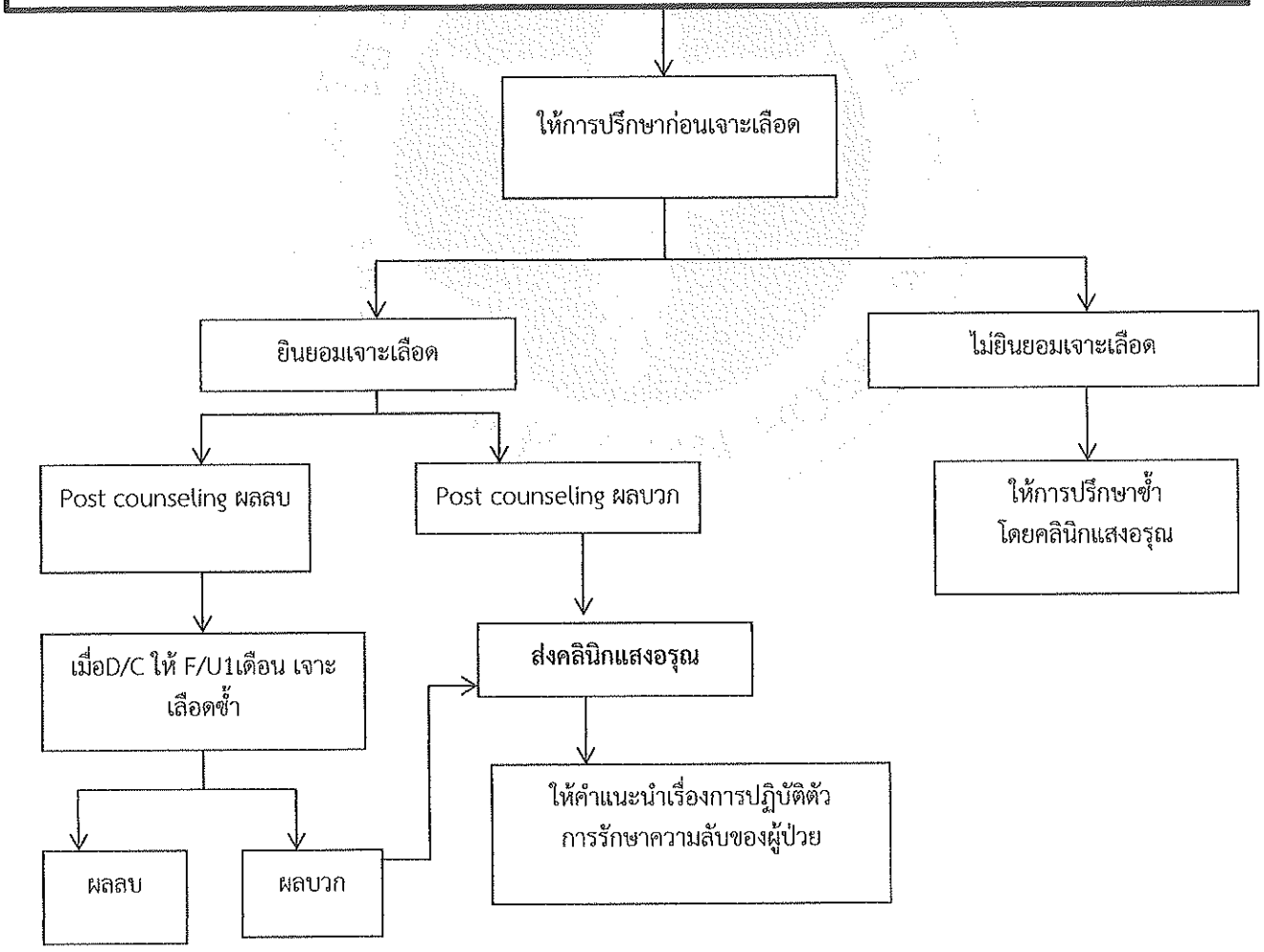
ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 3	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/1
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 35-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 3
	เรื่อง : แนวทางการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสาวขวัญทิพย์ วงศ์สุวรรณ หน่วยงาน : งานปฐมภูมิและองค์รวม	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ER , OPD , IPD , งานปฐมภูมิ

กลุ่มเสี่ยง พิจารณาตรวจเลือด

1.) ผู้ที่มีอาการหรืออาการแสดงที่เข้าได้กับการติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์ 2.) ผู้ที่มีหรือเคยมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกัน รวมถึงเพศสัมพันธ์ระหว่างชาย - ชาย หรือ ชาย - หญิง 3.) ผู้ป่วยวัณโรค 4.) ผู้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5.) ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดและใช้เข็มร่วมกัน 6.) หญิงตั้งครรภ์และสามี 7.) ทารกที่เกิดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี 8.) บุคลากรทางการแพทย์ที่เกิดอุบัติเหตุที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี 9.) ผู้ถูกกล่าวหาและผู้ถูกละเมิดทางเพศ 10.) ผู้ที่ต้องการตรวจเลือดก่อนแต่งงานหรือผู้ที่วางแผนมีบุตร 11.) ผู้ที่อยู่ระหว่างการรับยาป้องกันก่อนและหลังการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (PrEP หรือ PEP)



โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 36-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กอายุต่ำกว่า 24 เดือน

ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 1 หน้า) วันที่อนุมัติใช้ 5 มกราคม 2569

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นางสาวขวัญทิพย์ วงศ์สุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
แพทย์หญิงน้ำฝน สว่างตา	นายแพทย์ปฏิบัติการ	

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางสมฤทัย จินาวัลย์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวม

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

หน่วยงานที่นำไปใช้ : ER , OPD , IPD , งานปฐมภูมิ

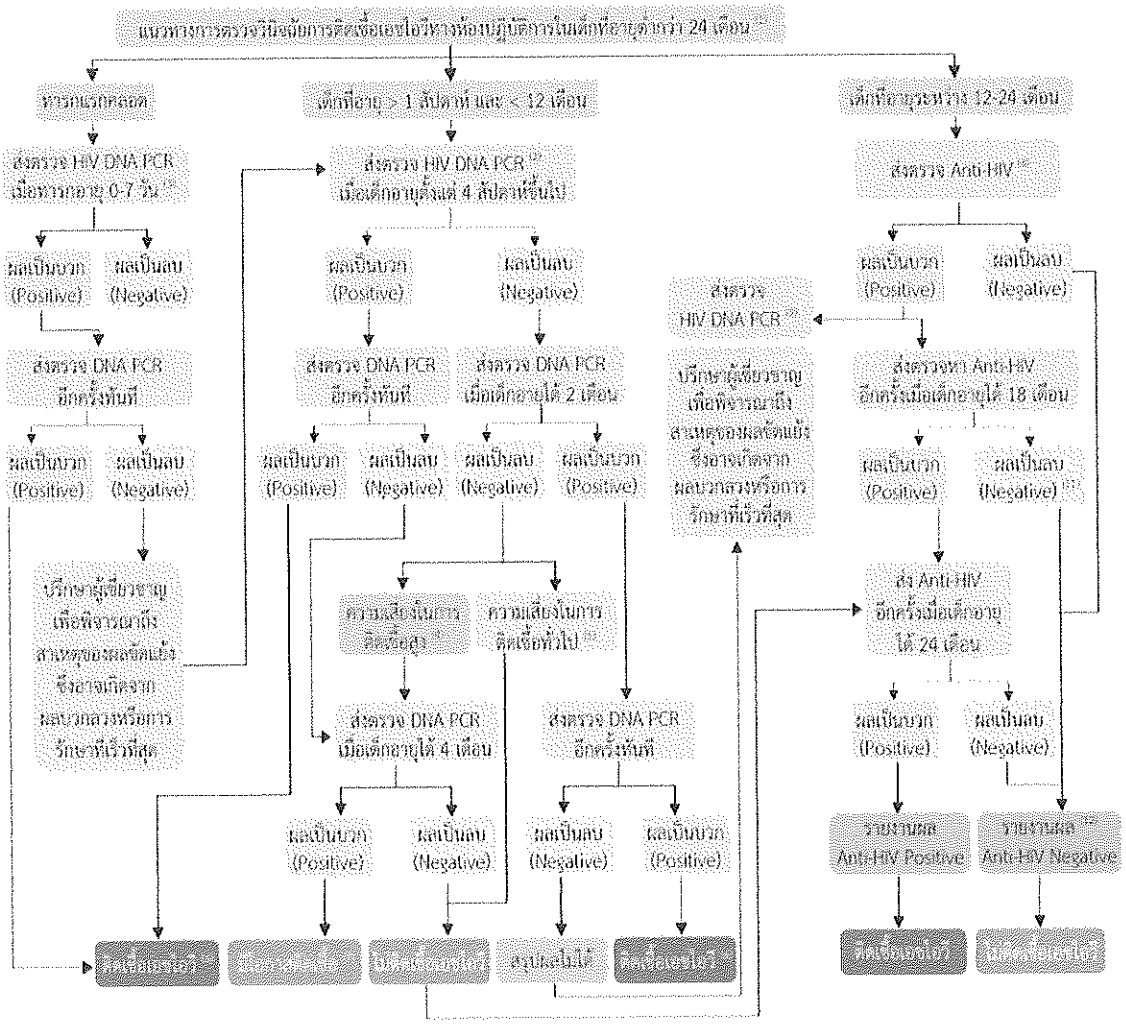
การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 1	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 2/1
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 36-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 1
	เรื่อง : แนวทางการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กอายุต่ำกว่า 24 เดือน	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสาวขวัญทิพย์ วงศ์สุวรรณ หน่วยงาน : งานปฐมภูมิและองค์รวม	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ER , OPD , IPD , งานเปฐมภูมิ

แนวทางการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กอายุต่ำกว่า 24 เดือน



โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 37-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี

ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 1 หน้า) วันที่อนุมัติใช้ 5 มกราคม 2569

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นางสาวขวัญทิพย์ วงศ์สุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
แพทย์หญิงน้ำฝน สว่างตา	นายแพทย์ปฏิบัติการ	

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางสมฤทัย จินาวัลย์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวม

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

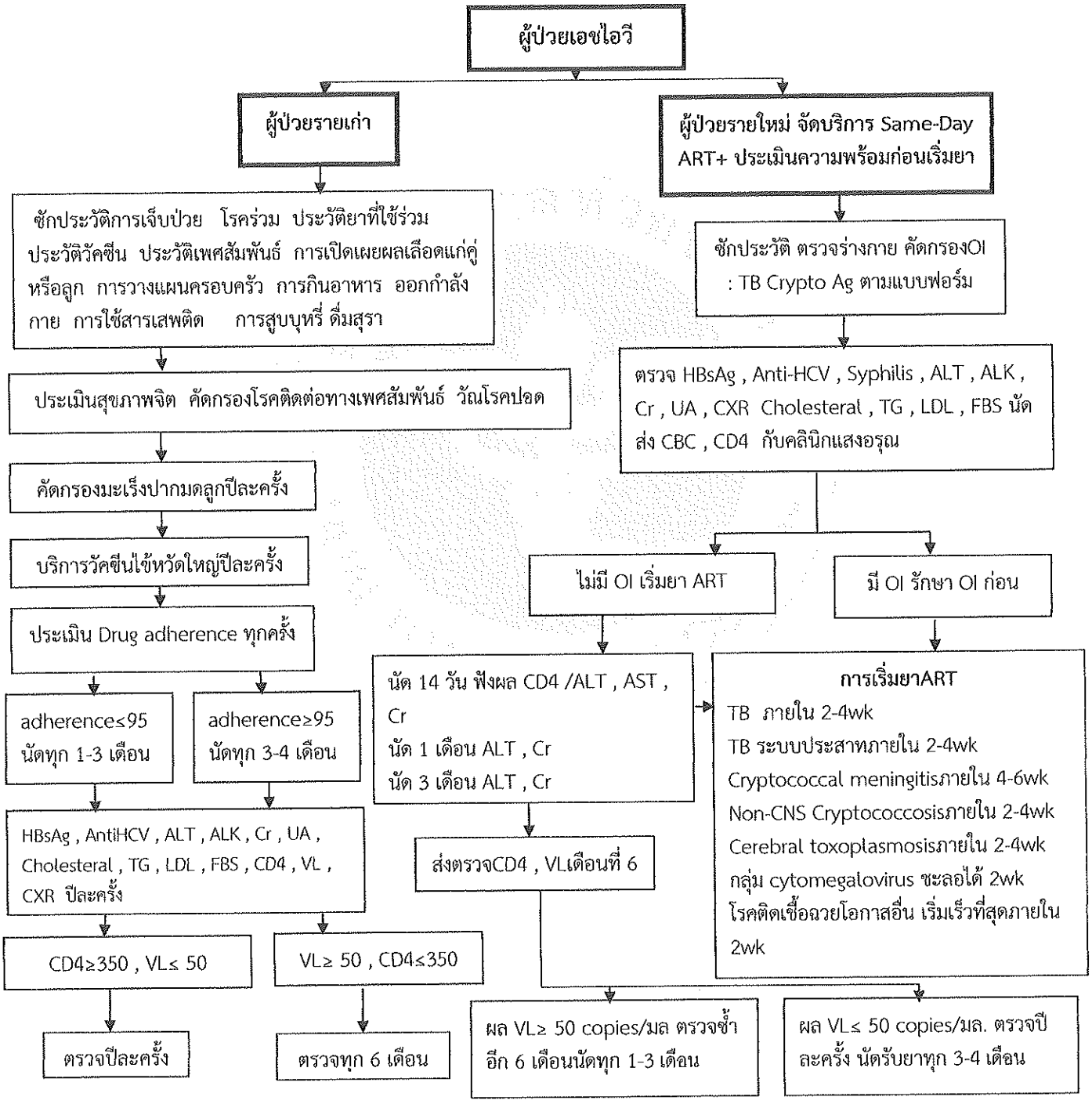
หน่วยงานที่นำไปใช้ : ER , OPD , IPD , งานปฐมภูมิ

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 3	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/1
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 37-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 3
	เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสาวขวัญทิพย์ วงศ์สุวรรณ หน่วยงาน : งานปฐมภูมิและองค์รวม	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ER , OPD , IPD , งานเปฐมภูมิ



โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 38-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางการตรวจ Cryptococcal Antigen

ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 1 หน้า) วันที่อนุมัติใช้ 5 มกราคม 2569

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นางสาวขวัญทิพย์ วงศ์สุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
แพทย์หญิงน้ำฝน สว่างตา	นายแพทย์ปฏิบัติการ	

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางสมฤทัย จินาวัลย์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวม

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

หน่วยงานที่นำไปใช้ : ER , OPD , IPD , งานปฐมภูมิ

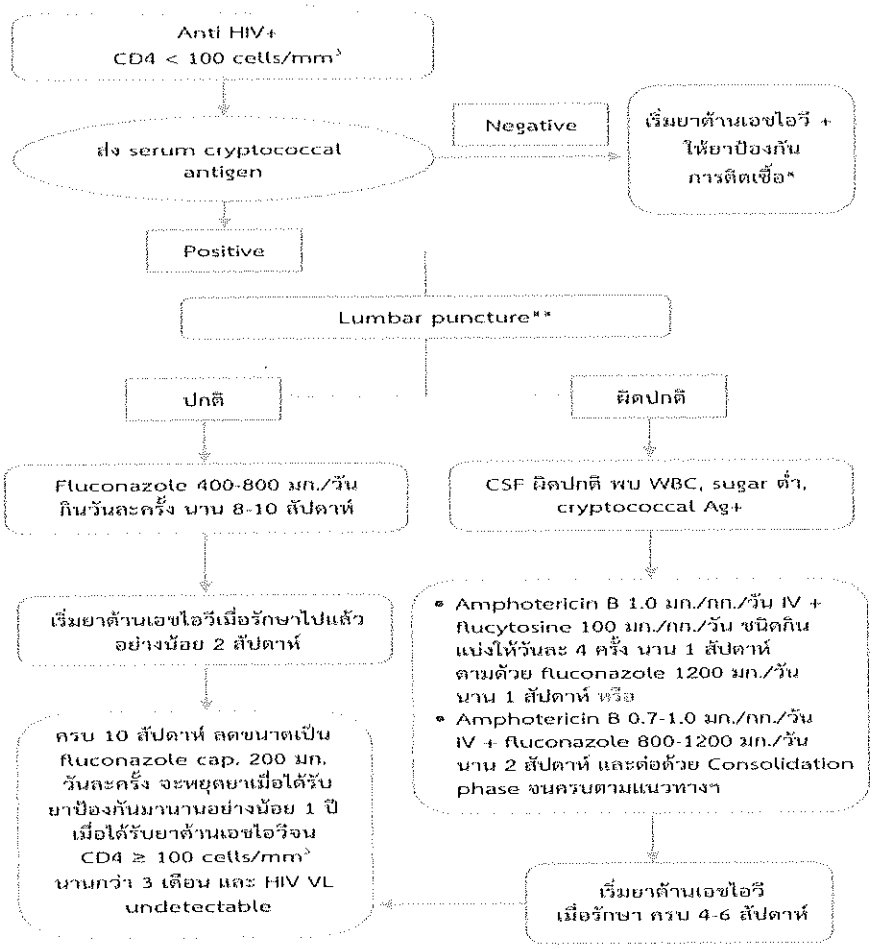
การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 1	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/1
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 38-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 1
	เรื่อง : แนวทางการตรวจ Cryptococcal Antigen	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสาวขวัญทิพย์ วงศ์สุวรรณ หน่วยงาน : งานปฐมภูมิและองค์รวม	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ER , OPD , IPD , งานเปฐมภูมิ

แนวทางการตรวจ Cryptococcal Antigen



โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 39-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางการประเมินและดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มี Virological Failure

ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 1 หน้า) วันที่อนุมัติใช้ 5 มกราคม 2569

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นางสาวขวัญทิพย์ วงศ์สุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ขวัญทิพย์ วงศ์สุวรรณ

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
แพทย์หญิงน้ำฝน สว่างตา	นายแพทย์ปฏิบัติการ	

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางสมฤทัย จินาวัลย์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวม

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

หน่วยงานที่นำไปใช้ : ER , OPD , IPD , งานปฐมภูมิ

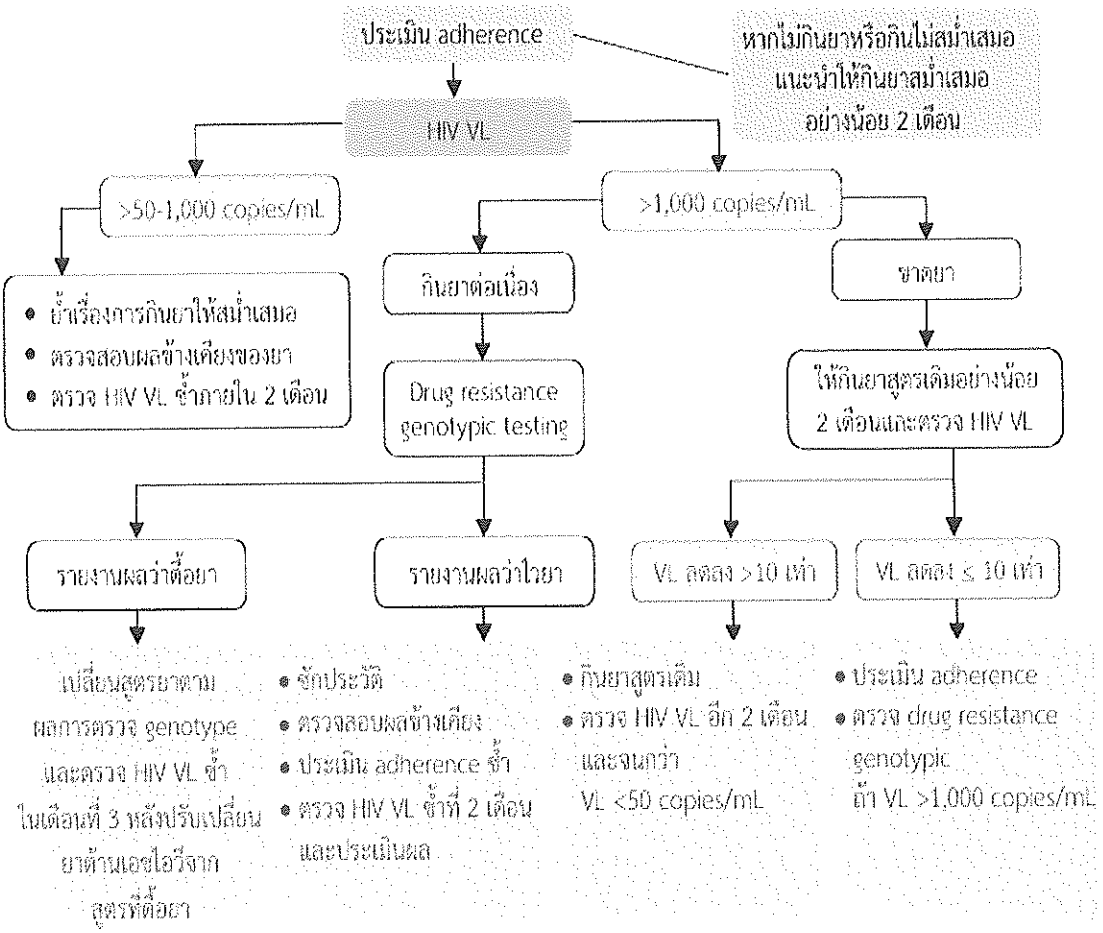
การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 1	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/1
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 39-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 1
	เรื่อง : แนวทางการประเมินและดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มี Virological Failure	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสาวขวัญทิพย์ วงศ์สุวรรณ หน่วยงาน : งานปฐมภูมิและองค์รวม	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ER , OPD , IPD , งานเปฐมภูมิ

แนวทางการประเมินและดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มี Virological Failure



โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 40-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางการให้คำปรึกษาการตรวจเลือดในหญิงตั้งครรภ์

ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 1 หน้า) วันที่อนุมัติใช้ 5 มกราคม 2569

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นางสาวขวัญทิพย์ วงศ์สุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
แพทย์หญิงน้ำฝน สว่างตา	นายแพทย์ปฏิบัติการ	

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางสมฤทัย จินาวัลย์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวม

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

หน่วยงานที่นำไปใช้ : ER , OPD , IPD , งานปฐมภูมิ

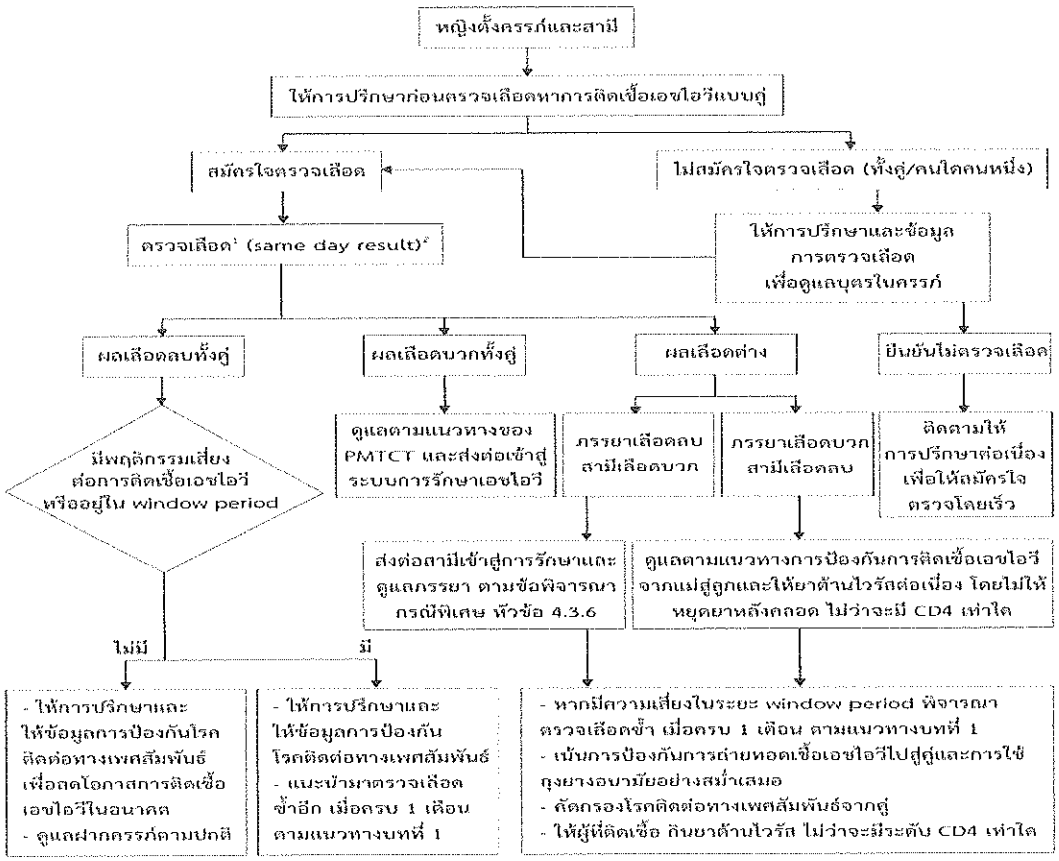
การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 1	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/1
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 40-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 1
	เรื่อง : แนวทางการให้คำปรึกษาการตรวจเลือดในหญิงตั้งครรภ์	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสาวขวัญทิพย์ วงศ์สุวรรณ หน่วยงาน : งานปฐมภูมิและองค์รวม	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ER , OPD , IPD , งานเปฐมภูมิ

แนวทางการให้คำปรึกษาการตรวจเลือดในหญิงตั้งครรภ์



โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 41-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 1 หน้า) วันที่อนุมัติใช้ 5 มกราคม 2569

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นางสาวขวัญทิพย์ วงศ์สุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
แพทย์หญิงน้ำฝน สว่างตา	นายแพทย์ปฏิบัติการ	

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางสมฤทัย จินาวัลย์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวม

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

หน่วยงานที่นำไปใช้ : ER , OPD , IPD , งานปฐมภูมิ

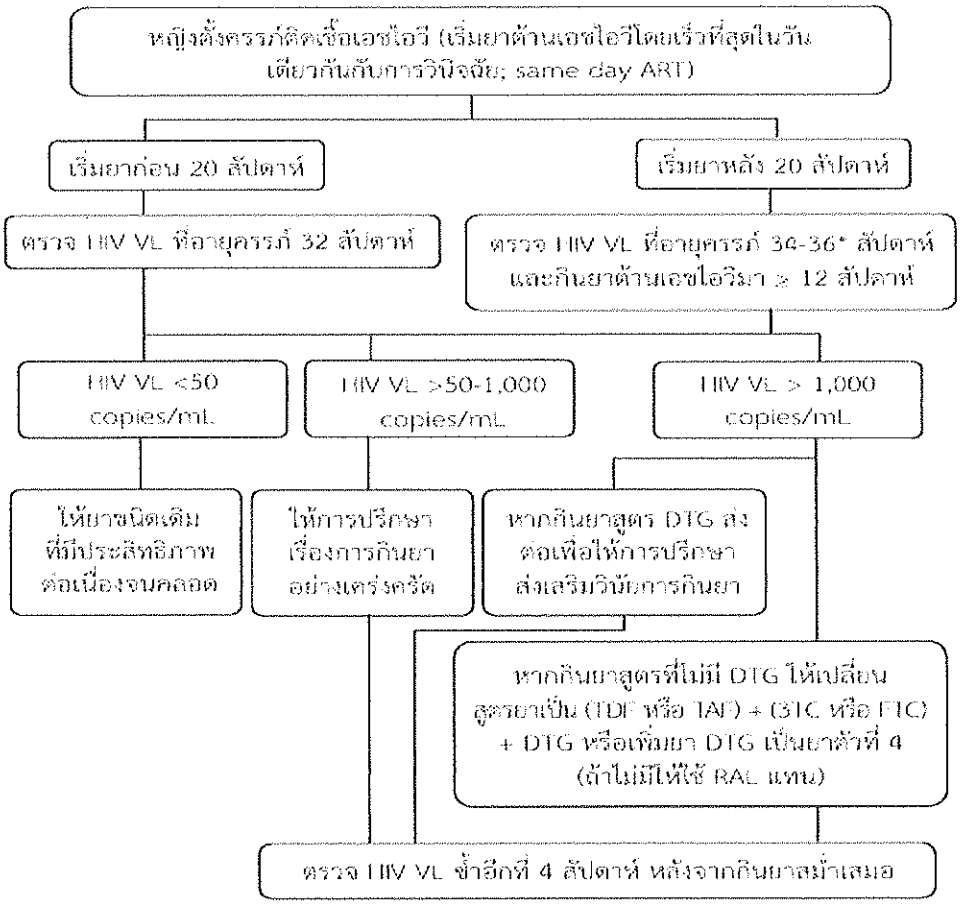
การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 1	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/1
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 41-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 1
	เรื่อง : แนวทางการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสาวขวัญทิพย์ วงศ์สุวรรณ หน่วยงาน : งานปฐมภูมิและองค์รวม	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ER , OPD , IPD , งานเปฐมภูมิ

แนวทางการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก



*หากอายุครรภ์ 36 สัปดาห์แล้ว และยังไม่ได้ตรวจ HIV VL ให้ตรวจทันที แม้จะกินยาต้านเอชไอวีไม่ครบ 12 สัปดาห์

โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 42-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางการจัดบริการ PrEP

ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 1 หน้า) วันที่อนุมัติใช้ 5 มกราคม 2569

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นางสาวขวัญทิพย์ วงศ์สุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
แพทย์หญิงน้ำฝน สว่างตา	นายแพทย์ปฏิบัติการ	

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางสมฤทัย จินาวัลย์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวม

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

หน่วยงานที่นำไปใช้ : ER , OPD , IPD , งานปฐมภูมิ

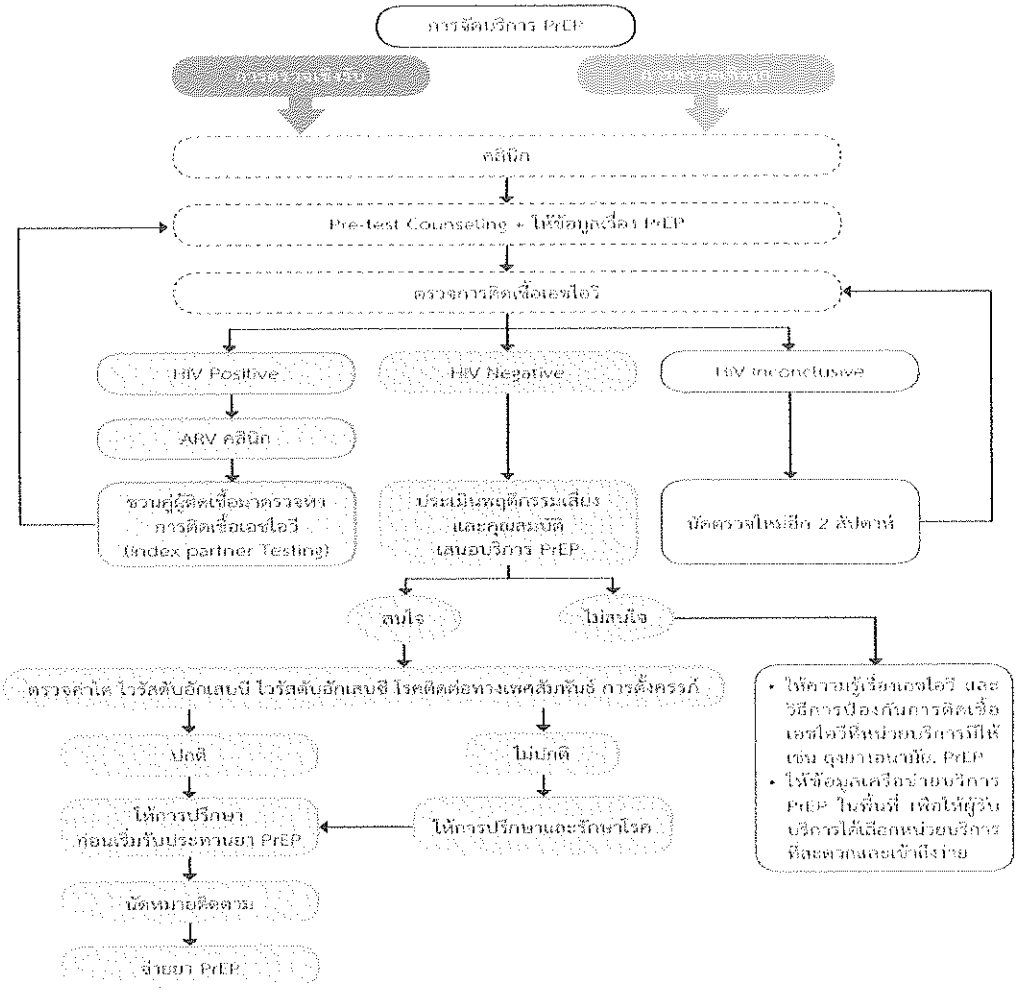
การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 1	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/1
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 42-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 1
	เรื่อง : แนวทางการจัดบริการ PrEP	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสาวขวัญทิพย์ วงศ์สุวรรณ หน่วยงาน : งานปฐมภูมิและองค์รวม	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ER , OPD , IPD , งานเปฐมภูมิ

แนวทางการจัดบริการ PrEP



โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 43-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางการจัดบริการ oPEP และ nPEP

ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 1 หน้า) วันที่อนุมัติใช้ 5 มกราคม 2569

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นางสาวขวัญทิพย์ วงศ์สุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
แพทย์หญิงน้ำฝน สว่างตา	นายแพทย์ปฏิบัติการ	

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางสมฤทัย จินาวัลย์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวม

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

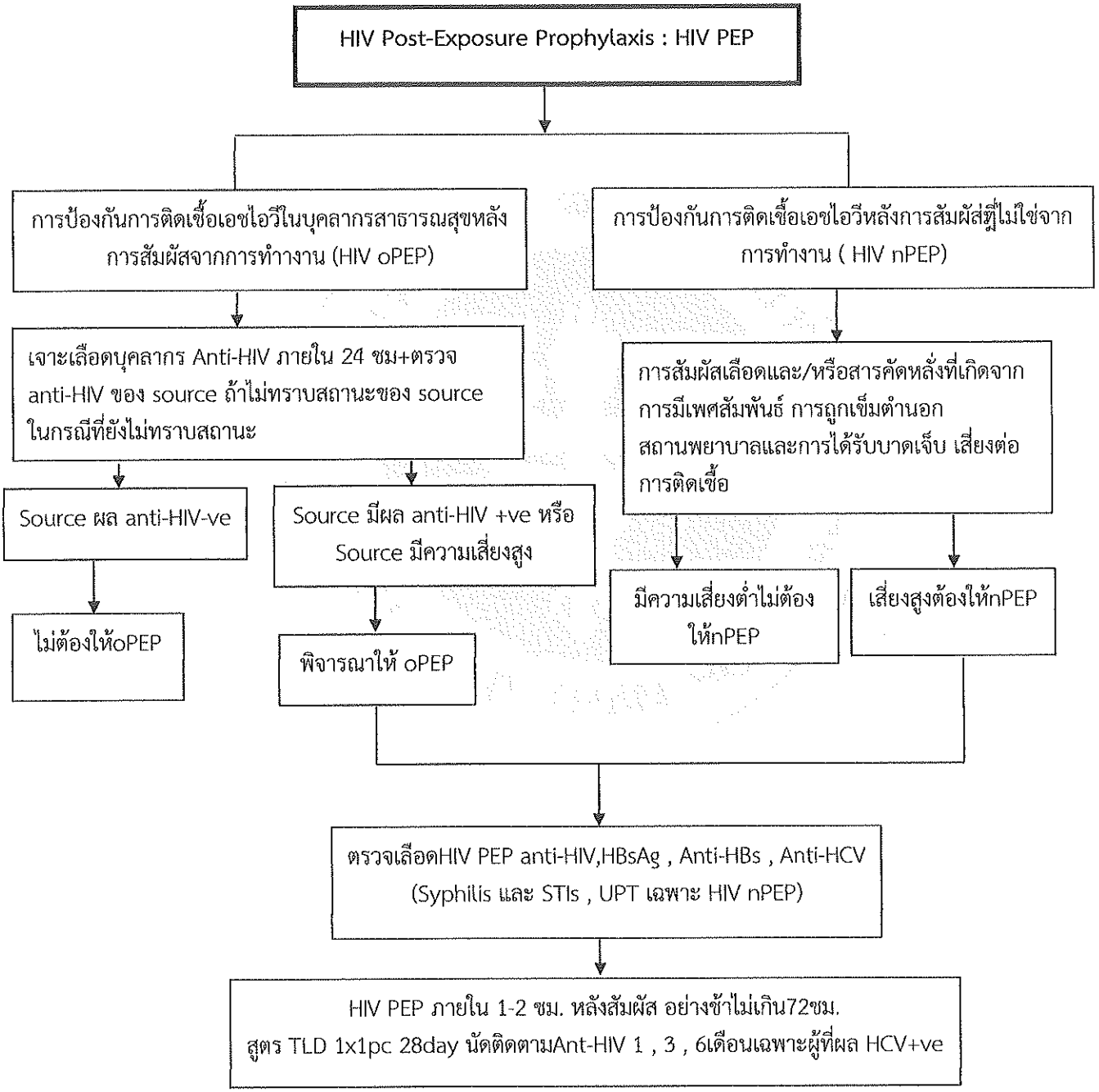
หน่วยงานที่นำไปใช้ : ER , OPD , IPD , งานปฐมภูมิ

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 1	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/1
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 43-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 1
	เรื่อง : แนวทางการจัดบริการ oPEP และ nPEP	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสาวขวัญทิพย์ วงศ์สุวรรณ หน่วยงาน : งานปฐมภูมิและองค์รวม	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ER , OPD , IPD , งานเปฐมภูมิ



โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 44-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคแฝงในผู้ป่วยเอไอวี

ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 1 หน้า) วันที่อนุมัติใช้ 5 มกราคม 2569

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นางสาวขวัญทิพย์ วงศ์สุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
แพทย์หญิงน้ำฝน สว่างตา	นายแพทย์ปฏิบัติการ	

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางสมฤทัย จินาวัลย์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวม

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

หน่วยงานที่นำไปใช้ : ER , IPD , OPD , งานปฐมภูมิ

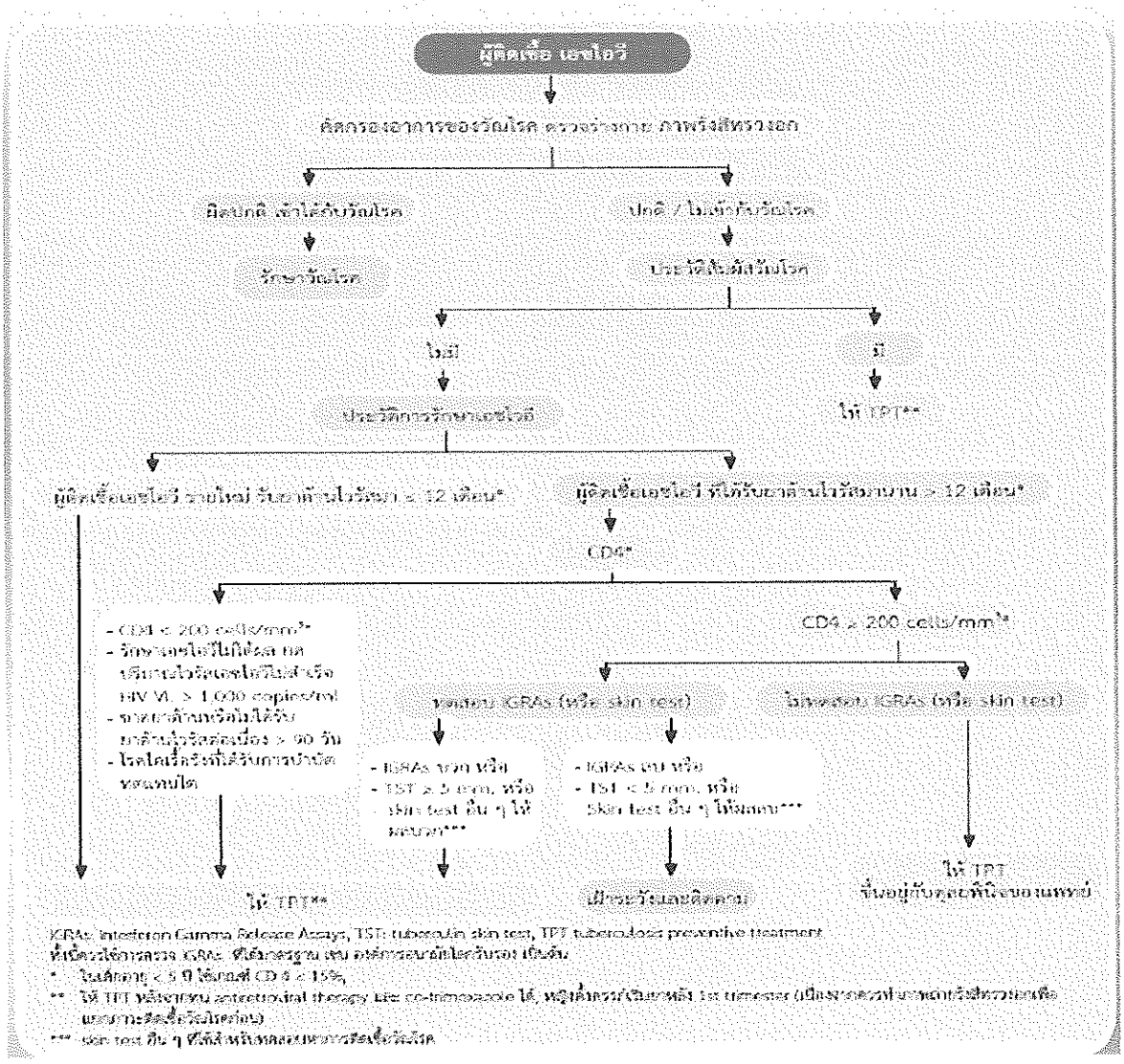
การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 1	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/1
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 44-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 1
	เรื่อง : แนวทางการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคแฝงในผู้ป่วยเอไอวี	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสาวขวัญทิพย์ วงศ์สุวรรณ หน่วยงาน : งานปฐมภูมิและองค์รวม	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ER , OPD , IPD , งานเปฐมภูมิ

แนวทางการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคแฝงในผู้ป่วยเอไอวี



IGRAs: Interferon Gamma Release Assays, TST: tuberculin skin test, TPT tuberculosis preventive treatment
ที่เกี่ยวข้องได้การตรวจ IGRAs ที่เป็นมาตรฐาน เช่น อาทิการตอบสนองต่อไซโตไคน์ เป็นต้น
* ในเด็กอายุ < 5 ปี ให้ตรวจที่ CD4 < 15%,
** ให้ TPT หลังจากรับ antiretroviral therapy และ co-trimoxazole ได้, หรือพิจารณาเริ่มยาหลัง 1st trimester (เป็นอย่างน้อย) ในกรณีที่ตรวจพบเชื้อวัณโรคก่อน)
*** skin test อื่น ๆ ที่ยังไม่มีหลักฐานสนับสนุนการใช้เพื่อวินิจฉัยวัณโรค

วัณโรค
(Tuberculosis)
TUBERCULOSIS

โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 45-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรค (Tuberculosis)

ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 1 หน้า) วันที่อนุมัติใช้ 5 มกราคม 2569

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นางสาวขวัญทิพย์ วงศ์สุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
แพทย์หญิงน้ำฝน สว่างตา	นายแพทย์ปฏิบัติการ	

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางสมฤทัย จินาวัลย์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวม

