



แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยใน ที่บ้าน (Home ward)



กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข



ชื่อหนังสือ :	แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข	
ที่ปรึกษา :	นายแพทย์สมศักดิ์ อรรฆศิลป์ นายแพทย์จเด็จ ธรรมธัชอารี นายแพทย์สุรศักดิ์ ลีลาอุดมลิปิ	อธิบดีกรมการแพทย์ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ (สปสช.) ประธานคณะกรรมการโรงพยาบาลในกลุ่ม สถาบันแพทย์แห่งประเทศไทย (UHosNet) ที่ปรึกษากกรมการแพทย์
บรรณาธิการ :	แพทย์หญิงปิยะธิดา หาญสมบูรณ์	
กองบรรณาธิการ :	นายแพทย์มนต์ชัย ศิริบำรุงวงศ์ นางอรุณี เลิศล้ำ นางสาวชลธิชา ชัยหนองแปน	รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน กองวิชาการแพทย์ สำนักที่ปรึกษา
ฉบับที่ 1 :	กรกฎาคม 2565	

ผู้พิมพ์

วีระศักดิ์ ศรีนนทการ

พ.บ., ว.ว. อายุรศาสตร์

ว.ว. อายุรศาสตร์ต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม,

ศาสตราจารย์ (คลินิก) สาขาต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม

นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ โรงพยาบาลราชวิถี

เปี่ยมลาภ แสงสายัณห์

พ.บ. (เกียรตินิยมอันดับ 2), ว.ว. อายุรศาสตร์, ว.ว. อายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินหายใจ,

อ.ว. (เวชศาสตร์ครอบครัว), อ.ว. (อายุรศาสตร์โรคการนอนหลับ)

นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ สถาบันโรคทรวงอก

มนต์ชัย ศิริบำรุงวงศ์

พ.บ. (เกียรตินิยมอันดับ 2), วท.ม. (อายุรศาสตร์), ว.ว. อายุรศาสตร์

ว.ว. อายุรศาสตร์โรคไต,

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิเศษ สาขาอายุรศาสตร์

นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลเลิดสิน

วิบูลย์ ภัณฑบติกรณ์

พ.บ., ป.บัณฑิตชั้นสูงวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก (ศัลยศาสตร์),

ว.ว. ศัลยศาสตร์ทั่วไป, อ.ว. (ศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขาศัลยกรรม โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

ธัญเดช นิมมานวุฒิพงษ์

พ.บ. (เกียรตินิยมอันดับ 2), ป.บัณฑิตชั้นสูงวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก (ศัลยศาสตร์),

ว.ว. ศัลยศาสตร์ทั่วไป

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

วิฑูร ชินสว่างวัฒนกุล

พ.บ., ป.บัณฑิตชั้นสูง, ว.ว. ศัลยศาสตร์ทั่วไป, Msc., PH.D

รองศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

วิรุฬ ลิขิตเลิศล้ำ

พ.บ., ว.ว. อายุรศาสตร์, ว.ว. อายุรศาสตร์หัวใจและหลอดเลือด,
อ.ว. (สาขาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลราชวิถี

ฐิติกร ไกรสรกุล

พ.บ. (เกียรตินิยมอันดับ 2), ว.ว. เวชศาสตร์ครอบครัว, ว.ว. ศัลยศาสตร์ทั่วไป
ประกาศนียบัตรศัลยศาสตร์เฉพาะทาง ศีรษะ คอ และเต้านม
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลราชวิถี

ปิยะธิดา หาญสมบูรณ์

พ.บ. BSc. (Biology), ว.ว.อายุรศาสตร์, ว.ว. อายุรศาสตร์โรกระบบทางเดินอาหาร
อ.ว. (เวชศาสตร์ครอบครัว), อ.ว. เวชศาสตร์ป้องกัน (สาธารณสุข)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ ที่ปรึกษากรมการแพทย์

นางอรุณี เลิศล้ำ

พยาบาลเวชปฏิบัติ สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

คำนำ

การปฏิรูประบบสุขภาพตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 เป็นต้นมา ส่งผลให้มีการจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ โดยสาระสำคัญที่ประชาชนจะได้รับ คือ ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ การเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเป็นธรรม ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ยังเข้าไม่ถึงการรักษาโดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง อาทิ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้าน/ ติดเตียง ผู้พิการ เป็นต้น ประกอบกับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ส่งผลให้เตียงรองรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลมีจำนวนไม่เพียงพอ กรมการแพทย์จึงมีนโยบายสนับสนุนการให้บริการทางการแพทย์ที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Personal-based Medical Services) เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยใน (Inpatient) การดำเนินการให้บริการในรูปแบบผู้ป่วยในที่บ้าน หรือ การดูแลเสมือนโรงพยาบาลที่บ้าน (Hospital care at home) เป็นการให้บริการการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยในที่ใช้บ้านเป็นหอผู้ป่วย ซึ่งมีมาตรฐานการดูแลเทียบเคียงผู้ป่วยในของโรงพยาบาล (IPD) ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานของแต่ละวิชาชีพ รวมถึงได้รับการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลรักษา