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

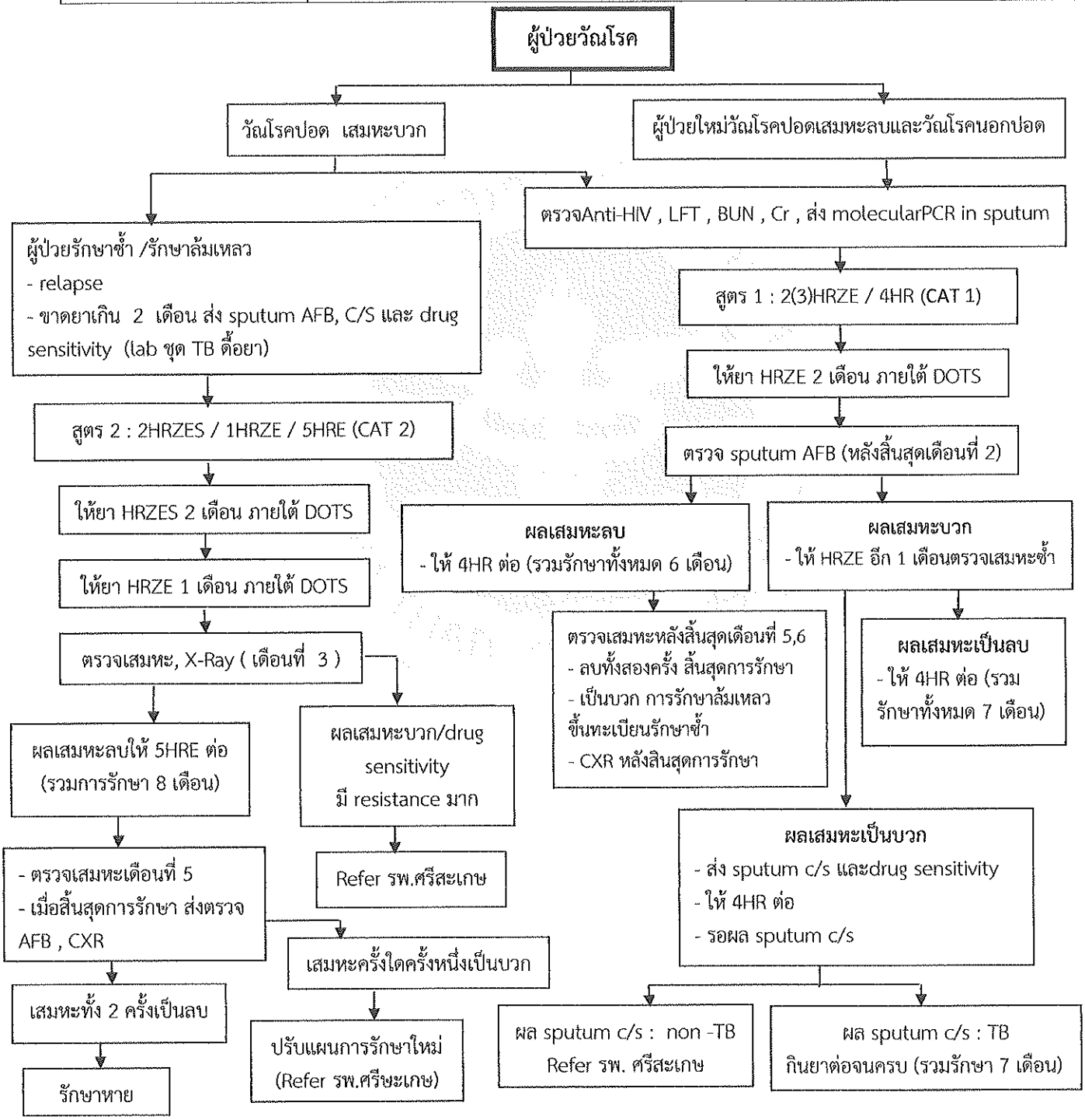
หน่วยงานที่นำไปใช้ : ทุกแผนกที่เกี่ยวข้อง

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 2	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/1
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 45-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 2
	เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรค (Tuberculosis)	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสาวขวัญทิพย์ วงศ์สุวรรณ หน่วยงาน : งานปฐมภูมิและองค์รวม	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ทุกแผนกที่เกี่ยวข้อง



โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 46-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคกรณีหลังหยุดยาหรือขาดยา

ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 1 หน้า) วันที่อนุมัติใช้ 5 มกราคม 2569

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นางสาวขวัญทิพย์ วงศ์สุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
แพทย์หญิงน้ำฝน สว่างตา	นายแพทย์ปฏิบัติการ	

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางสมฤทัย จินาวัลย์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวม

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

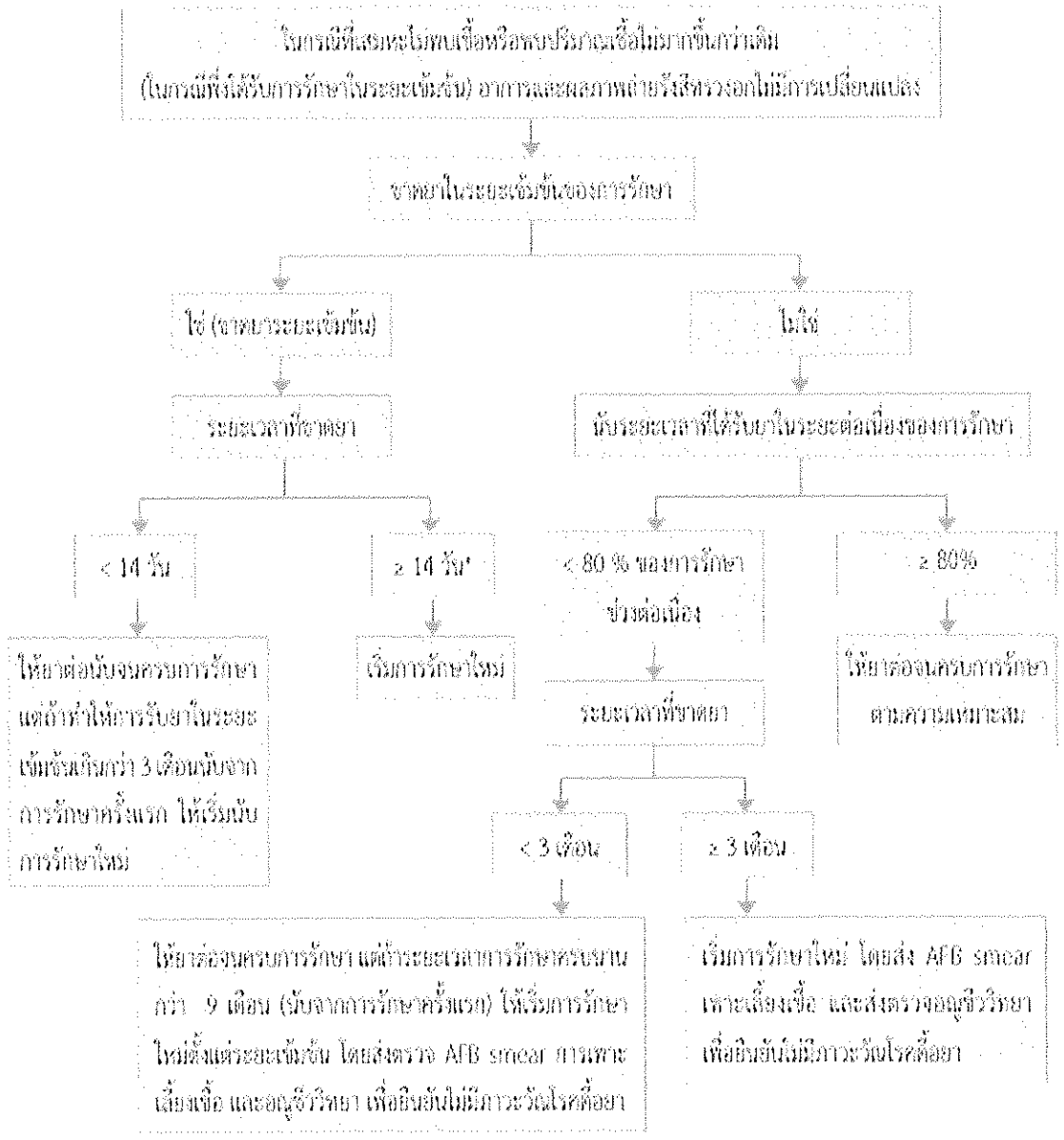
หน่วยงานที่นำไปใช้ : ทุกแผนกที่เกี่ยวข้อง

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 2	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/1
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 46-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 2
	เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคกรณีหลังหยุดยาหรือขาดยา	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสาวขวัญทิพย์ วงศ์สุวรรณ หน่วยงาน : งานปฐมภูมิและองค์รวม	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ทุกแผนกที่เกี่ยวข้อง



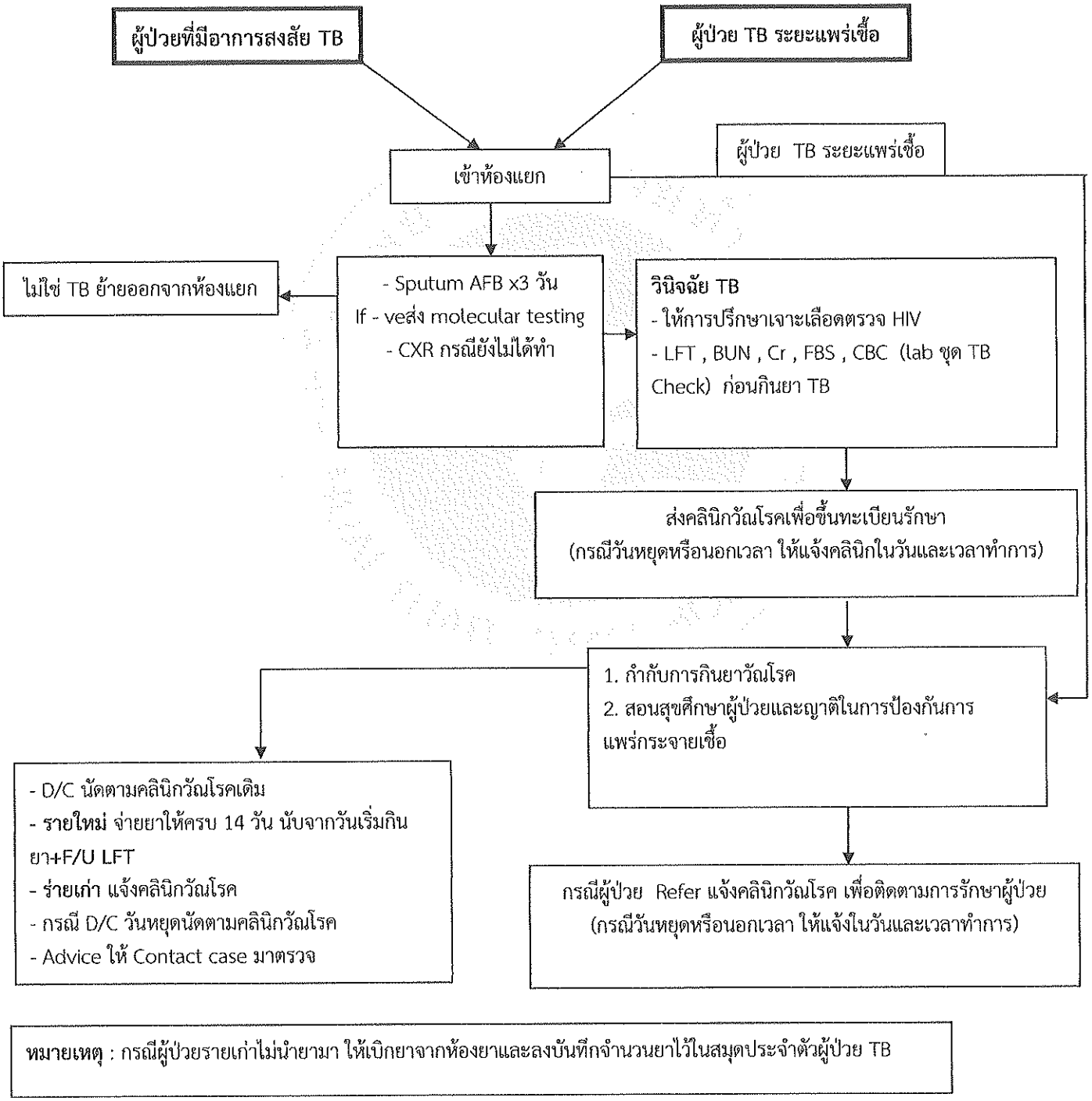
โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 47-SP-PCT-2569
เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคแผนกผู้ป่วยใน		
ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)		ฉบับแรก (จำนวน 1 หน้า) วันที่อนุมัติใช้ 5 มกราคม 2569
ผู้จัดทำ นางสาวขวัญทิพย์ วงศ์สุวรรณ	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ลายมือชื่อ
ผู้ทบทวน แพทย์หญิงน้ำฝน สว่างตา	ตำแหน่ง นายแพทย์ปฏิบัติการ	ลายมือชื่อ
ผู้ตรวจสอบ..... (นางสมฤทัย จินาวัลย์) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวม		
ผู้อนุมัติ..... (นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร) นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน		
หน่วยงานที่นำไปใช้ : ทุกแผนกที่เกี่ยวข้อง		

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 2	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/1
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 47-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 2
	เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคแผนกผู้ป่วยใน	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสาวขวัญทิพย์ วงศ์สุวรรณ หน่วยงาน : งานปฐมภูมิและองค์รวม	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ทุกแผนกที่เกี่ยวข้อง



หมายเหตุ : กรณีผู้ป่วยรายเก่าไม่นำยามา ให้เบิกยาจากห้องยาและลงบันทึกจำนวนยาไว้ในสมุดประจำตัวผู้ป่วย TB

โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 48-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน	
ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 1 หน้า) วันที่อนุมัติใช้ 5 มกราคม 2569

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นางสาวขวัญทิพย์ วงศ์สุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
แพทย์หญิงน้ำฝน สว่างตา	นายแพทย์ปฏิบัติการ	

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางสมฤทัย จินาวัลย์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวม

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

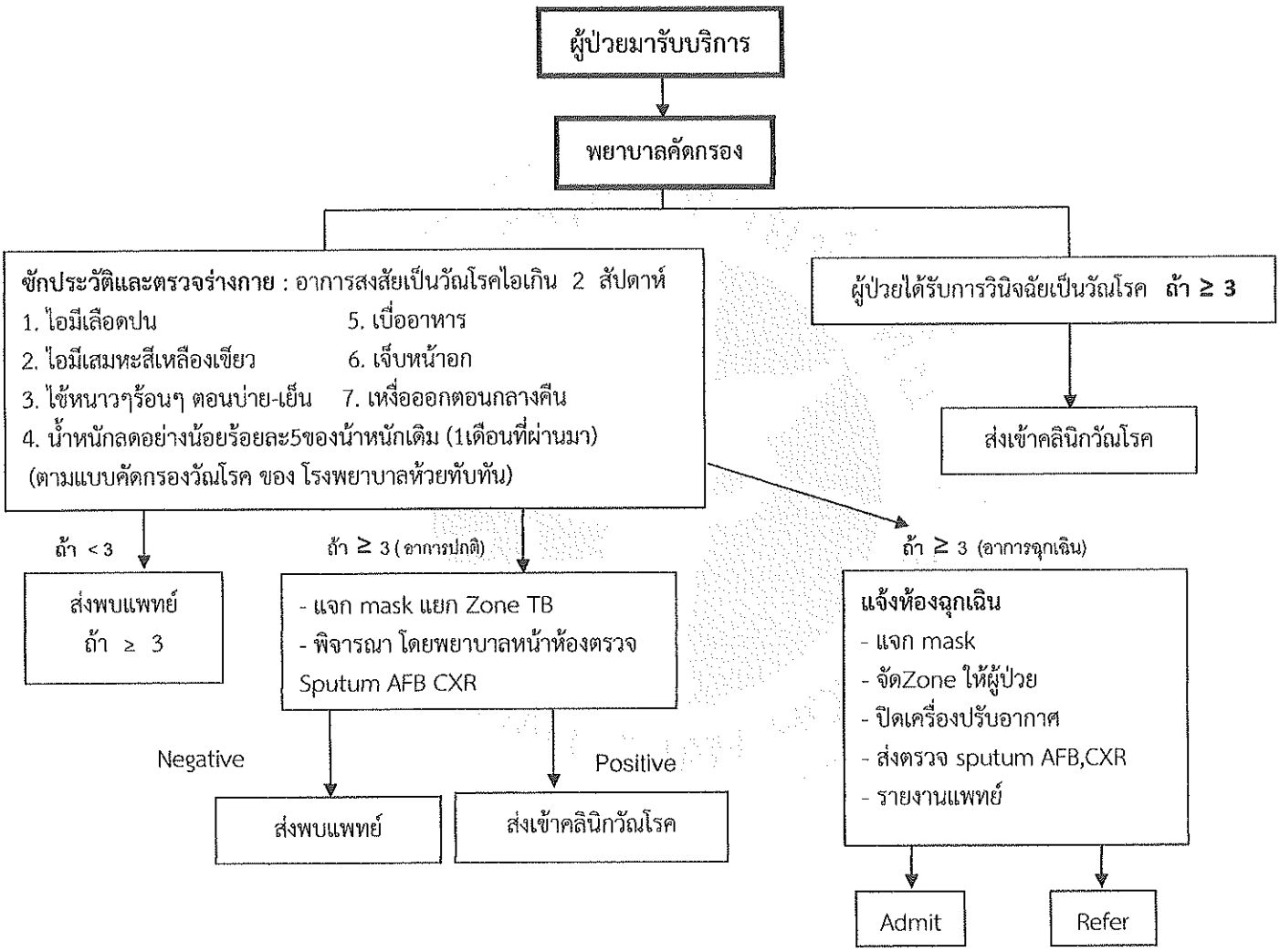
หน่วยงานที่นำไปใช้ : ทุกแผนกที่เกี่ยวข้อง

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 2	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/1
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 48-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 2
	เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสาวขวัญทิพย์ วงศ์สุวรรณ หน่วยงาน : งานปฐมภูมิและองค์รวม	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ทุกแผนกที่เกี่ยวข้อง



หมายเหตุ :

- กรณีผู้ป่วยวัณโรครายเก่าที่ต้องนอนโรงพยาบาล

1. การรักษาอยู่ในระยะเข้มข้น กินยาไม่ถึง 2 สัปดาห์ เข้าห้องแยก
2. กรณีกินยาเกิน 2 สัปดาห์ รายงานแพทย์พิจารณาเป็นรายๆ

- กรณีผู้ป่วย NCD ซักประวัติพบอาการสงสัยวัณโรคให้ทำแบบคัดกรองแล้วส่งผู้ป่วยตามคะแนนที่ได้

3. ในวันหยุดเสาร์ - อาทิตย์ ผู้ป่วยตรวจ sputum AFB ผลเสมหะบวก ส่งพบแพทย์เวร นัดF/U วันคลินิก

โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 49-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางการดูแลผสมผสานวัณโรคและโรคเอดส์	
ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 1 หน้า) วันที่อนุมัติใช้ 5 มกราคม 2569

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นางสาวขวัญทิพย์ วงศ์สุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
แพทย์หญิงน้ำฝน สว่างตา	นายแพทย์ปฏิบัติการ	

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางสมฤทัย จินาวัลย์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวม

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิ์บุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

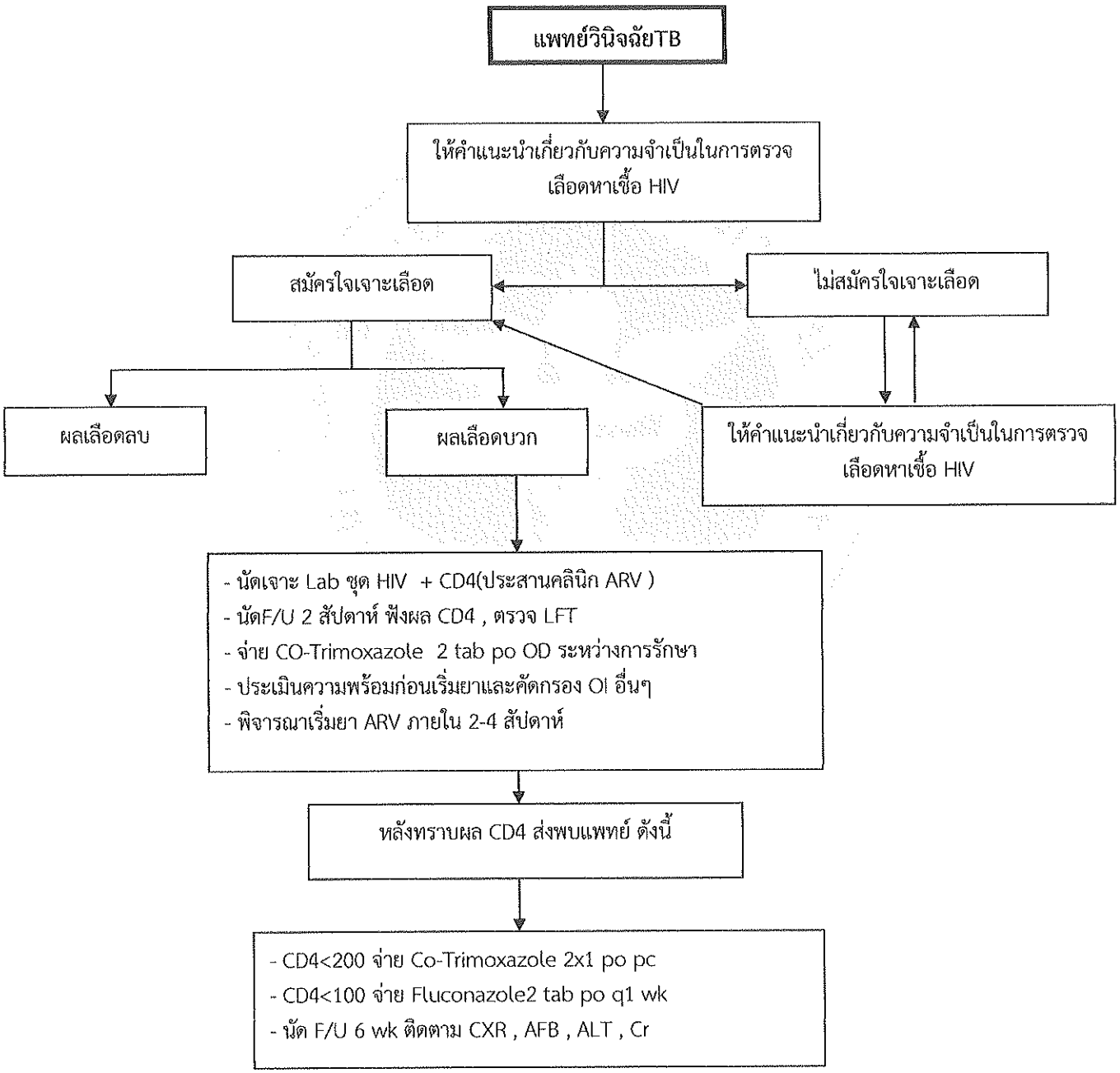
หน่วยงานที่นำไปใช้ : ทุกแผนกที่เกี่ยวข้อง

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 2	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/1
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 49-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 2
	เรื่อง : แนวทางการดูแลผสมผสานวัณโรคและโรคเอดส์	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสาวขวัญทิพย์ วงค์สุวรรณ หน่วยงาน : งานปฐมภูมิและองค์รวม	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ทุกแผนกที่เกี่ยวข้อง



โรคปอดอักเสบ
(Pneumonia)
PNEUMONIA

โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 50-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดติดเชื้อ (Pneumonia)	
ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 3 หน้า) วันที่อนุมัติใช้ 5 มกราคม 2569

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นางสุพิชญ์ลดา ดวงอาจ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
แพทย์หญิงน้ำฝน สว่างตา	นายแพทย์ปฏิบัติการ	

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางสาวสุพรรณี วงคำจันทร์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

หน่วยงานที่นำไปใช้ : องค์กรพยาบาล , องค์กรแพทย์ , หน่วยงานปฐมภูมิ , เครือข่ายสุขภาพ

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ประกาศใช้ทั้งฉบับครั้งแรก	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/3
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 50-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1
	เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยปอดติดเชื้อ (Pneumonia)	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสุพิชญ์ลดา ดวงอาจ หน่วยงาน : งานผู้ป่วยใน	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : องค์กรพยาบาล , องค์กรแพทย์ , หน่วยงานปฐมภูมิ , เครือข่ายสุขภาพ

DIAGNOSTIC CRITERIA OF CAP (Community-acquired Pneumonia)

- New pulmonary infiltration from CXR
- Acute onset (duration < 2 weeks)
- Symptoms and signs of LRI (3 in 5)
- Fever
- Cough, +- productive sputum
- Dyspnea
- Pleuritic chest pain
- Consolidation sign or crackles on physical examination

ประเมิน CURB-65 score

- Confusion
- BUN>19 mg/dL(>7mmol/L)
- Respiratory Rate > 30
- Systolic BP < 90 mmHg or Diastolic BP<60 mmHg
- Age 2 65

CURB-65 score 0-1

ประเมิน additional risk factors

1) สถานภาพทางสังคม เช่น อยู่คนเดียว ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง หรืออยู่ใน nursing home
2) ภาพถ่ายรังสีทรวงอก พบความผิดปกติหลายกลีบหรือเป็นทั้งสอง
3) อุณหภูมิร่างกายต่ำกว่า 36 องศาเซลเซียส

- 0 คะแนน รักษาแบบผู้ป่วยนอก
- 1 คะแนน รักษาแบบผู้ป่วยใน

CURB-65 score > 2

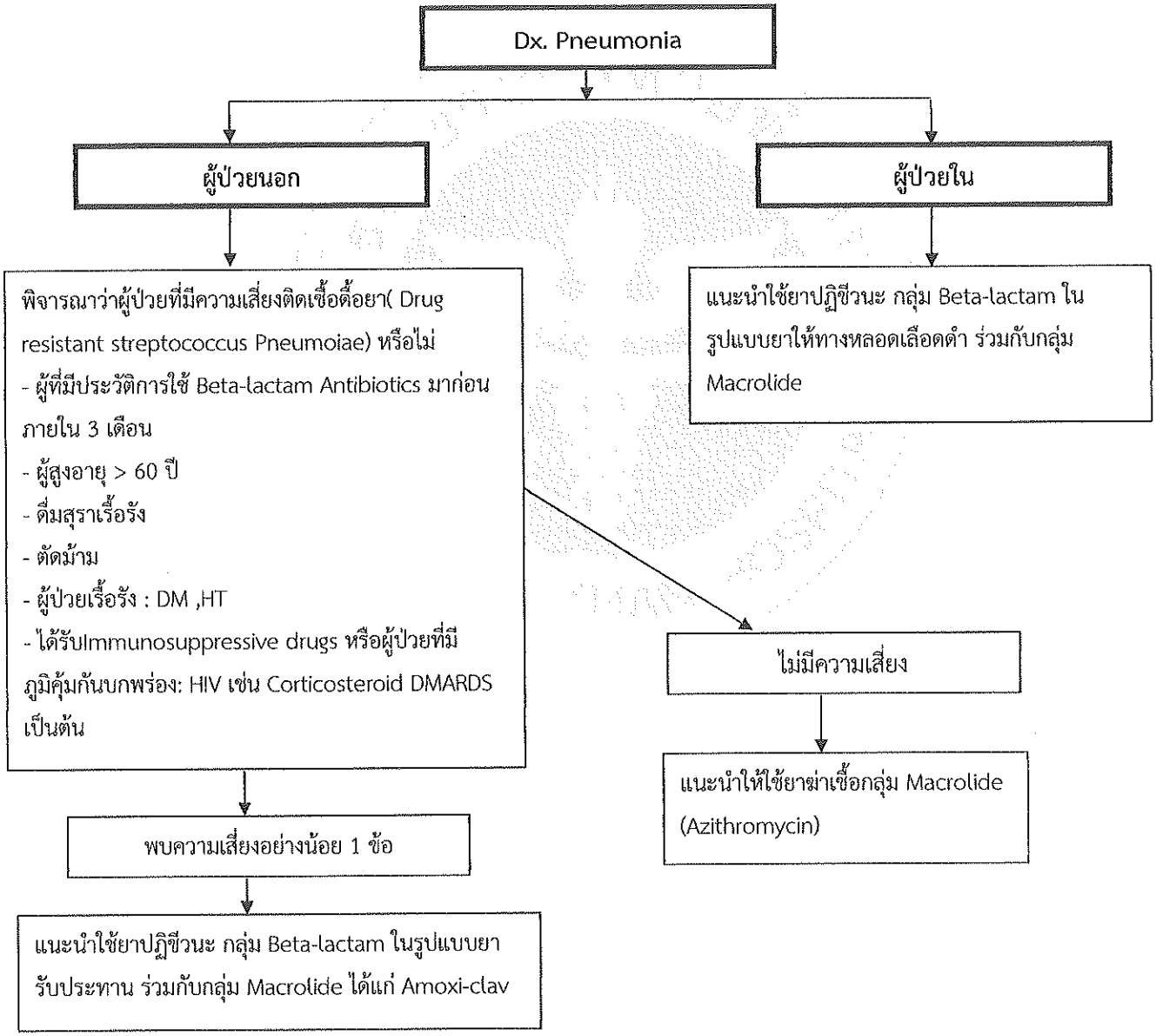
ประเมิน SMART-COP score

- Systolic BP < 90 mmHg
- Multilobular chest X-ray involvement
- Albumin < 3.5 g/dl
- Respiratory rate > 25 times/min (อายุ < 50 ปี) หรือ > 30 times/min (อายุ 2 50 ปี)
- Tachycardia > 125 bpm
- New onset confusion
- Sp02<93%(อายุ<50ปี) หรือ SpO2 < 90% (อายุ > 50 ปี)
- pH < 7.35

- < 5 คะแนน รักษาแบบผู้ป่วยใน
- >/= 5 คะแนน พิจารณาส่งตัว

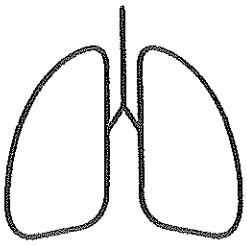
	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 2/3
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 50-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1
	เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยปอดติดเชื้อ (Pneumonia)	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสุพิชญ์ลดา ดวงอาจ หน่วยงาน : งานผู้ป่วยใน	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : องค์กรพยาบาล , องค์กรแพทย์ , หน่วยงานปฐมภูมิ , เครือข่ายสุขภาพ

แนวทางการพิจารณาให้ Antibiotics ในการรักษา Pneumonia



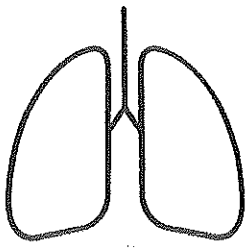
โรงพยาบาลห้วยทับทัน อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ

Standing order for Pneumonia

Progress Note	Date / Time	Order For One Day	Order For Continuation
Date..... Time..... - underlying disease ..... - New pulmonary infiltration - Acute onset (duration ≤ 2 weeks - Symptoms and signs of LRI (3 in 5) * Fever *Cough,±productive sputum *Dyspnea *pleuritic chest pain *Consolidation sign Or crackles on physical examination 		Dx..... Admit เวลา.....น. - Blood for CBC, BUN, Cr, Electrolyte - LFT - H/C x 2,Sputum G/S,C/S ก่อน start Antibiotics - CXR PA/AP - 0.9%NaCl/5%DNSS 1000ml Iv rate.....ml/hr. - DTX stat..... Then premeal & hs. / q 6 hr. Keep 80-200 mg/dl - on O2 canular.....LPM/ Mask .....LPM Keep O2 sat..... - on HFNC Flow.....Fio2.....Temp..... - Retained NG - Retained Foley's cath - ATK for covid-19 - swab for Influenza A/B - sputum G/S, C/S - sputum AFB *3 day	- NPO - Soft diet - regular diet - record V/S - record I/O <u>Medication</u> - Ceftriaxone (Cef-3) 2 gm iv OD - Ceftazidime 2 gm iv q 8 hr. - Azithromycin (250) - Oseltamivir (75) 1*2 po pc * 5 day - paracetamol(500) 1 tab po prn for fever q 4-6 hr . - มะขามป้อม จิบ prn - Ambroxol (30) 1*3 po pc - Molnupiravir

โรงพยาบาลห้วยทับทัน อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ

Standing order for Pneumonia

Progress Note	Date / Time	Order For One Day	Order For Continuation
Date..... Time..... - underlying disease ..... - New pulmonary infiltration - Acute onset (duration ≤ 2 weeks - Symptoms and signs of LRI (3 in 5) * Fever *Cough,±productive sputum *Dyspnea *pleuritic chest pain *Consolidation sign Or crackles on physical examination 		Dx..... Admit เวลา.....น. - Blood for CBC, BUN, Cr, Electrolyte - LFT - H/C x 2,Sputum G/S,C/S ก่อน start Antibiotics - CXR PA/AP - 0.9%NaCl/5%DNSS 1000ml Iv rate.....ml/hr. - DTX stat..... Then premeal & hs. / q 6 hr. Keep 80-200 mg/dl - on O2 canular.....LPM/ Mask .....LPM Keep O2 sat..... - on HFNC Flow.....Fio2.....Temp..... - Retained NG - Retained Foley's cath - ATK for covid-19 - swab for Influenza A/B - sputum G/S, C/S - sputum AFB *3 day	- NPO - Soft diet - regular diet - record V/S - record I/O <u>Medication</u> - Ceftriaxone (Cef-3) 2 gm iv OD - Ceftazidime 2 gm iv q 8 hr. - Azithromycin (250) - Oseltamivir (75) 1*2 po pc * 5 day - paracetamol(500) 1 tab po prn for fever q 4-6 hr - มะขามป้อม จิบ prn - Ambroxol (30) 1*3 po pc - Molnupiravir

5. กลุ่มโรคเฉพาะ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด

(Postpartum Hemorrhage

POSTPARTUM HEMORRHAGE

โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 51-SP-PCT-2569

เรื่อง : มาตรฐานการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage)	
ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 5 หน้า) วันที่อนุมัติใช้ 5 มกราคม 2569

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นางเกศิณีนารถ ราชนุกูล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	เกศิณีนารถ

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นายแพทย์ณัฐวุฒิ มณีโชติ	นายแพทย์ปฏิบัติการ	

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางสาวสุพรรณี วงคำจันทร์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

หน่วยงานที่นำไปใช้ : LR , ER , องค์กรแพทย์

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
2		ฉบับที่ 2 ปรับปรุงครั้งที่ 4	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/5
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 51-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 2 ปรับปรุงครั้งที่ 4
	เรื่อง : มาตรฐานการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage)	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางเกศิณีนารถ ราชนุกูล หน่วยงาน : งานห้องคลอด	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : LR , ER , องค์กรแพทย์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาล
2. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดในมารดาหลังคลอด

เป้าหมาย

1. พยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด
2. หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดทุกราย

ผู้รับผิดชอบ

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด

นิยาม

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (postpartum hemorrhage, PPH) หมายถึง ภาวะที่มีเลือดออกปริมาณมากกว่า 500 มิลลิลิตรหลังการคลอดทางช่องคลอด หรือมากกว่า 1,000 มิลลิลิตรหลังการผ่าตัดคลอด ถ้าเกิดใน 24 ชั่วโมงแรก หลังคลอด เรียกว่า primary หรือ early PPH แต่ถ้าเกิดหลัง 24 ชั่วโมงถึง 12 สัปดาห์หลังคลอด เรียกว่า secondary หรือ late หรือ delayed PPH

การตกเลือดหลังคลอดมีสาเหตุแบ่งเป็น 4 ประการใหญ่ๆคือ

1. มดลูกหดรัดตัวไม่ดี
2. การฉีกขาดของช่องทางคลอด
3. การมีรกหรือเศษรกค้างภายในโพรงมดลูก
4. ความผิดปกติในกลไกการแข็งตัวเป็นลิ่มของเลือด

แนวทางการป้องกันการเกิดภาวะตกเลือด

<u>แนวทางปฏิบัติ</u>

<u>ระยะรอคลอด</u>

1. การประเมินในระยะแรกรับ มีการรวบรวมข้อมูลโดยมีการซักประวัติการตั้งครรภ์ และ การคลอด ประวัติการเจ็บป่วย รวมทั้งการประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด เช่น เคยตกเลือดหลังคลอด คลอดเร็ว ระยะการคลอดยาวนาน ประวัติการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ครรภ์แฝดหรือครรภ์แฝดน้ำ อายุมาก มีภาวะซีด Hct<33% มารดาครรภ์ 3 ขึ้นไป มีประวัติใช้เครื่องมือช่วยคลอด ประวัติล้วงรก
2. ตรวจสอบผลเลือดโดยละเอียดเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยง ส่งตรวจ CBC, PT, INR
   - 2.1 ถ้า HCT< 33% รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ส่งต่อ
   - 2.2 ถ้า HCT> 33% ให้การดูแลคลอดตามปกติและปฏิบัติตาม แนวทางการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

3. ใช้ Partograph ในการดูแลมารดาในระยะที่หนึ่งของการคลอดโดย มีการบันทึกการเปิดขยายของปากมดลูก เมื่อมารดาเจ็บครรภ์จริง มารดา ได้รับการเจาะถุงน้ำ มารดาถุงน้ำคร่ำแตก และได้รับยากระตุ้นการเจ็บครรภ์ และมีการเจ็บครรภ์ ถ้าพบมารดามีระยะการคลอดยาวนาน หรือกราฟการเปิดขยายของปากมดลูกทับเส้นตื่นตัว (Alert line) หากสัมผัสเส้น Action line รายงานแพทย์

การดูแลในระยะรอคลอดแบ่งออกเป็น 2 ระยะคือ

<u>ระยะที่ 1 การดูแลในระยะเฉื่อย (Latent Phase)</u>

1. ประเมินการหดรัดตัวของมดลูก (Uterine contraction) ทุก 1 – 2 ชั่วโมง พร้อมบันทึกระยะ เวลาที่มดลูกหดรัดตัว (Duration) และความถี่การหดรัดตัวของมดลูก (Interval) เพื่อดูการทำงานของมดลูก

2. ตรวจภายในประเมินการเปิดขยายของปากมดลูก (Cervix Dilatation) การบางตัวของ ปากมดลูก (Cervical Effacement) และระดับของส่วนนำ (Station) ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินความก้าวหน้า ของการคลอด ถ้าพบมีระยะการคลอดยาวนานรายงานแพทย์รับทราบ

3. กระตุ้นให้มารดาถ่ายปัสสาวะ ทุก 2 ชั่วโมง หากไม่ถ่ายปัสสาวะ และประเมินหน้าท้องพบมีภาวะ Full Bladder รายงานแพทย์เพื่อทำการสวนและคาสาย Foley Catheter

4. ดูแลให้รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย กรณีไม่มีข้อบ่งชี้ที่ต้องงดน้ำงดอาหาร

<u>ระยะที่ 2 การดูแลระยะ Active Phase</u>

1. ประเมิน Uterine Contraction ทุก 30 นาที – 1 ชั่วโมง เพื่อดูการทำงานของมดลูกระยะ Active Phase ปากมดลูกเปิด (4 – 10 cm.) Interval อยู่ในช่วง 2 – 3 min. Duration 45 – 60 sec

2. กระตุ้นให้มารดาถ่ายปัสสาวะ ทุก 2 ชั่วโมง หากไม่ถ่ายปัสสาวะ และประเมินหน้าท้องพบมีภาวะ Full Bladder รายงานแพทย์เพื่อทำการสวนและคาสาย Foley Catheter

3. ตรวจภายในประเมิน Cervix Dilatation , Effacement , Station ทุก 2 ชั่วโมงเพื่อประเมินความก้าวหน้าของการคลอด ถ้าพบมีระยะการคลอดยาวนานรายงานแพทย์รับทราบ

4. งดอาหาร น้ำดื่ม และให้สารน้ำ On 5% D/N/2 1,000ml iv drip 80 cc/hr. ด้วยเข็มเบอร์ 18

<u>ระยะคลอด</u>

1. ประเมินติดตามปริมาณปัสสาวะ และทำการสวนปัสสาวะทิ้งเพื่อลดการขัดขวางการหดรัดตัวของมดลูก

2. ประเมินสัญญาณชีพ ตรวจติดตามความดันโลหิต ชีพจร และการหายใจทุก 10 นาที

3. ประเมินการหดรัดตัวของมดลูก และอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ทุก 5-10 นาที

4. ตรวจภายในดูความก้าวหน้าของการคลอด ให้การช่วยเหลือมารดาในการคลอดทารก และการพยาบาลระยะคลอด ตามมาตรฐานวิชาชีพ

ในระยะที่ 3 ของการคลอดให้การดูแลแบบ Active Management of the Third Stage of Labor

1. ให้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก ฉีด Oxytocin 10 unit เข้ากล้ามเนื้อบริเวณแขนทันทีเมื่อไหล่หน้าทารกคลอด โดยพยาบาลวิชาชีพผู้ให้การช่วยเหลือ
2. พยาบาลผู้ทำคลอด Clamp และตัดสายสะดือหลังทารกคลอดประมาณ 1นาที
3. พยาบาลที่เชียวชาญทำคลอดรกโดยวิธี Controlled Cord Traction ตามด้วยการนวดคลึงมดลูกหลังรกคลอด เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี
4. ผสมยา Oxytocin 20 unit ใน สารน้ำเข้าหลอดเลือดดำขนาด 100มล/ชั่วโมง
5. ตรวจสอบรก , ช่องทางคลอดอย่างละเอียด (ถ้ามี Active bleed ให้รายงานแพทย์ทันที)
6. กรณีที่มดลูกหดรัดตัวไม่ดีหรือBP < 140/90 mmHg ให้ฉีด Methergin 0.2 mg MI (ยกเว้นในรายที่มีข้อห้ามฉีด)
7. เย็บซ่อมแซมฝีเย็บ บริเวณที่มีการฉีกขาด
8. ประเมินการเสียเลือดโดยการใช้ถุงตวงเลือดตลอดระยะหลังคลอดเพื่อประเมินปริมาณเลือดและให้การช่วยเหลือได้ทันทวงที
9. สวนปัสสาวะทิ้งทุกรายเมื่อเสร็จสิ้นการเย็บแผลกรณียังไม่ได้รับการสวนปัสสาวะตั้งแต่คลอด

****หมายเหตุ****

กรณีประเมิน Blood loss 200ml หรือมี Active bleed ให้รายงานแพทย์ทันที ตามทีมช่วยเหลือ ดูแลให้สารน้ำ 2 เส้น (RLS,NSS rate100-120ml/hr.) ส่ง G/M คลึงมดลูกประเมินภาวะตกเลือดโยใช้หลัก 4T ดูแล Add Syntocinon 20 unitใน 5% D/N/2 1,000ml iv drip100-120 cc/hr. ให้ Methergin 0.2mg iv/im กรณีไม่มีข้อห้าม (HIV, HT, Heart) พิจารณา on Oxygen mask with bag 10LPM ประเมินอาการซ้ำ บันทึกอาการอย่างละเอียด วัดสัญญาณชีพทุก10-15 นาที

กรณีมารดาเสียเลือด มากกว่า 500 มิลลิลิตรแสดงว่า มารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอด ให้การดูแลโดยให้สารน้ำ 2 เส้น (RLS , NSS load) ให้ Methergin 0.2mg iv/im ได้อีก15นาทีกรณีไม่มีข้อห้าม (เช่น HIV , HT, Heart) Add Syntocinon 40 unitใน IVF rate 100-120 cc/hr. Transmine 1g push ช้าๆ ให้ Oxygen mask with bag 10 LPM ประเมินอาการซ้ำ บันทึกอาการอย่างละเอียด วัดสัญญาณชีพทุก 5 นาที Retain foley's catheter ประเมินการหายใจและระบบไหลเวียน ให้ออกซิเจน ให้สารน้ำทดแทน ติดตามความดันโลหิต ชีพจร และอัตราการหายใจ ประเมินและติดตามปริมาณปัสสาวะ ประเมินความจำเป็นของการให้เลือดทดแทน และ เตรียมเลือด ประเมินภาวะตกเลือดโดยใช้หลัก 4T's ในการค้นหาสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอด และให้การพยาบาลตามสาเหตุการตกเลือด แพทย์แจ้งญาติรับทราบเตรียมการส่งต่อบันทึกอาการอย่างละเอียด

<u>ระยะหลังคลอด (ระยะ 2 ชม.หลังคลอด)</u>

บันทึกข้อมูลในใบแบบประเมินความเสี่ยงเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดโดยบันทึกข้อมูล

1. ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกและนวดคลึงมดลูก ทุก 15 นาที
2. ประเมินกระเพาะปัสสาวะ ทุก 30 นาที
3. ประเมิน Bleeding per vagina ทุก 30 นาทีและเปลี่ยนผ้าอนามัยให้เมื่อครบ 2 ชั่วโมง (ผ้าอนามัย 1 ผืน = ปริมาณเลือด 60 ml)
4. ประเมินลักษณะแผลฝีเย็บว่ามีเลือดซึม หรือมี Hematoma หรือไม่
5. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที x 4 ครั้ง ทุก 30 นาที x 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าปกติและทุก 4 ชั่วโมง
6. กรณียังไม่ปัสสาวะภายใน 6 ชม.หลังคลอดรายงานแพทย์พิจารณา สวนปัสสาวะคาสายไว้

เกณฑ์ชี้วัดคุณภาพ

1. มารดาหลังคลอดได้รับการประเมินภาวะเสี่ยงติอการตกเลือดหลังคลอดทุกราย
2. มารดาที่มีภาวะเสี่ยงได้รับการดูแลตามมาตรฐานการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด 100%
3. จำนวนมารดาตกเลือดหลังคลอดมีภาวะช็อค 0 ราย
4. มารดาหลังคลอดและญาติมีความพึงพอใจไม่เกิดข้อร้องเรียน

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 5/5
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 51-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 2 ปรับปรุงครั้งที่ 4
	เรื่อง : มาตรฐานการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage)	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางเกศิณีนารถ ราชนุกูล หน่วยงาน : งานห้องคลอด	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : LR , ER , องค์กรแพทย์

รับใหม่ : คัดกรองผู้คลอดประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อ PPH

ดูแลระยะรอคลอด Active phase

NPO , IV Fluid , CBC , PT INR , Blood Group (กรณียังไม่มี)

คลอด

Prevention

- ใช้ถุงตวงเลือดประเมิน blood loss
- ไหล่หน้าคลอด(ตรวจสอบไม่มีทารกอีกคน) ฉีด Syntocinon 10 unit IM
- Delay cord clamping
- control cord traction คลึงมดลูก
- Add Syntocinon 10 unit ใน 5%DN/2 1,000ml 100-120ml/hr.
- ประเมิน Bladder / cath
- BP<140/90 ไม่มีข้อห้าม ให้ Methergin 0.2mg iv/im

Early warning sign

Bleed P/V 200 ml

P>100/min R28/min BP<90/60

O2 sat<90%

พบ hematoma , Active bleed

เศษรกค้าง ,Tear ช่องคลอด

Urine out put <50ml 4 hr.

การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว

Active bleed/ ELB 200 ml

Call for help รายงานแพทย์

- ดูแลให้ IV 2 เส้น RLS/NSS 100-120 ml/hr.
- ส่ง G/M
- คลึงมดลูก check 4T
- Add Add Syntocinon 20 unit ใน 5%DN/2 1,000ml 100-120ml/hr.
- ไม่มี (HIV , HT, Heart)ให้ Methergin 0.2mg iv/im
- on oxygen canular 5LPM
- Retained foley s cath
- ประเมินอาการซ้ำ
- บันทึกอาการอย่างละเอียด
- วัด V/S ทุก 10 นาที

ไม่มีPPHดูแลหลังคลอดตามปกติ

PPH500-1000ml

- ประเมินอาการซ้ำ
- ดูแลให้ IV 2เส้น (RLS,NSS load)
- ไม่มีข้อห้ามให้ Methergin 0.2mg iv/im ได้อีก 15 นาที
- Add Syntocinon 40unit ใน IVF rate 100-120ml/hr.
- Transmine 1g iv push ช้าๆ
- on oxygen mask with bag 10LPM
- Retained foley s cath
- วัด V/Sทุก 5 นาที O2 sat
- ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงใกล้ชิด
- แพทย์แจ้งญาติรับทราบ

ประสานการส่งต่อ รพ.แม่ข่าย (รพ.อุทุมพรพิสัย/ รพ.ศรีสะเกษ)

ดูแลต่อเนื่อง 2 ชั่วโมงหลังคลอด

ประเมินการหดรัดตัวมดลูกทุก 15 นาที

ประเมินแผลฝีเย็บและBleed P/Vทุก 30 นาที

ประเมิน V/S 15นาทีX4ครั้ง ทุก30นาทีX2 ครั้ง ทุก 1ชม.Until stable จากนั้น ทุก 4 ชม.

ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด

(Birth Asphyxia)

BIRTH ASPHYXIA

โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 52-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางการป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (Birth Asphyxia)

ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 1 หน้า) วันที่อนุมัติใช้ 5 มกราคม 2569

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นางเกศิณีนารถ ราชนุกูล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	เกศิณีนารถ

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นายแพทย์ณัฐวุฒิ มณีโชติ	นายแพทย์ปฏิบัติการ	

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางสาวสุพรรณี วงคำจันทร์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

หน่วยงานที่นำไปใช้ : LR , IPD , ER

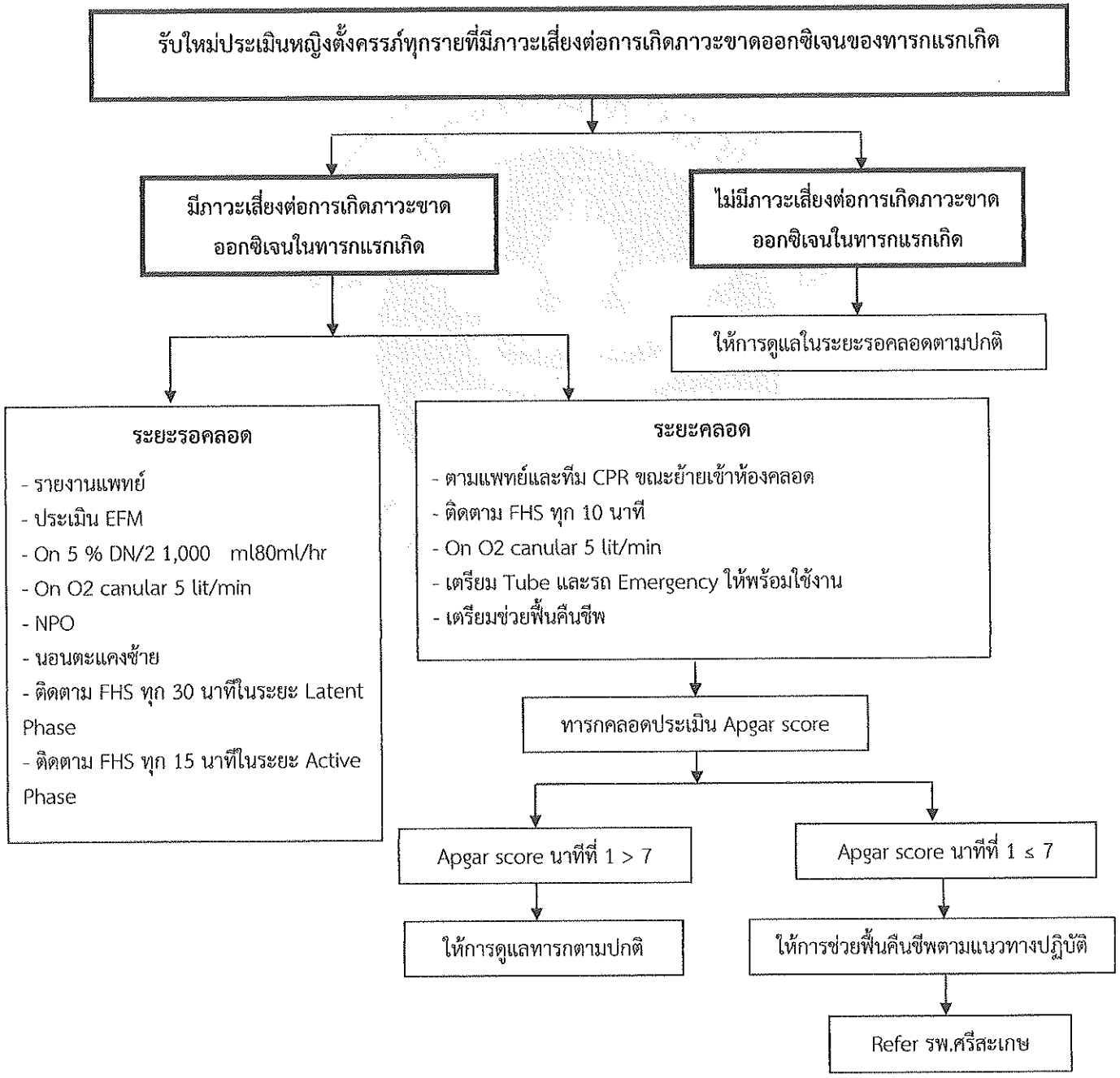
การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 2	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/1
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 52-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 2
	เรื่อง : แนวทางการป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (Birth Asphyxia)	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางเกศิณีนารถ ราชนุกูล หน่วยงาน : งานห้องคลอด	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : LR , IPD , ER

แนวทางการป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (Birth Asphyxia)



ภาวะที่ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อย กว่า 2,500 กรัม

(Low birth weight)

LOW BIRTH WEIGHT

โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 53-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดและทารกน้ำหนัก < 2,500 กรัม (Low birth weight)

ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 1 หน้า) วันที่อนุมัติใช้ 5 มกราคม 2569

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นางเกศิณีนารถ ราชนุกูล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	เกศิณีนารถ

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นายแพทย์ณัฐวุฒิ มณีโชติ	นายแพทย์ปฏิบัติการ	

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางสาวสุพรรณี วงคำจันทร์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

หน่วยงานที่นำไปใช้ : LR , IPD , ER

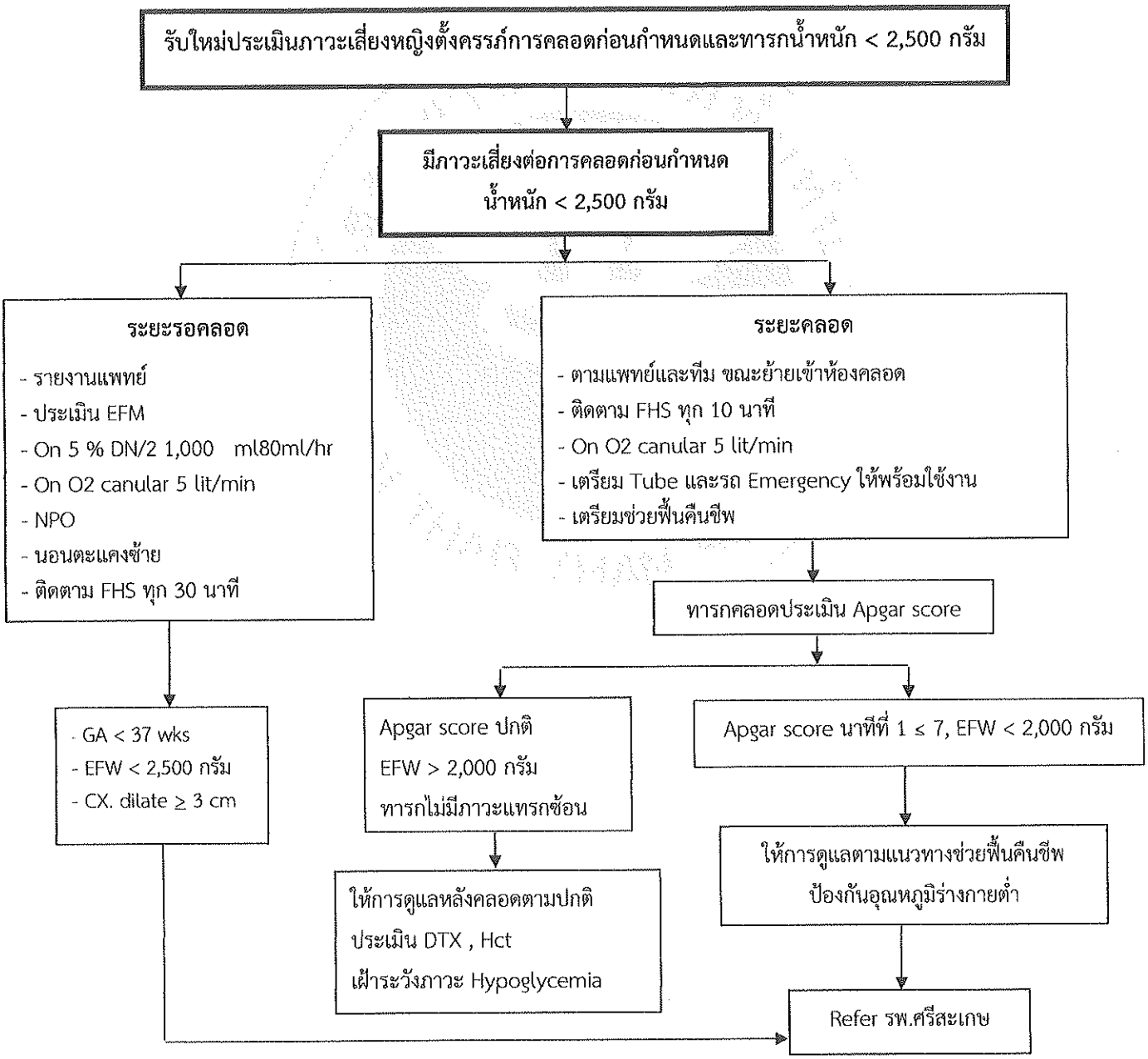
การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 4	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/1
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 53-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 4
	เรื่อง : แนวทางการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดและทารกน้ำหนัก < 2,500 กรัม (Low birth weight)	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางเกศิณีนารถ ราชนุกูล หน่วยงาน : งานห้องคลอด	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : LR , IPD , ER

แนวทางการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดและทารกน้ำหนัก < 2,500 กรัม



การดูแลแบบประคับประคอง

(Palliative Care)

PALLIATIVE CARE

โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 54-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางการดูแลประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative Care)

ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 16 หน้า) วันที่อนุมัติใช้ 5 มกราคม 2569

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นางสาวนฤชล วังวงษ์ทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นายแพทย์ณัฐวุฒิ มณีโชติ	นายแพทย์ปฏิบัติการ	

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางสมฤทัย จินาวัลย์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวม

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

หน่วยงานที่นำไปใช้ : องค์กรแพทย์ , NSO , PCT , PTC , รพ.สต.ในเครือข่าย

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
2		ฉบับที่ 2 ปรับปรุงครั้งที่ 2	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/16
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 54-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 2 ปรับปรุงครั้งที่ 2
	เรื่อง : แนวทางการดูแลประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative Care)	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสาวนฤชล วังวงษ์ทอง หน่วยงาน : งานปฐมภูมิและองค์รวม	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : องค์กรแพทย์ , NSO , PCT , PTC , รพ.สต.ในเครือข่าย

แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการจัดการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยที่อยู่ในระยะคุกคามชีวิตและญาติได้อย่างเหมาะสม
2. เพื่อให้ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะคุกคามชีวิตและญาติ ได้รับการดูแลแบบองค์รวม
3. เพื่อให้ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะคุกคามชีวิตและญาติ มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามความเหมาะสม

ความรับผิดชอบ

1. แพทย์

1.1 ประเมินให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติเรื่องการดาเนินของโรค/พยากรณ์โรค พิจารณาวินิจฉัยโรค แผนการรักษาอย่างเพียงพอ เสนอทางเลือกเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ตัดสินใจเพื่อการรักษา

1.2 ให้การดูแล รักษาตามอาการ

2. พยาบาล

2.1 OPD/ER

- ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย Palliative Care ประเมิน PPS การส่ง consult ทีมสหวิชาชีพ
- ให้ข้อมูลผู้ป่วยและผู้ดูแลในเรื่อง การดูแลรักษาพยาบาล
- มีการส่งต่อข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสม

2.2 Ward

- ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย Palliative Care ประเมิน PPS การส่ง consult ทีมสหวิชาชีพ
- ให้ข้อมูลผู้ป่วยและผู้ดูแลในเรื่อง การดูแลรักษาพยาบาล
- เฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะนอนโรงพยาบาล
- วางแผนดูแลต่อเนื่อง ให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลและสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
- ส่งต่อข้อมูลเครือข่าย รพ.สต. ชุมชน/ครอบครัว/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- จัดเก็บข้อมูลการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง

2.3 ทีมเยี่ยมบ้าน

- ประสานทีมเยี่ยมบ้าน รพ.สต.เครือข่ายติดตามดูแลต่อเนื่อง
- ค้นหาผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการรักษาและติดตาม
- ประเมินติดตามอาการและค้นหาขณะผู้ป่วยอยู่ที่บ้านและให้การดูแลช่วยเหลือ ได้แก่ ออกซิเจน ที่นอนลม

แนวทางการดูแลผู้ป่วยในระยะคุกคามชีวิต

1. ประเมินระดับผู้ป่วยในระยะคุกคามชีวิต เพื่อกำหนดระดับผู้ป่วยที่ให้การดูแลแบบประคับประคองว่าอยู่ในระดับใด เพื่อให้ดูการเหมาะสมแต่ละระดับ ทั้งนี้ข้อมูลระดับผู้ป่วยใช้สื่อสารระหว่างผู้ให้การดูแลรักษา หรือใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยการพยาบาล
2. วางแผนร่วมกับแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะคุกคามชีวิตทุกราย
3. ให้การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะคุกคามชีวิต ด้วยการจัดการกับอาการรบกวนครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ จิตวิญญาณและสังคม ตามแนวทางปฏิบัติ และสอดคล้องกับแผนการดูแลรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ
4. ประเมินความต้องการ และภาวะการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติ
   4.1 กรณีผู้ป่วย/ญาติอยู่ในภาวะยอมรับได้ ให้มีการตัดสินใจวางแผนการดูแลร่วมกัน
   4.2 กรณีที่ผู้ป่วย / ญาติ ไม่สามารถยอมรับได้ ให้เข้าสู่กระบวนการให้การช่วยเหลือและให้คำปรึกษาจนสามารถวางแผนและตัดสินใจในการดูแลร่วมกันได้
5. ในกรณีที่ต้องการให้พระภิกษุมาเยี่ยมผู้ป่วย หน่วยงานให้การร่วมมือและสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ตามที่ญาติร้องขอ
6. วางแผนการจำหน่ายและดำเนินงานตามแผน ดังเอกสารในภาคผนวก
7. เมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรมให้มีการจัดการกับร่างกายอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์และถูกต้องเหมาะสมตามความเชื่อและศาสนาของแต่ละบุคคล

ตัวชี้วัด

ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในระดับมาก ≥ 80 %

นิยามศัพท์

1. **ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะคุกคามชีวิต หมายถึง** ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ ผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน หรือผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต

2. **การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) หมายถึง** แนวทางปฏิบัติในการดูแลแบบประคับประคอง ที่มุ่งให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย โดยให้ความสำคัญต่อศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ไม่พยายามเร่งรัดหรือเหนี่ยวรั้งการตาย พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติเพื่อเผชิญกับปัญหา อันเกี่ยวเนื่องกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต ผ่านกระบวนการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน โดยใช้การตรวจพบแต่เนิ่น ๆ การประเมินและการรักษาอาการเจ็บป่วยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

3. **การดูแลแบบองค์รวม หมายถึง** การให้การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ความเชื่อทางจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ป่วยและญาติผ่านพ้นภาวะวิกฤตและผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ

4. **อาการรบกวน (symptom) หมายถึง** อาการทางกาย และ/หรืออาการทางจิตใจที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบาย เช่น อาการปวด หายใจลำบาก นอนไม่หลับ เหนื่อยล้า คลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก ท้องเสีย ซึมเศร้า วิตกกังวล เครียด เป็นต้น

5. **ญาติ หมายถึง** ญาติผู้ป่วยสายตรง และ/หรือ ผู้รับผิดชอบดูแลใกล้ชิด

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 4/16
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 54-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 2 ปรับปรุงครั้งที่ 2
	เรื่อง : แนวทางการดูแลประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative Care)	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสาวนฤชล วังวงษ์ทอง หน่วยงาน : งานปฐมภูมิและองค์รวม	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : องค์กรแพทย์ , NSO , PCT , PTC , รพ.สต.ในเครือข่าย

การแบ่งระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance scale version 2) (PPS v2)

ระดับPPS	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค	การดูแลตนเอง	การรับประทานอาหาร	ระดับความรู้สึกตัว
100 %	การเคลื่อนไหวปกติ	● ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ ● ไม่มีอาการของโรค	ทำได้เอง	ปกติ	ปกติ
90 %	เคลื่อนไหวปกติ	● ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ ● มีอาการของโรคบางประการ	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
80 %	เคลื่อนไหวปกติ	● ต้องออกแรงอย่างมากในการทำกิจกรรมตามปกติ ● มีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ หรือลดลง	รู้สึกตัวดี
70 %	ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	● ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ● มีอาการของโรคอย่างมาก	ทำได้เอง	ปกติ หรือลดลง	รู้สึกตัว
60 %	ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	● ไม่สามารถทำงานอดิเรก/งานบ้านได้ ● มีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความช่วยเหลือเป็นครั้งคราว	ปกติ หรือลดลง	รู้สึกตัว หรือ สับสน
50 %	นั่ง/นอน เป็นส่วนใหญ่	● ไม่สามารถทำงานได้เลย ● มีการลุกลามของโรคมากขึ้น	ต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง	ปกติ หรือลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ สับสน
40 %	นอนอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่	● ทำกิจกรรมได้น้อยมาก ● มีการลุกลามของโรคมากขึ้น	ต้องการความช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่	ปกติ หรือลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
30 %	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	● ไม่สามารถทำกิจกรรมใด ๆ ● มีการลุกลามของโรคมากขึ้น	ต้องการการดูแลทั้งหมด	ปกติ หรือลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
20 %	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	● ไม่สามารถทำกิจกรรมใด ๆ ● มีการลุกลามของโรคมากขึ้น	ต้องการการดูแลทั้งหมด	จิบน้ำได้เล็กน้อย	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
10 %	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	● ไม่สามารถทำกิจกรรมใด ๆ ● มีการลุกลามของโรคมากขึ้น	ต้องการการดูแลทั้งหมด	รับประทานไม่ได้	ง่วงซึม หรือ ไม่รู้สึกตัว
0	เสียชีวิต				

แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะต่างๆ

ผู้ป่วย ระยะคงที่ (Stable)

1. การประเมินการจัดการกับโรค (Disease management assessment)

- ทบทวน Chart ของผู้ป่วย, การให้ยา การวางแผนการดูแล
- ปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย

2. การประเมินด้านร่างกาย และการดูแล (Physical Assessment & care)

- ประเมินและจัดการกับอาการรบกวนต่างๆของผู้ป่วย เช่น หายใจลำบาก อาการปวด เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ปากแห้ง
- ประเมินอาการอื่นๆ ได้แก่ การมีปัสสาวะคั่งค้าง การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะความตึงตัวของผิวหนัง ลักษณะของบาดแผล บริเวณที่ให้สารน้ำทางหลอดเลือด การเคลื่อนไหวร่างกาย ความจำเป็นที่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว
- กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายเท่าที่ทำได้

3. การประเมินด้านจิตสังคม และการดูแล (Psycho-social care issues , Assessment and care)

- ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยในเรื่องความเจ็บป่วย และการเตรียมพร้อมด้านจิตใจและสังคม สำหรับการดำเนินของโรค
- ประเมินการยอมรับได้ต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และความเสี่ยงต่ออันตราย เช่น เสี่ยงต่อการหกล้มและตกเตียง เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นต้น
- ประเมินรูปแบบของการเผชิญปัญหา (coping) และความคาดหวังของผู้ป่วย
- ประเมินความต้องการของบุตรหลานของผู้ป่วย
- ประเมินสัมพันธภาพของผู้ป่วยที่มีต่อผู้อื่น เช่น ญาติ หรือ ผู้ป่วยอื่น
- ประเมินว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีแหล่งช่วยเหลือ หรือไม่ เช่น มีแหล่งให้การช่วยเหลือด้านค่ารักษาพยาบาล มีระบบส่งต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพในชุมชนของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง
- มีการทบทวนด้านกฎหมาย เช่น การแนะนำให้ผู้ป่วยเตรียมทำพินัยกรรม การให้ผู้ป่วยเลือกไว้ล่วงหน้าว่าจะมอบหมายให้ใคร เป็นผู้แทนของผู้ป่วยในการตัดสินใจเลือกการรักษาทางการแพทย์ สำหรับเวลาที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวหรืออยู่ในสภาพที่ไม่สามารถตัดสินใจได้

4. การประเมินด้านจิตวิญญาณและการดูแล (Spiritual Assessment & care)

- ประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณตามพื้นฐานของแต่ละบุคคล
- ค้นหาความเชื่อ ความหวัง ความเข้มแข็งและความกลัวของผู้ป่วยและครอบครัว
- นำพระภิกษุหรือผู้นำศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือมาเยี่ยมผู้ป่วย หรือแนะนำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมพบพระชำระใจ ที่ฝ่ายการพยาบาลจัดให้

5. การส่งต่อผู้ป่วย ส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพของโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยไปดูแลต่อ หรือเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพที่จะไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

6. การให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วย และครอบครัว (Patient / Family education)

1. เคารพต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องความหวังและความเข้าใจต่อโรค
2. การสอนและการเตรียมครอบครัวของผู้ป่วยในเรื่องดังนี้

- การประเมินอาการรบกวนต่างๆของผู้ป่วย เช่น หายใจลำบาก เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ฯลฯ
- การใช้ยา เช่น การให้ยาแก้ปวด โดยไม่ต้องกลัวว่าผู้ป่วยจะติดยา
- การบันทึกเรื่องยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยรับประทานและติดตามผลการใช้ยาอาการข้างเคียง เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน
- วิธีการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค เช่น การทำแผล colostomy
- วิธีการดูแลให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย
- ทบทวนเรื่องการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย และการดูแลความสะอาดช่องปากของผู้ป่วย
- การดูแลระบบขับถ่ายของผู้ป่วย
- การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการเรื่องอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วย
- การดูแลเรื่องการให้อาหารทางสายยาง ปรึกษาหารือเกี่ยวกับความสามารถในการขับรถของผู้ป่วย การมีเพศสัมพันธ์ ภาพลักษณ์
- เอกสารคำแนะนำเกี่ยวกับบุคคลที่ญาติของผู้ป่วยต้องแจ้งให้ทราบ เมื่อผู้ป่วยมีอาการเพิ่มมากขึ้น
- การทบทวนให้มั่นใจว่าทีมผู้ดูแลจะจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

7. การวางแผน สนทนากับผู้ป่วยและครอบครัว ในเรื่องดังนี้

- ความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วย
- ตอบคำถามข้อสงสัยของผู้ป่วยและครอบครัว

- การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และแหล่งช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

- ปรึกษาหารือเรื่องพินัยกรรมชีวิตไว้ล่วงหน้า เช่น เลือกให้มีการช่วยฟื้นคืนชีพหรือไม่ มีการมอบหมายไว้ล่วงหน้าว่าให้ใครเป็นผู้ตัดสินใจเลือกการรักษาทางการแพทย์เวลาที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวหรืออยู่ในสภาพที่ไม่สามารถตัดสินใจได้เอง

8. ผลลัพธ์ที่คาดหวังด้านผู้ป่วย (Expected patient outcome)

- มีการใช้แบบประเมินต่างๆ กับผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ แบบประเมินความปวด แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ แบบประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม ตกเตียง แบบประเมินความคิดเห็นของญาติต่อการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย / ผู้ป่วยเรื้อรัง

- ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเต็มใจและมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและแสดงถึงความเข้าใจในความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

- ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการจัดการอาการรบกวนที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่พยาบาล เช่น อาการปวด หายใจลำบาก นอนไม่หลับ คลื่นไส้อาเจียน

- ผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อในร่างกาย ได้แก่ การติดเชื้อในช่องปาก การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

- ไม่มีอาการปัสสาวะคั่งค้าง (urinary retention)

- ไม่มีอาการท้องผูก

- ไม่มีอาการอุจจาระร่วง- ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ในการใช้ยา

- ผู้ป่วยและครอบครัวมีเครือข่ายที่ให้ความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย

- ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณ

<u>ระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional)</u>

1. การประเมินการจัดการกับโรค (Disease management assessment)

- ทบทวน Chart ของผู้ป่วย, การให้ยา การวางแผนการดูแล

- ปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย

- ประเมินซ้ำเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยโรค เช่น พิจารณาจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการตรวจต่างๆ

- ประเมินความสามารถของผู้ป่วย และครอบครัว และ ความเต็มใจในการเข้าไปเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเรื่องการดูแลรักษาและกระบวนการดูแล

2. การประเมินด้านร่างกาย และการดูแล (Physical Assessment & care)

- ให้อาหารมื้อละจำนวนน้อย แต่บ่อยครั้ง และให้อาหารเสริมตามความจำเป็น
- ประเมินการติดเชื้อในเยื่อบุช่องปาก
- ประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับโดยใช้แบบประเมิน Braden Scale

3. การประเมินด้านจิตสังคม และการดูแล (Psycho-social care issues , Assessment and care)

- ปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลในวาระสุดท้ายของผู้ป่วย ได้แก่ ความต้องการเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพ ความต้องการเรื่องการใส่ท่อช่วยหายใจ การใส่เครื่องช่วยหายใจ การเลือกสถานที่ให้การดูแลผู้ป่วย การเลือกสถานที่ถึงแก่กรรม
- อำนวยความสะดวกในการจัดสิ่งแวดล้อมที่ดีให้ผู้ป่วย เช่น จัดห้องแยกที่สงบเงียบให้ผู้ป่วยได้อยู่ใกล้ชิดกับครอบครัว เพื่อส่งเสริมความผาสุกของผู้ป่วยและครอบครัว
- ให้ความสนใจต่อปัญหาและความต้องการของบุตรหลานของผู้ป่วย
- อนุญาตให้ผู้ป่วยนำรูปภาพต่างๆ เช่น รูปภาพสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ผู้ป่วยเคารพนับถือ รูปภาพครอบครัวของผู้ป่วยมาไว้ที่โต๊ะข้างเตียงของผู้ป่วย
- เมื่อต้องส่งผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน หรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน ให้ช่วยติดต่อแหล่งช่วยเหลือในการส่งต่อผู้ป่วย เช่น เทศบาลตำบล
- ผู้ดูแลและครอบครัวมีแนวทางการติดต่อ และมีเบอร์โทรศัพท์ของบุคคลที่ต้องติดต่อเวลาที่ผู้ป่วยถึงแก่กรรมที่บ้าน

4. การประเมินด้านจิตวิญญาณและการดูแล (Spiritual Assessment & care)

- ประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณตามพื้นฐานของแต่ละบุคคล
- ค้นหาความเชื่อ ความหวัง ความเข้มแข็งและความกลัวของผู้ป่วยและครอบครัว
- นำพระภิกษุหรือผู้นำศาสนาของผู้ป่วยมาเยี่ยมผู้ป่วย หรือแนะนำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมพบพระชำระใจ

5. การส่งต่อผู้ป่วย ให้ส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพในโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยไปดูแลต่อ หรือเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพที่จะให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง

6. การให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Patient / Family education)

- ให้คำแนะนำเรื่องความเปลี่ยนแปลงในสภาพอาการของผู้ป่วย และวางแผนการดูแล โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยและความพร้อมในการรับข้อมูลข่าวสาร
- เคารพต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องความหวังและความเข้าใจต่อโรค
- การสอนและการเตรียมครอบครัวของผู้ป่วยในเรื่องดังนี้

ก. การประเมินอาการรบกวนต่างๆของผู้ป่วย เช่น หายใจลำบาก เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ฯลฯ
ข. การใช้ยา เช่น การให้ยาแก้ปวด โดยไม่ต้องกลัวว่าผู้ป่วยจะติดยา
ค. การบันทึกเรื่องยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยรับประทานและติดตามผลการใช้ยาอาการข้างเคียง เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน
ง. วิธีการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค เช่น การทำแผล colostomy
จ. วิธีการดูแลให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย และ
ฉ. ทบทวนเรื่องการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย และการดูแลความสะอาดช่องปากของผู้ป่วย
ช. การดูแลระบบขับถ่ายของผู้ป่วย
ซ. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการเรื่องอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วย
ฌ. การดูแลเรื่องการให้อาหารทางสายยาง ถ้าผู้ป่วยคาสายยางให้อาหาร
ญ. การปรึกษาหารือเกี่ยวกับ ความสามารถในการขับรถของผู้ป่วย การมีเพศสัมพันธ์ ภาพลักษณ์
ฎ. เอกสารคำแนะนาเกี่ยวกับบุคคลที่ญาติของผู้ป่วยต้องแจ้งให้ทราบ เมื่อผู้ป่วยมีอาการเพิ่มมากขึ้น
ฏ. การทบทวนให้มั่นใจว่าทีมผู้ดูแลจะจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

- แนะนำผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่คาดว่าจะเกิดขึ้น และสอนวิธีการช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว การจัดท่าของผู้ป่วย และการดูแลความสุขสบายของผู้ป่วย
- สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่อยู่ไกล อาจต้องการให้เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพโทรศัพท์แจ้งข้อมูลอาการของผู้ป่วย

7. การวางแผน สนทนากับผู้ป่วยและครอบครัว ในเรื่องดังนี้

- ความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วย
- สนทนากับผู้ป่วยถึงความต้องการในเรื่องความสุขสบาย
- ตอบคำถามข้อสงสัยของผู้ป่วยและครอบครัว
- ปรึกษาหารือเรื่องพินัยกรรมชีวิตไว้ล่วงหน้า เช่น เลือกให้มีการช่วยฟื้นคืนชีพหรือไม่ มีการมอบหมายไว้ล่วงหน้าว่าให้ใครเป็นผู้ตัดสินใจเลือกการรักษาทางการแพทย์เวลาที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวหรืออยู่ในสภาพที่ไม่สามารถตัดสินใจได้เอง

- ถ้าผู้ป่วยต้องการกลับบ้านและแพทย์อนุญาต ให้วางแผนกับผู้ป่วยและญาติเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและแหล่งช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

- ให้ผู้ป่วยและญาติ เลือกสถานที่ให้การดูแล เช่น ต้องการอยู่ที่โรงพยาบาลเดิมต่อไป หรือว่าต้องการย้ายไปโรงพยาบาลใกล้บ้าน

- ตรวจสอบให้แน่ใจว่าการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับที่เหมาะสม

- สอบถามผู้ป่วยและญาติว่า มีการกำหนดว่าผู้ดูแลหลัก และผู้ดูแลรองคือใคร

- พาผู้ป่วยออกไปเที่ยวนอกหอผู้ป่วย ถ้าเป็นไปได้

- มีการปรึกษาหารือกับนักสังคมสงเคราะห์และผู้ป่วย และญาติเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลใกล้บ้าน การช่วยเหลือผู้ป่วยเรื่องค่ารักษาพยาบาล

8. การดูแลเรื่องความเศร้าโศก (Grief care)ประเด็นที่อาจเกิดขึ้น มีดังนี้

- ความหวังของผู้ป่วยหรือครอบครัวอาจมีการเปลี่ยนแปลงจึงต้องมีการให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวคลายความวิตกกังวล คลายความเครียด คลายความเศร้า

- ค้นหาความกลัวของผู้ป่วยและครอบครัว โดยสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยและครอบครัวในการดาเนินชีวิตต่อไปอย่างมีความหมาย

- ติดต่อประสานงานกับแหล่งสนับสนุนต่างๆ ที่จะให้ความช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วย

- ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการวางแผนในเรื่องต่างๆ ที่เหมาะสม เช่น วางแผนการเดินทางในการนำผู้ป่วยกลับไปพักที่บ้าน

9. ผลลัพธ์ที่คาดหวังด้านผู้ป่วย (Expected patient outcome)

- มีการใช้แบบประเมินต่างๆ กับผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ แบบประเมินความปวด แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ แบบประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม ตกเตียง

- ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเต็มใจและมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและแสดงถึงความเข้าใจในความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

- ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการจัดการอาการรบกวนที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่พยาบาล เช่น อาการปวด หายใจลำบาก นอนไม่หลับ คลื่นไส้อาเจียน

- ผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อในร่างกาย ได้แก่ ไม่มีการติดเชื้อในช่องปาก ไม่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

- ไม่มีอาการปัสสาวะคั่งค้าง (urinary retention)

- ไม่มีอาการท้องผูก
- ไม่มีอาการอุจจาระร่วง
- ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ในการใช้ยา
- ผู้ป่วยและครอบครัวมีเครือข่ายที่ให้ความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย
- ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณ

<u>ระยะวาระสุดท้าย (end- of -life)</u>

1. การประเมินการจัดการกับโรค (Disease management assessment)
   - ทบทวน Chart ของผู้ป่วย , การให้ยา การวางแผนการดูแล
   - ปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย
   - ปรึกษาญาติของผู้ป่วยและแพทย์เรื่องการส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลใกล้บ้านหรือกลับไปพักที่บ้าน
   - ประเมินซ้ำเรื่องความเหมาะสมของการให้ยา การให้ออกซิเจนและสารน้ำ

2. การประเมินด้านร่างกายและและการดูแล (Physical Assessment & care)
   - ประเมินความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยและติดตามดูเรื่องการได้รับสารน้ำของผู้ป่วย
   - ให้ผู้ป่วยจิบน้ำ หรือให้อาหารจำนวนน้อย ๆเท่าที่ผู้ป่วยรับได้
   - ทำความสะอาดช่องปากให้ผู้ป่วยบ่อยๆ
   - ประเมินอาการเขียว (cyanosis) และ ผิวหนังเป็นลาย (Mottling)
   - จัดอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้ป่วยที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น ที่นอน
   - ให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมเท่าที่ทาได้ และพลิกตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง ถ้าผู้ป่วยทนได้
   - ประเมินการใช้ยาที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายเมื่อมีการเคลื่อนไหวร่างกาย

3. การประเมินการดูแลด้านจิตสังคมและการดูแล

   3.1 ให้ประเมิน ดังนี้

   ก. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวที่จะเผชิญความตายที่ใกล้เข้ามา ประเมินความเศร้าโศกผู้ป่วยและครอบครัว

   ข. ค้นหาความคาดหวัง ความหวังของผู้ป่วยและ ความต้องการของบุตรหลานของผู้ป่วย

   ค. ประเมินความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล ระดับของความอดทนต่อการดูแลผู้ป่วย

   3.2 ให้ดำเนินการช่วยเหลือ ดังนี้

ก. จัดสิ่งแวดล้อมที่สงบให้ผู้ป่วย

ข. จัดตารางเวลาให้กับผู้ที่มาเยี่ยมผู้ป่วยว่าให้มาเยี่ยมเวลา 12.00 - 13.30น.และ 15.00น. - 19.00น. และอนุโลมให้ญาติอยู่เฝ้าผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ค. จัดให้ผู้ดูแลมีเวลาพักผ่อน

ง. ส่งต่อผู้ป่วยไปพักอยู่ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน หรือบ้าน ตามที่ผู้ป่วยปรารถนา

4. การประเมินด้านจิตวิญญาณและการดูแล (Spiritual Assessment & care)

- ประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณตามพื้นฐานของแต่ละบุคคล
- ค้นหาความเชื่อ ความหวัง ความเข้มแข็งและความกลัวของผู้ป่วยและครอบครัว
- นำพระภิกษุหรือผู้นาศาสนาของผู้ป่วยมาเยี่ยมผู้ป่วย หรือแนะนำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมพบพระชำระใจ

5. การส่งต่อผู้ป่วย ให้ส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพในโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยไปดูแลต่อ หรือเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพที่จะให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง

6. การให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว(Patient / Family education)

- ให้คำแนะนำเรื่องความเปลี่ยนแปลงในสภาพอาการของผู้ป่วย และวางแผนการดูแล โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยและความพร้อมในการรับข้อมูลข่าวสาร- เคารพต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องความหวังและความเข้าใจต่อโรค
- การสอนและการเตรียมครอบครัวของผู้ป่วยในเรื่องดังนี้

ก. การประเมินอาการรบกวนต่างๆของผู้ป่วย เช่น หายใจลำบาก เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ฯลฯ

ข. การใช้ยา เช่น การให้ยาแก้ปวด โดยไม่ต้องกลัวว่าผู้ป่วยจะติดยา

ค. การบันทึกเรื่องยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยรับประทานและติดตามผลการใช้ยาอาการข้างเคียงเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน

ง. วิธีการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค เช่น การทำแผล colostomy

จ. วิธีการดูแลให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย และ

ฉ. ทบทวนเรื่องการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย และการดูแลความสะอาดช่องปากของผู้ป่วย

ช. การดูแลระบบขับถ่ายของผู้ป่วย

ซ. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการเรื่องอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วย

ฌ. การดูแลเรื่องการให้อาหารทางสายยาง ถ้าผู้ป่วยคาสายยางให้อาหาร

ญ. เอกสารคำแนะนำเกี่ยวกับบุคคลที่ญาติของผู้ป่วยต้องแจ้งให้ทราบ เมื่อผู้ป่วยมีอาการเพิ่มมากขึ้น

ฎ. การทบทวนให้มั่นใจว่าทีมผู้ดูแลจะจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

- แนะนำผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่คาดว่าจะเกิดขึ้น และสอนวิธีการช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว การจัดท่าของผู้ป่วย และการดูแลความสุขสบายของผู้ป่วย
- สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่อยู่ไกล อาจต้องการให้เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพโทรศัพท์แจ้งข้อมูลอาการของผู้ป่วย
- เมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลง ให้ญาติโทรศัพท์แจ้งเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ใกล้บ้านหรือให้ญาตินาส่งโรงพยาบาลหรือเรียกรถพยาบาลให้ไปรับผู้ป่วยที่บ้านเพื่อนำส่งโรงพยาบาล
- ถ้าผู้ป่วยและญาติตกลงกันว่าไม่ต้องช่วยฟื้นคืนชีพ เมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลงให้แจ้งเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ใกล้บ้านให้ช่วยมาดูอาการของผู้ป่วย
- เมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะใกล้ตาย ให้ผู้ดูแลปฏิบัติดังนี้
    1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดคุย แม้ว่าผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลง
    2. สนทนากับผู้ป่วยในสิ่งที่ผู้ป่วยคาดหวัง
    3. ประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับประสบการณ์ในอดีตเรื่องความตายและภาวะใกล้ตาย
    4. ค้นหาว่าผู้ป่วยมีจินตนาการว่าความตายเป็นอย่างไร

หมายเหตุ : ผู้ป่วยและครอบครัวที่เป็นเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพต้องการได้รับความรู้ในทุกระยะของการเจ็บป่วย

7. การวางแผน สนทนากับผู้ป่วยและครอบครัว ในเรื่องดังนี้

- การดูแลที่สอดคล้องกับตามความต้องการของผู้ป่วย
- มีการกำหนดว่าใครเป็นผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลรอง

8. การดูแลเรื่องความเศร้าโศก (Grief care)ประเด็นที่อาจเกิดขึ้น มีดังนี้

- ปรึกษาหารือกับผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องสิ่งที่จะต้องทำต่อไปในชั่วโมงต่อไป ในวันต่อไป และในอาทิตย์ต่อไปที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย มีความสุข และดำเนินชีวิตอย่างมีความหมายในช่วงเวลาที่เหลืออยู่

การดูแลเมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรม มีดังนี้

- รายงานให้แพทย์รับทราบ และช่วยประสานงานกับครอบครัวของผู้ป่วยให้ได้พบแพทย์ เพื่อรับทราบข้อมูลการถึงแก่กรรมของผู้ป่วย

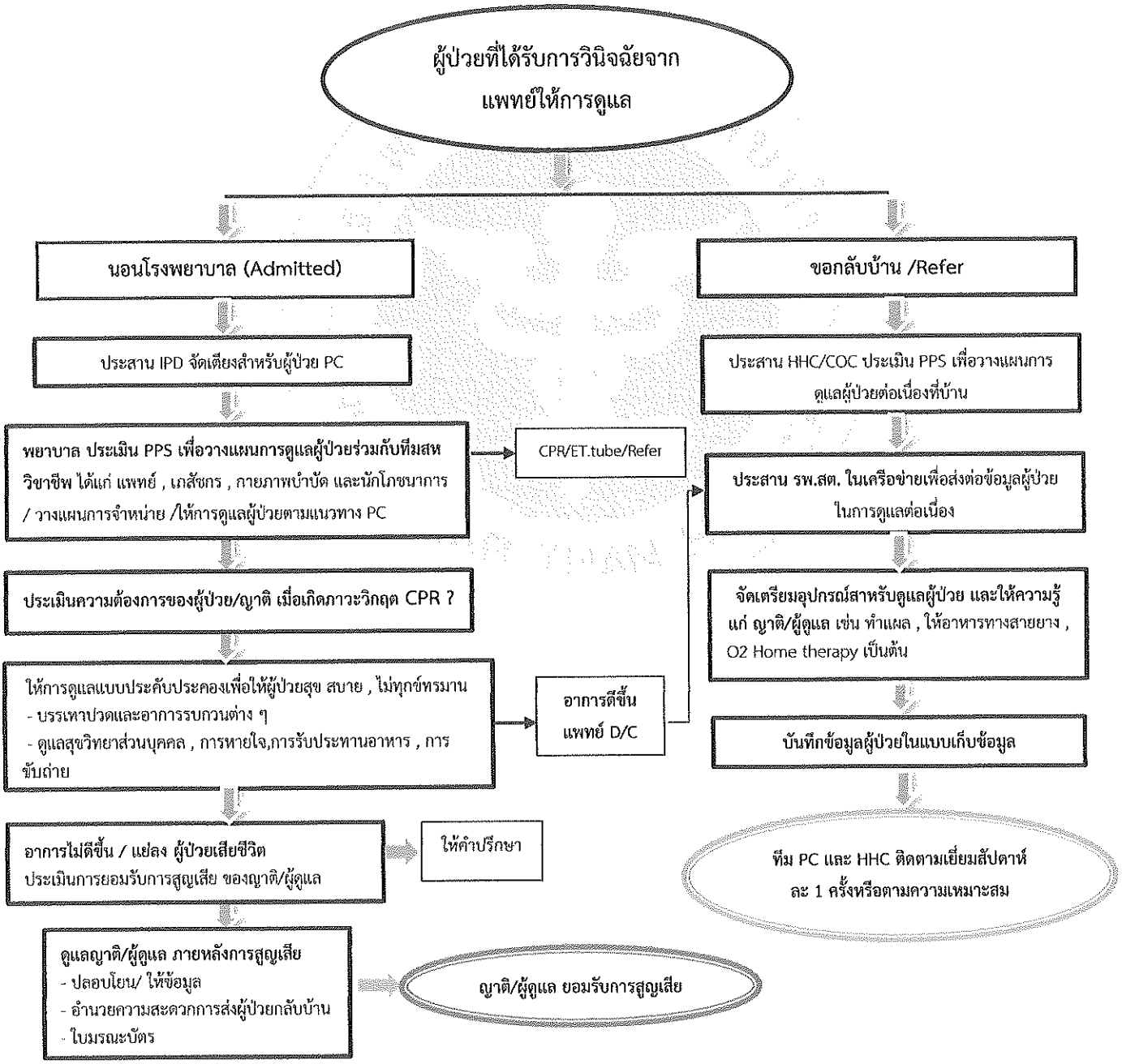
- เปิดโอกาสให้ญาติได้ปฏิบัติตามพิธีกรรมตามความเชื่อทางศาสนา
- เจ้าหน้าที่พยาบาลและแพทย์กล่าวคำไว้อาลัย เพื่อทำพิธีขอขมาศพ
- เปิดโอกาสให้ญาติได้อยู่ตามลำพังกับผู้ป่วยหลังจากที่ผู้ป่วยถึงแก่กรรมแล้ว
- ถ้าญาติต้องการนำศพของผู้ป่วยกลับไปที่บ้าน ให้ช่วยติดต่อประสานงานกับแหล่งช่วยเหลือต่างๆ เพื่ออำนวยความสะดวกให้ญาติ
- ดูแลความเศร้าโศกของญาติในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยถึงแก่กรรม โดยยอมรับความรู้สึกต่างๆของครอบครัวผู้ป่วยเมื่อเผชิญกับการถึงแก่กรรมของผู้ป่วย เช่น ความรู้สึกผิดของญาติที่ไม่ได้มาดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ อาการตกใจ ร้องไห้ของญาติผู้ป่วย และช่วยดูแลปลอบใจครอบครัวของผู้ป่วย เป็นต้น
- มีการติดตามให้การปรึกษาแก่ครอบครัวของผู้ป่วย หลังจากเสร็จสิ้นงานศพ

9. ผลลัพธ์ที่คาดหวังด้านผู้ป่วย (Expected patient outcome)

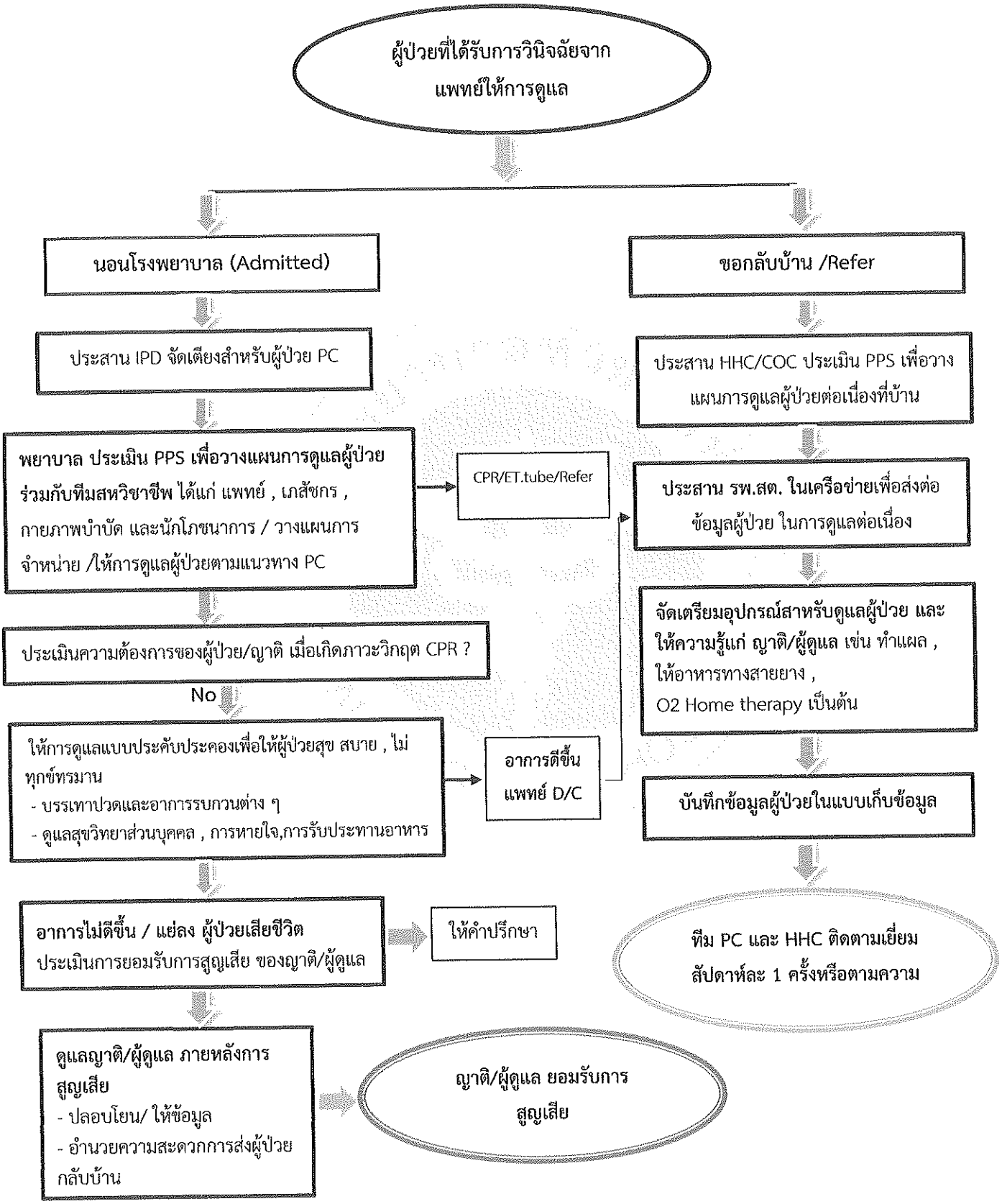
- ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนต่างๆ
- ผู้ป่วยพึงพอใจการดูแลของแพทย์และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ
- ผู้ป่วยได้ถึงแก่กรรมที่โรงพยาบาลหรือบ้าน ตามความปรารถนาของผู้ป่วย
- ญาติพึงพอใจในกระบวนการดูแลผู้ป่วย

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 15/16
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 54-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 2 ปรับปรุงครั้งที่ 2
	เรื่อง : แนวทางการดูแลประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative Care)	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสาวนฤชล วังวงษ์ทอง หน่วยงาน : งานปฐมภูมิและองค์รวม	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : องค์กรแพทย์ , NSO , PCT , PTC , รพ.สต.ในเครือข่าย

Flow Chart การดูแลผู้ป่วยประคับประคอง โรงพยาบาลห้วยทับทัน



Flow Chart การดูแลผู้ป่วยประคับประคอง โรงพยาบาลห้วยทับทัน



	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 16/16
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 54-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 2 ปรับปรุงครั้งที่ 2
	เรื่อง : แนวทางการดูแลประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative Care)	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสาวนฤชล วังวงษ์ทอง หน่วยงาน : งานปฐมภูมิและองค์รวม	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : องค์กรแพทย์ , NSO , PCT , PTC , รพ.สต.ในเครือข่าย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านร่างกาย

Symptoms

1. เหนื่อยหอบ
2. ปวด
3. เบื่ออาหาร
4. คลื่นไส้/อาเจียน
5. นอนไม่หลับ
6. มีแผลกดทับ
7. มีกลิ่นเหม็น
8. สับสน เพ้อ
9. ซึมเศร้า
10. ปัสสาวะผิดปกติ
11. อจจาระผิดปกติ

Pre - Dying

1. ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล
2. ให้การรักษาแบบประคับประคอง
3. ดูแลการหายใจ
4. การได้รับสารอาหาร
5. การขับถ่าย
6. การพักผ่อน

Pre - Dying

1. ดูแลความสะอาดร่างกายและความสุขสบาย
2. จัดท่านอนให้เหมาะสม
3. จัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการพักผ่อน
4. ประเมินสัญญาณชีพ
5. ดูแลทางเดินหายใจหายใจ

Pre - Dying

1. ทำความสะอาดร่างกาย , แต่งกายตามความประสงค์
2. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านจิตใจ จิตสังคม จิตวิญญาณ

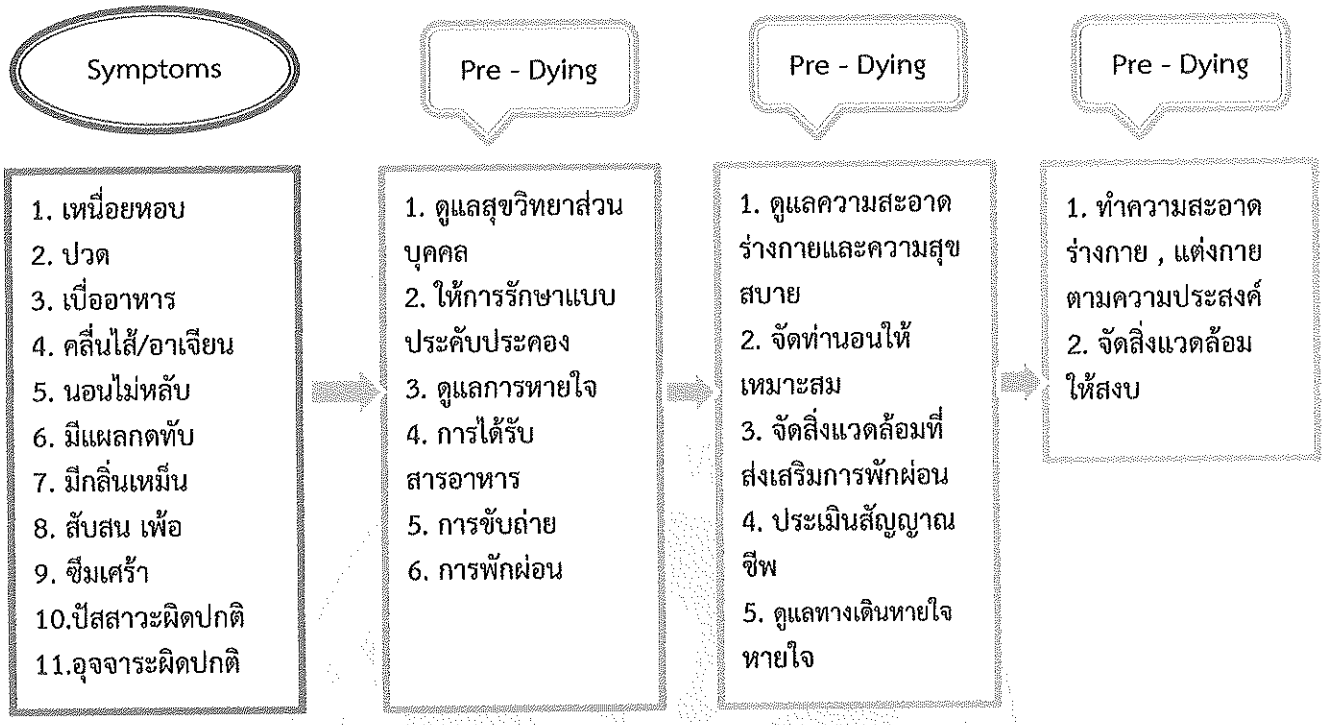
1. เหนื่อยหอบ
2. ปวด
3. เบื่ออาหาร
4. คลื่นไส้/อาเจียน
5. นอนไม่หลับ
6. มีแผลกดทับ
7. มีกลิ่นเหม็น
8. สับสน เพ้อ
9. ซึมเศร้า
10. ปัสสาวะผิดปกติ
11. อุจจาระผิดปกติ

1.เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับความเชื่อ ความศรัทธา สิ่งที่ค้างคาใจ และความรู้สึกต่อคนที่รัก
2. สนับสนุนและอานวยความสะดวกตามความต้องการด้านความเชื่อศาสนา
3. ให้ได้รับการเยี่ยมจากทีม Palliative Care
4. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา
5. อำนวยความสะดวกให้ญาติได้ดูแลอย่างใกล้ชิด
6. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบใกล้สิ่งที่ชอบ/รัก
7. แนะนำเตรียมเสื้อผ้าและเอกสารแจ้งตาย

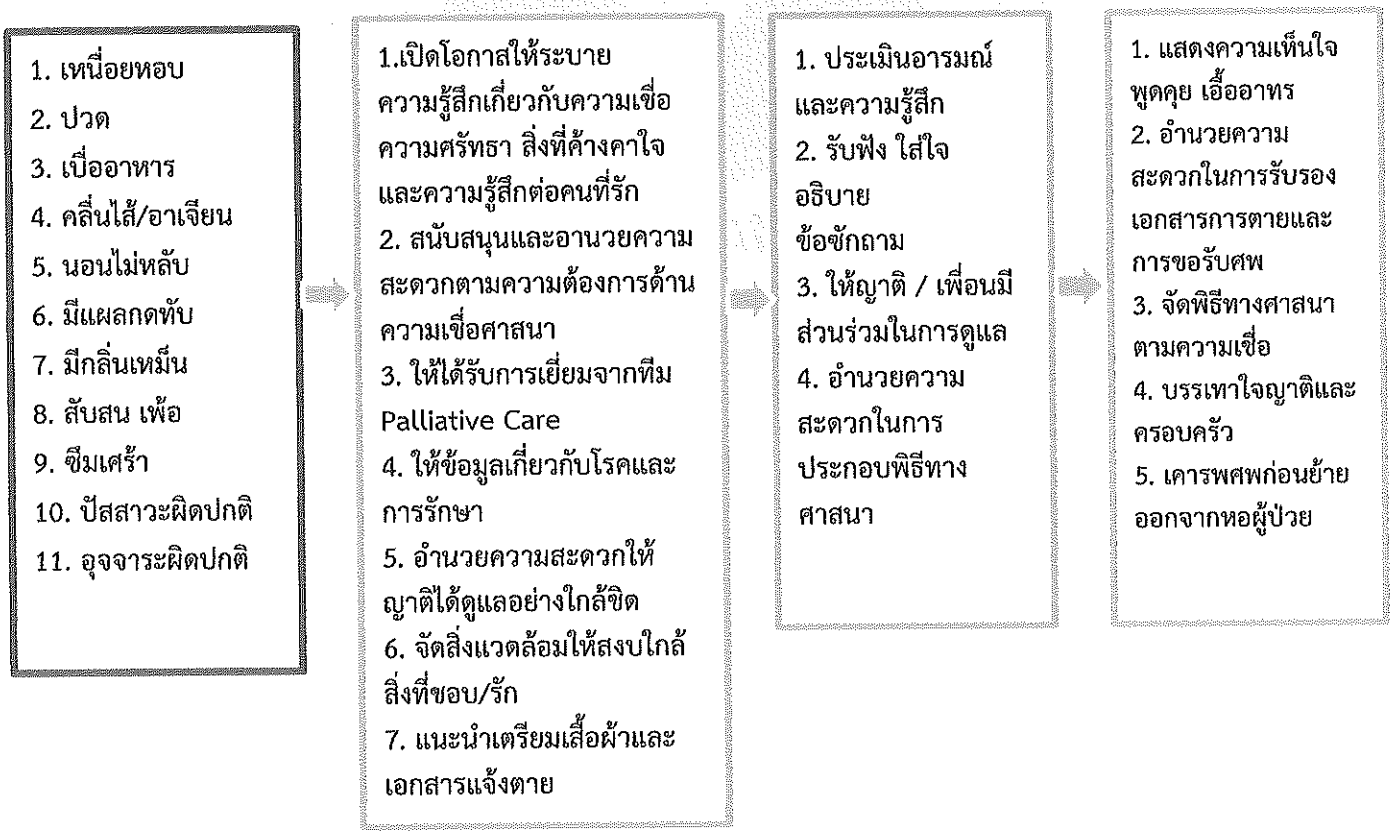
1. ประเมินอารมณ์และความรู้สึก
2. รับฟัง ใส่ใจ อธิบายข้อซักถาม
3. ให้ญาติ / เพื่อนมีส่วนร่วมในการดูแล
4. อำนวยความสะดวกในการประกอบพิธีทางศาสนา

1. แสดงความเห็นใจ พูดคุย เอื้ออาทร
2. อำนวยความสะดวกในการรับรองเอกสารการตายและการขอรับศพ
3. จัดพิธีทางศาสนาตามความเชื่อ
4. บรรเทาใจญาติและครอบครัว
5. เคารพศพก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านร่างกาย



การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านจิตใจ จิตสังคม จิตวิญญาณ



ภาวะถอนพิษสุรา
(Alcohol Withdrawal)
ALCOHOL WITHDRAWAL

โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 55-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal)

ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 14 หน้า) วันที่อนุมัติใช้ 5 มกราคม 2569

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นางปัทภาวี บุญช่าย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นายแพทย์ณัฐวุฒิ มณีโชติ	นายแพทย์ปฏิบัติการ	

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางปัทภาวี บุญช่าย)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

หน่วยงานที่นำไปใช้ : ทุกแผนกในโรงพยาบาล

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 3	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/14
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 55-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 3
	เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal)	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางปัทภาวี บุญข่าย หน่วยงาน : งานจิตเวชและยาเสพติด	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ทุกแผนกในโรงพยาบาล

แนวทางการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal)

วัตถุประสงค์

1. ทุกแผนกในโรงพยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยสุราที่มีภาวะถอนพิษสุราได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสม
2. ทีมดูแลผู้ป่วยสามารถให้คำแนะนำเบื้องต้นแก่ผู้ป่วย และญาติ เกี่ยวกับตัวโรค, การดูแล, และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมได้เพื่อให้ผู้ป่วยผ่านช่วงการถอนพิษสุราได้อย่างปลอดภัย
3. เพื่อให้แนวทางการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีภาวะถอนพิษสุราในโรงพยาบาลห้วยทับทัน เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ภาวะถอนพิษสุรา หมายถึง เป็นภาวะที่เกิดขึ้นกับผู้ติดสุราเมื่อหยุดดื่มสุรากะทันหัน ในสมองมีการปรับตัวของตัวรับสื่อประสาทต่างๆ เช่น การลดลงของระบบประสาทยับยั้งและการเพิ่มขึ้นของระบบประสาทกระตุ้น ระบบต่างๆของสมองจะทำงานมากขึ้นโดยเฉพาะระบบประสาท Sympathetic Autonomic Nervous System เกิดเป็นกลุ่มอาการถอนพิษสุรา

ขั้นตอนการประเมินการวินิจฉัยและแยกโรคผู้ป่วยที่มีภาวะขาดแอลกอฮอล์ (DSM-V& ICD-10)

กระบวนการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะขาดแอลกอฮอล์ประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจคัดกรอง การประเมินความรุนแรงในการติดแอลกอฮอล์ การประเมินความรุนแรงในการขาดแอลกอฮอล์ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัยโรค การวินิจฉัยแยกโรคและโรคร่วมทั้งทางกายและจิตเวช

1. การประเมินเพื่อวินิจฉัยโรค

1.1 การคัดกรองใช้แบบประเมินต่างๆเพื่อคัดกรองปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ ความรุนแรงของการติดแอลกอฮอล์ ได้แก่

- Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) เพื่อค้นหาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ เกี่ยวกับปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ ความถี่ของการดื่ม การดื่มหนัก อาการของการติดแอลกอฮอล์และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ สามารถคัดแยกผู้ตอบแบบคัดกรองเป็น4กลุ่มตามคะแนน
  1) ผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ (Low risk drinking)
  2) ผู้ดื่มแบบเสี่ยงปานกลาง (Hazardous drinking)
  3) ผู้ดื่มแบบอันตราย (Harmful drinking)
  4) ผู้ดื่มแบบติด (Alcohol dependence)
- CAGE เป็นแบบสอบถาม 4 ข้อสั้นๆ ช่วยในการประเมินปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์
- Alcohol, Smoking & Substance Involvement Screening Test (ASSIST) เป็นแบบสอบถามที่ถามถึงประสบการณ์ในการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลิตภัณฑ์ยาสูบ และสารเสพติดชนิดอื่นๆตลอดชีวิตและภายใน3 เดือนที่ผ่านมา

2. การเตรียมความพร้อมในการเข้ารับการรักษา ได้แก่ การซักประวัติ การประเมินสภาพปัญหาผู้ป่วย การประเมินแหล่งสนับสนุน การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับตัวโรค อาการ ผลกระทบ ประเมินแรงจูงใจ ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

3.การบำบัดรักษาภาวะขาดแอลกอฮอล์

3.1 การประเมินความรุนแรงของอาการขาดแอลกอฮอล์นิยมใช้แบบประเมิน Alcohol Withdrawal Scale (AWS) หรือ Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol ,Revised (CIWA-Ar)

3.2 การจัดการดูแลรักษาภาวะขาดแอลกอฮอล์ เน้นการดูแลการให้ยาลดอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ รักษาอาการทางกายและภาวะแทรกซ้อน การให้วิตามินและเกลือแร่เสริมและการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของอาการขาดแอลกอฮอล์

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการถอนพิษสุรา คือ Alcohol withdrawal scale (AWS) 7 ข้อ

การใช้เครื่องมือนี้สิ่งที่ต้องคำนึงถึงคือ คะแนนการประเมินอาจผิดพลาดได้ กรณีมีภาวะแทรกซ้อนไม่ควรจะยึดคะแนนจากแบบประเมินเพียงอย่างเดียว ควรอาศัยการตัดสินใจทางคลินิกและการสังเกตอื่นร่วมด้วย ที่สำคัญคือเครื่องมือนี้ไม่ใช่เครื่องมือในการวินิจฉัยโรค

Alcohol withdrawal scale (AWS) 7 ข้อ

Item 1 : เหงื่อ

0 ไม่มีเหงื่อ
1 มีเฉพาะที่ฝ่ามือ
2 ฝ่ามือชื้นและมีเม็ดเหงื่อตามใบหน้า ตามตัว
3 เหงื่อเปียกชื้นไปทั้งตัว
4 เหงื่อออกมากจนเสื้อผ้าเปียก

Item 2 : สั่น

0 ไม่มีอาการสั่น
1 มีอาการสั่นสั่นเฉพาะเวลายื่นมือไปจับสิ่งของหรือถือของ
2 มีมือสั่นเล็กน้อยตลอดเวลา
3 มีมือสั่นอย่างมากตลอดเวลา

Item 3 : วิตกกังวล

0 สงบไม่มีอาการวิตกกังวล
1 รู้สึกไม่ค่อยสบายใจ
2 รู้สึกหวาดหวั่น ตกใจง่าย
3 วิตกกังวล กลัว สงบได้ยาก

4 ไม่สามารถควบคุมอาการวิตกกังวลได้ รวมถึง panic attacks

Item 4 : กระสับกระส่าย

0 ปกติไม่มีอาการกระสับกระส่าย
1 งุ่นง่าน อยู่ไม่นิ่ง
2 กระวนกระวายไม่สามารถนอนพักนิ่งๆได้
3 กระสับกระส่ายเปลี่ยนท่าบ่อย เดินไปมาสามารถนั่งพักหรือนอนพักได้ช่วงสั้นๆ
4 กระสับกระส่ายอย่างมากไม่สามารถอยู่นิ่งได้เลย เดินไปมาตลอดเวลา

Item 5 : อุณหภูมิ

0 อุณหภูมิ 37.0 องศา หรือน้อยกว่า
1 อุณหภูมิ 37.1 องศา ถึง 37.5 องศา
2 อุณหภูมิ 37.6 องศา ถึง 38.0 องศา
3 อุณหภูมิ 38.1 องศา ถึง 38.5 องศา
4 อุณหภูมิ 38.6 องศา หรือมากกว่า

Item 6 : ประสาทหลอน

0 ไม่มีประสาทหลอนเลย
1 มีอาการเห็นสิ่งของรอบข้างบิดเบือนไปเป็นพักๆยังรู้ตัวว่าไม่ได้เกิดขึ้นจริง
2 มีอาการประสาทหลอนชัดเจนเกิดขึ้นเฉพาะของบางสิ่งหรือบางเหตุการณ์และเกิดขึ้นช่วงสั้นๆยังคงรับรู้ความเป็นจริงอยู่
3 มีประสาทหลอนชัดเจนเหมือนข้อ 2 และเชื่อว่าเป็นเรื่องจริง ยากที่จะให้ยอมรับได้ว่าเป็นประสาทหลอน รู้สึกทุกข์ทรมานกับอาการประสาทหลอนนั้นและยังรับรู้ความเป็นจริงเฉพาะบางเรื่อง
4 มีประสาทหลอนชัดเจนในหลายๆเรื่องและไม่สามารถยอมรับความเป็นจริงได้ผู้ป่วยเหมือนอยู่ในโลกของประสาทหลอน

Item7 : การรับรู้บุคคล วันเวลา สถานที่

0 รับรู้บุคคล วันเวลา สถานที่ได้ดี
1 รับรู้บุคคล สถานที่ได้ดีแต่มีปัญหาเรื่องวัน เวลา
2 รับรู้บุคคลได้ดี แต่มีปัญหาการรับรู้สถานที่และวันเวลาเป็นบางครั้ง
3 มีปัญหาการรับรู้บุคคลเป็นบางครั้ง แต่การรับรู้สถานที่และเวลาเสียไป
4 เสียการรับรู้บุคคล สถานที่ วันเวลาไม่ทราบว่าตนเองอยู่ที่ไหน อยู่กับใคร และไม่รับรู้วันเวลา

การแปลผล Alcohol withdrawal scale (AWS)

AWS	การแปลผล
1 - 4 คะแนน	มีอาการถอนพิษสุราเล็กน้อย
5 - 9 คะแนน	มีอาการถอนพิษสุราปานกลาง
10 - 14 คะแนน	มีอาการถอนพิษสุรารุนแรง
มากกว่าหรือเท่ากับ 15 คะแนน	มีอาการถอนพิษสุรารุนแรงมาก

Alcohol : OPD Preparation | Urgency condition (Alcohol Intoxication)

เป้าหมายการรักษา	กิจกรรมการรักษา
1. ประเมินปัญหาสำคัญและภาวะฉุกเฉินเพื่อคืนสุขภาวะด้าน Physical และ Emotional <u>หมายเหตุ</u> ■ Thiamine ต้องให้ก่อนอาหาร ก่อนฉีด Glucose ■ เกณฑ์การส่งต่อ ● O2 Sat <92 หลังจาก on canular 5 LPM และ จัดท่านอน 45 องศาแล้ว ● ความดันต่ำกว่า 90/60 mmHg และมี capillary refill < 2 sec หลังให้สารน้ำ ● ความดันโลหิตสูงเกิน 180/110 mmHgหลังให้ยาลดความดัน และสังเกตอาการ 4 ชั่วโมง ● มีภาวะ Hypoglycemia หลังแก้ไม่ขึ้น ● Coma: GCS < 10	1) ประเมินภาวะฉุกเฉิน A. ภาวะฉุกเฉินทางยาเสพติด - alcohol intoxication (alcohol>200 mg%) - alcohol induced psychosis - alcohol withdrawal seizure, DTs B. ภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช - SMIV - Suicidal attempt C. ภาวะฉุกเฉินทางอายุรกรรม - Hepatic encephalopathy - Arrhythmia D. สัญญาณชีพที่ผิดปกติ ภาวะอาการที่ผิดปกติ - สัญญาณชีพที่ผิดปกติ, Temp น้อยกว่า 35 หรือมากกว่า 39, BP น้อยกว่า 90/60 หรือมากกว่า 160/110, Pulse น้อยกว่า 60 หรือมากกว่า 120 ครั้งต่อนาที, หายใจน้อยกว่า 12 หรือมากกว่า 25 ครั้งต่อนาที O2 sat < 92 - น้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 60 หรือมากกว่า 250 - ระดับ Consciousness: GCS น้อยกว่า 12
2. ประเมินปัญหาสำคัญการดื่มสุราเพื่อคืนสุขภาวะด้าน Physical และ Emotional	1) ข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน 2) ข้อมูลการดื่มสุรา ● รูปแบบการดื่ม ● พฤติกรรมการดื่มที่เป็นอันตราย เช่น เมาแล้วขับ ทำร้ายร่างกาย

เป้าหมายการรักษา	กิจกรรมการรักษา
	3) ประเมินทาง กาย และจิต ● ประเมินโรคร่วมทางกาย เช่น NCD Chronic Liver Disease โดยการตรวจร่างกายระบบเกี่ยวข้อง ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ช่วยติดตามการดื่มและภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ SGOT, SGPT, GTT, Uric, BUN, CBC, Electrolyte Magnesium, Phosphorus, Amylase ● ประเมินโรคร่วมทางจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย พฤติกรรมก้าวร้าว สัปดาห์แรกทุกเวร สัปดาห์ต่อมาทุกวัน จากนั้นสัปดาห์ละครั้ง นาน 2 เดือน 4) แรงจูงใจในการรักษา 5) ทบทวนยาเดิม ติดตามประวัติการรักษาเดิม ใบส่งตัว 6) ประเมินความเสี่ยงการเกิดภาวะขาดสุรา <u>กลุ่มเสี่ยงเกิดภาวะขาดสุรา</u> ● ASSIST ≥ 27 ● วินิจฉัย Dependence และลดปริมาณการดื่มลง ● มีภาวะฉุกเฉินทางกาย อุบัติเหตุ ควรเฝ้าระวังอาการขาดสุราอย่างใกล้ชิด AWS ทุก 1 ชั่วโมง <u>กลุ่มเสี่ยงเกิดภาวะขาดสุรารุนแรง</u> ● อายุ > 40 ปี ● ประวัติดื่มสุราต่อเนื่องปริมาณมาก 10 drink/day หรือเหล้าขาวมากกว่า ½ ขวด/วัน ● ดื่มมานาน > 5 ปี ● มีประวัติ DTs Rumfit ● ชีพจรสูงเกิน 100 ครั้งต่อนาที ● จำนวนวันที่หยุดดื่มครั้งสุดท้ายมาหลายวัน ● มีอาการขาดสุรา ถ้าดื่มในปริมาณลดลง

เป้าหมายการรักษา	กิจกรรมการรักษา
	● ไม่มีภาวะเมาสุรา ทั้งที่ระดับ alcohol ในเลือดสูง ● มีปัญหาโรคทางกายหรือได้รับบาดเจ็บ ● ใช้สารเสพติดอื่นร่วมด้วย รวมถึงยานอนหลับ ยากล่อมประสาท ถ้าผู้ป่วยมีความเสี่ยงข้อใดข้อหนึ่ง ให้เริ่มรักษาภาวะขาดสุราด้วย Oral front loading
3) รักษาภาวะเมาสุราเพื่อให้ฟื้นตัวอย่างรวดเร็วและปลอดภัย <u>ระดับแอลกอฮอล์ในลมหายใจ</u> ■ 50 mg% เมาตามกฎหมาย ถ้ามีอาการเมารุนแรง แต่ระดับแอลกอฮอล์ต่ำกว่านี้ พิจารณาส่ง Urine amphetamine ร่วมด้วย ■ 100 mg% เดินเซ สับสน ตอบสนองช้า ระบบกล้ามเนื้อทำงานไม่สัมพันธ์กัน มีอาการทางจิตใจและอารมณ์ ■ 200 mg% (Emergency) เมาอย่างเห็นได้ชัดเจน คลื่นไส้อาเจียน เดินเซก้าวร้าว ■ 300 mg% อุณหภูมิร่างกายลดลง พูดไม่ชัด มองไม่ชัด มึนงง คุมสติไม่ได้ หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดปกติ ความจำเสื่อม 400 mg% coma การรู้สึกตัวแย่ลง ระบบหายใจแย่ลง อุณหภูมิและความดันเลือดลดลง ปัสสาวะราดหรือไม่สามารถขับปัสสาวะได้ อาจทำให้ลิ้นตกอุดตันทางเดินหายใจ หรือสำลัก	1. ตรวจวัดแอลกอฮอล์ในลมหายใจ ระดับแอลกอฮอล์ในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด 2. ประวัติหกล้ม บาดเจ็บที่ศีรษะ มีรอยฟกช้ำที่เบ้าตา ควรตรวจ neuro sign ประวัติถ่ายเป็นเลือดถ่ายดำ อาเจียนเป็นเลือด หน้ามืด เป็นลม ปวดจุกท้อง ควรเจาะ Hct 3. เฝ้าระวังภาวะ aspiration โดยการปรับท่านอนหัวสูง45 องศา 4. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 2 ชั่วโมง 5. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ กลูโคส วิตามินเสริม - 50% glucose 20-40 cc IV slowly - 5% DN/2 100-120cc/hr (DTX70-250 mg%) ถ้า DTX >250 mg% ให้ 0.9% NSS 100-120cc/hr - Thiamine 300 mg/day กิน3-5วัน แล้วmaintained ขนาด 100 mg กิน ทุกวัน หรือ - Thiamine 100 mg IM วันละครั้ง 3วัน แล้วmaintained ขนาด100 mg กินทุกวัน - MTV Folate 6. ไม่แนะนำในการฉีดDiazepam เพื่อลดอาการเมาอาละวาด

เป้าหมายการรักษา	กิจกรรมการรักษา
อาหารจากกระเพาะอาหาร หรือไม่หายใจ ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ <u>หมายเหตุ</u> ภาวะแทรกซ้อนในช่วงเมาสุรา ▪ ขาดน้ำในร่างกาย ▪ น้ำตาลในเลือดต่ำ ▪ เลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง - เลือดออกในระบบทางเดินอาหาร	
4). ประเมินและวินิจฉัยภาวะขาดสุรา โดยผู้ป่วยควรได้รับการติดตามประเมิน ▪ Physical sign: hydration, pulse rate, BP, temperature, level of consciousness ▪ Severity of alcohol withdrawal ▪ General progress during withdrawal episode <u>Anticonvulsant</u> ▪ Na Channel Modulators ลดอาการขาดสุราระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ป้องกันการชัก ▪ Carbamazepine 600-800 mg ในวันแรก หลังจากนั้นลดลงจนเหลือ 200 mgในวันที่5 (D1-2 800 mg D3 600mg D4 400 mg D5 200 mg) Phenytoinและ Valproate ไม่ช่วยป้องกันการชักจากการขาดสุรา จึงไม่แนะนำให้ใช้	1. อาการมักเกิดหลังหยุดดื่ม 6-8 ชั่วโมง (DTs จะเริ่มเกิดขึ้น 2–3 วันหลังหยุดดื่ม) ▪ ประวัติการดื่มครั้งสุดท้าย ▪ การวัดระดับแอลกอฮอล์ในลมหายใจ 2. ต้องแยกจากภาวะทางอายุรกรรมอื่น เช่น Sepsis meningitis encephalitis Electrolyte imbalance DKA HHS ▪ ตรวจร่างกายในระบบสำคัญ เช่น ตรวจระบบประสาทหา การติดเชื้อ ▪ วิเคราะห์ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ 3. ประเมิน AWS เพื่อแบ่งระดับความรุนแรง ▪ AWS คะแนน 1 - 4 Mild severity ▪ AWS คะแนน 5 - 9 Moderate severity ▪ AWS คะแนน 10 - 14 Severe severity ▪ AWS คะแนน >15 ขึ้นไป Extremely severe 4. ถ้ามีประวัติเคยชักจากการขาดสุรา อาจพิจารณาให้ Anticonvulsant ร่วมด้วย

เป้าหมายการรักษา	กิจกรรมการรักษา
5). การรักษาภาวะขาดสุราให้ลดระดับลงจนควบคุมอาการได้ก่อนส่งตัวเข้าตึก หลัก 5S 1. Sedation สงบด้วย BZD 2. Supplement เสริมด้วยวิตามินที่จำเป็น เช่น B1, Folic acid 3. Symptomatic สยบอาการทางกาย 4. Supportive surround ขจัดสิ่งรบกวน 5. Standard care สอดส่องค้นหาโรคแทรกซ้อน Diazepam 5mg = CDX 10mg = Lorazepam 1mg Fixed schedule for mild D1 D 10 mg / L 2mg ทุก6 ชั่วโมง D2 D 10 mg / L 2mg ทุก8 ชั่วโมง D3 D 10 mg / L 2mg ทุก12 ชั่วโมง D4 D 5 mg / L 1mg ทุก12 ชั่วโมง D5 D 5 mg / L 1mg ก่อนนอน หมายเหตุ ห้ามฉีด Antipsychotic เข้าเส้นเลือดโดยเด็ดขาด ฉีดเข้ากล้ามเนื้อเท่านั้น ขนาดเริ่มต้นคือ 2.5-5 mg เท่านั้น ไม่ให้ฉีด double dose คือ10mg โดยเด็ดขาด	1. ย้ายผู้ป่วยเข้าโซนเฝ้าระวัง ถ้ามีภาวะขาดสุราในระดับรุนแรงขึ้นไป AWS ตั้งแต่ 15 คะแนน ขึ้นไป 2. ปรับองศาเตียง เฝ้าระวังภาวะ Aspirated pneumonia 3. การรักษาตามระดับการขาดสุรา **3.1 การขาดสุราระดับเล็กน้อย** AWS 1-4 คะแนน - ให้ยา BZD ถ้า AWS > 5 คะแนน ได้แก่ Diazepam 10 mg Lorazepam 2 mg แบบ Fixed schedule for mild **3.2 การขาดสุราระดับปานกลาง** AWS 5–9 คะแนน หรือ AWS < 5 คะแนน แต่เคยมีประวัติ Alcohol withdrawal seizures อายุมากกว่า 40 ปี ดื่มมากกว่า 8 drinks ในเพศชาย และ 6 drinks ในเพศหญิง - ให้ยาแบบ Fixed schedule regimen for moderate 3.3 การขาดสุราระดับรุนแรง AWS 10 - 14 - ใช้ Oral front-loading regimen Diazepam 20mg หรือ Lorazepam 4 mg กิน 3.4 การขาดสุราระดับรุนแรงมาก AWS ตั้งแต่ 15 ขึ้นไป - ใช้ Intravenous front loading ให้ Diazepam 10 mg IV ซ้ำได้ 3 ครั้ง ทุก 15 นาที จนกว่าสงบจึงย้ายผู้ป่วยเข้าตึก ถ้ายังไม่สงบฉีดซ้ำได้อีก 6 ครั้ง ทุก 15 นาที - แพทย์สั่งฉีด Diazepam 10 mg IV ซ้ำได้อีก 6 dose ถ้าผู้ป่วยยังไม่สงบให้พิจารณาส่งต่อ หรือใช้ยาในกลุ่ม Antipsychotic drug เช่น Halo 5 mg im - ถ้าได้รับยา Diazepam IV 120 mg ใน 4ชั่วโมงแล้วยังไม่สงบ ควรประเมินหาสาเหตุอื่น รวมถึง Paradoxical Effect

เป้าหมายการรักษา	กิจกรรมการรักษา
6) การรักษาภาวะชักจากการขาดสุรา	- เกิดขึ้นได้ตั้งแต่ 6-48 ชั่วโมงหลังหยุดดื่ม (ลักษณะเกร็งกระตุกทั้งตัว หมดสติ ชักครั้งเดียว แต่สามารถเกิดเป็นชุด 2-3 ครั้ง ห่างกัน 5 นาที แต่ไม่บ่อย ถ้าชักต่อเนื่อง ต้องหาสาเหตุอื่น) - ประเมินการชักว่ามีสาเหตุอื่นหรือไม่ เช่น Hypoglycemia/ Hyperglycemia Hyponatremia Hypomagnesemia หรือลมชัก - ใช้ยากลุ่ม Benzodiazepine - Sodium valproate loading 20 mg/kg/day แบ่งให้ 2 ครั้ง ห่างกัน 6-8 ชม. (700 mg ทันที และอีก 6 ชั่วโมง อีก 700 mg หลังจากนั้น bid x 4 วัน) - จัด position - ห้ามสอดวัตถุใดๆ เข้าปากขณะชัก - หลังชัก ห้ามผูก ให้หลับต่อไม่ควรป้อนยาหรืออาหารจนกว่าผู้ป่วยฟื้น
7) การเฝ้าระวังและรักษาภาวะแทรกซ้อนขณะขาดสุรา **Refractory DTs** ได้รับ BZD ขนาดสูง เช่น Diazepam 60 mg v หรือ Lorazepam 12 mg v ในชั่วโมงแรก หรือ Diazepam 200 mg v หรือ Lorazepam 40 mg v ใน 3-4 ชั่วโมงแรก แล้วอาการไม่ดีขึ้น สาเหตุ Endogenous GABA มีน้อยจากการเปลี่ยนแปลง GABA-A receptor **Wernicke** ขาด Thiamine ในสมอง จากลดการดูดซึม กินไม่เพียงพอหรือตับมีปัญหา Clinical triad Global confusion or mental impair พบ80%	**การรักษาภาวะ Refractory DTs** 1. เตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิต แพทย์ พยาบาล เตรียมพร้อมสำหรับการใส่ท่อช่วยหายใจ 2. Phenobarbital 130 - 260 mg iv ฉีดซ้ำได้ทุก 15 นาที จนกว่าผู้ป่วยสงบ ถ้าฉีดซ้ำ 2 dose ผู้ป่วยยังไม่สงบ พิจารณาส่งต่อ **Prophylaxis for Wernicke และ Korsakoff Encephalopathy** ▪ ตรวจร่างกายระบบประสาท ตรวจประเมินทางจิตเวชอย่างละเอียด ▪ Thiamine ควรให้ก่อนอาหาร หรือก่อนให้Glucose เพราะการเผาผลาญอาหารต้องใช้ thiamine เป็น co enzyme ถ้าผู้ขาดthiamine แล้วยังถูกดึงไปใช้เผาผลาญพลังงาน ยิ่งมีอาการ

เป้าหมายการรักษา	กิจกรรมการรักษา
Ataxia พบ20-25% Eye sign เช่น nystagmus, Ophthalmoplegia พบ 30% ในการวินิจฉัย ต้องทำ MRT ร่วมกับอาการทางคลินิก Korsakoff ขาด Thiamine เรื้อรังและไม่ได้รักษา ส่งผลให้สมองถูกทำลาย ความจำเสีย ตรวจพบ เสียความจำระยะสั้น ไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ได้ โดยผู้ป่วยยังคิดว่าปกติ Cerebellar ataxia myopathy	▪ Thiamine 300mg/day x 5วัน then 100mg/day **Treatment for Wernicke และ Korsakoff Encephalopathy** Thiamine 500 -1000 mg v ทุก 8 hr 7วัน แล้วลดลงเหลือ 100 mg/day
8) เฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการให้ยา	ประเมินผลข้างเคียงจากยา ▪ Overdose: reflex ลดลง ตามองไม่ชัด พูดอ้อแอ้ ม่านตาขยาย drowsiness ชัก หัวใจเต้นช้า หายใจช้าลง โคม่า (ชีพจร ไม่ควรต่ำกว่า 60 ครั้งต่อนาที การหายใจ ไม่ควรต่ำกว่า 12 ครั้งต่อนาที O2 sat ไม่ควรต่ำกว่า 92) การรักษา Flumazenil 0.2 mg iv in 30 sec then repeat 0.3 mg, 0.5 mg, 0.5 mg ห่างกันทุก 1 นาทีจนกว่าจะฟื้น ขนาดยารวมแล้วไม่เกิน 3 mg ▪ Paradoxical reaction ภาวะที่ผู้ป่วยได้รับยา BZD แล้วยิ่งเกิดอาการตรงกันข้ามกับฤทธิ์ที่ควรจะเป็น เกิดอาการกระวนกระวาย อาละวาดมากขึ้น ataxia slur speech

เป้าหมายการรักษา	กิจกรรมการรักษา
1. ประเมินปัญหาสำคัญและภาวะฉุกเฉินเพื่อคืนสุขภาวะด้าน Physical และ Emotional <u>หมายเหตุ</u> ▪ Thiamine ต้องให้ก่อนอาหาร ก่อนฉีด Glucose ▪ เกณฑ์การส่งต่อ ● O2 Sat <92 หลังจาก on canular 5 LPM และ จัดท่านอน 45 องศาแล้ว ● ความดันต่ำกว่า 90/60 mmHg และมี capillary refill < 2 sec หลังให้สารน้ำ ● ความดันโลหิตสูงเกิน 180/110 mmHgหลังให้ยาลดความดัน และสังเกตอาการ 4 ชั่วโมง ● มีภาวะ Hypoglycemia หลังแก้ไม่ขึ้น ● Coma: GCS < 10	1) ประเมินภาวะฉุกเฉิน A. ภาวะฉุกเฉินทางยาเสพติด - alcohol intoxication (alcohol>200 mg%) - alcohol induced psychosis - alcohol withdrawal seizure, DTs B. ภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช - SMIV - Suicidal attempt C. ภาวะฉุกเฉินทางอายุรกรรม - Hepatic encephalopathy - Arrhythmia D. สัญญาณชีพที่ผิดปกติ ภาวะอาการที่ผิดปกติ - สัญญาณชีพที่ผิดปกติ, Temp น้อยกว่า 35 หรือมากกว่า 39, BP น้อยกว่า 90/60 หรือมากกว่า 160/110, Pulse น้อยกว่า 60 หรือมากกว่า 120 ครั้งต่อนาที, หายใจน้อยกว่า 12 หรือมากกว่า 25 ครั้งต่อนาที O2 sat < 92 - น้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 60 หรือมากกว่า 250 - ระดับ Consciousness: GCS น้อยกว่า 12
2. ประเมินปัญหาสำคัญการดื่มสุราเพื่อคืนสุขภาวะด้าน Physical และ Emotional	1) ข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน 2) ข้อมูลการดื่มสุรา ● รูปแบบการดื่ม ● พฤติกรรมการดื่มที่เป็นอันตราย เช่น เมาแล้วขับ ทำร้ายร่างกาย 3) ประเมินทาง กาย และจิต ประเมินโรคร่วมทางกาย เช่น NCD Chronic Liver Disease โดยการตรวจร่างกายระบบเกี่ยวข้อง ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ช่วยติดตามการดื่มและภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ SGOT , SGPT , GTT, Uric , BUN , CBC , Electrolyte ● Magnesium, Phosphorus, Amylase ● ประเมินโรคร่วมทางจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย พฤติกรรมก้าวร้าว สัปดาห์แรกทุกเวร สัปดาห์ต่อมาทุกวัน จากนั้นสัปดาห์ละครั้ง นาน 2 เดือน

เป้าหมายการรักษา	กิจกรรมการรักษา
	4) แรงจูงใจในการรักษา 5) ทบทวนยาเดิม ติดตามประวัติการรักษาเดิม ใบส่งตัว 6) ประเมินความเสี่ยงการเกิดภาวะขาดสุรา <u>กลุ่มเสี่ยงเกิดภาวะขาดสุรา</u> ● ASSIST ≥ 27 ● วินิจฉัย Dependence และลดปริมาณการดื่มลง ● มีภาวะฉุกเฉินทางกาย อุบัติเหตุ ควรเฝ้าระวังอาการขาดสุราอย่างใกล้ชิด AWS ทุก 1 ชั่วโมง <u>กลุ่มเสี่ยงเกิดภาวะขาดสุรารุนแรง</u> ● อายุ > 40 ปี ● ประวัติดื่มสุราต่อเนื่องปริมาณมาก 10 drink/day หรือเหล้าขาวมากกว่า ½ ขวด/วัน ● ดื่มมานาน > 5 ปี ● มีประวัติ DTs Rumfit ● ชีพจรสูงเกิน 100 ครั้งต่อนาที ● จำนวนวันที่หยุดดื่มครั้งสุดท้ายมาหลายวัน ● มีอาการขาดสุรา ถ้าดื่มในปริมาณลดลง ● ไม่มีภาวะเมาสุรา ทั้งที่ระดับ alcohol ในเลือดสูง ● มีปัญหาโรคทางกายหรือได้รับบาดเจ็บ ● ใช้สารเสพติดอื่นร่วมด้วย รวมถึงยานอนหลับ ยากล่อมประสาท ถ้าผู้ป่วยมีความเสี่ยงข้อใดข้อหนึ่ง ให้เริ่มรักษาภาวะขาดสุราด้วย Oral front loading
3) รักษาภาวะเมาสุราเพื่อให้ฟื้นตัวอย่างรวดเร็วและปลอดภัย <u>ระดับแอลกอฮอล์ในลมหายใจ</u> ■ 50 mg% เมาตามกฎหมาย ถ้ามีอาการเมารุนแรง แต่ระดับแอลกอฮอล์ต่ำกว่านี้ พิจารณาส่ง Urine amphetamine ร่วมด้วย ■ 100 mg% เดินเซ สับสน ตอบสนองช้า ระบบกล้ามเนื้อทำงานไม่สัมพันธ์กัน มีอาการทางจิตใจและอารมณ์	1. ตรวจวัดแอลกอฮอล์ในลมหายใจ ระดับแอลกอฮอล์ในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด 2. ประวัติหกล้ม บาดเจ็บที่ศีรษะ มีรอยฟกช้ำที่เบ้าตา ควรตรวจ neuro sign ประวัติถ่ายเป็นเลือดถ่ายดำ อาเจียนเป็นเลือด หน้ามืด เป็นลม ปวดจุกท้อง ควรเจาะ Hct 3. เฝ้าระวังภาวะ aspiration โดยการปรับท่านอนหัวสูง45 องศา 4. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 2 ชั่วโมง 5. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ กลูโคส วิตามินเสริม - 50% glucose 20-40 cc IV slowly - 5% DN/2 100-120cc/hr (DTX70-250 mg%) ถ้า DTX

เป้าหมายการรักษา	กิจกรรมการรักษา
▪ 200 mg% (Emergency) เมาอย่างเห็นได้ชัดเจน คลื่นไส้อาเจียน เดินเซ ก้าวร้าว ▪ 300 mg% อุณหภูมิร่างกายลดลง พูดไม่ชัด มองไม่ชัด มึนงง คุมสติไม่ได้ หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดปกติ ความจำเสื่อม 400 mg% coma การรู้สึกตัวแย่ลง ระบบหายใจแย่ลง อุณหภูมิและความดันเลือดลดลง ปัสสาวะราดหรือไม่สามารถขับปัสสาวะได้ อาจทำให้สิ้นตกอุดตันทางเดินหายใจ หรือสำลักอาหารจากกระเพาะอาหาร หรือไม่หายใจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ <u>หมายเหตุ</u> ภาวะแทรกซ้อนในช่วงเมาสุรา ▪ ขาดน้ำในร่างกาย ▪ น้ำตาลในเลือดต่ำ ▪ เลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง - เลือดออกในระบบทางเดินอาหาร	>250 mg% ให้ 0.9% NSS 100-120cc/hr - Thiamine 300 mg/day กิน3-5วัน แล้วmaintained ขนาด 100 mg กิน ทุกวัน หรือ - Thiamine 100 mg IM วันละครั้ง 3วัน แล้วmaintained ขนาด100 mg กินทุกวัน - MTV Folate 6. ไม่แนะนำในการฉีดDiazepam เพื่อลดอาการเมาอาละวาด
4). ประเมินและวินิจฉัยภาวะขาดสุรา โดยผู้ป่วยควรได้รับการติดตามประเมิน ▪ Physical sign: hydration, pulse rate, BP, temperature, level of consciousness ▪ Severity of alcohol withdrawal ▪ General progress during withdrawal episode <u>Anticonvulsant</u> ▪ Na Channel Modulators ลดอาการขาดสุราระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ป้องกันการชัก ▪ Carbamazepine 600-800 mg ในวันแรก หลังจากนั้นลดลงจนเหลือ 200 mgในวันที่5 (D1-2 800 mg D3 600mg D4 400 mg D5 200 mg)	1. อาการมักเกิดหลังหยุดดื่ม 6-8 ชั่วโมง (DTs จะเริ่มเกิดขึ้น 2–3 วันหลังหยุดดื่ม) ▪ ประวัติการดื่มครั้งสุดท้าย ▪ การวัดระดับแอลกอฮอล์ในลมหายใจ 2. ต้องแยกจากภาวะทางอายุรกรรมอื่น เช่น Sepsis meningitis encephalitis Electrolyte imbalance DKA HHS ▪ ตรวจร่างกายในระบบสำคัญ เช่น ตรวจระบบประสาทหาการติดเชื้อ ▪ วิเคราะห์ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ 3. ประเมิน AWS เพื่อแบ่งระดับความรุนแรง ▪ AWS คะแนน 1 - 4 Mild severity ▪ AWS คะแนน 5 - 9 Moderate severity ▪ AWS คะแนน 10 - 14 Severe severity ▪ AWS คะแนน >15 ขึ้นไป Extremely severe 4. ถ้ามีประวัติเคยชักจากการขาดสุรา อาจพิจารณาให้ Anticonvulsant ร่วมด้วย

เป้าหมายการรักษา	กิจกรรมการรักษา
Phenytoinและ Valproate ไม่ช่วยป้องกันการชักจากการขาดสุรา จึงไม่แนะนำให้ใช้	
5). การรักษาภาวะขาดสุราให้ลดระดับลงจนควบคุมอาการได้ก่อนส่งตัวเข้าตึก <u>หลัก 5S</u> 1. Sedation สงบด้วย BZD 2. Supplement เสริมด้วยวิตามินที่จำเป็น เช่น B1, Folic acid 3. Symptomatic สยบอาการทางกาย 4. Supportive surround ขจัดสิ่งรบกวน 5. Standard care สอดส่องค้นหาโรคแทรกซ้อน Diazepam 5mg = CDX 10mg = Lorazepam 1mg <u>Fixed schedule for mild</u> D1 D 10 mg / L 2mg ทุก6 ชั่วโมง D2 D 10 mg / L 2mg ทุก8 ชั่วโมง D3 D 10 mg / L 2mg ทุก12 ชั่วโมง D4 D 5 mg / L 1mg ทุก12 ชั่วโมง D5 D 5 mg / L 1mg ก่อนนอน <u>หมายเหตุ</u> ห้ามฉีด Antipsychotic เข้าเส้นเลือดโดยเด็ดขาด ฉีดเข้ากล้ามเนื้อเท่านั้น ขนาดเริ่มต้นคือ 2.5-5 mg เท่านั้น ไม่ให้ฉีด double dose คือ10mg โดยเด็ดขาด	1. ย้ายผู้ป่วยเข้าโซนเฝ้าระวัง ถ้ามีภาวะขาดสุราในระดับรุนแรงขึ้นไป AWS ตั้งแต่ 15 คะแนน ขึ้นไป 2. ปรับองศาเตียง เฝ้าระวังภาวะ Aspirated pneumonia 3. การรักษาตามระดับการขาดสุรา **3.1 การขาดสุราระดับเล็กน้อย** AWS 1-4 คะแนน - ให้ยา BZD ถ้า AWS > 5 คะแนน ได้แก่ Diazepam 10 mg Lorazepam 2 mg แบบ Fixed schedule for mild **3.2 การขาดสุราระดับปานกลาง** AWS 5–9 คะแนน หรือ AWS < 5 คะแนน แต่เคยมีประวัติ Alcohol withdrawal seizures อายุมากกว่า 40 ปี ดื่มมากกว่า 8 drinks ในเพศชาย และ 6 drinks ในเพศหญิง - ให้ยาแบบ Fixed schedule regimen for moderate 3.3 การขาดสุราระดับรุนแรง AWS 10 - 14 - ใช้ Oral front-loading regimen Diazepam 20mg หรือ Lorazepam 4 mg กิน 3.4 การขาดสุราระดับรุนแรงมาก AWS ตั้งแต่ 15 ขึ้นไป - ใช้ Intravenous front loading ให้ Diazepam 10 mg IV ซ้ำได้ 3 ครั้ง ทุก 15 นาที จนกว่าสงบจึงย้ายผู้ป่วยเข้าตึก ถ้ายังไม่สงบฉีดซ้ำได้อีก 6 ครั้ง ทุก 15 นาที - แพทย์สั่งฉีด Diazepam 10 mg IV ซ้ำได้อีก 6 dose ถ้าผู้ป่วยยังไม่สงบให้พิจารณาส่งต่อ หรือใช้ยาในกลุ่ม Antipsychotic drug เช่น Halo 5 mg im - ถ้าได้รับยา Diazepam IV 120 mg ใน 4ชั่วโมงแล้วยังไม่สงบ ควรประเมินหาสาเหตุอื่น รวมถึง Paradoxical Effect
6) การรักษาภาวะชักจากการขาดสุรา	- เกิดขึ้นได้ตั้งแต่ 6–48 ชั่วโมงหลังหยุดดื่ม (ลักษณะเกร็งกระตุกทั้งตัว หมดสติ ชักครั้งเดียว แต่สามารถเกิดเป็นชุด 2-3 ครั้ง ห่างกัน 5 นาที แต่ไม่บ่อย ถ้าชักต่อเนื่อง ต้องหาสาเหตุอื่น) - ประเมินการชักว่ามีสาเหตุอื่นหรือไม่ เช่น Hypoglycemia/ Hyperglycemia Hyponatremia Hypomagnesemia หรือลมชัก - ใช้ยากลุ่ม Benzodiazepine

เป้าหมายการรักษา	กิจกรรมการรักษา
	- Sodium valproate loading 20 mg/kg/day แบ่งให้ 2 ครั้ง ห่างกัน 6–8 ชม. (700 mg ทันที และอีก 6 ชั่วโมง อีก 700 mg หลังจากนั้น bid x 4 วัน) - จัด position - ห้ามสอดวัตถุใดๆ เข้าปากขณะชัก - หลังชัก ห้ามผูก ให้หลับต่อไม่ควรป้อนยาหรืออาหารจนกว่าผู้ป่วยฟื้น
7) การเฝ้าระวังและรักษาภาวะแทรกซ้อนขณะขาดสุรา **Refractory DTs** ได้รับ BZD ขนาดสูง เช่น Diazepam 60 mg v หรือ Lorazepam 12 mg v ในชั่วโมงแรก หรือ Diazepam 200 mg v หรือ Lorazepam 40 mg v ใน 3-4 ชั่วโมงแรก แล้วอาการไม่ดีขึ้น สาเหตุ Endogenous GABA มีน้อยจากการเปลี่ยนแปลง GABA-A receptor **Wernicke** ขาด Thiamine ในสมอง จากลดการดูดซึม กินไม่เพียงพอหรือตับมีปัญหา Clinical triad Global confusion or mental impair พบ80% Ataxia พบ20-25% Eye sign เช่น nystagmus, Ophthalmoplegia พบ 30% ในการวินิจฉัย ต้องทำ MRT ร่วมกับอาการทางคลินิก **Korsakoff** ขาด Thiamine เรื้อรังและไม่ได้รักษา ส่งผลให้สมองถูกทำลาย ความจำเสีย ตรวจพบ เสียความจำระยะสั้น ไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ได้ โดยผู้ป่วยยังคิดว่าปกติ Cerebellar ataxia myopathy	**การรักษาภาวะ Refractory DTs** 1. เตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิต แพทย์ พยาบาล เตรียมพร้อมสำหรับการใส่ท่อช่วยหายใจ 2. Phenobarbital 130 - 260 mg iv ฉีดซ้ำได้ทุก 15 นาที จนกว่าผู้ป่วยสงบ ถ้าฉีดซ้ำ 2 dose ผู้ป่วยยังไม่สงบ พิจารณาส่งต่อ **Prophylaxis for Wernicke และ Korsakoff Encephalopathy** ▪ ตรวจร่างกายระบบประสาท ตรวจประเมินทางจิตเวชอย่างละเอียด ▪ Thiamine ควรให้ก่อนอาหาร หรือก่อนให้Glucose เพราะการเผาผลาญอาหารต้องใช้ thiamine เป็น co enzyme ถ้าผู้ขาดthiamine แล้วยังถูกดึงไปใช้เผาผลาญพลังงาน ยิ่งมีอาการ ▪ Thiamine 300mg/day x 5วัน then 100mg/day **Treatment for Wernicke และ Korsakoff Encephalopathy** Thiamine 500 -1000 mg v ทุก 8 hr 7วัน แล้วลดลงเหลือ 100 mg/day

เป้าหมายการรักษา	กิจกรรมการรักษา
8) เฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการให้ยา	ประเมินผลข้างเคียงจากยา ■ Overdose: reflex ลดลง ตามองไม่ชัด พูดอ้อแอ้ ม่านตาขยาย drowsiness ชัก หัวใจเต้นช้า หายใจช้าลง โคม่า (ชีพจร ไม่ควรต่ำกว่า 60 ครั้งต่อนาที การหายใจ ไม่ควรต่ำกว่า 12 ครั้งต่อนาที O2 sat ไม่ควรต่ำกว่า 92) การรักษา Flumazenil 0.2 mg iv in 30 sec then repeat 0.3 mg, 0.5 mg, 0.5 mg ห่างกันทุก 1 นาทีจนกว่าจะฟื้น ขนาดยารวมแล้วไม่เกิน 3 mg ■ Paradoxical reaction ภาวะที่ผู้ป่วยได้รับยา BZD แล้วยิ่งเกิดอาการตรงกันข้ามกับฤทธิ์ที่ควรจะเป็น เกิดอาการกระวนกระวาย อาละวาดมากขึ้น ataxia slur speech

Alcohol : OPD Rehab คลินิกเลิกสุรา : นัดครั้งที่ _____วันที่ _____ เวลา _____

ชื่อผู้ป่วย_____HN_____AN_____Diagnosis_____

เป้าหมายการรักษา	กิจกรรมการรักษา	ผลลัพธ์ทางการรักษา
นัดครั้งที่ 1 1. ประเมินปัญหาและวางแผนการรักษาที่เหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วยเพื่อคืนสุขภาวะให้กับผู้ป่วย 5 ด้าน ได้แก่ Physical, Emotional, Intellectual Spiritual, Occupational ▪ Assessment and feedback ▪ Goal setting abstinence, moderation and reduce drinking ▪ Case formulation and treatment plan ▪ Therapeutic alliance, engagement and retention in treatment ▪ Relapse prevention ▪ Follow-up and aftercare **นัดครั้งที่ 2 เป็นต้นไป (เพิ่มเติม)** 1. เพื่อให้ได้รับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพตามแผนการรักษา 2. เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการบำบัดฟื้นฟู 3. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยหยุดดื่มได้ <u>เงื่อนไขการคัดออกจากการฟื้นฟู</u> ▪ ไม่มาตามนัดติดต่อกัน 2 ครั้ง ▪ มีอาการทางจิตแทรกซ้อนอย่างเฉียบพลัน ▪ กลับไปดื่มหรือมี % abstinent day < 80%	1. ประเมิน - ข้อมูลสุขภาพ สถานะการดื่ม - ประเมินการทำหน้าที่สมอง ศักยภาพในการฟื้นสภาพ ภาวะซึมเศร้าฆ่าตัวตาย ภาวะก้าวร้าว ความอยากดื่ม แรงจูงใจ - ประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว - ปรึกษาคลินิกเฉพาะทางตามปัญหา 2. กิจกรรมบำบัดตามแผนการรักษา **กลุ่มผู้เสพ 6-8 ครั้ง เวลา 2-4 เดือน** <u>Program 1</u> นัดทุกสัปดาห์ในเดือนแรก จากนั้นนัดทุก 2 สัปดาห์ 2-4 ครั้ง <u>Program 2</u> นัดทุกสัปดาห์ 2 ครั้ง จากนั้นนัดทุก 2 สัปดาห์ 4-6 ครั้ง <u>Program 3</u> นัดทุก 2 สัปดาห์ 8 ครั้ง **กลุ่มผู้ติด 10-16 ครั้ง เวลาอย่างน้อย 4-8 เดือน** <u>Program 1</u> นัดทุกสัปดาห์ 16 ครั้ง <u>Program 2</u> นัดทุกสัปดาห์ 4 ครั้ง จากนั้นนัดทุก 2 สัปดาห์ 6-10 ครั้ง <u>Program 3</u> นัดทุกสัปดาห์ 4 ครั้ง จากนั้นนัดทุก 2 สัปดาห์ 4 ครั้ง จากนั้นนัดทุกเดือน 4-5 ครั้ง 3. Pharmacotherapy <u>For Symptomatic</u> - นอนไม่หลับ Trazodone 50-100 mg hs - Depressive symptom: SSRIs Fluoxetine 20-40 mg/day <u>For Relapse prevention</u> ลด Alcohol relapse - Topiramate 200 mg/day - Baclofen 10, 20 mg dose - Olanzapine 5, 10 mg dose หมายเหตุ - หลีกเลี่ยงการใช้ BZD ในระยะยาว เพื่อป้องกันการติดยา - SSRIs ยังไม่มีหลักฐานมากพอในการลด Alcohol relapse <u>หมายเหตุ</u> % abstinent day (ตัวหาร คือ จำนวนวันของการนัดติดตาม เช่น นัด 1 เดือน ตัวหาร คือ30, นัด 3 เดือน ตัวหาร คือ 90) รวมระยะเวลาหยุดเสพทั้งหมด (นับจากวันที่หยุดเสพวันแรกติดต่อกันจนถึง ณ ปัจจุบัน)	พยาบาล **1) ข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน** V/S BT____ PR____ RR____ BP____ **2) ประเมินสถานะการดื่ม** [ ] หยุดดื่ม _____ วัน [ ] ดื่ม สาเหตุ _____ ปริมาณการดื่ม _____ % Abstinent day _____ **3) เครื่องมือ** MoCA score _____(วัดในนัดครั้งที่ 1) BARC-10 _____(วัดในนัดครั้งที่ 1) 2Q_____9Q_____8Q_____ PVSS_____ OAS _____ Craving scale_____ Motivational scale_____ **4) การตั้งเป้าการรักษา** แผนการรักษา program_____ กิจกรรมครั้งที่ ____ หัวข้อกิจกรรม _____ ผลการบำบัด _____ _____ _____ _____ ปัญหาที่ต้องดูแลเพิ่มเติม_____ _____ _____ _____ ลงชื่อ _____พยาบาล แพทย์ **1) ประเด็นที่สื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ** _____ _____ _____ _____ _____ **2) แผนการรักษา** _____ _____ _____ _____ _____ ลงชื่อ _____แพทย์

Alcohol : OPD Rehab คลินิกเลิกสุรา : นัดครั้งที่ _____วันที่ _____ เวลา _____

ชื่อผู้ป่วย_____HN_____AN_____Diagnosis_____

เป้าหมายการรักษา	กิจกรรมการรักษา	ผลลัพธ์ทางการรักษา
นัดครั้งที่ 1 1. ประเมินปัญหาและวางแผนการรักษาที่เหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วยเพื่อคืนสุขภาวะให้กับผู้ป่วย 5 ด้าน ได้แก่ Physical, Emotional, Intellectual Spiritual, Occupational ▪ Assessment and feedback ▪ Goal setting abstinence, moderation and reduce drinking ▪ Case formulation and treatment plan ▪ Therapeutic alliance, engagement and retention in treatment ▪ Relapse prevention ▪ Follow-up and aftercare **นัดครั้งที่ 2 เป็นต้นไป (เพิ่มเติม)** 1. เพื่อให้ได้รับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพตามแผนการรักษา 2. เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการบำบัดฟื้นฟู 3. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยหยุดดื่มได้ <u>เงื่อนไขการคัดออกจากการฟื้นฟู</u> ▪ ไม่มาตามนัดติดต่อกัน 2 ครั้ง ▪ มีอาการทางจิตแทรกซ้อนอย่างเฉียบพลัน ▪ กลับไปดื่มหรือมี % abstinent day < 80%	**1. ประเมิน** - ข้อมูลสุขภาพ สถานะการดื่ม - ประเมินการทำหน้าที่สมอง ศักยภาพในการฟื้นสภาพ ภาวะซึมเศร้าฆ่าตัวตาย ภาวะก้าวร้าว ความอยากดื่ม แรงจูงใจ - ประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว - ปรึกษาคลินิกเฉพาะทางตามปัญหา **2. กิจกรรมบำบัดตามแผนการรักษา** **กลุ่มผู้เสพ 6-8 ครั้ง เวลา 2-4 เดือน** <u>Program 1</u> นัดทุกสัปดาห์ในเดือนแรก จากนั้นนัดทุก 2 สัปดาห์ 2-4 ครั้ง <u>Program 2</u> นัดทุกสัปดาห์ 2 ครั้ง จากนั้นนัดทุก 2 สัปดาห์ 4-6 ครั้ง <u>Program 3</u> นัดทุก 2 สัปดาห์ 8 ครั้ง **กลุ่มผู้ติด 10-16 ครั้ง เวลาอย่างน้อย 4-8 เดือน** <u>Program 1</u> นัดทุกสัปดาห์ 16 ครั้ง <u>Program 2</u> นัดทุกสัปดาห์ 4 ครั้ง จากนั้นนัดทุก 2 สัปดาห์ 6-10 ครั้ง <u>Program 3</u> นัดทุกสัปดาห์ 4 ครั้ง จากนั้นนัดทุก 2 สัปดาห์ 4 ครั้ง จากนั้นนัดทุกเดือน 4-5 ครั้ง **3. Pharmacotherapy** <u>For Symptomatic</u> - นอนไม่หลับ Trazodone 50-100 mg hs - Depressive symptom: SSRIs Fluoxetine 20-40 mg/ day <u>For Relapse prevention</u> ลด Alcohol relapse - Topiramate 200 mg/day - Baclofen 10, 20 mg dose - Olanzapine 5, 10 mg dose หมายเหตุ - หลีกเลี่ยงการใช้ BZD ในระยะยาว เพื่อป้องกันการติดยา - SSRIs ยังไม่มีหลักฐานมากพอในการลด Alcohol relapse <u>หมายเหตุ</u> % abstinent day (ตัวหาร คือ จำนวนวันของการนัดติดตาม เช่น นัด 1 เดือน ตัวหาร คือ30, นัด 3 เดือน ตัวหาร คือ 90) รวมระยะเวลาหยุดเสพทั้งหมด (นับจากวันที่หยุดเสพวันแรกติดต่อกันจนถึง ณ ปัจจุบัน)	พยาบาล **1) ข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน** V/S BT_____ PR_____ RR_____ BP_____ **2) ประเมินสถานะการดื่ม** [ ] หยุดดื่ม _____ วัน [ ] คงดื่ม สาเหตุ _____ ปริมาณการดื่ม _____ % Abstinent day _____ **3) เครื่องมือ** MoCA score _____ (วัดในนัดครั้งที่ 1) BARC-10 _____ (วัดในนัดครั้งที่ 1) 2Q_____9Q_____8Q_____ PVSS_____ OAS _____ Craving scale_____ Motivational scale_____ **4) การตั้งเป้าการรักษา** แผนการรักษา program_____ กิจกรรมครั้งที่ ____ หัวข้อกิจกรรม _____ ผลการบำบัด _____ _____ _____ _____ ปัญหาที่ต้องดูแลเพิ่มเติม_____ _____ _____ _____ ลงชื่อ _____พยาบาล แพทย์ **1) ประเด็นที่สื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ** _____ _____ _____ _____ _____ **2) แผนการรักษา** _____ _____ _____ _____ _____ ลงชื่อ _____แพทย์

Alcohol: OPD Rehab คลินิกเลิกสุรา : เตรียมการดูแลหลังการรักษา วันที่ _____ เวลา _____

ชื่อผู้ป่วย_____HN_____AN_____Diagnosis_____

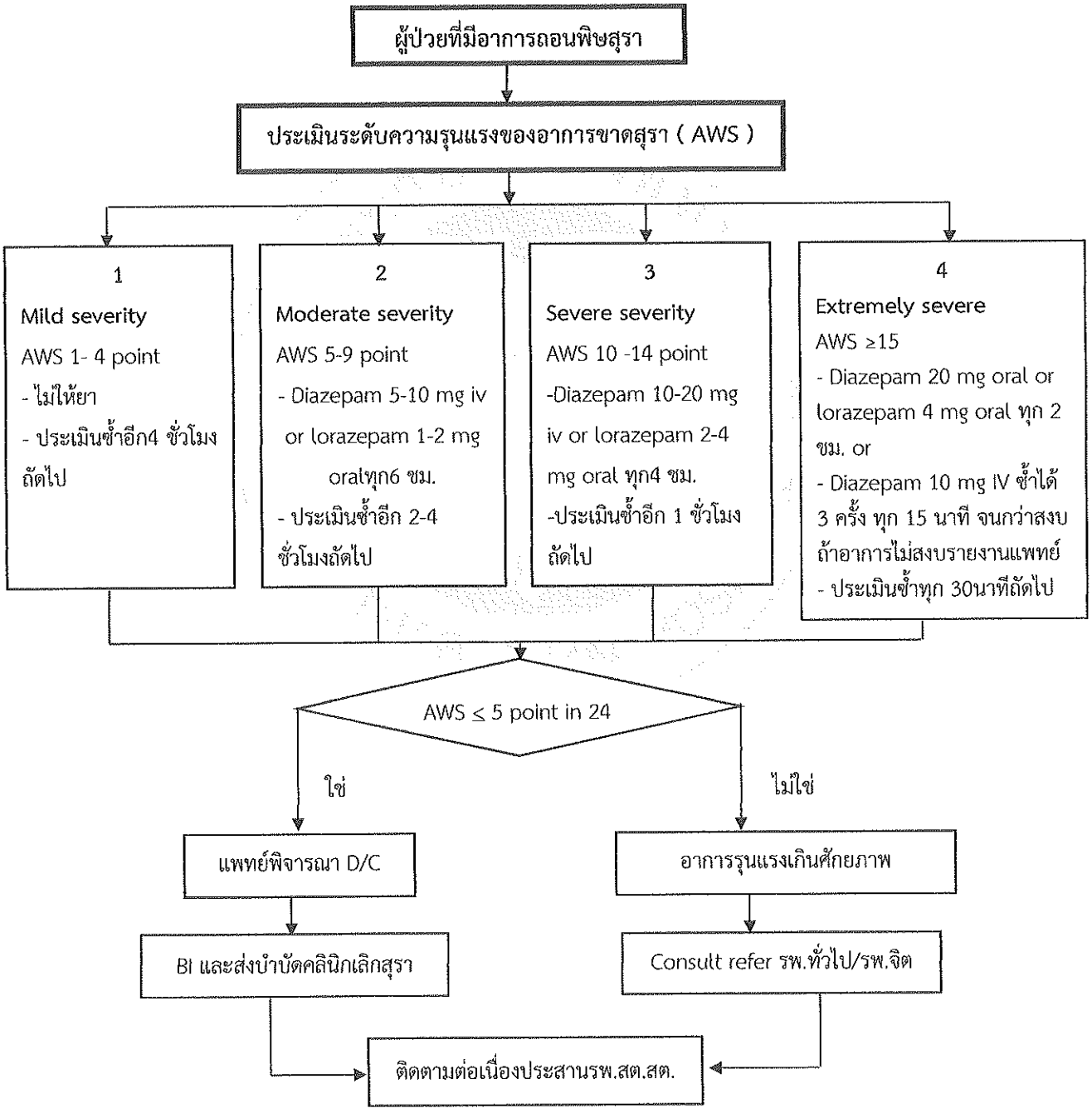
เป้าหมายการรักษา	กิจกรรมการรักษา	ผลลัพธ์ทางการรักษา
ประเมินผลลัพธ์การรักษาเพื่อจำหน่ายสู่การดูแลหลังการรักษา โดยประเมินจากสุขภาวะทั้ง 5 ด้าน	1. การประเมินก่อนจำหน่าย 2. ส่งประเมินความพร้อมที่งานติดตามดูแลหลังการรักษา เกณฑ์การประเมิน สุขภาวะด้าน Physical ประเมินจาก 1) ผู้ป่วยหยุดเสพติดต่อกันอย่างน้อย 90 วัน 2) ผู้ป่วยที่ไม่เข้าเงื่อนไขข้อ 1 แต่มี % abstinent day ของผู้ป่วยที่ผ่านการฟื้นฟูสมรรถภาพ มากกว่า 90% 3 เดือนติดต่อกัน 3) การจัดการความอยากดื่มและตัวกระตุ้น โดยใช้ Craving scale น้อยกว่า 3 คะแนน ติดต่อกัน 3 เดือน สุขภาวะด้าน Emotional ประเมินจาก 1) ไม่มีภาวะซึมเศร้า ก้าวร้าวหยุดพฤติดุนเฉียว สุขภาวะด้าน Intellectual ประเมินจาก 1) คะแนน MOCA ≥ 21 สุขภาวะด้าน Spiritual ประเมินจาก 1) ศักยภาพในการฟื้นสภาพ (BARC-10) คะแนน ≥ 48 ขึ้นไป 2) แรงจูงใจในการรักษา ระยะ Action หรือ Motivational scale 9 คะแนนขึ้นไป สุขภาวะด้าน Occupational ประเมินจาก 1) การทำหน้าที่ของตนได้ เช่น สามารถประกอบอาชีพ หรือเรียนได้ปกติ	พยาบาล **1) ข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน** V/S BT_____ PR_____ RR_____ BP_____ **2) ประเมินสถานะการดื่ม** [ ] หยุดดื่ม _____ วัน [ ] คงดื่ม สาเหตุ _____ ปริมาณการดื่ม _____ % Abstinent day _____ **3) ผลการประเมินสุขภาวะ** **3.1 สุขภาวะด้าน Physical** จำนวนวันหยุดดื่มติดต่อกัน _____ วัน หรือ %Abstinent day ของผู้ป่วยที่ผ่านการฟื้นฟูสมรรถภาพ 3 เดือน: เดือน 1 _____เดือน 2 _____เดือน 3 _____ Craving scale: เดือน 1 ___ เดือน 2 ___เดือน 3 ___ **3.2 สุขภาวะด้าน Emotional** 2Q_____9Q_____8Q_____ **3.3 สุขภาวะด้าน Intellectual** MoCA score _____(Posttest) **3.4 สุขภาวะด้าน Spiritual** BARC-10 _____Motivational scale_____ Stage of change_____ **3.5 สุขภาวะด้าน Occupational** การเรียน [ ] ผ่าน [ ] ไม่ผ่าน อาชีพ [ ] ผ่าน [ ] ไม่ผ่าน **4) รวมระยะเวลาฟื้นฟูทั้งหมด** _____ วัน แผนการรักษา โปรแกรม _____ สรุปรูปแบบการฟื้นฟู _____จำนวน _____ครั้ง _____จำนวน _____ครั้ง _____จำนวน _____ครั้ง _____จำนวน _____ครั้ง ลงชื่อ _____พยาบาล แพทย์ 1) Diagnosis _____ 2) Problem list _____ 3) ประเด็นส่งต่อให้งาน Aftercare (ตรวจสุขภาพเพื่อดูการฟื้นสภาพของร่างกาย หลังหยุดดื่ม 3 เดือน) _____ _____ _____ ลงชื่อ _____แพทย์

Alcohol: OPD Rehab คลินิกเลิกสุรา : เตรียมการดูแลหลังการรักษา วันที่ _____ เวลา _____

ชื่อผู้ป่วย_____HN_____AN_____Diagnosis_____

เป้าหมายการรักษา	กิจกรรมการรักษา	ผลลัพธ์ทางการรักษา
ประเมินผลลัพธ์การรักษาเพื่อจำหน่ายสู่การดูแลหลังการรักษา โดยประเมินจากสุขภาวะทั้ง 5 ด้าน	1. การประเมินก่อนจำหน่าย 2. ส่งประเมินความพร้อมที่งานติดตามดูแลหลังการรักษา **เกณฑ์การประเมิน** <u>สุขภาวะด้าน Physical</u> ประเมินจาก 1) ผู้ป่วยหยุดเสพติดต่อกันอย่างน้อย 90 วัน 2) ผู้ป่วยที่ไม่เข้าเงื่อนไขข้อ 1 แต่มี % abstinent day ของผู้ป่วยที่ผ่านการฟื้นฟูสมรรถภาพ มากกว่า 90% 3 เดือนติดต่อกัน 3) การจัดการความอยากดื่มและตัวกระตุ้น โดยใช้ Craving scale น้อยกว่า 3 คะแนน ติดต่อกัน 3 เดือน <u>สุขภาวะด้าน Emotional</u> ประเมินจาก 1) ไม่มีภาวะซึมเศร้า ก้าวร้าวหุนหันพลันแล่นเฉียบพลัน <u>สุขภาวะด้าน Intellectual</u> ประเมินจาก 1) คะแนน MOCA $\geq$ 21 <u>สุขภาวะด้าน Spiritual</u> ประเมินจาก 1) ศักยภาพในการฟื้นสภาพ (BARC-10) คะแนน $\geq$ 48 ขึ้นไป 2) แรงจูงใจในการรักษา ระยะ Action หรือ Motivational scale 9 คะแนนขึ้นไป <u>สุขภาวะด้าน Occupational</u> ประเมินจาก 1) การทำหน้าที่ของตนได้ เช่น สามารถประกอบอาชีพหรือเรียนได้ปกติ	พยาบาล **1) ข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน** V/S BT_____ PR_____ RR_____ BP_____ **2) ประเมินสถานะการดื่ม** [ ] หยุดดื่ม _____ วัน [ ] คงดื่ม สาเหตุ _____ ปริมาณการดื่ม _____ % Abstinent day _____ **3) ผลการประเมินสุขภาวะ** **3.1 สุขภาวะด้าน Physical** จำนวนวันหยุดดื่มติดต่อกัน _____ วัน หรือ %Abstinent day ของผู้ป่วยที่ผ่านการฟื้นฟูสมรรถภาพ 3 เดือน: เดือน 1 _____เดือน 2 _____เดือน 3 _____ Craving scale: เดือน 1 ___ เดือน 2 ___เดือน 3 ___ **3.2 สุขภาวะด้าน Emotional** 2Q_____9Q_____8Q_____ **3.3 สุขภาวะด้าน Intellectual** MoCA score _____ (Posttest) **3.4 สุขภาวะด้าน Spiritual** BARC-10 _____Motivational scale_____ Stage of change_____ **3.5 สุขภาวะด้าน Occupational** การเรียน [ ] ผ่าน [ ] ไม่ผ่าน อาชีพ [ ] ผ่าน [ ] ไม่ผ่าน **4) รวมระยะเวลาฟื้นฟูทั้งหมด** _____ วัน แผนการรักษา โปรแกรม _____ สรุปรูปแบบการฟื้นฟู _____จำนวน _____ครั้ง _____จำนวน _____ครั้ง _____จำนวน _____ครั้ง _____จำนวน _____ครั้ง ลงชื่อ _____พยาบาล แพทย์ 1) Diagnosis _____ 2) Problem list _____ 3) ประเด็นส่งต่อให้งาน Aftercare (ตรวจสุขภาพเพื่อดูการฟื้นสภาพของร่างกาย หลังหยุดดื่ม 3 เดือน) _____ _____ _____ ลงชื่อ _____แพทย์

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 14/14
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 55-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 3
	เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal)	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางปัทภาวี บุญข่าย หน่วยงาน : งานจิตเวชและยาเสพติด	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ทุกแผนกในโรงพยาบาล



5. กลุ่มแพทย์แผนไทย

ปวดท้อง/ท้องอืด

โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 56-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดท้อง/ท้องอืด

ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 3 หน้า) วันที่อนุมัติใช้ 5 มกราคม 2569

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นางสาวบุษกร แก้ววิเศษ	แพทย์แผนไทย	บุษกร

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
แพทย์หญิงบุษกร สมสะอาด	นายแพทย์ชำนาญการ	บุษกร

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางพัชรี ศรียันต์)
แพทย์แผนไทยชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มงานแพทย์แผนไทย

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

หน่วยงานที่นำไปใช้ : PCT , องค์กรแพทย์ , แพทย์แผนไทย

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/3
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 56-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่
	เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดท้อง/ท้องอืด	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสาวบุษกร แก้ววิเศษ หน่วยงาน : งานแพทย์แผนไทย	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : PCT , องค์กรแพทย์ , แพทย์แผนไทย

กลุ่มอาการปวดท้อง/ท้องอืด

แนวทางเวชปฏิบัติ การใช้ยาแพทย์แผนไทย ในกลุ่มอาการปวดท้อง/ท้องอืด

ซักประวัติ/ค้นหาสัญญาณอันตราย ของกลุ่มอาการปวดท้อง/ท้องอืด

1. รับประทานอาหารไม่ได้ น้ำหนักลดมากกว่า1 กก./เดือน (น้ำหนัก ลดจนเสื้อผ้าหลวม, คนอื่นทักว่าผอม)
2. อาการของลำไส้อุดตัน ได้แก่ ไม่ถ่าย ไม่ผายลม อาเจียน (อาจจะอาเจียนเป็นอุจจาระ)
3. ตาเหลือง ตัวเหลือง
4. ต่อมน้ำเหลืองที่คอโต
5. ตับโต หรือคลำได้ก้อนในท้อง
6. อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายเป็นเลือด
7. ไข้ สูงกว่า 37.5 องศาเซลเซียส โดยไม่ท้องเสีย

→ ส่งพบแพทย์แผนปัจจุบันเพื่อตรวจ วินิจฉัย และให้การรักษาต่อไป

ไม่พบ

→ ให้การรักษาตามอาการด้วยยาแพทย์แผน ไทย ขนานใดขนานหนึ่งก่อนดังนี้
1. ขมิ้นชัน 2. ธาตุอบเชย 3. ยาขิง

→ ข้อแตกต่างการใช้ยา

1. ขมิ้นชัน ใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการท้องอืด-ท้องเฟ้อ อาหารไม่ย่อย โรคกระเพาะอาหาร (ใช้ในเด็กอายุ6ปีขึ้นไป) โรค/กลุ่มอาการที่นึกถึงได้ เช่น Dyspepsia, GERD, Peptic ulcer

<u>สามารถใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบัน</u> : Simethicone 80 mg, Sodium bicarbonate 300 mg, Mix carmonative, Antacid gel, Ranitidine 150 mg , Omeprazole 20 mg

2. ธาตุอบเชย ใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ จุกเสียด แน่นท้อง (สามารถใช้ในเด็ก อายุ 12 ขวบขึ้นไปได้) โรค/กลุ่มอาการที่นึกถึงได้ เช่น ท้องอืด แน่นท้องจากอาหารไม่ย่อย

<u>สามารถใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบัน</u> : Mix Carminative

3. ยาขิง ใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการท้องอืดแน่นจุกเสียด ป้องกันและบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน จากการเมารถ เมาเรือ และป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียน หลังจากการผ่าตัด

<u>สามารถใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบัน</u> : Simethicone 80 mg, Sodium bicarbonate 300 mg, Mix Carminative, Dimenhydranate 50 mg

คำอธิบายแนวทางการรักษาอาการเจ็บป่วยด้วยยาสมุนไพร "กลุ่มอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ"

อาการท้องอืด ท้องเฟ้อ เป็นภาวะที่เกี่ยวข้องกับอาการของโรคอาหารไม่ย่อย (Dyspepsia) หรือโรคลำไส้แปรปรวน (Irritability Bowel Disease : IBD) หมายถึง อาการปวดท้องหรือไม่สบายท้องที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติของกระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็กส่วนต้น ได้แก่ อาการปวดท้องบริเวณใต้ลิ้นปี่ อาการแสบร้อนท้องบริเวณใต้ลิ้นปี่ อาการแน่น หรืออึดอัดท้องหลังมื้ออาหาร ซึ่งมักมีอาการเรื้อรังหรือเป็นๆ หายๆ ซึ่งอาจมีอาการทางระบบทางเดินอาหารอื่นร่วมด้วย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร แน่นท้อง แสบร้อน ช่องอก ท้องผูก เป็นต้น

คำนิยามตามหลักการแพทย์แผนไทย

อาการท้องอืด ท้องเฟ้อ หมายถึง อาการไม่สบายท้อง จุกเสียด แน่นท้อง อาจมีอาการเรอและผายลมผิดปกติร่วมด้วย ในทางการแพทย์แผนไทยอาจเกิดจากไฟธาตุ ย่อยอาหารทำงานไม่ปกติ ทำให้การเผาผลาญอาหารได้ไม่สมบูรณ์ ทำให้การเคลื่อนของลำไส้ ผิดปกติ ส่งผลให้เกิดอาการปวดท้อง จุกเสียด แน่นเฟ้อ จุกอกพะอืดพะอม อาจมีอาการเรอ หรือผายลมบ่อย ๆ ในทางการแพทย์แผนไทยจัดเป็นความผิดปกติที่เกิดจากลมกองหยาบ

เกณฑ์การคัดกรองเข้ารับการรักษา

1. มีอาการปวดท้อง หรืออึดอัดไม่สบายท้องที่บริเวณกลางท้อง ส่วนบน
2. ไม่สบายท้อง จุกเสียด แน่นท้อง อาจมีอาการเรอและผายลมผิดปกติร่วมด้วย

กลุ่มผู้ป่วยที่ส่งต่อแพทย์แผนปัจจุบัน

1. สัญญาณชีพผิดปกติ
   - อุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 38 องศาเซลเซียส
   - อัตราการหายใจ มากกว่า 20 ครั้งต่อนาที หรือน้อยกว่า 10 ครั้งต่อนาที
   - ชีพจรเต้นเร็ว มากกว่า 90 ครั้งต่อนาที หรือน้อยกว่า 60 ครั้งต่อนาที
   - ความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท หรือสูงกว่า 180/110 มิลลิเมตรปรอท
2. อาการปวดท้องรุนแรงที่แสดงถึงการอักเสบ เช่น ไส้ติ่งอักเสบ ลำไส้อักเสบ ช่องท้องอักเสบ ตับอักเสบ ตับอ่อนอักเสบ ที่มีอาการปวดท้องด้านขวาล่างรุนแรง หรือ ปวดท้องมีอาการหน้าท้องแข็งเกร็ง กดปวด
3. ลำไส้อุดตัน : แน่นท้อง ไม่ถ่าย ไม่ผายลม อาเจียนต่อเนื่องติดต่อกัน
4. เลือดออกในทางเดินอาหาร : ถ่ายอุจจาระสีดำ หรือ ถ่ายเป็นเลือด หรือ อาเจียน เป็นเลือด หรืออาเจียนเป็นสีดำ
5. ปวดชายโครงขวา ตัวเหลือง ตาเหลือง ตับโต
6. น้ำหนักลดผิดปกติอย่างชัดเจนภายใน 6-12 เดือน
7. คลำพบก้อนในท้อง หรือมีน้ำในช่องท้อง

เกณฑ์การส่งต่อแพทย์แผนปัจจุบันเมื่อรักษาแล้วอาการไม่ดีขึ้นหรือมีภาวะแทรกซ้อน

1. มีอาการปวดรุนแรงหรือตำแหน่งปวดเปลี่ยนไป
2. มีอาการอาเจียนอย่างต่อเนื่อง หรือกลืนอาหารลำบาก หรือ กลืนอาหารไม่ได้
3. มีภาวะซีด ตัวเหลือง ตาเหลือง
4. คลำพบตับ ม้ามและต่อมน้ำเหลืองโต
5. น้ำหนักลดลงอย่างชัดเจน
6. คลำพบก้อนในท้อง ขนาดท้องโตขึ้นอย่างชัดเจน

แนวทางการใช้ยากลุ่มอาการท้องอืด

หลักการเลือกใช้ยาสำหรับอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ เพื่อบรรเทาอาการและใช้ยา เพื่อรักษาตามสาเหตุการเกิดโรค ดังนี้

1) กรณีมีอาการปวดท้องบริเวณใต้ลิ้นปี่ จุกเสียด แสบร้อนยอดอก เรอเปรี้ยว ไม่ควรใช้ยารสเผ็ดร้อนมากเกินไปที่จะทำให้เกิดการระคายเคืองทางเดินอาหาร จึงควรเลือกใช้ ยาขมิ้นชัน หรือ ยากล้วย ซึ่งมีสรรพคุณช่วยรักษาแผลใน กระเพาะอาหารและลำไส้

2) กรณีมีอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ ร่วมกับคลื่นไส้ อาเจียน

- หากไม่มีความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการขับถ่าย ควรเลือกใช้ยาขิง เพื่อบรรเทาอาการท้องอืด ท้องเฟ้อและบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน
- หากมีอาการถ่ายเหลวร่วมด้วย ควรเลือกใช้ยาขิงเพื่อช่วยขับลม บรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน และบรรเทาอาการท้องเสีย
- หากมีอาการท้องผูกร่วมด้วย ควรเลือกใช้ยาขิง เพื่อช่วยขับลมบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียนและบรรเทาอาการท้องผูก

3) กรณีมีอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ ที่ไม่มีอาการทางระบบทางเดินอาหารอื่นร่วมด้วยสำหรับผู้ใหญ่ ควรเลือกใช้ ยาธาตุอบเชย

***กรณีที่ไม่มียารายการนั้น ๆ สามารถเลือกใช้ ยาขิง หรือตำรับยาอื่นที่มีสรรพคุณบรรเทาอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ

มารดาหลังคลอด

โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 57-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางการดูแลมารดาหลังคลอด

ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 9 หน้า) วันที่อนุมัติใช้ 5 มกราคม 2569

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นางสาวบุษกร แก้ววิเศษ	แพทย์แผนไทย	บุษกร

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
แพทย์หญิงบุษกร สมสะอาด	นายแพทย์ชำนาญการ	บุษกร

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางพัชรี ศรียันต์)
แพทย์แผนไทยชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มงานแพทย์แผนไทย

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

หน่วยงานที่นำไปใช้ : PCT , องค์กรแพทย์ , แพทย์แผนไทย

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/9
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 57-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่
	เรื่อง : แนวทางการดูแลมารดาหลังคลอด	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสาวบุษกร แก้ววิเศษ หน่วยงาน : งานแพทย์แผนไทย	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : PCT , องค์กรแพทย์ , แพทย์แผนไทย

หลังคลอด (การดูแลมารดาหลังคลอด)

คำจำกัดความ

ทางการแพทย์แผนไทยมีความเชื่อว่าการดูแลด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยนั้นเป็นเรื่องสำคัญยิ่ง สามารถเข้าไปดูแลได้ทุกระยะตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอดได้ด้วยวิธีทำหัตถการที่แตกต่างกันออกไป หลายวิธีโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดและทารกมีสุขภาพอนามัยที่ดีต่อไป

เกณฑ์การคัดกรองเข้ารับการรักษา

1. มารดาหลังคลอดที่ปกติหลังคลอด 24 ชั่วโมงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (กรณีประคบสมุนไพร)
2. มารดาหลังคลอดที่ผ่าคลอดหลังผ่า 24 ชั่วโมงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (กรณีประคบสมุนไพร)
3. มารดาหลังคลอดที่ผ่าคลอดที่ปกติหลังคลอด 7 วัน (กรณีอบสมุนไพรและทับหม้อเกลือ)
4. มารดาหลังคลอดที่ผ่าคลอดหลังผ่าคลอดอย่างน้อย 1 เดือน (กรณีอบสมุนไพรและทับหม้อเกลือ)
5. มารดาหลังคลอดที่มีอาการปวดเต้านม เต้านมคัดตึง น้ำนมไม่ไหล หัวนมสั้น

เกณฑ์การส่งต่อแพทย์แผนปัจจุบัน

1. มารดาหลังคลอดที่มีไข้สูง 37.5 องศาเซลเซียส
2. มารดาหลังคลอดที่มีอาการตกเลือด ปวดศีรษะ คลื่นไส้ ใจสั่น
3. มารดาหลังคลอดที่มีความดันโลหิตสูงมากกว่า140/90mm.Hg
4. มารดาหลังคลอดที่มีอาการอ่อนเพลีย อดนอน อดอาหารหรือมีอาการแพ้ยาสมุนไพร

การตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์แผนไทย

1.การซักประวัติวัดสัญญาณชีพถามอาการและอาการที่แสดงเช่นอาการปวดเมื่อย น้ำนม น้ำคาวปลา อาการ วิงเวียน หน้ามืด การพักผ่อน การรับประทานอาหารเป็นต้น

2. การตรวจร่างกาย
   - ดูบริเวณที่ปวดมีอาการบวม แดง ผิดรูปไหม ดูองศาการเคลื่อนไหว
   - คลำบริเวณที่ปวดมีความร้อนเย็น การอ่อนแข็งของกล้ามเนื้อ

การรักษาทางการแพทย์แผนไทย

ในทางการแพทย์แผนไทยมารดาหลังคลอดส่วนใหญ่มักมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อต่างๆตามร่างกายและมักมีอาการเหนื่อยเพลียจากเบ่งการคลอด ถือว่าเป็นอาการของลมชนิดหนึ่ง (ลมกัมมชวาต) ที่ทำให้เกิดการแข็งตัวของเลือดและกล้ามเนื้อบริเวณต่าง ๆตามร่างกาย ในการรักษาจึงมีทั้งการทำหัตถการต่างๆและใช้ยาสมุนไพรร่วมด้วย ดังนี้

1. การนวดแผนไทยตามสูตรการรักษา
2. การประคบสมุนไพร

3. การอบสมุนไพร
4. การทับหม้อเกลือ
5. การนั่งถ่าน
6. การใช้ยาสมุนไพร

ตำรับยาสมุนไพรในบัญชียาหลักที่ใช้

ยารับประทาน

1. ยาประสะไพล สรรพคุณ
   - ระดูมาไม่สม่ำเสมอหรือมาน้อยกว่าปกติ
   - บรรเทาอาการปวดประจำเดือน
   - ขับน้ำคาวปลาในหญิงหลังคลอดบุตร
2. ยาประสะน้ำนม สรรพคุณ บำรุงน้ำนม ขับน้ำนมหลังการคลอดบุตร

ยาสำหรับใช้ภายนอก

1. ลูกประคบสมุนไพร สรรพคุณประคบเพื่อลดอาการปวด ช่วยคลายกล้ามเนื้อ เอ็น และข้อ
2. ยาอบสมุนไพร มีสรรพคุณช่วยระบบไหลเวียนโลหิตดีขึ้น ลดการอักเสบ บวมปวดของกล้ามเนื้อ ช่วยระบบหายใจและรักษาโรคผิวหนัง
3. ยาผงสำหรับนั่งถ่าน สรรพคุณช่วยแผลฝีเย็บและช่องคลอดให้แห้งสะอาด ไม่อับชื้น ลดการอักเสบของแผลฝีเย็บช่องคลอดและมดลูกให้เข้าอู่เร็วขึ้น รักษาแผลในมดลูก ขับน้ำคาวปลา
4. สมุนไพรสดสำหรับทับหม้อเกลือ สรรพคุณเพื่อทำให้มดลูกหดรัดตัวเร็วขึ้น น้ำคาวปลาเดินสะดวก ความร้อนกระตุ้นการเผาผลาญไขมันหน้าท้อง ช่วยให้หน้าท้องยุบได้

การประเมินและติดตามผลการรักษา

ติดตามผลการรักษาโดยนัดเพื่อประเมินอาการและอาการแสดงตามเกณฑ์การรักษา เพื่อดูว่าอาการดีขึ้นหรือไม่ โดยการซักประวัติและตรวจทางหัตถการที่สัมพันธ์กับอาการของโรค ความถี่ของอาการปวดลดลงหรือไม่ เมื่อรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยตามหลักหัตถเวชกรรมไทยครบ แล้วอาการไม่ดีขึ้น ให้แพทย์แผนไทยประเมินเพื่อทำการส่งต่อผู้ป่วยพบแพทย์แผนปัจจุบันต่อไป

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 3/9
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 57-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่
	เรื่อง : แนวทางการดูแลมารดาหลังคลอด	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสาวบุษกร แก้ววิเศษ หน่วยงาน : งานแพทย์แผนไทย	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : PCT , องค์กรแพทย์ , แพทย์แผนไทย

แนวทางเวชปฏิบัติ การใช้ยาแพทย์แผนไทย ในกลุ่มมารดาหลังคลอด

ซักประวัติ/ค้นหาสัญญาณอันตราย

1. มารดาหลังคลอดที่มีไข้สูง 37.5 องศาเซลเซียส
2. มารดาหลังคลอดที่มีอาการตกเลือดปวดศีรษะ คลื่นไส้ ใจสั่น
3. มารดาหลังคลอดที่มีความดันโลหิตสูงมากกว่า 140/90 mm.Hg
4. มารดาหลังคลอดที่มีอาการอ่อนเพลีย อดนอน อดอาหารหรือมีอาการแพ้ยาสมุนไพร การตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์แผนไทย

ส่งพบแพทย์แผนปัจจุบันเพื่อตรวจวินิจฉัย และให้การรักษาต่อไป

ไม่พบ

ให้การรักษาตามอาการด้วยยาแพทย์แผนไทย ดังนี้

1. การประคบสมุนไพร
2. การทับหม้อเกลือ
3. การอบไอน้ำสมุนไพร
4. การนวด
5. การนั่งถ่าน

ข้อแตกต่างการใช้ยา

1. ยาประสะไพล : ใช้ในหญิงหลงคลอด ขับน้ำคาวปลา
2. ยาประสะน้ำนม : บำรุงน้ำนม ขับน้ำนมหลังการคลอดบุตร
3. ยาประคบ : ใช้ในผู้ป่วย ประคบเพื่อลดอาการปวด ช่วยคลายกล้ามเนื้อเอ็น และข้อ

สามารถใช้ในทดแทนยาแผนปัจจุบัน : Analgesic balm

*** อ้างอิงผังการรักษา เอกสารแนวเวชปฏิบัติเขตสุขภาพที่ 10

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 4/9
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 57-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่
	เรื่อง : แนวทางการดูแลมารดาหลังคลอด	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสาวบุษกร แก้ววิเศษ หน่วยงาน : งานแพทย์แผนไทย	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : PCT , องค์กรแพทย์ , แพทย์แผนไทย

แนวทางการดูแลหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพร

ข้อบ่งใช้

บำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพในมารดาหลังคลอดที่มีอาการปวด แขน ขา บ่า เอว หลัง กระเบนเหน็บ

การคลอดปกติ

สมารถทำการประคบสมุนไพรได้ตั้งแต่หลังคลอด 24 ชั่วโมง เป็นต้นไป โดยไม่มีอาการแทรกซ้อน เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด อาการตกเลือด

ประโยชน์

1. ทำให้การไหลเวียนของโลหิตและน้ำเหลืองดีขึ้น
2. บำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ อาการปวดตึงล้า บวม อักเสบของกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น ข้อต่อ
3. ทำให้กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น และผังพืดอ่อนตัว ช่วยลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ ลดการติดขัดของข้อต่อ กล้ามเนื้อมีความยืดหยุ่นดีขึ้น เคลื่อนไหวได้สะดวกขึ้น และทำให้ระบบกล้ามเนื้อ และระบบประสาทผ่อนคลาย

ขั้นตอนในการทำหัตถการ

1. จัดท่าหญิงหลังคลอดให้เหมาะสม เช่น นอนหงาย นั่ง นอนตะแคง ขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่จะทำการประคบ
2. นำลูกประคบที่นึ่งร้อนได้ที่แล้วมาประคบบริเวณที่ต้องการประคบ(ก่อนการประคบควรทดสอบความร้อนของลูกประคบสมุนไพร ที่บริเวณท้องแขนหรือหลังมือของผู้ประคบ)
3. ในการวางลูกประคบสมุนไพรบนผิวหนังของหญิงหลังคลอดโดยตรงในช่วงแรกๆ ต้องทำด้วยความเร็ว ไม่วางแช่นานๆ เพราะหญิงหลังคลอดจะทนความร้อนไม่ได้มากหรืออาจประคบโดยใช้ผ้าขนหนูผืนเล็กรองบนผิวหนังก่อนได้
4. เมื่อลูกประคบสมุนไพรคลายความร้อนลงก็สามารถใช้ลูกประคบอีกลูกหนึ่งแทน (นำรูปเดิมไปนึ่งต่อทำซ้ำตามข้อ 2-4)

ข้อห้าม

1. หญิงหลังคลอดที่มีไข้สูงเกิน 37.5 องศาเซลเซียส
2. หญิงหลังคลอดที่มีความดันโลหิตสูง (systolic สูงกว่าหรือเท่ากับ 140 mm.Hg และ/หรือ diastolic สูงกว่าหรือเท่ากับ 90 mm.Hg) ที่มีอาการหน้ามืด ใจสั่น ปวดศีรษะ หรือคลื่นไส้อาเจียน
3. หญิงหลังคลอดที่แพ้สมุนไพรหรือมีอาการไม่พึงประสงค์จากสมุนไพร
4. บริเวณที่กระดูกแตกหักปริร้าวที่ยังติดไม่ดี
5. บริเวณที่เป็นมะเร็ง
6. บริเวณที่เป็นแผลเปิดหรือเลือดออกใหม่ใหม่

7. บริเวณที่มีหลอดเลือดดำอักเสบ

8. บริเวณที่มีการติดเชื้อ

9. บริเวณที่มีการอักเสบ (ปวด บวม แดง ร้อน) จากอุบัติเหตุในช่วง 24 ชั่วโมงแรกเพราะอาจทำให้บวมมากขึ้นควรประคบด้วยความเย็น

ข้อควรระวัง

1. หญิงหลังคลอดที่มีอาการชา
2. หญิงหลังคลอดที่เป็นโรคเบาหวาน
3. หญิงหลังคลอดที่เป็นโรคลมตะกังขณะที่มีอาการอาเจียน
4. การใช้ลูกประคบที่ร้อนจนเกินไปโดยเฉพาะบริเวณผิวที่บาง

อาการแทรกซ้อน

หากใช้ลูกประคบสมุนไพรที่ร้อนเกินไปจะทำให้ผิวหนังบริเวณที่ประคบไหม้ พอง แสบ ร้อน บวม รอยดำ และอาจทำให้เกิดการติดเชื้อเฉพาะที่ได้ ซึ่งถ้ามีอาการดังกล่าวหยุดให้บริการทันที ถ้ามีอาการแสบร้อน ให้ประคบเย็น หากพองจนผิวหนังลอกให้ส่งแพทย์แผนปัจจุบัน

แนวทางการดูแลหญิงหลังคอดด้วยการทับหม้อเกลือ

ข้อบ่งใช้

<u>การทับหม้อเกลือเพื่อการฟื้นฟูสภาพในหญิงหลังคลอด</u>

คลอดปกติ ใช้ทำการทับหม้อเกลือได้ ในช่วงหลังคลอด 7 วันถึง 3 เดือน วันละไม่เกินหนึ่งครั้ง ติดต่อกันไม่เกิน 1 สัปดาห์

ผ่าตัดคลอด ให้ทำการทับหม้อเกลือได้ ในช่วงหลังคลอดเกิน 1 เดือน (แผลผ่าตัดหายแล้ว) ไม่เกิน 3 เดือน วันละไม่เกิน 1 ครั้ง ติดต่อกันไม่เกิน 1 สัปดาห์

ประโยชน์

1. ทำให้มดลูกหดรัดตัวได้ดี
2. มดลุกเข้าอู่ได้เร็ว
3. น้ำคาวปลาเดินสะดวก
4. รักษาอาการปวดเมื่อยขัดยอก
5. ทำให้การไหลเวียนโลหิตและน้ำเหลืองดีขึ้น
6. ความร้อนจะกระตุ้นให้เกิดการเผาผลาญไขมันหน้าท้องช่วยให้หน้าท้องยุบได้บ้างเล็กน้อย

ข้อห้าม

1. หญิงหลังคลอดที่มีไข้สูงเกิน 37.5 องศาเซลเซียส
2. หญิงหลังคลอดที่มีอาการแสดงของการตกเลือดหลังคลอด
3. หญิงหลังคลอดที่รับประทานอาหารอิ่มใหม่ๆ
4. หญิงหลังคลอดที่แพ้สมุนไพรหรือมีอาการไม่พึงประสงค์จากสมุนไพร

ข้อควรระวัง

1. การคลอดที่ต้องใช้การผ่าตัด ถ้าจะทำการทับหม้อเกลือต้องรอให้หลังคลอดเกิน 1 เดือนไปแล้ว
2. ไม่ให้วางหม้อเกลือหรือกดแช่นาน ๆ ในขณะที่หม้อเกลือร้อน
3. หญิงหลังคลอดที่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
4. ไม่ทับมาหม้อเกลือถึงใต้อก

อาการแทรกซ้อน

ในขณะที่มีการทับหม้อเกลืออาจเกิดอาการปวดแสบ ปวดร้อน พุพองหรือมีอาการหน้ามืด วิงเวียนศีรษะ ให้หยุดทำการทับหม้อเกลือและทำการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ถ้าอาการไม่ดีขึ้นควรส่งพบแพทย์แผนปัจจุบัน

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 7/9
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 57-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่
	เรื่อง : แนวทางการดูแลมารดาหลังคลอด	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสาวบุษกร แก้ววิเศษ หน่วยงาน : งานแพทย์แผนไทย	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : PCT , องค์กรแพทย์ , แพทย์แผนไทย

แนวทางการดูแลหญิงหลังคลอดด้วยการอบไอน้ำสมุนไพร

ข้อบ่งใช้

<u>ใช้เพื่อการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพในหญิงหลังคลอด</u>

คลอดปกติ ให้ทำการอบไอน้ำสมุนไพรได้ในช่วงหลังคลอด 7 วัน ถึง 3 เดือน ผ่าตัดคลอด ให้ทำการอบไอน้ำสมุนไพรได้ในช่วงหลังคลอดเกิน 1 เดือน (แผลผ่าตัดหายแล้วแต่ไม่เกิน 3 เดือน)

ประโยชน์

1. ให้การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น
2. ทำให้ลดอาการอักเสบ บวม ปวดของกล้ามเนื้อ
3. ทำให้กล้ามเนื้อและเส้นเอ็นผ่อนคลาย แก้อาการปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดหลัง ปวดเอว เป็นต้น
4. ทำให้ระบบการหายใจดีขึ้น รักษาอาการหวัด คัดจมูก หอบหืด ภูมิแพ้ และอื่นๆ
5. ทำให้รูขุมขนเปิดและสิ่งสกปรกถูกขับออกมาพร้อมเหงื่อ
6. รักษาอาการคัน โรคผิวหนัง

ข้อห้าม

1. หญิงหลังคลอดที่มีอาการอ่อนเพลีย อดนอน อดอาหาร หรือหลังรับประทานอาหารอิ่มใหม่ๆ ไม่เกินครึ่งชั่วโมง
2. หญิงหลังคลอดที่มีอาการไข้สูงเกิน 37.5 องศาเซลเซียส หรือหลังฟื้นไข้ใหม่ๆ
3. หญิงหลังคลอดที่มอาการตกเลือด
4. หญิงหลังคลอดที่เป็นโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคหอบหืด โรคลมชัก โรคไต โรคเบาหวาน
5. หญิงหลังคลอดที่มีแผลผ่าตัด หรือแผลผ่าคลอด ที่ยังไม่หายสนิท
6. หญิงหลังคลอดที่มีอาการปวดศีรษะชนิดเวียนศีรษะ คลื่นไส้
7. หญิงหลังคลอดที่แพ้ยาสมุนไพร หรือมีอาการไม่พึงประสงค์จากสมุนไพร

ข้อควรระวัง

หลังคลอดไม่เกิน 1 สัปดาห์ ควรระมัดระวังในการอบสมุนไพร

อาการแทรกซ้อน

ขณะเข้าอบไอน้ำสมุนไพรอาจทำให้ความร้อนในร่างกายสูงขึ้นได้ ซึ่งการดูแลเบื้องต้นให้ดื่มน้ำมากๆ แต่ถ้าหากมีอาการวิงเวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม หายใจไม่ออก แสบผิวหนังควรหยุดการอบไอน้ำสมุนไพรทันทีและทำการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ถ้าอาการไม่ดีขึ้นให้ส่งแพทย์แผนปัจจุบัน

แนวทางการดูแลหญิงหลังคลอดด้วยการนวด

ข้อบ่งใช้

ใช้เพื่อการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพในหญิงหลังคลอด ที่มีอาการปวด แขนขา บ่า เอวหลัง กระเบนเหน็บ

คลอดปกติ

สามารถทำการประคบสมุนไพรได้ตั้งแต่หลังคอด 8-12 ชั่วโมง เป็นต้นไป โดยไม่มีอาการแทรกซ้อน เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด อาการตกเลือด

ประโยชน์

1. ทำให้การไหลเวียนของโลหิตและน้ำเหลืองดีขึ้น
2. บำบัดและรักษาฟื้นฟูสภาพ อาการปวด ตึง ล้า บวม ของกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น และข้อต่อ กล้ามเนื้อมีความยืดหยุ่นดีขึ้น เคลื่อนไหวได้สะดวกขึ้น และทำให้ระบบกล้ามเนื้อและระบบประสาทผ่อนคลาย

ข้อห้าม

1. หญิงหลังคลอดที่มีการไข้สูงเกิน 37.5 องศาเซลเซียส หรือหลังฟื้นไข้ใหม่ๆ
2. หญิงหลังคลอดที่มีความดันโลหิตสูง (systolic สูงกว่าหรือเท่ากับ 140 mm.Hg และ/หรือ diastolic สูงกว่าหรือเท่ากับ90 mm.Hg) ที่มีอาการหน้ามืด ใจสั่น ปวดศีรษะ หรือคลื่นไส้อาเจียน
3. บริเวณที่ผ่าตัดภายในระยะเวลา 1 เดือน
4. หญิงหลังคลอดที่มีลักษณะของข้อห้ามในการนวดโดยทั่วไป

ข้อควรระวัง

1. การนวดต้องนวดด้วยความระมัดระวัง
2. หญิงหลังคลอดที่เป็นเบาหวาน
3. หญิงหลังคลอดที่มีผิวที่แตกง่าย
4. หญิงหลังคลอดที่มีลักษณะของข้อควรระวังในการนวดโดยทั่วไป

อาการแทรกซ้อน

ถ้าหากลงน้ำหนักในการนวดมากเกินไป หรือลงน้ำหนักบริเวณที่ใกล้ระบบประสาทอัตโนมัติ แนวไขสันหลัง อาจทำให้เกิดระบบมีรอยแดง รอยช้ำ ซึ่งอาการเหล่านี้สามารถหายได้เอง โดยไม่ต้องทำอะไร หรือใช้การประคบสมุนไพร/ทำการปฐมพยาบาลเบื้องต้น หากมีอาการมากขึ้น หรือมีอาการมึนศีรษะวิงเวียนศีรษะ หรือมีอาการแทรกซ้อนที่มีอาการนานเกิน 7 วัน ให้ส่งต่อแพทย์แผนปัจจุบัน

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 9/9
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 57-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่
	เรื่อง : แนวทางการดูแลมารดาหลังคลอด	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสาวบุษกร แก้ววิเศษ หน่วยงาน : งานแพทย์แผนไทย	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : PCT , องค์กรแพทย์ , แพทย์แผนไทย

แนวทางการดูแลหญิงหลังคลอดด้วยการนั่งถ่าน

ข้อบ่งใช้

เพื่อให้ฝีเย็บและช่องคลอดไม่อับชื้น ลดอาการอักเสบของฝีเย็บ ช่องคลอดและมดลูก ช่วยทำให้มดลูกเข้าอู่เร็วรักษาแผลในมดลูก และทำให้น้ำคาวปลาไหลสะดวก

คลอดปกติ ให้ทำการนั่งถ่านได้ในช่วงหลังคลอด 7 วัน วันละไม่เกิน 1 ครั้ง ติดต่อไม่เกิน 1 สัปดาห์

สำหรับการผ่าตัดคลอด ไม่เหมาะสมกับการนั่งถ่าน

ประโยชน์

ช่วยให้แผลฝีเย็บ และช่องคลอดแห้ง ไม่อับชื้น ลดอาการอักเสบของฝีเย็บ ช่องคลอด และมดลูกช่วยทำให้มดลูกเข้าอู่เร็ว รักษาแผลในมดลูก ขับน้ำคาวปลาได้ดี ในหญิงหลังคลอด

ข้อห้าม

1. หญิงหลังคลอดที่มีอาการไข้สูงเกิน 37.5 องศาเซลเซียส หรือหลังฟื้นไข้ใหม่ๆ
2. หญิงหลังคลอดที่มีอาการตกเลือด
3. หญิงหลังคลอดที่แพ้ยาสมุนไพร หรือมีอาการไม่พึงประสงค์จากสมุนไพร

ข้อควรระวัง

1. หญิงหลังคลอดที่มีอาการอ่อนเพลีย เวียนศีรษะ
2. ไม่ใช้ความร้อนที่มากเกินไปในการนั่งถ่าน และไม่นั่งใกล้เตาจนเกินไป
3. ในระหว่างการนั่งไม่ควรให้มีเปลวไฟ

อาการแทรกซ้อน

ขณะนั่งถ่านอาจมีอาการวิงเวียน หน้ามืดให้หยุดนั่งถ่านทันที และทำการปฐมพยาบาลเบื้องต้นหากไม่ดีขึ้น ให้ส่งแพทย์แผนปัจจุบัน

โรคริดสีดวงทวาร

โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 58-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวาร

ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 3 หน้า) วันที่อนุมัติใช้ 5 มกราคม 2569

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นางสาวบุษกร แก้ววิเศษ	แพทย์แผนไทย	บุษกร

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
แพทย์หญิงบุษกร สมสะอาด	นายแพทย์ชำนาญการ	บุษกร

ผู้ตรวจสอบ.....รก
(นางพัชรี ศรียันต์)
แพทย์แผนไทยชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มงานแพทย์แผนไทย

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

หน่วยงานที่นำไปใช้ : PCT , องค์กรแพทย์ , แพทย์แผนไทย

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/3
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 58-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่
	เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวาร	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสาวบุษกร แก้ววิเศษ หน่วยงาน : งานแพทย์แผนไทย	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : PCT , องค์กรแพทย์ , แพทย์แผนไทย

โรคริดสีดวงทวาร (Hemorrhoids)

คำจำกัดความ

ทางการแพทย์แผนไทยได้กล่าวถึงอาการริดสีดวงไว้ว่าเป็นโรคกลุ่มหนึ่งที่เกิดได้กับอวัยวะต่างๆ ของร่างกายเช่นตา จมูก ลำไส้ ทวารหนัก ตามตำราแพทย์แผนไทยว่ามี 18 ชนิดเรียกต่างกันออกไปตามอวัยวะนั้นๆ และคัมภีร์อติสารที่ว่าด้วยโรคโบราณเชื่อว่า การกินอาหารมีผลก่อโรคและรักษาโรคโดยใช้หลักทฤษฎีธาตุ การเสียสมดุลของธาตุ และการดำเนินไปของการกินอาหารไม่ถูกกับธาตุและไม่ถูกกับโรคและทำให้เกิดปัญหาอาการตั้งแต่เล็กน้อยจนรุนแรง ถ้าเล็กน้อยหรือเริ่มต้น เรียก อชินนะ ถ้าหนักมากเรียก อติสารโบราณกรรม คือ โรคที่เรื้อรังมานานส่วนปัจจุบันกรรมคือ โรคที่เกิดใหม่ อติสาร โบราณกรรมมีอาการหนักกว่าอติสารปัจจุบันกรรม สำหรับอาการสำคัญ คือ ระบบขับถ่ายผิดปกติ ทั้งสี กลิ่น จำนวนของอุจจาระและมีอาการร่วมอื่น ๆ เช่น ไข้ และอาการทางสมองและประสาทอันเนื่องมาจากขาดแร่ธาตุสำคัญ

เกณฑ์การคัดกรองเข้ารับการรักษา

1. ท้องผูกเรื้อรัง มีเลือดสดๆ ปนออกมาในขณะเบ่งถ่ายอุจจาระ
2. มีติ่งเนื้อสีชมพูคล้ำโผล่ออกมาจากปากทวารหนักเมื่อมีอาการท้องผูกหรือท้องเสีย

เกณฑ์การส่งต่อแพทย์แผนปัจจุบัน

1. เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ผอมลง
2. เลือดออกมากจนวิงเวียนเวลาลุกขึ้น
3. ปวดมากบริเวณรอบทวารหนัก
4. มีไข้ สูงกว่า 37.5 องศาเซลเซียส
5. ตรวจพบภาวะซีด

การตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์แผนไทย

1. ซักประวัติ และวิเคราะห์โรคทางการแพทย์แผนไทยถามอาการและอาการแสดง เช่น มีเลือดสดๆ ปนออกมาขณะถ่ายอุจาระการมีติ่งเนื้อโผล่จากปากทวารหนัก ประวัติการรับประทานอาหารที่มีกากใยน้อยภาวะท้องผูกเรื้อรังการเบ่งถ่ายอุจจาระเป็นเวลานาน การใช้ยาสวนอุจจาระหรือยาระบาย ปัจจัยหรือสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการกำเริบมากขึ้น เพื่อนำไปสู่สมุฏฐานของโรค ธาตุเจ้าเรือน ธาตุสมุฏฐาน อุตุสมุฏฐาน อายุสมุฏฐาน กาลสมุฏฐาน และประเทศสมุฏฐาน มูลเหตุการณ์เกิดโรค 8 ประการ เพื่อสามารถนำไปสู่การรักษาได้
2. การตรวจร่างกาย
   - การประเมินลักษณะทั่วไป เช่น การเดิน การนั่ง (อาจไม่สะดวก)
   - การคลำท้อง อาจพบท้องแข็งเป็นก้อน
   - การเคาะท้องพบมีเสียงทึบ

การรักษาทางการแพทย์แผนไทย

การรักษาด้วยยาสมุนไพร อาการท้องผูกเรื้อรังถ่ายอุจจาระมีเลือดสดๆปนมีติ่งเนื้อโผล่เป็นอาการทางวาโยธาตุ (ธาตุลม) ส่วนใหญ่เกิดจากลมกุจฉิสยาวาตาพิการ (ลมพัดในท้องนอกลำไส้) และเกิดจากอาโปธาตุ (ธาตุน้ำ) โลหิตตังพิการ ตำรับยาที่ใช้มักเป็นกลุ่มยารสสุขุม

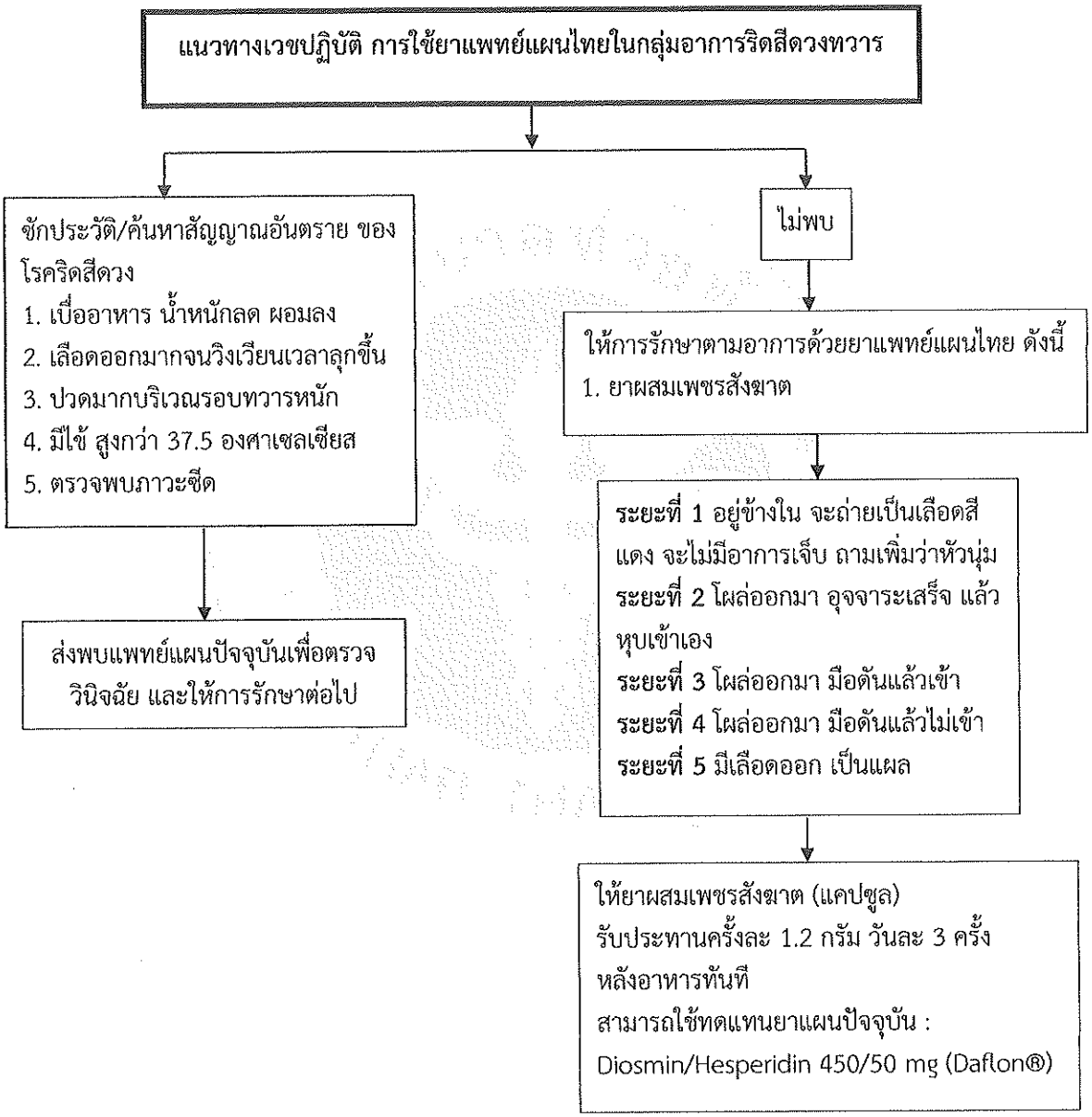
ตำรับยาสมุนไพรในบัญชียาหลักที่ใช้

ยาผสมเพชรสังฆาต สรรพคุณบรรเทาอาการริดสีดวงทวารหนัก ขนาดรับประทานครั้งละ 1.2 กรัม วันละ 3 ครั้งหลังอาหารทันที

การประเมินและติดตามผลการรักษา

ติดตามผลการรักษาโดยนัดเพื่อประเมินอาการและอาการแสดงตามเกณฑ์การรักษา เพื่อดูว่าอาการดีขึ้นหรือไม่ โดยการซักประวัติที่สัมพันธ์กับอาการของโรค เช่นอาการท้องผูกความถี่ลดลงหรือไม่ ยังมีเลือดสดๆปนออกมาขณะขับถ่ายไหมและก้อนติ่งเนื้อที่โผล่ออกมาจากปากทวารหนักยุบลงไหม เมื่อรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยภายใน 2 สัปดาห์แล้วอาการไม่ดีขึ้น ให้แพทย์แผนไทยประเมินเพื่อทำการส่งต่อผู้ป่วยพบแพทย์แผนปัจจุบันต่อไป

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 3/3
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 58-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่
	เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวาร	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสาวบุษกร แก้ววิเศษ หน่วยงาน : งานแพทย์แผนไทย	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : PCT , องค์กรแพทย์ , แพทย์แผนไทย



หมายเหตุ : ระยะที่ 1 และ ระยะที่ 2 สะดวกต่อการรักษาทางการแพทย์แผนไทย

***อ้างอิงผังการรักษา เอกสารแนวเวชปฏิบัติแพทย์แผนไทย จังหวัดสกลนคร

โรคทางเดินหายใจส่วนต้น

โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 59-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยทางเดินหายใจส่วนต้น

ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 4 หน้า) วันที่อนุมัติใช้ 5 มกราคม 2569

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นางสาวบุษกร แก้ววิเศษ	แพทย์แผนไทย	

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
แพทย์หญิงบุษกร สมสะอาด	นายแพทย์ชำนาญการ	

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางพัชรี ศรียันต์)
แพทย์แผนไทยชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มงานแพทย์แผนไทย

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

หน่วยงานที่นำไปใช้ : PCT , องค์กรแพทย์ , แพทย์แผนไทย

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/4
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 59-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่
	เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยทางเดินหายใจส่วนต้น	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสาวบุษกร แก้ววิเศษ หน่วยงาน : งานแพทย์แผนไทย	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : PCT , องค์กรแพทย์ , แพทย์แผนไทย

โรคภูมิแพ้ทางเดินหายใจส่วนต้น (หวัด)

คำจำกัดความ

ทางการแพทย์แผนไทยไม่ได้กล่าวถึงโรคภูมิแพ้โดยตรง แต่มีกลุ่มอาการที่เกี่ยวกับระบบศอเสมหะ ซึ่งมักมีอาการคันจมูก จาม คัดจมูก น้ำมูกใส และมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลง ของอากาศ กระทบร้อนกระทบเย็น กลิ่นควันบุหรี่ และน้ำหอม สัมผัสเกสรดอกไม้ ขนสัตว์ ฝุ่น ไรฝุ่น เป็นต้นทำให้มีอาการศอเสมหะกำเริบ(เสลด) และสิงฆานิกาพิการ(น้ำมูก) โดยเฉพาะในตอนเช้า ส่วนใหญ่มักเรียกอาการเหล่านี้ว่าหวัดแพ้อากาศ

เกณฑ์การคัดกรองเข้ารับการรักษา

1. ผู้ป่วยมีอาการทางจมูก ได้แก่ คันจมูก จาม คัดจมูก และมีน้ำมูกสีใส
2. มีอาการน้อยกว่า 4 วันต่อสัปดาห์ หรือมีอาการติดต่อกันน้อยกว่า 4 สัปดาห์
3. ไม่มีไข้ หายใจปกติ

เกณฑ์การส่งต่อแพทย์แผนปัจจุบัน

1. เหนื่อยหอบ หายใจลำบาก หรือมีภาวะพร่องออกซิเจน
2. อุณหภูมิมากกว่า 38 องศาเซลเซียส
3. มีเลือดกำเดาไหล
4. หายใจทางจมูกไม่ได้ น้ำมูกมีสีเหลือง หรือเขียวข้น หูอื้อ ปวดหู หูน้ำหนวก ปวดบริเวณหน้าผากและโหนกแก้ม
5. พบภาวะแทรกซ้อน เช่น ปวดศีรษะอย่างรุนแรง หรืออาการอื่นๆตามดุลยพินิจของแพทย์ผู้ทำการ

รักษาการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์แผนไทย

1. **ซักประวัติ** และวิเคราะห์โรคทางการแพทย์แผนไทย ถามอาการและอาการที่แสดง ช่วงเวลา ฤดูกาล ปัจจัยหรือสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการกำเริบมากขึ้น เพื่อนำไปสู่สมุฏฐานของโรค ธาตุเจ้าเรือน ธาตุ สมุฏฐาน อุตุสมุฏฐาน อายุสมุฏฐาน กาลสมุฏฐาน และประเทศ สมุฏฐาน มูลเหตุการณ์เกิดโรค 8 ประการ เพื่อสามารถนำไปสู่การรักษาได้

2. **การตรวจร่างกาย**

- การประเมินลักษณะทั่วไป เช่น ดูสีหน้าผู้ป่วยไม่สดชื่น อาจพบผิวหนังใต้ขอบตามีสีคล้ำการตรวจดู คลำ เคาะ ฟัง เช่น ดูน้ำมูกใส เยื่อจมูกบวมแดงเล็กน้อย คลำหรือสัมผัส
- บริเวณหน้าผากไม่พบความร้อน เคาะบริเวณหน้าผาก หัวคิ้ว และโหนกแก้มทั้ง 2 ข้างไม่เจ็บ ฟังปอด ไม่พบความผิดปกติการรักษา

3. **การรักษาทางการแพทย์แผนไทย** การรักษาด้วยยาสมุนไพร อาการจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ มักมีน้ำมูกจามบ่อยๆ คัดจมูกและคันจมูก เป็นอาการทางอาโปธาตุ(ธาตุน้ำ) ตำรับยาที่ใช้มักเป็นกลุ่มยารสร้อนเป็นหลัก

4. **ตำรับยาสมุนไพรในบัญชียาหลักที่ใช้**

4.1 **ฟ้าทะลายโจร** บรรเทาอาการหวัด เจ็บคอ รับประทานครั้งละ 1.5 – 3 กรัม วันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร และก่อนนอน

4.2 **ปราบชมพูทวีป** สรรพคุณบรรเทาอาการหวัดในระยะแรกแพ้อากาศรับประทาน ครั้งละ750 มิลลิกรัม – 1.5 กรัม วันละ 4 ครั้ง ก่อนอาหารและก่อนนอน

4.3 **ยาประสะมะแว้ง** สรรพคุณ บรรเทาอาการไอ มีเสมหะ ทำให้ชุ่มคอ ช่วยขับเสมหะ ชนิดเม็ดและชนิดลูกกลอน ละลายน้ำ มะนาวแทรกเกลือรับประทานหรือใช้อม ผู้ใหญ่ รับประทานครั้งละ 1 – 1.4 กรัม เมื่อมีอาการ เด็ก อายุ 6 - 12 ปี รับประทาน ครั้งละ 200 - 400 มิลลิกรัม เมื่อมีอาการ

4.4 **ยาแก้ไอพื้นบ้านอีสาน** บรรเทาอาการไอ ขับเสมหะ จิบเมื่อมีอาการไอ ทุก 4 ชั่วโมง

การสุมด้วยสมุนไพร

เพื่อบรรเทาอาการคัดจมูกช่วยให้หายใจโล่งโดยใช้สูตรการสุมยาสมุนไพรแบบทั่วไปสามารถเพิ่มหรือลดสัดส่วนสมุนไพรในกลุ่มที่มีสารสำคัญออกฤทธิ์ เป็นน้ำมันหอมระเหยช่วยให้หายใจสะดวกได้

การประเมินและติดตามผลการรักษา

ติดตามผลการรักษาโดยนัดเพื่อประเมินอาการและอาการแสดงตามเกณฑ์การรักษา เพื่อดูว่าอาการดีขึ้นหรือไม่ โดยการซักประวัติที่สัมพันธ์กับอาการของโรค เช่น น้ำมูก คัดจมูก จาม รวมถึงความถี่ลดลงหรือไม่ เมื่อรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยภายใน 2 สัปดาห์แล้วอาการไม่ดีขึ้นให้แพทย์แผนไทย ประเมินเพื่อทำการส่งต่อผู้ป่วยพบแพทย์แผนปัจจุบันต่อไป

การสุมด้วยสมุนไพร

ข้อบ่งใช้

ใช้ไอน้ำหรือควันจากสมุนไพร เพื่อการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสภาพในอาการต่าง ๆ ในผู้ป่วยทั่วไปการสุมด้วยไอน้ำ จะช่วยในการรักษาโรคในจมูก คอ หลอดลมการสุมสมุนไพรวันละ 2 ครั้งๆละ ประมาณ 15-20 นาที ติดต่อกัน 5-7 วันหรือตามอาการของผู้ป่วย

ประโยชน์

1. รักษาโรคในจมูก คอ หลอดลม ปอด อาการหวัด คัดจมูก
2. ช่วยทำให้จมูกโล่ง ทำให้การหายใจดีขึ้น
3. ทำให้การไหลโลหิตดีขึ้น

ข้อห้าม - ผู้ที่แพ้สมุนไพร

ข้อควรระวัง

1. กรณีที่สูดเอาไอน้ำเข้าไป ระวังอย่าให้ใบหน้าสัมผัสน้ำร้อนโดยตรง
2. กรณีที่นั่งสุมไอน้ำ ระวังอย่าให้น้ำเดือดกระเด็นถูกบริเวณที่รม

อาการแทรกซ้อน

ขณะที่ทำการรมด้วยไอน้ำหากเกิดอาการหน้ามือ เป็นลม หรือหายใจไม่ออก ให้หยุดการรมทันที และให้ทำการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ถ้าอาการไม่ดีขึ้นให้ส่งต่อแพทย์แผนปัจจุบัน

การอบไอน้ำสมุนไพร

ข้อบ่งใช้

เพื่อบำบัดรักษาฟื้นฟูอาการทางเดินหายใจส่วนต้น

ประโยชน์

1. ให้การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น
2. ทำให้ลดอาการอักเสบ บวม ปวดของกล้ามเนื้อ
3. ทำให้กล้ามเนื้อและเส้นเอ็นผ่อนคลาย แก้อาการปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดหลัง ปวดเอว เป็นต้น
4. ทำให้ระบบการหายใจดีขึ้น รักษาอาการหวัด คัดจมูก หอบหืด ภูมิแพ้ และอื่นๆ
5. ทำให้รูขุมขนเปิดและสิ่งสกปรกถูกขับออกมาพร้อมเหงื่อ
6. รักษาอาการคัน โรคผิวหนัง

ข้อห้าม

1. มีอาการอ่อนเพลีย อดนอน อดอาหาร หรือหลังรับประทานอาหารอิ่มใหม่ๆ ไม่เกิน ครึ่งชั่วโมง
2. มีไข้สูงเกิน 37.5 องศาเซลเซียส หรือหลังฟื้นไข้ใหม่ๆ
3. เป็นโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคหอบหืด โรคลมชัก โรคไต โรคเบาหวาน
4. มีแผลผ่าตัด หรือแผลผ่าคลอด ที่ยังไม่หายสนิท
5. มีอาการปวดศีรษะชนิดเวียนศีรษะ คลื่นไส้
6. แพ้ยาสมุนไพร หรือมีอาการไม่พึงประสงค์จากสมุนไพร

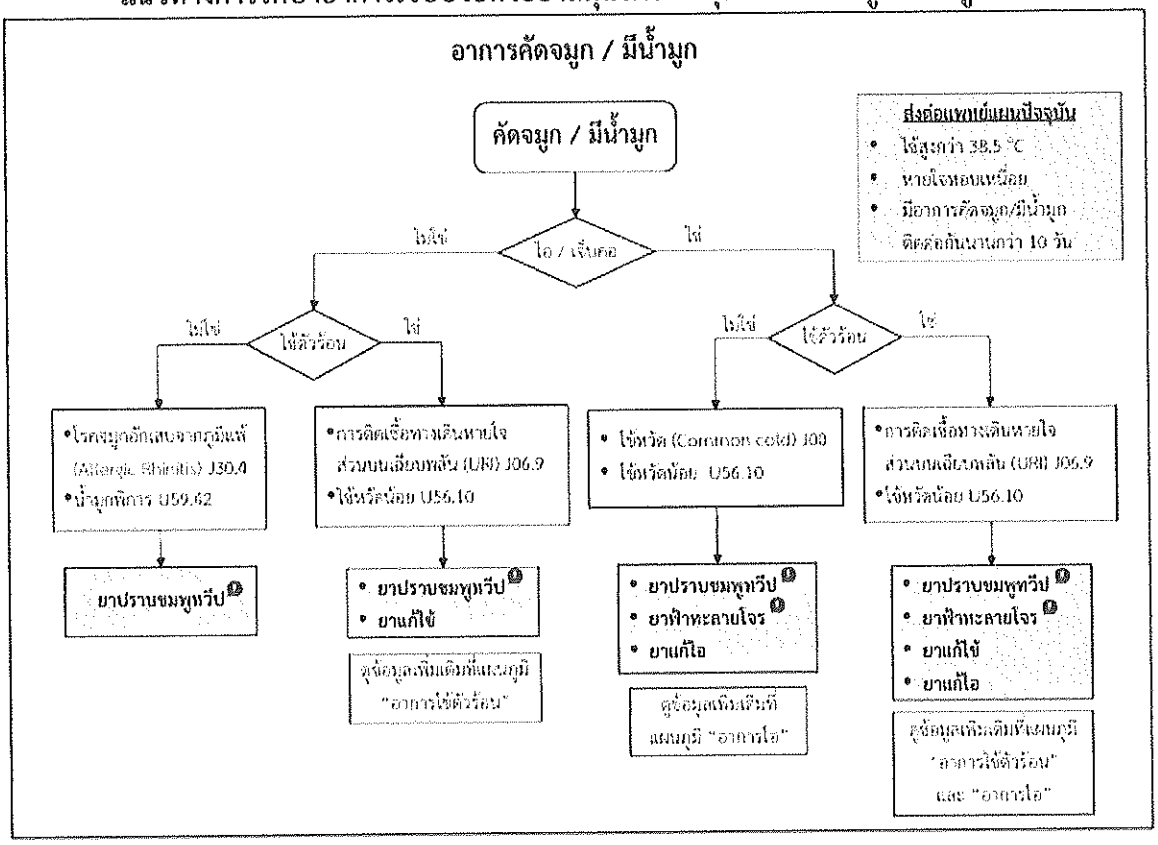
ข้อควรระวัง

หลังการอบสมุนไพรครบตามเวลา ไม่ควรอาบน้ำทันที ให้นั่งพัก ๓-๕ นาที หรือรอจนเหงื่อแห้งแล้วจึงอาบน้ำอีกครั้ง เพื่อชำระคราบเหงื่อไคลและสมุนไพรออกจากร่างกายและช่วยให้เส้นเลือดหดตัวเป็นปกติ

อาการแทรกซ้อน

ขณะเข้าอบไอน้ำสมุนไพรอาจทำให้ความร้อนในร่างกายสูงขึ้นได้ ซึ่งการดูแลเบื้องต้นให้ดื่มน้ำมากๆ แต่ถ้าหากมีอาการวิงเวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม หายใจไม่ออก แสบผิวหนังควรหยุดการอบไอน้ำสมุนไพรทันทีและทำการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ถ้าอาการไม่ดีขึ้นให้ส่งแพทย์แผนปัจจุบัน

แนวทางการรักษาอาการเจ็บป่วยด้วยยาสมุนไพร "กลุ่มอาการคัดจมูก/มีน้ำมูก"



เอกสารอ้างอิง : แนวทางการรักษาอาการเจ็บป่วยด้วยยาสมุนไพรในระบบบริการปฐมภูมิ ฉบับ พ.ศ. 2568 กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ

โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 60-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ

ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 4 หน้า) วันที่อนุมัติใช้ 5 มกราคม 2569

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นางสาวบุษกร แก้ววิเศษ	แพทย์แผนไทย	

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
แพทย์หญิงบุษกร สมสะอาด	นายแพทย์ชำนาญการ	

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางพัชรี ศรียันต์)
แพทย์แผนไทยชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มงานแพทย์แผนไทย

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

หน่วยงานที่นำไปใช้ : PCT , องค์กรแพทย์ , แพทย์แผนไทย

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/4
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 60-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่
	เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสาวบุษกร แก้ววิเศษ หน่วยงาน : งานแพทย์แผนไทย	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : PCT , องค์กรแพทย์ , แพทย์แผนไทย

กลุ่มอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ

คำจำกัดความ

กลุ่มอาการปวดเมื่อย มักมีการดำเนินโรคจากอาการปวดจากนั้นจึงมีอาการเมื่อยตึง และตามด้วยอ่อนล้า ซึ่งล้วนแต่เป็นอาการผิดปกติของธาตุลม ทำให้การไหลของลมไม่ราบรื่น ส่งผลกระทบให้ธาตุไฟที่อาศัยอยู่ในธาตุลมมีการเคลื่อนผิดปกติไปด้วย จึงเกิดอาการปวด บริเวณนั้น ๆ นอกจากนี้ยังกระทบต่อธาตุน้ำที่อยู่ในกล้ามเนื้อ เส้นเอ็นและข้อ ทำให้กล้ามเนื้อแข็ง มีอาการเมื่อยตึง ซึ่งหากเกิดภาวะเหล่านี้ติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน จะส่งผลให้ธาตุลมและ ธาตุไฟไม่สามารถไหลเวียนบริเวณกล้ามเนื้อและเส้นเอ็นบริเวณนั้นได้อย่างเป็นปกติ ทำให้เกิดอาการอ่อนล้า ซึ่งโรคที่พบบ่อยในทางการแพทย์แผนไทย เช่น ลมปลายปัตคาด ลมจับโปง

เกณฑ์การคัดกรองเข้ารับการรักษา

1. มีประวัติปวด ตึง เสียว กล้ามเนื้อหรือเส้นเอ็นบริเวณต่างๆของร่างกาย
2. มีอาการติดขัด เคลื่อนไหวไม่ได้องศาของข้อต่างๆ
3. มีอาการมึน ชา อ่อนแรงตามข้อหรือส่วนอื่นๆตามร่างกาย

เกณฑ์การส่งต่อแพทย์แผนปัจจุบัน

1. สัญญาณชีพผิดปกติ ได้แก่
   - อุณหภูมิร่างกาย สูงกว่า 38 องศาเซลเซียส
   - อัตราการหายใจ มากกว่า 20 ครั้งต่อนาที หรือน้อยกว่า 10 ครั้งต่อนาที
   - อัตราการเต้นของหัวใจ (ชีพจร) มากกว่า 100 ครั้งต่อนาที หรือน้อยกว่า 60 ครั้งต่อนาที
   - ความดันโลหิต ต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท หรือสูงกว่า 180/110 มิลลิเมตรปรอท
2. มีอาการของโรคที่รุนแรงขึ้น เช่น มีอาการปวดและร้าวหรือชาตามแนวเส้นประสาท ข้ออักเสบติดเชื้อ กล้ามเนื้ออักเสบติดเชื้อ อาการปวดที่ระดับรุนแรง บวมแดงร้อน รุนแรง
3. มีอาการของโรคแทรกซ้อน หรือโรคอื่นที่เกิดร่วมด้วย เช่น
   - แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก ปากเบี้ยว สับสน
   - ปวดร้าวไปสะบักร่วมกับอาการเจ็บแน่นหน้าอก
   - ปวดหลังบั้นเอว ร่วมกับปัสสาวะสีขุ่น เป็นฟอง, เป็นเลือด
4. มีอาการอื่นที่ควรคำนึง ได้แก่ มีประวัติประสบอุบัติเหตุ ทำให้กระดูกแตก หัก ปริ ร้าว หรือมีบาดแผล ภายใน 2 สัปดาห์

เกณฑ์การส่งต่อแพทย์แผนปัจจุบันเมื่อรักษาแล้วอาการไม่ดีขึ้นหรือมีภาวะแทรกซ้อน

1. ตรวจพบภาวะข้อต่อหลุด กระดูกหัก แตก ร้าว
2. มีแผลติดเชื้อ
3. มีไข้สูง
4. มีความดันโลหิต สูงกว่า 180/110 มิลลิเมตรปรอท
5. มีอาการหอบ เหนื่อย หายใจติดขัด ชีพจรเต้นเร็วผิดจังหวะ

การตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์แผนไทย

1. ซักประวัติ วัดสัญญาณชีพและวิเคราะห์โรคทางการแพทย์แผนไทย ถามอาการและอาการแสดงเช่น บริเวณที่ปวด ระยะเวลาที่เป็น มูลเหตุที่ก่อให้เกิดอาการ
2. ตรวจร่างกาย
   - ดูบริเวณที่ปวดมีอาการบวม แดง ผิดรูปหรือไม่ ดูองศาการเคลื่อนไหว
   - คลำบริเวณที่ปวดมีความร้อนเย็น การอ่อนแข็งของกล้ามเนื้อ
   - การตรวจตามสูตรการรักษาทางหัตถบำบัดตามอาการแต่ละโรค

การรักษาทางการแพทย์แผนไทย

ในทางการแพทย์แผนไทยกลุ่มอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อต่างๆตามร่างกายถือว่าเป็นโรคลมชนิดหนึ่งที่ ทำให้เกิดการแข็งตัวของเลือดและกล้ามเนื้อบริเวณต่างๆตามร่างกาย ในการรักษาจึงมีทั้งการทำหัตถการ ต่างๆและใช้ยาสมุนไพรร่วมด้วยดังนี้

1. การนวดแผนไทยตามสูตรการรักษา
2. การประคบสมุนไพร
3. การอบสมุนไพร
4. การใช้ยาสมุนไพร

ตำรับยาสมุนไพรในบัญชียาหลักที่ใช้

1. ยาสำหรับรับประทาน

1.1 ยาเถาวัลย์เปรียง

สรรพคุณ บรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อ ลดการอักเสบของกล้ามเนื้อรับประทาน ครั้งละ 500 มิลลิกรัม – 1 กรัม วันละ 3 ครั้ง หลังอาหารทันที

1.2 ยาสหัศธารา

สรรพคุณ ขับลมในเส้น แก้ลมกองหยาบ ขนาดรับประทานครั้งละ 1 – 1.5 กรัม วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร

2. ยาสำหรับใช้ภายนอก

2.1 ยาขี้ผึ้งไพล

สรรพคุณ บรรเทาอาการปวดเมื่อย ทาและถูเบา ๆ บริเวณที่มีอาการวันละ 2 - 3 ครั้ง

2.2 ยาน้ำมันไพล

สรรพคุณ บรรเทาอาการบวม ฟกช้ำ เคล็ดยอก ทาและถูเบา ๆ บริเวณที่มีอาการวันละ 2-3 ครั้ง

2.3 ลูกประคบสมุนไพร

สรรพคุณ ใช้ประคบเพื่อลดอาการปวด ช่วยคลายกล้ามเนื้อ เอ็น และข้อ

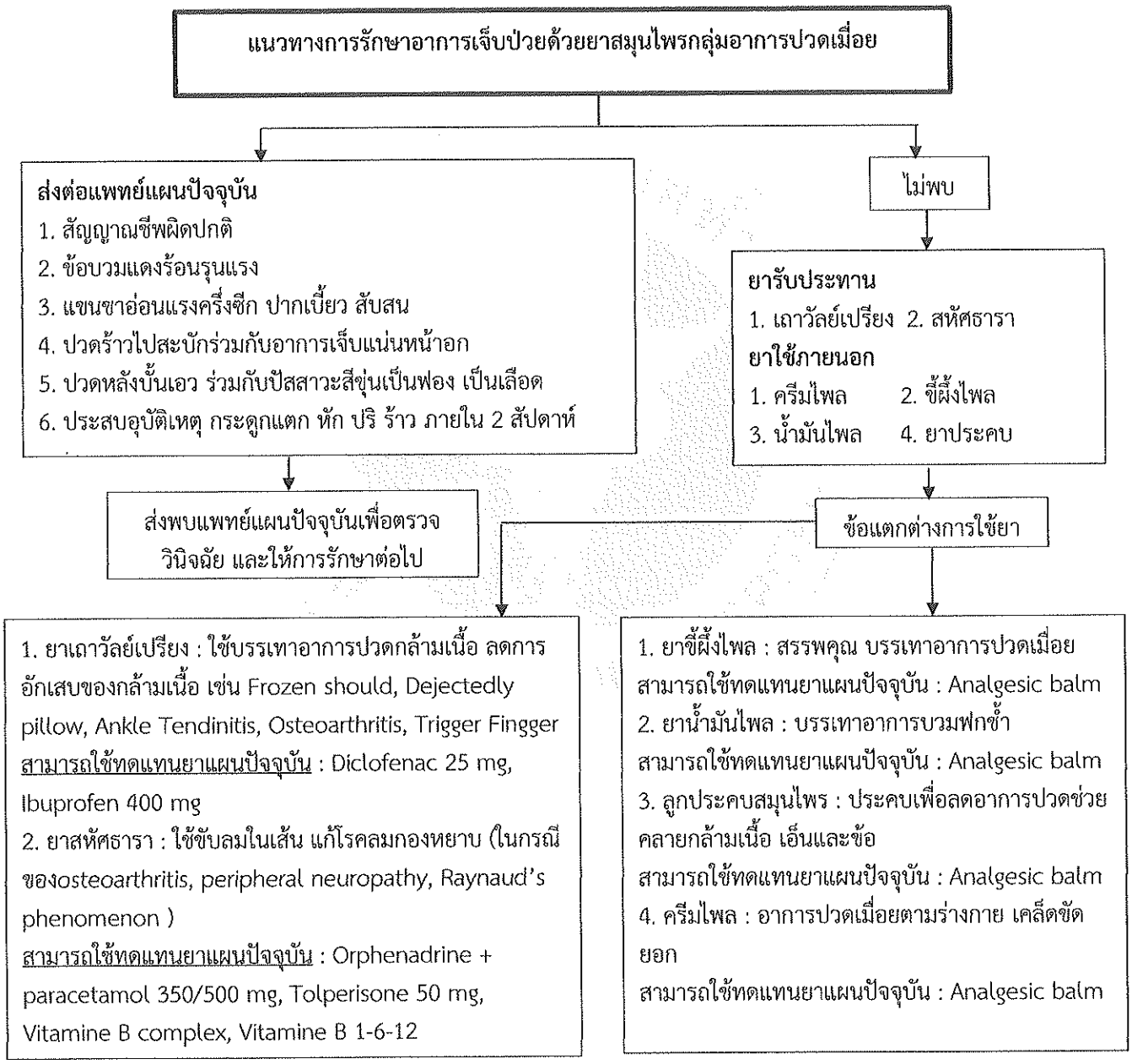
2.4 ครีมไพล

สรรพคุณ บรรเทาอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย เคล็ดขัดยอก

การประเมินและติดตามผลการรักษา

ติดตามผลการรักษาโดยนัดเพื่อประเมินอาการและอาการแสดงตามเกณฑ์การรักษา เพื่อดูว่าอาการดี ขึ้นหรือไม่ โดยการซักประวัติและตรวจทางหัตถการที่สัมพันธ์กับอาการของโรค ความถี่ของอาการ ปวดลดลงหรือไม่ เมื่อรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยตามหลักหัตถเวชกรรมไทยครบแล้วอาการไม่ดีขึ้นให้แพทย์แผนไทยประเมินเพื่อทำการส่งต่อผู้ป่วยพบแพทย์แผนปัจจุบันต่อไป

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 4/4
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 60-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่
	เรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางสาวบุษกร แก้ววิเศษ หน่วยงาน : งานแพทย์แผนไทย	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : PCT , องค์กรแพทย์ , แพทย์แผนไทย



เอกสารอ้างอิง : แนวทางการรักษาอาการเจ็บป่วยด้วยยาสมุนไพรในระบบบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2568 กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย

โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 61-SP-PCT-2569

เรื่อง : ระเบียบวิธีปฏิบัติงานการป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง / ผิดหัตถการ

ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 5 หน้า) วันที่อนุมัติใช้ 5 มกราคม 2569

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นางณัฐชยา มณีนิล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
แพทย์หญิงณัฏฐนิช วราพุฒ	นายแพทย์ปฏิบัติการ	

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางสาวสุพรรณี วงคำจันทร์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

หน่วยงานที่นำไปใช้ : ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทันตกรรม , OPD , ER , IPD , X-ray , กายภาพ , งานปฐมภูมิ

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/5
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 61-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1
	เรื่อง : ระเบียบวิธีปฏิบัติงานการป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง / ผิดหัตถการ	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางณัฐชยา มณีนิล หน่วยงาน : งานผู้ป่วยนอก OPD-NCD	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ทันตกรรม , OPD , ER , IPD , X-ray , กายภาพ , งานปฐมภูมิ

วัตถุประสงค์ของการป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง และผิดหัตถการ มีเป้าหมายสำคัญดังนี้

1. เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety)

ป้องกันการเกิดอันตรายร้ายแรง ความพิการ หรือการเสียชีวิตที่อาจเกิดจากการผ่าตัดผิดพลาด

2. เพื่อป้องกันความผิดพลาดที่ไม่ควรเกิด (Never Events)

การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง หรือผิดหัตถการถือเป็นความผิดพลาดร้ายแรงที่สามารถป้องกันได้

3. เพื่อให้การรักษาเป็นไปอย่างถูกต้องตามแผนการรักษา

สร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดหรือหัตถการที่ถูกต้อง ตรงตามการวินิจฉัยและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

3. เพื่อสร้างมาตรฐานและความสม่ำเสมอในการปฏิบัติงาน

ส่งเสริมการใช้กระบวนการที่เป็นมาตรฐาน เช่น การยืนยันตัวตนผู้ป่วย การทำ Surgical Site Marking และการทำ Time Out

4. เพื่อส่งเสริมการสื่อสารและการทำงานเป็นทีมของบุคลากรทางการแพทย์

ลดความคลาดเคลื่อนจากการสื่อสารผิดพลาดระหว่างทีมแพทย์ พยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

5. เพื่อเสริมสร้างความเชื่อมั่นของผู้ป่วยและญาติ

ทำให้ผู้ป่วยมั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัยของการรักษา

6. เพื่อป้องกันปัญหาทางกฎหมายและจริยธรรม

ลดความเสี่ยงต่อการฟ้องร้อง ความเสียหายต่อวิชาชีพ และภาพลักษณ์ของสถานพยาบาล

นโยบาย

การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง และผิดหัตถการ เป็นเหตุการณ์ร้ายแรงที่สามารถป้องกันได้ และส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย คุณภาพการรักษา รวมถึงภาพลักษณ์และความน่าเชื่อถือของสถานพยาบาล จึงจำเป็นต้องกำหนดนโยบายและแนวปฏิบัติที่ชัดเจนเป็นมาตรฐานเดียวกัน

เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ในการป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง และผิดหัตถการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดหรือหัตถการที่ถูกต้อง ตรงตามการวินิจฉัยและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

ขอบเขตการ

นโยบายนี้ใช้กับการผ่าตัดและหัตถการทุกประเภท ทั้งผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และหัตถการที่ทำในห้องผ่าตัดหรือพื้นที่ที่เกี่ยวข้อง โดยครอบคลุมบุคลากรทุกวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

ผู้รับผิดชอบ : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 2/5
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 61-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1
	เรื่อง : ระเบียบวิธีปฏิบัติงานการป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง / ผิดหัตถการ	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางณัฐชยา มณีนิล หน่วยงาน : งานผู้ป่วยนอก OPD-NCD	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ทันตกรรม , OPD , ER , IPD , X-ray , กายภาพ , งานปฐมภูมิ

คำจำกัดความ (Definition) การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง และผิดหัตถการ

1. **การผ่าตัดผิดคน (Wrong Patient Surgery)**
   หมายถึง การผ่าตัดหรือทำหัตถการกับผู้ป่วยที่ไม่ใช่ผู้ป่วยตามแผนการรักษาหรือใบสั่งแพทย์ที่ถูกต้อง
2. **การผ่าตัดผิดข้าง (Wrong Side Surgery)**
   หมายถึง การผ่าตัดหรือทำหัตถการในอวัยวะหรือส่วนของร่างกายคนละข้างกับที่ระบุไว้ในแผนการรักษา เช่น ผ่าตัดขาขวาแทนขาซ้าย
3. **การผ่าตัดผิดตำแหน่ง (Wrong Site Surgery)**
   หมายถึง การผ่าตัดหรือทำหัตถการในตำแหน่งที่ไม่ถูกต้องภายในอวัยวะเดียวกัน หรือคนละตำแหน่งกับที่กำหนดไว้ เช่น ผ่าตัดผิดนิ้ว ผิดระดับกระดูก หรือผิดตำแหน่งของแผล
4. การผ่าตัดผิดหัตถการ (Wrong Procedure Surgery)
   หมายถึง การผ่าตัดหรือทำหัตถการที่ไม่ตรงกับชนิดหรือวิธีการรักษาที่กำหนดไว้ในแผนการรักษา ใบสั่งแพทย์ หรือความยินยอมของผู้ป่วย

คำจำกัดความ (Definition) ของการทำหัตถการ

การทำหัตถการ (Procedure) หมายถึง การกระทำทางการแพทย์หรือการพยาบาลที่ใช้ทักษะ เทคนิค เครื่องมือ หรืออุปกรณ์ เพื่อการตรวจวินิจฉัย การรักษา การบรรเทาอาการ การป้องกันโรค หรือการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นการกระทำที่มีหรือไม่มีการผ่าตัด และอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่น

- การผ่าตัด (Surgical procedure) , การทำ Excision
- การเย็บแผล การตัดชิ้นเนื้อ
- การใส่สายสวน สายระบาย
- การให้ยาหรือสารน้ำทางหลอดเลือด
- การทำหัตถการเฉพาะทาง เช่น เจาะไขสันหลัง ใส่ท่อช่วยหายใจ ใส่ ICD การทำกายภาพ การใส่-การถอด Norplant
- การทำหัตถการ เพื่อยืนยันการตรวจวินิจฉัยโรค เช่น การตรวจอัลตราซาวน์ การ X-ray

หมายเหตุ : การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง และผิดหัตถการ จัดเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่สามารถป้องกันได้ (Never Events)

การผ่าตัด การทำหัตถการ คือ การกระทำใด ๆ ทางการแพทย์หรือการพยาบาลที่ต้องอาศัยทักษะและเครื่องมือ เพื่อการตรวจ วินิจฉัย รักษา หรือป้องกันโรค ซึ่งอาจมีความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งโรงพยาบาลห้วยทับทันได้มีการกำหนดการผ่าตัด และการทำหัตถการ ต่างๆไว้ดังนี้

- การผ่าตัด (Surgical procedure) , การทำ Excision
- การเย็บแผล การตัดชิ้นเนื้อ
- การใส่สายสวน สายระบาย
- การให้ยาหรือสารน้ำทางหลอดเลือด
- การทำหัตถการเฉพาะทาง เช่น การเจาะไขสันหลัง , การใส่ท่อช่วยหายใจ , การใส่ ICD , การทำกายภาพบำบัด , การใส่-การถอด Norplant , การ Remove ต่างๆ , การทำ I&D
- การทำหัตถการ เพื่อยืนยันการตรวจวินิจฉัยโรค เช่น การตรวจอัลตราซาวน์ , การ X-ray , การตรวจพิเศษ PV , Pap-smear

แนวทางปฏิบัติ

1. แนวทางและมาตรการป้องกัน

1.1 การยืนยันตัวตนผู้ป่วย (Patient Identification) ตรวจสอบชื่อ–สกุล เลขประจำตัวผู้ป่วย HN หรือ AN อย่างน้อย 2 ข้อบ่งชี้ สายรัดข้อมือผู้ป่วย ใบสั่งผ่าตัด เวชระเบียน คำบอกเล่าของผู้ป่วย (ถ้ารู้สึกตัว) และเอกสารทางการแพทย์ ยืนยันตรงกันทุกขั้นตอนก่อนทำการผ่าตัดหรือก่อนการทำหัตถการ

1.2 การยืนยันการทำหัตถการหรือยืนยันตำแหน่งของการผ่าตัด (Procedure & Site Verification) ตรวจสอบชนิดหัตถการ ข้าง และตำแหน่งผ่าตัดให้ตรงกับใบสั่งแพทย์ แผนการรักษา และความยินยอมของผู้ป่วย

1.3 การทำเครื่องหมายตำแหน่งผ่าตัด (Surgical Site Marking) หรือเครื่องหมายการทำหัตการ เช่น การทำ Excision แพทย์ผู้ทำการผ่าตัดเป็นผู้ทำเครื่องหมายตำแหน่งผ่าตัดอย่างชัดเจนและถูกต้องก่อนเข้าห้องผ่าตัด ก่อนการทำ Excision

1.4 การทำ Time Out ก่อนเริ่มผ่าตัด/หัตถการ ทีมผ่าตัดทุกคนต้องหยุดและร่วมกันยืนยันผู้ป่วย หัตถการ ตำแหน่งผ่าตัด และอุปกรณ์ ก่อนเริ่มดำเนินการทุกครั้ง

1.5 การสื่อสารและการทำงานเป็นทีม เปิดโอกาสให้บุคลากรทุกคนสามารถทักท้วงหรือหยุดการผ่าตัดได้ หรือหัตถการ หากพบความไม่ถูกต้องหรือความเสี่ยง

2. ความรับผิดชอบ แพทย์ พยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ต้องปฏิบัติตามนโยบายนี้อย่างเคร่งครัด หน่วยงานและผู้บริหารมีหน้าที่กำกับ ติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติตามนโยบาย

3. การติดตามและประเมินผล

มีการติดตาม ตรวจสอบ และทบทวนเหตุการณ์ความเสี่ยงหรืออุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อปรับปรุงระบบและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1. ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย

1.1 ไม่เกิดเหตุการณ์ผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง หรือผิดหัตถการ (Zero Event)

1.2 ลดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนและ Near Miss ที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด

1.3 ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ตรงตามแผนการรักษา

2. ด้านกระบวนการดูแลรักษา

2.1 มีการยืนยันตัวผู้ป่วย หัตถการ และตำแหน่งผ่าตัดอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นมาตรฐานเดียวกัน

2.2 มีการปฏิบัติตามแนวทาง Time Out และ Surgical Safety Checklist ทุกครั้งก่อนเริ่มหัตถการ

2.3 ทีมผ่าตัดมีการสื่อสารที่ชัดเจน และทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ

3. ด้านบุคลากรทางการแพทย์

3.1 บุคลากรมีความตระหนักและรับผิดชอบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

3.2 บุคลากรทุกระดับกล้าทักท้วงเมื่อพบความไม่ถูกต้อง

3.3 ลดความเครียด ความเสี่ยงทางวิชาชีพ และความผิดพลาดจากระบบงาน

4. ด้านคุณภาพและมาตรฐานองค์กร

4.1 หน่วยงานผ่านเกณฑ์มาตรฐานด้านความปลอดภัยผู้ป่วย (เช่น HA, JCI)

4.2 มีระบบป้องกัน Sentinel Event ที่มีประสิทธิภาพ

4.3 สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย (Safety Culture) ภายในองค์กร

5. ด้านผู้ป่วยและญาติ

5.1 ผู้ป่วยและญาติมีความเชื่อมั่นในระบบการรักษา

5.2 ลดการร้องเรียนและข้อพิพาททางกฎหมาย

5.3 เพิ่มความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพ

เครื่องชี้วัดคุณภาพ (Outcome Indicators)

1. อัตราการเกิดการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง / ผิดหัตถการ **เป้าหมาย : 0 ครั้ง**
2. อัตราการเกิด Near Miss ที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด **เป้าหมาย** : มีรายงานครบถ้วน (ไม่ตั้งเป้าเป็นศูนย์ เพื่อส่งเสริมการรายงาน)
3. ร้อยละของการทำ Time Out ก่อนเริ่มผ่าตัด **เป้าหมาย : 100%**
4. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการทำ Site Marking ถูกต้อง การทำเครื่องหมายตำแหน่งผ่าตัดตามข้อกำหนด **เป้าหมาย : 100%**
5. ร้อยละของการยืนยันตัวผู้ป่วยด้วยอย่างน้อย 2 ตัวบ่งชี้ **เป้าหมาย : 100%**

วิธีการตรวจสอบ

1. การนิเทศติดตามการปฏิบัติงาน การสังเกตการปฏิบัติงานจริง
2. การตรวจสอบจากเอกสาร เวชระเบียนผู้ป่วย
3. การตรวจสอบจากการรับฟังเสียงผู้ป่วยและญาติ
4. การสรุปกิจกรรมรายวัน การรายงานความเสี่ยง ข้อร้องเรียน

เอกสารอ้างอิง

อ้างอิงตาม WHO Surgical Safety Checklist, Universal Protocol ของ The Joint Commission และมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล **กระทรวงสาธารณสุข.**

แนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย.

โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 62-SP-PCT-2569

เรื่อง : ระเบียบวิธีปฏิบัติงานการระบุตัวผู้ป่วย

ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 10 หน้า) วันที่อนุมัติใช้ 5 มกราคม 2569

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
นางณัฐชยา มณีนิล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
แพทย์หญิงณัฏฐนิช วราพุฒ	นายแพทย์ปฏิบัติการ	

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางสาวสุพรรณี วงคำจันทร์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

หน่วยงานที่นำไปใช้ : ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทันตกรรม , OPD , ER , IPD , X-ray , กายภาพ , งานปฐมภูมิ

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
2		ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/10
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 62-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1
	เรื่อง : ระเบียบวิธีปฏิบัติงานการระบุตัวผู้ป่วย	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางณัฐชยา มณีนิล หน่วยงาน : งานผู้ป่วยนอก OPD-NCD	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มั่นใจว่าการดูแลรักษา การตรวจ การรักษา การผ่าตัด และการทำหัตถการ ดำเนินการกับผู้ป่วย **ถูกคน ถูกหัตถการ และถูกต้องตามแผนการรักษา**
2. เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางการแพทย์ เช่น การให้ยาผิดคน การผ่าตัดผิดคน การทำหัตถการผิดผู้ป่วย หรือการส่งตรวจผิดราย
3. เพื่อเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยตลอดกระบวนการให้บริการ ตั้งแต่รับไว้รักษา ตรวจรักษา จนถึงจำหน่าย
4. เพื่อให้การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์เป็นไปอย่างถูกต้องและตรงกัน ลดความสับสนในการดูแลผู้ป่วย
5. เพื่อให้สอดคล้องกับมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามแนวทางของ WHO , The Joint Commission และมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA)
6. เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้ป่วยและญาติในคุณภาพและความปลอดภัยของการให้บริการทางการแพทย์

นโยบาย

โรงพยาบาลให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ป่วย กำหนดให้มีการระบุตัวผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ชัดเจน และเป็นมาตรฐานเดียวกันตลอดกระบวนการให้บริการ เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางการแพทย์ เช่น การให้ยาผิดคน การทำหัตถการหรือผ่าตัดผิดผู้ป่วย และการส่งตรวจหรือรายงานผลผิดราย

เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ในการระบุตัวผู้ป่วยในกระบวนการดูแลรักษา ให้ถูกต้องถูกคน ปลอดภัยจากความเสี่ยงขณะรับการตรวจรักษาโรค เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ตรงตามการวินิจฉัยและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

ขอบเขตการ

การระบุตัวผู้ป่วยให้ถูกต้องครอบคลุม ทุกหน่วยบริการ ทุกขั้นตอนของการให้บริการการดูแลทางการแพทย์และการพยาบาล ของบุคลากรทุกระดับ เพื่อให้การบริการเป็นไปอย่างถูกต้องและปลอดภัย ป้องกันความคลาดเคลื่อน เพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทุกกลุ่ม

ผู้รับผิดชอบ

ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 2/10
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 62-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1
	เรื่อง : ระเบียบวิธีปฏิบัติงานการระบุตัวผู้ป่วย	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : นางณัฐชยา มณีนิล หน่วยงาน : งานผู้ป่วยนอก OPD-NCD	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

คำจำกัดความ (Definition)

การระบุตัวผู้ป่วย หมายถึง กระบวนการตรวจสอบและยืนยันตัวบุคคลของผู้ป่วยโดยใช้ตัวบ่งชี้ที่เชื่อถือได้ เพื่อให้มั่นใจว่าการดูแลรักษาดำเนินการกับผู้ป่วยที่ถูกต้อง

การระบุตัวผู้ป่วย ความแม่นยำในการระบุตัวผู้ป่วยในกระบวนการดูแลรักษา การพยาบาล การทำหัตถการ การตรวจสอบ การระบุตัวตนของผู้ป่วยโดยการสอบถามและตรวจสอบข้อมูลจากผู้ป่วยกับแฟ้มเวชระเบียนให้ถูกต้องตรงกันก่อนและหลังเข้ารับบริการ เพื่อป้องกันการรักษาพยาบาล ผิดคน โดยการตรวจสอบ เลขประจำตัวผู้ป่วย (HN) จากบัตรประชาชน เลข 13 หลัก สอบถาม ชื่อ นามสกุล วันเดือนปีเกิด แบบปลายเปิด

แนวทางปฏิบัติ

แนวทางปฏิบัติการระบุตัวผู้ป่วย (Patient Identification Practice Guideline) โดยรวม มีดังนี้

1. หลักการสำคัญ

1.1 ต้องระบุตัวผู้ป่วยอย่างถูกต้อง **ทุกครั้งก่อนให้บริการ**

1.2 ใช้ **อย่างน้อย 2 ตัวบ่งชี้ที่เชื่อถือได้**

1.3 ห้ามใช้ **หมายเลขห้อง เตียง หรือที่ตั้งผู้ป่วย** เป็นตัวบ่งชี้

1.4 หากพบข้อมูลไม่ตรงกัน ต้อง **หยุดการให้บริการทันที** และแก้ไขก่อนดำเนินการต่อ

2. ข้อบ่งชี้ที่ใช้ในการระบุตัวผู้ป่วย

2.1 ใช้ข้อบ่งชี้อย่างน้อย 2 รายการ ได้แก่

2.1.1 ชื่อ–สกุล

2.1.2 เลขประจำตัวผู้ป่วย (HN หรือ AN) หรือเลขบัตรประจำตัวประชาชน

2.1.3 วันเดือนปีเกิด (กรณีจำเป็น)

2.1.4 ไม่ใช้ภาพถ่ายหรือเตียงผู้ป่วยเป็นตัวบ่งชี้หลัก

3. วิธีการระบุตัวผู้ป่วยในสถานการณ์ต่าง ๆ

3.1 ผู้ป่วยที่รู้สึกตัวและสื่อสารได้ให้ผู้ป่วย **บอกชื่อ–สกุลด้วยตนเอง** ตรวจสอบความถูกต้องกับสายรัดข้อมือและเอกสาร

3.2 ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว / สื่อสารไม่ได้ ตรวจสอบจากสายรัดข้อมือ เวชระเบียน และเอกสารกำกับ ยืนยันข้อมูลกับญาติหรือผู้ดูแล (ถ้ามี)

3.3 ผู้ป่วยเด็ก ตรวจสอบจากสายรัดข้อมือ ยืนยันข้อมูลกับบิดามารดาหรือผู้ปกครองร่วมด้วย

3.4 ผู้ป่วยฉุกเฉิน ใช้รหัสชั่วคราวตามระบบของสถานพยาบาล ระบุตัวตนจริงโดยเร็วที่สุดเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อม

4. จุดที่ต้องระบุตัวผู้ป่วยทุกครั้ง

ต้องระบุตัวผู้ป่วยก่อนดำเนินการดังต่อไปนี้

4.1 การให้ยา เลือด หรือสารน้ำ

4.2 การเจาะเลือด ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

4.3 การตรวจทางรังสีและการตรวจพิเศษ

4.4 การทำหัตถการหรือการผ่าตัด

4.5 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

4.6 การส่งต่อผู้ป่วย

5. การใช้สายรัดข้อมือผู้ป่วย

5.1 ผู้ป่วยในทุกคนต้องใส่สายรัดข้อมือระบุตัวตน

5.2 ข้อมูลบนสายรัดต้องชัดเจน ถูกต้อง อ่านได้ง่าย

5.3 ตรวจสอบความถูกต้องทุกครั้งก่อนให้บริการ

5.4 หากสายรัดชำรุดหรือสูญหาย ต้องเปลี่ยนใหม่ทันที

6. บทบาทและความรับผิดชอบ

6.1 บุคลากรผู้ให้บริการ ต้องตรวจสอบและยืนยันตัวผู้ป่วยก่อนดำเนินการทุกครั้ง

6.2 หัวหน้าหน่วยงาน กำกับ ดูแล และติดตามการปฏิบัติตามแนวทาง

6.3 ทุกคนในทีม มีสิทธิ์และหน้าที่ทักท้วงเมื่อพบความไม่ถูกต้อง

7. การบันทึกและติดตาม

7.1 บันทึกการระบุตัวผู้ป่วยในเวชระเบียนหรือแบบฟอร์มที่กำหนด

7.2 รายงานอุบัติการณ์หรือ Near Miss ที่เกี่ยวข้อง

7.3 นำผลการทบทวนไปปรับปรุงระบบงานอย่างต่อเนื่อง

แนวทางการระบุตัวผู้ป่วย มีดังนี้

1. ต้องระบุตัวผู้ป่วยทุกครั้งก่อนให้บริการ หรือทำกิจกรรมการดูแลรักษาพยาบาล การใส่ป้ายข้อมือ การเคลื่อนย้าย ส่งต่างแผนก การส่งต่อ การทำหัตถการต่างๆ โดยใช้ตัวบ่งชี้อย่างน้อย 2 ตัว ดังนี้

1.1 ชื่อ – นามสกุล และอายุ (ผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ให้ถามชื่อเล่นด้วย)

1.2 เลขประจำตัวประชาชน เลขประจำตัวโรงพยาบาล หรือ อายุ วัน เดือน ปีเกิด บัตรประชาชน หรือบัตรที่ทางราชการออกให้ที่มีรูปถ่าย หรือ พาสปอร์ท

2. ให้งานเวชระเบียนใช้ชื่อ – นามสกุล อายุ หรือร่วมกับชื่อบิดา-มารดา , หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ และสแกนบัตรประจำตัวผู้ป่วย ในระบบทะเบียนบัตรแรกเข้ารับบริการในตู้คีออส Neo คิว

3. การติดป้ายระบุชื่อ-นามสกุล , อายุ ที่ต้องใช้กับผู้ป่วย (ข้อมือหรือข้อเท้า) กรณีผู้ป่วยที่ Admit ทุกราย , ทารกแรกเกิด/มารดา จะต้องติดป้ายข้อมือไว้ตลอดการรักษาในโรงพยาบาล กรณีที่พบข้อมูลบนป้ายข้อมือไม่ชัดเจน หรือมีการลอกออก ต้องทำการเปลี่ยนป้าย/ ติดป้ายข้อมือใหม่ทันที (ห้ามใช้หมายเลขห้อง หรือหมายเลขเตียงในการระบุเพียงอย่างเดียว)

4. การระบุตัวทารกแรกเกิด กรณีเด็กทารก : พยาบาลห้องคลอดเขียนป้ายผูกข้อมือเด็กทารกแรกเกิด ระบุเพศ เด็กหญิง/เด็กชายบุตรนาง.....สกุล..... คลอด..... วันที่..... เวลา.....น.

5. สอบถามชื่อ นามสกุล อายุ ทุกครั้งที่จะให้บริการผู้ป่วยในทุกกิจกรรม

6. กรณีผู้ป่วยเสียชีวิต

6.1 ผู้ป่วยที่เสียชีวิตที่หอผู้ป่วยหรือห้องฉุกเฉินให้ผูกป้ายระบุตัวผู้ป่วยไว้ก่อน

6.2 เมื่อญาติมาติดต่อขอรับศพ ให้ญาติตรวจสอบรูปพรรณสัณฐานและตรวจสอบป้ายข้อมือ เมื่อถูกต้อง จึงถอดป้ายข้อมือออกได้และส่งมอบศพให้ญาติ (ยกเว้น กรณีที่มีความเสี่ยง ต่อการแพร่กระจายเชื้อหรือเหตุอื่นๆ ให้เป็นข้อยกเว้น)

<u>ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT) ได้กำหนดแนวทางการระบุตัวผู้ป่วยตามหน่วยงานต่างๆดังนี้</u>

<u>แผนกเวชระเบียน ระบุความถูกต้องของตัวบุคคล (Patient Identification) ปฏิบัติดังนี้</u>

1. งานเวชระเบียนใช้ชื่อ – นามสกุล อายุ หรือร่วมกับชื่อบิดา-มารดา, หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ และสแกนบัตรประจำตัวผู้ป่วย ในระบบทะเบียนบัตรแรกเข้ารับบริการในตู้คีออส Neo คิว เด็กอายุต่ำกว่า 7 ปีใช้สมุดสีชมพูประจำตัวเด็กและสำเนาทะเบียนบ้านประกอบการยืนยัน

2. เมื่อผู้ป่วยมารับบริการทุกครั้ง ตรวจสอบการระบุตัวผู้ป่วยที่ถูกต้อง ดังนี้

2.1 ให้ผู้ป่วยแสดงบัตรประชาชน / บัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย /

2.2 บัตรประจำตัวผู้ที่ไม่มีฐานะทางทะเบียน / หนังสือเดินทาง (Passport)

2.3 ตรวจสอบรูปพรรณสัณฐานของผู้ป่วย 3 แหล่งข้อมูล คือ ตัวผู้ป่วย บัตรประจำตัวและภาพถ่ายในฐานข้อมูล Him.pro

3. สอบถามหรือให้ผู้ป่วยขานชื่อ– สกุลของตนเองทุกครั้ง (Speak out) ถูกต้องและตรงกับฐานข้อมูลหรือเวชระเบียนทุกครั้ง

4. การระบุตัวผู้ป่วยด้วยรูป (ในขั้นตอนบัตร และบันทึกข้อมูลใน Computer)

4.1 ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว และ/หรือ ไม่มีญาติ

4.2 ผู้ป่วยสับสน ที่ไม่ใช้การซักถาม

4.3 ผู้ป่วยที่มีชื่อ-นามสกุล เดียวกัน

<u>งานผู้ป่วยนอก ระบุความถูกต้องของตัวบุคคล (Patient Identification) ปฏิบัติดังนี้</u>

1. ตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคลของผู้ป่วยให้ตรงกับเอกสาร ได้แก่ เวชระเบียน ตรวจสอบใบออนไลน์ สอบถาม ชื่อ นามสกุล ปลายเปิด ผลการตรวจต่างๆ เพื่อความถูกต้องตรงกันก่อนและหลังเข้ารับบริการ

2 ระบุตัวบุคคลสำหรับผู้ป่วยที่จะทำหัตถการหรือตรวจพิเศษตามแนวทางปฏิบัติ ทุกครั้ง โดยให้มีใบออนไลน์ สอบถาม ชื่อ นามสกุล ปลายเปิด ถูกต้องตรงกับใบออนไลน์ เพื่อความถูกต้องตรงกันทุกครั้ง

3. กรณีผู้สูงอายุ/ผู้พิการที่มีปัญหาการรับรู้ทางสายตา หูพิการ และผู้ป่วยเด็ก ให้มีการทวนซ้ำจากญาติและครอบครัว จนมั่นใจว่าถูกต้อง

4. แรงงานต่างด้าวหรือชาวต่างชาติ

4.1 ตรวจสอบรูปพรรณสัณฐานของผู้ป่วย 3 แหล่งข้อมูล คือ ตัวผู้ป่วย บัตรประจำตัวและภาพถ่ายในฐานข้อมูล Him-pro

4.2 กรณีมีปัญหาเรื่องการสื่อสารให้หาผู้ช่วยในการสื่อสาร เช่น ญาติหรือนายจ้างหรือใช้คู่มือช่วยในการสื่อสาร

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลยื่นบัตร

1.1 ผู้ป่วยที่มีบัตรประจำตัวประชาชน ให้ยื่นเสียบบัตรประจำตัวประชาชนที่ตู้ Authen หรือตู้ Kiosk กับเจ้าหน้าที่ประจำจุดคัดกรองคือเจ้าหน้าที่ห้องบัตร เพื่อระบุความถูกต้องจากบัตรประจำตัวประชาชนที่ผู้ป่วยนำมา

1.2 กรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้นำบัตรประจำตัวประชาชนมา เจ้าหน้าที่ประจำจุดคัดกรอง แนะนำผู้ป่วยยื่นเอกสารหรือแจ้งชื่อที่ห้องทำบัตร เจ้าหน้าที่ประจำห้องบัตร ลงทะเบียนตรวจตามระเบียบวิธีปฏิบัติ โดยเน้นความสำคัญของชื่อ – นามสกุลผู้ป่วย กับเวชระเบียนคอมพิวเตอร์ให้ตรงกัน และตรวจสอบชื่อ – นามสกุล

เลขประจำตัวผู้ป่วย (HN) บัตรประจำตัวประชาชน เลข 13 หลัก สอบถาม ชื่อ - นามสกุล วันเดือนปีเกิด แบบปลายเปิด ให้ถูกต้อง ก่อนแนะนำและส่งผู้ป่วยไปรับบริการตามจุดต่างๆ

1.3 ก่อนแนะนำและส่งผู้ป่วยไปรับบริการตามจุดต่างๆ เจ้าหน้าที่ห้องบัตร ควรมีการ Double check อีกรอบก่อนส่ง

1.4 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของกระบวนการบ่งชี้ผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการซักประวัติและประเมินอาการ

2.1 พยาบาลประจำจุดซักประวัติหน้าห้องตรวจ ที่ทำหน้าที่ซักประวัติคัดกรองผู้ป่วย โดย ตรวจสอบ

ดูลำดับหมายเลขคิวเข้าซักประวัติ จากใบออนไลน์โรงพยาบาลที่ผู้ป่วยยื่นไว้ในตะกร้าวางบัตร เรียงตามลำดับคิว และเรียกชื่อผู้ป่วยมาซักประวัติ ผ่านระบบ SMART QUEUE OPD คือ ระบบเรียกคิวผ่านจอแสดงผล และตรวจสอบชื่อ – นามสกุล ให้ตรงกับเวชระเบียนคอมพิวเตอร์โดยเน้นถึงความถูกต้อง

2.2 กรณีที่ผู้ป่วยเรียกชื่อจากบัตรคิวและใบออนไลน์โรงพยาบาล ที่ผ่านระบบ SMART QUEUE OPD และไม่ผ่านระบบ SMART QUEUE OPD ให้พยาบาลจุดซักประวัติ ทวนสอบถามชื่อ – นามสกุล อีกครั้ง หากไม่ตรงกันกับเวชระเบียนคอมพิวเตอร์ ให้รีบแจ้งเจ้าหน้าที่ประจำห้องบัตร และทำการแก้ไขทันที ลงในบันทึกอุบัติการณ์ความเสี่ยงของหน่วยงานไว้

2.3 พยาบาลซักประวัติ ก่อนซักประวัติ ตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคลของผู้ป่วยให้ตรงกับเอกสาร ได้แก่ เวชระเบียน ตรวจสอบใบออนไลน์ สอบถาม ชื่อ - นามสกุล แบบปลายเปิด ผลการตรวจต่างๆ เพื่อความถูกต้องตรงกันอีกครั้งก่อนซักประวัติ และหลังเข้ารับบริการ

2.4 กรณีที่ผู้ป่วยต้องทำหัตถการ ระบุตัวบุคคลสำหรับผู้ป่วยที่จะทำหัตถการหรือตรวจพิเศษตามแนวทางปฏิบัติ ทุกครั้ง โดยให้มีใบออนไลน์ สอบถาม ชื่อ - นามสกุล แบบปลายเปิด ถูกต้องตรงกับใบออนไลน์แนบไปกับผู้ป่วยด้วยทุกครั้ง เพื่อความถูกต้องตรงกันทุกครั้ง

2.5 กรณีผู้สูงอายุ/ผู้พิการที่มีปัญหาการรับรู้ทางสายตา หูพิการ และผู้ป่วยเด็ก ให้มีการทวนชื่อซ้ำจากญาติและครอบครัว จนมั่นใจว่าถูกต้อง

2.6 ช่วยเหลืออำนวยความสะดวกผู้ป่วย/ผู้รับบริการก่อนเข้ารับการตรวจ

2.7 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของกระบวนการบ่งชี้ผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนการส่งผู้ป่วยเข้าห้องตรวจ

3.1 ผู้ช่วยเหลือคนไข้ตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคลของผู้ป่วยให้ตรงกับเอกสาร ใบออนไลน์ โดยเรียกชื่อผู้ป่วยเข้าตรวจตามลำดับคิว หากพบว่าผู้ป่วยที่มารอรับบริการตรวจ มาจาหลายจุดบริการและส่งมาตรวจที่งานผู้ป่วยนอก ผู้ช่วยเหลือคนไข้จะดูเวลาที่ส่งผู้ป่วยเข้าตรวจตามเวลาที่ระบุขึ้นในใบออนไลน์

เป็นหลัก เพื่อไม่ให้เกิดข้อร้องเรียนในการเรียกเข้าตรวจ ตรวจสอบใบออนไลน์ สอบถาม ชื่อ - นามสกุล แบบปลายเปิด และดูความพร้อมของผลการตรวจต่างๆ ทุกครั้งก่อนส่งผู้ป่วยเข้าห้องตรวจ

3.2 พยาบาลตรวจสอบ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือผลตรวจอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ให้ครบถ้วนถูกต้อง

3.3 กรณีที่มีผล Lab วิกฤต เจ้าหน้าที่ห้อง Lab จะแจ้งให้พยาบาลหน้าห้องตรวจทราบทันที พยาบาลหน้าห้องตรวจทำการแจ้งแพทย์ทันทีที่รับทราบผลภายใน 5 นาที

3.4 กรณีที่พยาบาลคัดกรองซักประวัติลงในเวชระเบียนคอมพิวเตอร์ผิดคนและส่งคิวเข้าตรวจให้แพทย์ตรวจเรียบร้อยแล้วให้รีบดำเนินการแก้ไขทันที โดยแจ้งเจ้าหน้าที่ IT ตรวจสอบ ในการแก้ไขข้อมูลให้ถูกต้องถูกบุคคล เป็นปัจจุบัน และแจ้งให้หัวหน้ารับทราบ พร้อมบันทึกลงในอุบัติการณ์ความเสี่ยงของงานผู้ป่วยนอก

3.5 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของกระบวนการบ่งชี้ผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 4 บริการ Exit nurse หลังตรวจ

4.1 พยาบาลจุดบริการ Exit nurse (จุดซักประวัติ) สอบถามชื่อ – นามสกุลผู้ป่วยให้ตรงกับใบออนไลน์และเวชระเบียนคอมพิวเตอร์ ก่อนให้คำแนะนำ

4.2 กรณีตรวจพิเศษ หรือส่งผู้ป่วยไปรับบริการตรวจตามจุดต่างๆ เช่น เอกซเรย์ เจาะเลือด ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ปฏิบัติตามขั้นตอนดังนี้

4.2.1 อธิบายเป้าหมายและขั้นตอนการตรวจรักษาให้กระจ่างและชัดเจนแก่ผู้ป่วย โดยให้มีใบออนไลน์ สอบถาม ชื่อ - นามสกุล แบบปลายเปิด ถูกต้องตรงกับใบออนไลน์ เพื่อความถูกต้องตรงกันทุกครั้งก่อนส่งผู้ป่วยไปรับบริการตรวจตามจุดต่างๆ

4.2.2 ให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน แนะนำรับยา แนะนำรับใบนัดที่ห้องยา ถูกต้องตรงกับใบออนไลน์ พร้อมแนบใบออนไลน์ไปกับผู้ป่วยด้วยทุกครั้ง เพื่อความถูกต้องตรงกัน

<u>อุบัติเหตุฉุกเฉิน ระบุความถูกต้องของตัวบุคคล (Patient Identification) ปฏิบัติดังนี้</u>

1. สอบถามชื่อ นามสกุลเป็นคำถามปลายเปิด ชื่ออะไร นามสกุลอะไรคะ ให้ผู้ป่วยตอบเสียงชัดเจน และขานชื่อทวนซ้ำ ตรวจสอบรูปพรรณสัณฐานของผู้ป่วย 2 แหล่งข้อมูล คือ ตัวผู้ป่วยและภาพถ่ายในฐานข้อมูล Him-pro

2. กรณีที่สามารถระบุตัวได้ ให้แขวนบัตรระบุชื่อ-สกุล HN ข้อมูลการรักษาที่จำเป็นที่ป้ายแขวนประจำเตียงของผู้ป่วยที่จำแนกประเภทผู้ป่วย

3. หากยังไม่สามารถทำการระบุตัวผู้ป่วยได้ ให้พยาบาลใช้ชาย/หญิงไม่ทราบชื่อ ผิวสี ..... เสื้อสี..... กางเกงสี.....ที่ป้ายข้อมือผู้ป่วยตั้งแต่จุดแรกรับจนกว่าจะทราบข้อมูลการบ่งชี้ตัวผู้ป่วยที่ถูกต้อง

4. ผู้ให้การบริการสอบถามชื่อ – สกุล ผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยขานชื่อ– สกุลของตนเองทุกครั้ง (Speak out) ก่อนส่งมอบบริการให้กับผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ให้ตรวจสอบจากป้ายท้ายเตียง ป้ายข้อมือ

<u>ตึกผู้ป่วยใน ระบุความถูกต้องของตัวบุคคล (Patient Identification) ปฏิบัติดังนี้</u>

1. ในการรับผู้ป่วย สอบถามชื่อ นามสกุล เป็นคำถามปลายเปิด ชื่ออะไรคะ นามสกุลอะไรคะ ประกอบกับการตรวจสอบป้ายข้อมือ และเอกสารการส่งผู้ป่วยเข้ามาพักรักษาทุกแผ่น ให้ถูกต้องตรงกันผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว สับสน ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการสื่อสาร หรือไม่สามารถสื่อสารได้ ให้ญาติผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการระบุตัวทุกครั้ง หากไม่มีญาติ ให้บ่งชี้การระบุตัวโดยตรวจสอบ ชื่อ นามสกุล HN จากป้ายข้อมือ

2. ระบุเตียงผู้ป่วยที่พัก และพิมพ์เอกสารเวชระเบียนให้ถูกต้อง คือชื่อ นามสกุล อายุ HN AN เตียง แพทย์เจ้าของไข้

3. ปริ้นสติ๊กเกอร์ ติดเวชระเบียน ก่อนติดต้องตรวจสอบชื่อ นามสกุล อายุ HN AN เตียงให้ถูกต้องตรงกันทุกแผ่น

4. Sticker label

4.1 Print ให้เสร็จเป็นรายๆ และแนบเอกสารให้ถูกต้องตรงกัน ไม่ Print ติดต่อกันหลายรายและไม่วางรวมกัน

4.2 เมื่อมีการย้ายเตียง ย้ายห้อง ให้มีการแก้ไข sticker ให้เตียง ห้องให้ถูกต้อง

4.3 ก่อนติดsticker ลงในเอกสาร ให้ตรวจสอบชื่อ นามสกุล HN AN เตียง ให้ถูกต้องตรงกันทุกใบก่อนติด

5. ผู้ป่วยที่มีชื่อซ้ำหรือคล้ายกัน ไม่ควรจัดอยู่ในทีมเดียงกัน หรือเตียงใกล้กัน และต้องสื่อสารให้เจ้าหน้าที่ทุกคนที่เกี่ยวข้องรับทราบ

6. ผู้ป่วยในต้องมีป้ายข้อมือที่ระบุชื่อ นามสกุล อายุ HN AN ทุกรายและตัวหนังสือไม่เลอะเลือน

กรณีตรวจพิเศษหรือหัตถการ

กรณีตรวจพิเศษหรือส่งผู้ป่วยไปรับบริการตรวจตามจุดต่างๆ เช่น เอกซเรย์ เจาะเลือด ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน กายภาพบำบัด ทันตกรรม แพทย์แผนไทย ปฏิบัติตามขั้นตอนดังนี้

1. การระบุตัวผู้ป่วยในการเก็บสิ่งส่งตรวจ

- ใช้ระบบการพิมพ์สติ๊กเกอร์ติดที่ภาชนะสำหรับใส่สิ่งส่งตรวจ ให้สอบถามชื่อ นามสกุล ผู้ป่วย อายุ เพื่อยืนยันตรงกับที่ติดสติ๊กเกอร์ และอ่านทวนชื่อให้ผู้ป่วยยืนยันว่าถูกต้องหรือไม่ ก่อนเก็บสิ่งส่งตรวจ
- ติดสติ๊กเกอร์ต่อหน้าผู้ป่วย และอ่านให้ผู้ป่วยรับทราบยืนยันว่าถูกต้องหรือไม่

- Print สติ๊กเกอร์ ทีละคน และแยกประเภทสิ่งส่งตรวจให้ถูกต้องก่อนติดสติ๊กเกอร์

2. ให้ใช้คำถามปลายเปิด ถาม ชื่ออะไร นามสกุลอะไร ห้ามใช้หมายเลขเตียง หมายเลขห้อง หมายเลขคิว ชื่อหัตถการ ชื่อ Procedure ชื่อ Diagnosis เรียกผู้ป่วยแทนการถามชื่อด้วยคำถามปลายเปิด

3. ต้องมีการตรวจทาน ชื่อ นามสกุล HN อายุ โดยการออกเสียงให้ได้ยินชัดเจน และแจ้งประเภทหัตถการที่จะให้บริการ เพื่อให้ถูกต้องตรงกัน

4. การระบุตัวผู้ป่วยในการบริหารยา

4.1 ตรวจสอบคำสั่งให้ถูกต้อง ว่าต้องให้ยาผู้ป่วยชื่ออะไร นามสกุลอะไร เตียงไหน ยาอะไร ให้อย่างไร ให้เวลาเวลาใด

4.2 สอบถามชื่อ นามสกุลผู้ป่วย ให้ถูกต้องตรงกับใบกำกับชื่อผู้ป่วยและชนิดของยาที่ให้ ใน sticker และใบบันทึกการให้ยา

4.3 แจ้งผู้ป่วยหรือญาติที่เฝ้าว่าจะให้ยาอะไร เพื่อทวนสอบการบริหารยากับผู้ป่วยแต่ละคน ว่าถูกคน ถูกชนิด ถูกเวลา

5. การระบุตัวผู้ป่วยที่ห้อง X-ray

5.1 ให้ใช้คำถามปลายเปิด ถาม ชื่ออะไร นามสกุลอะไร ตรวจสอบป้ายข้อมือ และ Chart ที่นำส่งผู้ป่วย

5.2 ตรวจสอบคำสั่งในโปรแกรม Him. Pro ว่า ผู้ป่วยชื่ออะไร นามสกุลอะไร HN AN และท่าที่ส่ง X-ray ให้ถูกต้อง ตรงกัน หากไม่ตรงกัน แจ้งหน่วยงานที่ส่ง เพื่อ Identify ให้ถูกต้อง

เภสัชกรรม ในกระบวนการจ่ายยา

Patient identify

OPD

สอบถามผู้ป่วยโดยใช้คำถามปลายเปิด

1. ผู้ป่วยชื่อ นามสกุลอะไร
2. วันนี้มาด้วยอาการอะไร
3. ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวหรือยาที่ใช้ประจำอะไรบ้าง
4. ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยาอะไร

IPD

1. สอบถามชื่อ นามสกุลผู้ป่วย
2. ตรวจสอบฉลากยาว่าตรงกับผู้ป่วยหรือไม่
3. สอบถามประวัติการแพ้ยาเพิ่มเติม

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1. ผู้ป่วยได้รับการดูแลตรงคน ถูกต้อง
   - การให้ยา การรักษา การตรวจวินิจฉัย และหัตถการถูกต้องตามตัวผู้ป่วย
2. ลดความคลาดเคลื่อนทางการแพทย์ (Medical Errors)
   - ลดความผิดพลาดจากการสลับผู้ป่วย ให้ยาผิดคน เจาะเลือดผิดราย หรือผ่าตัดผิดคน
3. เพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย
   - ป้องกันเหตุไม่พึงประสงค์ (Adverse Events) ที่เกิดจากการระบุตัวผู้ป่วยไม่ถูกต้อง
4. บุคลากรปฏิบัติตามมาตรฐานเดียวกัน
   - มีการใช้ตัวบ่งชี้อย่างน้อย 2 ตัว (เช่น ชื่อ–นามสกุล และเลขประจำตัวผู้ป่วย) อย่างสม่ำเสมอ
5. เพิ่มความเชื่อมั่นของผู้ป่วยและญาติ
   - ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจว่าระบบการดูแลมีความรอบคอบและปลอดภัย
6. สอดคล้องกับมาตรฐานคุณภาพและความปลอดภัย
   - เช่น มาตรฐาน HA หรือ Patient Safety Goals

เครื่องชี้วัดคุณภาพ

จำนวนอุบัติการณ์ระบุตัวผู้ป่วยผิดคน = 0

วิธีการตรวจสอบ

1. การนิเทศติดตามการปฏิบัติงาน การสังเกตการปฏิบัติงานจริง
2. การตรวจสอบจากเอกสาร เวชระเบียนผู้ป่วย
3. การตรวจสอบจากการรับฟังเสียงผู้ป่วยและญาติ
4. การสรุปกิจกรรมรายวัน การรายงานความเสี่ยง ข้อร้องเรียน

เอกสารอ้างอิง

อ้างอิงตาม WHO Surgical Safety Checklist, Universal Protocol ของ The Joint Commission และมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

กระทรวงสาธารณสุข.

แนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย.

เกณฑ์การรายงานแพทย์

โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 63-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางหลักเกณฑ์การรายงานแพทย์	
ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 1 หน้า) วันที่อนุมัติใช้ 5 มกราคม 2569

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
แพทย์หญิงณัฏฐนิช วราพุฒ	นายแพทย์ปฏิบัติการ	

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
แพทย์หญิงณัฏฐนิช วราพุฒ	นายแพทย์ปฏิบัติการ	

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางสาวสุพรรณี วงคำจันทร์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

หน่วยงานที่นำไปใช้ : ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/1
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 63-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่
	เรื่อง : แนวทางหลักเกณฑ์การรายงานแพทย์	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : แพทย์หญิงณัฏฐนิช วราพุฒ หน่วยงาน : องค์กรแพทย์	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ทุก หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

หลักเกณฑ์การรายงานแพทย์ โรงพยาบาลห้วยทับทัน อ. ห้วยทับทัน จ. ศรีสะเกษ

1.สัญญาณชีพ	
BP	BP < 90/60 mmHg หลังจากได้สารน้ำ 0.9% NaCl 500 ml IV load BP ≥ 180/110 mmHg หลังจากได้ Captopril(25) 1 tab oral stat แล้ว 30 นาที
HR ผู้ใหญ่	< 50/min หรือ > 130/min หรือไม่สม่ำเสมอและไม่มีประวัติเดิม
HR เด็ก (ไม่มีไข้)	อายุ 2 เดือน HR > 160/min อายุ 1- 2 ปี HR > 120/min อายุ 2-8 ปี HR > 110/min
RR ผู้ใหญ่	< 10/min หรือ > 28/min ร่วมกับ alteration conscious หรือ > 30/min และมี retraction หรือ > 32/min หลังจากให้การรักษาโดยการพ่นยาแล้ว (Pt.COPD, Asthma)
RR เด็ก	อายุ < 2 เดือน RR > 60/min อายุ 2-12 เดือน RR >50/min อายุ 1- 5 ปี RR >40/min อายุ 6-8 ปี RR > 30/min
2. O_2 saturation ขณะ on nasal cannula	O_2 Sat < 90 %
3. GCS	Glasgow coma score ลดลง ≥ 2 คะแนน หรือ GCS แรกรับ < 13 ยกเว้นคนเมา
4. Intake/Out put	Urine output < 0.5 ml/kg/hr
5. EKG	ทุกรายที่แพทย์สั่งไว้
6. Pain score	Severe pain: pain score ≥ 7 หลังจากได้ยาบรรเทาอาการ
7. ค่าวิกฤตทางห้องปฏิบัติการ	ตามการรายงานค่า Lab วิกฤตของห้อง Lab
8. Case Anaphylaxis	รายงานทุก Case
9. Case Croup	Croup Score > 4

หลักเกณฑ์การรายงานแพทย์ โรงพยาบาลห้วยทับทัน อ. ห้วยทับทัน จ. ศรีสะเกษ

1.สัญญาณชีพ	
BP	BP < 90/60 mmHg หลังจากได้สารน้ำ 0.9% NaCl 500 ml IV load BP ≥ 180/110 mmHg หลังจากได้ Captopril(25) 1 tab oral stat แล้ว 30 นาที
HR ผู้ใหญ่	< 50/min หรือ > 130/min หรือไม่สม่ำเสมอและไม่มีประวัติเดิม
HR เด็ก (ไม่มีไข้)	อายุ 2 เดือน HR > 160/min อายุ 1- 2 ปี HR > 120/min อายุ 2-8 ปี HR > 110/min
RR ผู้ใหญ่	< 10/min หรือ > 28/min ร่วมกับ alteration conscious หรือ > 30/min และมี retraction หรือ > 32/min หลังจากให้การรักษาโดยการพ่นยาแล้ว (Pt.COPD , Asthma)
RR เด็ก	อายุ < 2 เดือน RR > 60/min อายุ 2-12 เดือน RR >50/min อายุ 1- 5 ปี RR >40/min อายุ 6-8 ปี RR > 30/min
2. O_2 saturation ขณะ on nasal cannula	O_2 Sat < 90 %
3. GCS	Glasgow coma score ลดลง ≥ 2 คะแนน หรือ GCS แรกรับ < 13 ยกเว้นคนเมา
4. Intake/Out put	Urine output < 0.5 ml/kg/hr
5. EKG	ทุกรายที่แพทย์สั่งไว้
6. Pain score	Severe pain: pain score ≥ 7 หลังจากได้ยาบรรเทาอาการ
7. ค่าวิกฤตทางห้องปฏิบัติการ	ตามการรายงานค่า Lab วิกฤตของห้อง Lab
8. Case Anaphylaxis	รายงานทุก Case
9. Case Croup	Croup Score > 4

เกณฑ์การส่งต่อ

โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลห้วยทับทัน	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures : SP) รหัส SP-PCT- 64-SP-PCT-2569

เรื่อง : แนวทางหลักเกณฑ์การส่งต่อ	
ชื่อสาขา : ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team - PCT)	ฉบับแรก (จำนวน 3 หน้า) วันที่อนุมัติใช้ 5 มกราคม 2569

ผู้จัดทำ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
แพทย์หญิงณัฏฐนิช วราพุฒ	นายแพทย์ปฏิบัติการ	

ผู้ทบทวน	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
แพทย์หญิงณัฏฐนิช วราพุฒ	นายแพทย์ปฏิบัติการ	

ผู้ตรวจสอบ.....
(นางสาวสุพรรณี วงคำจันทร์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

ผู้อนุมัติ.....
(นายณัฐพงษ์ โพธิบุตร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทัน

หน่วยงานที่นำไปใช้ : ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
1		ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 2	

	โรงพยาบาลห้วยทับทัน	หน้าที่ 1/3
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 64-SP-PCT-2569	ฉบับที่ 1 ปรับปรุงครั้งที่ 2
	เรื่อง : แนวทางหลักเกณฑ์การส่งต่อ	วันที่ 5 มกราคม 2569
	ผู้จัดทำ : แพทย์หญิงณัฏฐนิช วราพุฒ หน่วยงาน : องค์กรแพทย์	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

หลักเกณฑ์การส่งต่อ โรงพยาบาลห้วยทับทัน อ. ห้วยทับทัน จ. ศรีสะเกษ

โรค	เกณฑ์การส่งต่อ
1 .AMI	*2 ใน 3 ข้อต่อไปนี้ 1. Typical chest pain 2. EKG พบมี ST elevation หรือ ST depress หรือ inverted T 3. Trop-T positive
2. Head injury	1. Focal neurological deficit 2. Penetrating skull injury 3. Post traumatic seizure 4. Base of skull Fracture. (Rhinorrhea + Otorrhea + raccoon eye) 5. สงสัย Mass effect 6. Compound depress skull Fracture 7. Optic nerve compression 8. GCS < 13 คะแนน ยกเว้นเมา 9. For cosmetic
3. Stroke	ทุกราย (FAST TRACK 4.5 hr)
4. Sepsis	1. Norepinephrine Max dose BP ไม่ขึ้น 2. Oligouria 3. Multi Organ damage 4. ซึมมาก ระดับความรู้สึกตัวผิดปกติ 5. Respiratory failure 6. ไม่ตอบสนองต่อยา antibiotic
5. Appendicitis	Alvarado score 7 คะแนนขึ้นไป
6. Febrile convulsion	1. เด็กซึมมาก 2. มีภาวะ neurological deficit 3. ชัก 3 ครั้งหลังนอนโรงพยาบาล
7. COPD / Asthma	Respiratory failure

โรค	เกณฑ์การส่งต่อ
8. Hypertension	1. มีภาวะ stroke 2. HT emergency (BP ≥ 180/110 mmHg) ไม่ตอบสนองต่อยา
9. Diarrhea	1. มีภาวะ Septic shock ให้ Norepinephrine Max dose BP ไม่ขึ้น 2. Respiratory failure
10. Leptospirosis	1. มีภาวะ shock ให้ Norepinephrine Max dose BP ไม่ขึ้น 2. Lung hemorrhage หรือ มีเลือดออกผิดปกติ 3. Creatinine rising ร่วมกับ Oliguria 4. มีภาวะ Acute Liver failure รักษาแล้วไม่ดีขึ้น 5. ซึมลงหรือระดับความรู้สึกตัวผิดปกติ
11. TB	1. MDR 2. ในรายที่ Failure และหลังจากทำ C/S แล้วพบเชื้อดื้อยาจากสูตรปกติ (ใช้ระบบขอคำปรึกษา)
12. DHF	1. profound shock 2. มีเลือดออกมาก 3 .มี unusual manifestation เช่น ชัก เอะอะโวยวาย สับสน 4. shock grade 3 ให้ dextran 1 ครั้งแล้วไม่ดีขึ้น 5. มี massive ascites , pleural effusion ที่มีอาการหอบและหายใจไม่สะดวก 6. Prolong shock (> 4 hr) 7. Hct ลดลงแต่ clinicalไม่ดี เช่น ซึมลง กระสับกระส่าย
13. HIV	1. สงสัย Cryptococcal meningitis หรือ มีอาการชักเกร็ง 2. Respiratory failure 3. มีภาวะ OI ที่รักษาไม่ได้ 4. Treatment failure (ใช้ระบบขอคำปรึกษา)
14. Birth asphyxia	NBB apgar score < 7
15. LBW	NBB BW < 2,000 gm
16. PPH	1. หลัง resuscitation ตาม guideline แล้วยังมี uterine atony 2. Uterine atony + active bleeding

โรค	เกณฑ์การส่งต่อ
17. Palliative care	Control Pain ไม่ได้ (ใช้ระบบขอคำปรึกษา)
18. Alcoholic withdrawal	ยังควบคุมอาการไม่ได้ หลังจากได้ diazepam max dose แล้ว
19. UGIB	1. มีภาวะ Variceal bleeding, portal hypertension 2. Hemodynamic ไม่ Stable 3. Active bleeding 4. Gastric lavage 3,000 ml ไม่ clear
20. CKD	1. CKD stage 5 (GFR < 15) ที่ผู้ป่วยต้องการ renal replacement therapy 2. Control BP ไม่ได้
21. Depressive disorder	ประเมิน 8Q ≥ 19 คะแนน
22. Shock	1. Norepinephrine max dose BP ไม่ขึ้น (ขนาด 2:1 = 30, 1:1 = 60) 2. Oligouria 3. Multi organ damage

หลักเกณฑ์การส่งต่อ โรงพยาบาลห้วยทับทัน อ. ห้วยทับทัน จ. ศรีสะเกษ

โรค	เกณฑ์การส่งต่อ
1 .AMI	*2 ใน 3 ข้อต่อไปนี้ 1. Typical chest pain 2. EKG พบมี ST elevation หรือ ST depress หรือ inverted T 3. Trop-T positive
2. Head injury	1. Focal neurological deficit 2. Penetrating skull injury 3. Post traumatic seizure 4. Base of skull Fracture. (Rhinorrhea + Otorrhea + raccoon eye) 5. สงสัย Mass effect 6. Compound depress skull Fracture 7. Optic nerve compression 8. GCS < 13 คะแนน ยกเว้นเมา 9. For cosmetic
3. Stroke	ทุกราย (FAST TRACK 4.5 hr)
4. Sepsis	1. Norepinephrine Max dose BP ไม่ขึ้น 2. Oligouria 3. Multi Organ damage 4. ซึมมาก ระดับความรู้สึกตัวผิดปกติ 5. Respiratory failure 6. ไม่ตอบสนองต่อยา antibiotic
5. Appendicitis	Alvarado score 7 คะแนนขึ้นไป
6. Febrile convulsion	1. เด็กซึมมาก 2. มีภาวะ neurological deficit 3. ชัก 3 ครั้งหลังนอนโรงพยาบาล
7. COPD / Asthma	Respiratory failure
8. Hypertension	1. มีภาวะ stroke 2. HT emergency (BP ≥ 180/110 mmHg) ไม่ตอบสนองต่อยา
9. Diarrhea	1. มีภาวะ Septic shock ให้ Norepinephrine Max dose BP ไม่ขึ้น 2. Respiratory failure
10. Leptospirosis	1. มีภาวะ shock ให้ Norepinephrine Max dose BP ไม่ขึ้น 2. Lung hemorrhage หรือ มีเลือดออกผิดปกติ 3. Creatinine rising ร่วมกับ Oliguria 4. มีภาวะ Acute Liver failure รักษาแล้วไม่ดีขึ้น 5. ซึมลงหรือระดับความรู้สึกตัวผิดปกติ

โรค	เกณฑ์การส่งต่อ
11. TB	1. MDR 2. ในรายที่ Failure และหลังจากทำ C/S แล้วพบเชื้อดื้อยาจากสูตรปกติ (ใช้ระบบขอคำปรึกษา)
12. DHF	1. profound shock 2. มีเลือดออกมาก 3 .มี unusual manifestation เช่น ซัก เอะอะโวยวาย สับสน 4. shock grade 3 ให้ dextran 1 ครั้งแล้วไม่ดีขึ้น 5. มี massive ascites , pleural effusion ที่มีอาการหอบและหายใจไม่สะดวก 6. Prolong shock (> 4 hr) 7. Hct ลดลงแต่ clinicalไม่ดี เช่น ซึมลง กระสับกระส่าย
13. HIV	1. สงสัย Cryptococcal meningitis หรือ มีอาการชักเกร็ง 2. Respiratory failure 3. มีภาวะ OI ที่รักษาไม่ได้ 4. Treatment failure (ใช้ระบบขอคำปรึกษา)
14. Birth asphyxia	NBB apgar score < 7
15. LBW	NBB BW < 2,000 gm
16. PPH	1. หลัง resuscitation ตาม guideline แล้วยังมี uterine atony 2. Uterine atony + active bleeding
17. Palliative care	Control Pain ไม่ได้ (ใช้ระบบขอคำปรึกษา)
18. Alcoholic withdrawal	ยังควบคุมอาการไม่ได้ หลังจากได้ diazepam max dose แล้ว
19. UGIB	1. มีภาวะ Variceal bleeding, portal hypertension 2. Hemodynamic ไม่ Stable 3. Active bleeding 4. Gastric lavage 3,000 ml ไม่ clear
20. CKD	1. CKD stage 5 (GFR < 15) ที่ผู้ป่วยต้องการ renal replacement therapy 2. Control BP ไม่ได้
21. Depressive disorder	ประเมิน 8Q ≥ 19 คะแนน
22. Shock	1. Norepinephrine max dose BP ไม่ขึ้น (ขนาด 2:1 = 30, 1:1 = 60) 2. Oligouria 3. Multi organ damage

ภาคผนวก

ภาคผนวก

ปริมาณ IV Fluid ที่ให้ในระยะวิกฤต / ช็อค (24-48 ชั่วโมง)

- ผู้ป่วยน้ำหนักน้อยกว่า 40 kg.ควรได้รับปริมาณสารน้ำปริมาณประมาณ Maintenance+5%dlficid
- ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกิน 40 kg.ควรได้รับสารน้ำในปริมาณประมาณ 2 Maintenance
- ผู้ป่วยอ้วน ใช้ Ideal body weight ในการคำนวณสารน้ำดังนี้ Ideal body weight=(อายุ(ปี)×2)+8kg
- สั่งน้ำเกลือครั้งละ 100 cc ตาม rate ที่คำนวณได้ kg/hr. ปรับ rate หลังจากนั้นตามอัตรารั่วของพลาสม่า (ซึ่งจะรั่วเร็วในระยะ 6-12 hr.หลังไข้ลง)โดยใช้อาการทางคลินิก Hct , Vital sign และจำนวนปัสสาวะที่ออกเป็นแนวทาง
- ห้ามสั่งล่วงหน้าเกิน 6 hr.หรือสั่งปริมาณเกิน 500 cc/ครั้ง

น้ำหนัก (กิโลกรัม)	Maintenance volume ใน 24 hr.
10	100 cc/kg.
10-20	1,000 + 50 สำหรับแต่ละกิโลกรัมที่มากกว่า 10
มากกว่า 20	1,500 + 20 สำหรับแต่ละกิโลกรัมที่มากกว่า 20

อัตราการให้ IV ในเด็กเปรียบเทียบกับผู้ใหญ่

อัตราการให้ Fluid ในเด็ก (มล./กก./ชม.)	อัตราการให้ Fluid ในผู้ใหญ่ (มล./กก./ชม.)	หมายเหตุ
1.5	40-50	M/2
3	80-100	Maintenance
5	100-120	M+5%dlficid
7	120-150	M+7%dlficid
10	300-500	M+10%dlficid

ค่าเฉลี่ย Hematocrit ของกลุ่มประชากร

- อายุน้อยกว่า 1 ปี = 30-35%
- อายุมากกว่า 1ปี = 35-40%
- อายุมากกว่า 10 ปี = 38-42%
- ผู้ใหญ่เพศหญิง = 38-42%
- ผู้ใหญ่เพศชาย = 42-48%

ทะเบียนเอกสารแนวทางปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guidelines : CPG)
ทีมนำทางคลินิก โรงพยาบาลห้วยทับทัน

ลำดับที่	เรื่อง	เลขที่เอกสาร	ผู้รับผิดชอบ
	1. กลุ่มโรคฉุกเฉิน		
1	แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome)	1-SP-PCT-2569	กันยารัตน์
2	แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการบาดเจ็บที่ศีรษะ (Head Injury)	2-SP-PCT-2569	กันยารัตน์
3	แนวทางการดูแลผู้ป่วยไส้ติ่งอับเสบ (Acute Appendicitis)	3-SP-PCT-2569	กันยารัตน์
4	แนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการชักจากไข้สูง (Febrile Convulsion)	4-SP-PCT-2569	กันยารัตน์
5	แนวทางการดูแลผู้ป่วย Hypertensive crisis	5-SP-PCT-2569	กันยารัตน์
6	แนวทางการดูแลผู้ป่วย Stroke	6-SP-PCT-2569	กันยารัตน์
7	แนวทางการดูแลผู้ป่วย Anaphylaxis	7-SP-PCT-2569	กันยารัตน์
8	แนวทางการดูแลผู้ป่วย Croup	8-SP-PCT-2569	กันยารัตน์
	2. กลุ่มโรคเรื้อรัง		
9	แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหืดที่มีอาการกำเริบ (Acute Asthma Attack)	9-SP-PCT-2569	ทิษณุ
10	แนวทางการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) คลินิกโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง	10-SP-PCT-2569	ทิษณุ
11	แนวทางดูแลภาวะหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	11-SP-PCT-2569	ศิรินภา
12	แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ Hyperglycemia	12-SP-PCT-2569	ศิรินภา
13	แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ Hypoglycemia	13-SP-PCT-2569	ศิรินภา
14	แนวทางดูแลภาวะแทรกซ้อน Stroke จากผู้ป่วยโรคเบาหวาน	14-SP-PCT-2569	ศิรินภา
15	แนวทางระบบบริการการดูแลผู้ป่วยในคลินิก DM	15-SP-PCT-2569	ศิรินภา
16	แนวทางการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยเบาหวานเพื่อการรักษา	16-SP-PCT-2569	ศิรินภา
17	แนวทางการคัดกรองและการดูแลภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน	17-SP-PCT-2569	ศิรินภา
18	แนวทางการตรวจค้นและดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานที่ตา	18-SP-PCT-2569	ศิรินภา
19	แนวทางการดูแลภาวะแทรกซ้อนจาก Diabetic nephropathy	19-SP-PCT-2569	ศิรินภา
20	แนวทางการปฏิบัติโรคแทรกซ้อนทางระบบประสาทส่วนปลาย	20-SP-PCT-2569	ศิรินภา
21	แนวทางการตรวจคัดกรองและดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า	21-SP-PCT-2569	ศิรินภา
22	แนวทางการดูแลรักษาแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน	22-SP-PCT-2569	ศิรินภา
23	แนวทางการส่งต่อ – ส่งกลับผู้ป่วยระหว่างรพ.สต.กับโรงพยาบาล	23-SP-PCT-2569	อัจฉราภรณ์

ทะเบียนเอกสารแนวทางปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guidelines : CPG)
ทีมนำทางคลินิก โรงพยาบาลห้วยทับทัน

ลำดับที่	เรื่อง	เลขที่เอกสาร	ผู้รับผิดชอบ
24	แนวทางการเฝ้าระวังภาวะ Hypoglycemia ในผู้ป่วย DM	24-SP-PCT-2569	ศิรินภา
25	แนวทางการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อการรักษา	25-SP-PCT-2569	อัจฉราภรณ์
26	แนวทางการดูแลผู้ป่วย Hypertensive crisis	26-SP-PCT-2569	อัจฉราภรณ์
	3. กลุ่มโรคติดเชื้อ		
27	แนวทางการดูแลผู้ป่วย Sepsis	27-SP-PCT-2569	ชฎาจิต
28	แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก	28-SP-PCT-2569	เวธกา
29	แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่ OPD	29-SP-PCT-2569	เวธกา
30	แนวทางขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยไข้เลือดออกวิกฤตของศูนย์ Hot line DHF	30-SP-PCT-2569	เวธกา
31	แนวทางอัตราการให้ IV fluid ในเด็กเปรียบเทียบกับผู้ใหญ่	31-SP-PCT-2569	เวธกา
32	แนวทางการดูแลผู้ป่วย DHF เอกสารหมายเลข 1	32-SP-PCT-2569	เวธกา
33	แนวทางการดูแลผู้ป่วย DSS เอกสารหมายเลข 2	33-SP-PCT-2569	เวธกา
34	แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคฉี่หนู (Leptospirosis)	34-SP-PCT-2569	ณัฐกานต์
35	แนวทางการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี	35-SP-PCT-2569	ขวัญทิพย์
36	แนวทางการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กอายุต่ำกว่า 24 เดือน	36-SP-PCT-2569	ขวัญทิพย์
37	แนวทางการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี	37-SP-PCT-2569	ขวัญทิพย์
38	แนวทางการตรวจ Cryptococcal Antigen	38-SP-PCT-2569	ขวัญทิพย์
39	แนวทางการประเมินและดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มี Virological Failure	39-SP-PCT-2569	ขวัญทิพย์
40	แนวทางการให้คำปรึกษาการตรวจเลือดในหญิงตั้งครรภ์	40-SP-PCT-2569	ขวัญทิพย์
41	แนวทางการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก	41-SP-PCT-2569	ขวัญทิพย์
42	แนวทางการจัดบริการ PrEP	42-SP-PCT-2569	ขวัญทิพย์
43	แนวทางการจัดบริการ oPEP และ nPEP	43-SP-PCT-2569	ขวัญทิพย์
44	แนวทางการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคแฝงในผู้ป่วยเอไอวี	44-SP-PCT-2569	ขวัญทิพย์
45	แนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรค (Tuberculosis)	45-SP-PCT-2569	ขวัญทิพย์
46	แนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคกรณีหลังหยุดยาหรือขาดยา	46-SP-PCT-2569	ขวัญทิพย์
47	แนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคแผนกผู้ป่วยใน	47-SP-PCT-2569	ขวัญทิพย์
48	แนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน	48-SP-PCT-2569	ขวัญทิพย์
49	แนวทางการดูแลผสมผสานวัณโรคและโรคเอดส์	49-SP-PCT-2569	ขวัญทิพย์
50	แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดติดเชื้อ (Pneumonia)	50-SP-PCT-2569	สุพิชญ์ลดา

ทะเบียนเอกสารแนวทางปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guidelines : CPG)
ทีมนำทางคลินิก โรงพยาบาลห้วยทับทัน

ลำดับที่	เรื่อง	เลขที่เอกสาร	ผู้รับผิดชอบ
	4. กลุ่มโรคเฉพาะ		
51	มาตรฐานการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage)	51-SP-PCT-2569	เกศิณีนารถ
52	แนวทางการป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (Birth Asphyxia)	52-SP-PCT-2569	เกศิณีนารถ
53	แนวทางการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดและทารกน้ำหนัก < 2,500 กรัม (Low birth weight)	53-SP-PCT-2569	เกศิณีนารถ
54	แนวทางการดูแลประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative Care)	54-SP-PCT-2569	นฤชล
55	แนวทางการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีภาวะถอนพิษสุรา(Alcohol Withdrawal)	55-SP-PCT-2569	ปัทภาวี
	5. กลุ่มแพทย์แผนไทย		
56	แนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดท้อง/ท้องอืด	56-SP-PCT-2569	ผท.บุษกร
57	แนวทางการดูแลมารดาหลังคลอด	57-SP-PCT-2569	ผท.บุษกร
58	แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวาร	58-SP-PCT-2569	ผท.บุษกร
59	แนวทางการดูแลผู้ป่วยทางเดินหายใจส่วนต้น	59-SP-PCT-2569	ผท.บุษกร
60	แนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	60-SP-PCT-2569	ผท.บุษกร
	มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย		
61	การป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง / ผิดหัตถการ	61-SP-PCT-2569	ณัฐชยา
62	การระบุตัวผู้ป่วย	62-SP-PCT-2569	ณัฐชยา
	หลักเกณฑ์การรายงานแพทย์		
63	แนวทางหลักเกณฑ์การรายงานแพทย์	63-SP-PCT-2569	พญ.ณัฏฐนิช
	หลักเกณฑ์การส่งต่อ		
64	แนวทางหลักเกณฑ์การส่งต่อ	64-SP-PCT-2569	พญ.ณัฏฐนิช

จัดทำโดย

ศูนย์พัฒนาคุณภาพ และคณะกรรมการทีมนำทางคลินิก

โรงพยาบาลห้วยทับทับ อ. ห้วยทับทัน จ. ศรีสะเกษ

มกราคม 2569

www.https://huaihosp.go.th

045-699045

เรียบเรียงโดย

ณัฐชยา มณีนิล ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญพิเศษ

กรรมการและเลขานุการ ทีมนำทางคลินิก

โรงพยาบาลห้วยทับทับ อ. ห้วยทับทัน จ. ศรีสะเกษ

มกราคม 2569

www.https://huaihosp.go.th

045-699045

เรียบเรียงโดย

ณัฐชยา มณีนิล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
กรรมการและเลขานุการทีมนำทางคลินิก
โรงพยาบาลห้วยทับทัน อ. ห้วยทับทัน จ. ศรีสะเกษ

มกราคม 2569
www.https://huaihosp.go.th
045-699045