กรมการแพทย์ได้ร่วมกับภาคีเครือข่ายจัดทำ “แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward)” โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลและหน่วยบริการทุกระดับสามารถนำไปปรับใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการดูแลรักษา มีสถานะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสมดังปณิธานของกรมการแพทย์ “ทำดีที่สุด เพื่อทุกชีวิต” และนับเป็นโอกาสอันดีที่แนวทางฉบับนี้แล้วเสร็จในวาระอันเป็นมงคลที่กรมการแพทย์ครบรอบ 80 ปี

ขอขอบคุณผู้นิพนธ์ทุกท่านที่ได้สละเวลา แรงกาย แรงใจในการค้นคว้า รวบรวม องค์ความรู้ และประสบการณ์เพื่อเรียบเรียงให้เอกสารฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี



(นายสมศักดิ์ อรรถศิลป์)
อธิบดีกรมการแพทย์
กรกฎาคม 2565

กิตติกรรมประกาศ

การจัดทำแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) ได้รับความกรุณาจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHosNet) ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย กองบริหารการสาธารณสุข (กบรส.) สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สสป.) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์ ให้ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะในการจัดทำแนวทาง เพื่อใช้ในการเผยแพร่แก่หน่วยบริการ

คณะผู้จัดทำรู้สึกถึงความกรุณาอันดีจากผู้มีส่วนร่วมทุก ๆ ท่านที่ได้ให้การสนับสนุนการทำงาน และให้กำลังใจ จนทำให้การจัดทำแนวในครั้งนี้สามารถลุล่วงไปได้ด้วยดี จึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

คณะผู้จัดทำ

กรกฎาคม 2565

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
กิตติกรรมประกาศ	ข
สารบัญ	ค
บทที่ 1 บทนำ	1
• คำนิยาม	1
• วัตถุประสงค์	1
• รูปแบบการให้บริการ	1
• การเตรียมความพร้อมของสถานพยาบาล	2
• การประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ผู้ดูแล และที่พักอาศัยระหว่างการดูแลแบบผู้ป่วยในบ้าน	2
• เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยเข้าระบบการดูแลผู้ป่วยในบ้าน	3
บทที่ 2 การประเมินความพร้อมของ ผู้ป่วย ครอบครัว สภาพที่พักอาศัย และทีมดูแลที่บ้าน	4
• ขั้นตอนดำเนินการ	4
• แนวทางปฏิบัติในการให้การบริการ homeward	5
• องค์ประกอบของทีมดูแลต่อเนื่อง	5
บทที่ 3 แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อ ในระบบทางเดินปัสสาวะ แบบ Home ward	6
บทที่ 4 แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยปอดอักเสบ แบบ Home ward	10
บทที่ 5 แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแผลกดทับ (pressure ulcer management) แบบ Home ward	15
บทที่ 6 แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยหลังการผ่าตัดไส้ติ่ง แบบผ่าตัดวันเดียวกลับ แบบ Home ward	20
บทที่ 7 แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่บ้าน	23
บทที่ 8 การดูแลภาวะน้ำตาลในเลือดสูงในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2	32
บทที่ 9 แนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ในการให้คำแนะนำผู้ป่วยและการจัดบริการผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation	38

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก	42
(ก) ตัวอย่างแบบบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Hospital Care at Home)	44
(ข) ตัวอย่าง Care Plan (บันทึกการพยาบาล)	49
ข.1 ตัวอย่างแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infection)	50
ข.2 ตัวอย่างแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบ (Pneumonia)	52
ข.3 ตัวอย่างแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับ (pressure ulcer management)	54
ข.4 ตัวอย่างแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดไส้ติ่งแบบผ่าตัดวันเดียวกลับ (Post Appendectomy)	55
ข.5 ตัวอย่างแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (Severe hypertension)	56
ข.6 ตัวอย่างแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2)	57
(ค) ตัวอย่าง แบบฟอร์มการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 รักษาโดยการกักตัวที่บ้าน (Home Isolation)	58
ค.1 ตัวอย่าง แบบฟอร์มลงทะเบียนผู้ป่วยโควิด-19 รักษาโดยการกักตัวที่บ้าน (Home Isolation)	59
ค.2 ตัวอย่าง Discharge Summary for Home Isolation Patient	61
ค.3 ตัวอย่าง แบบฟอร์มการติดตามอาการผู้ป่วยโควิด-19 รักษาโดยการกักตัวที่บ้าน (Home Isolation)	62
ค.4 ตัวอย่าง Discharge Summary for Home Isolation Patient	63
ค.5 ตัวอย่าง หนังสือแสดงความยินยอมในการกักตัวที่บ้าน เนื่องจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	64
(ง) แบบประเมินการติดตามหลังการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (ODS)	
(จ) ประกาศราชวิทยาลัยสูติแพทย์แห่งประเทศไทย ฉบับที่ 4/2565 เรื่องแนวทางเวชปฏิบัติ สำหรับคลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึกที่ให้บริการ ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็ก	66
(ฉ) คำสั่งกรมการแพทย์	80
ฉ.1 คำสั่งกรมการแพทย์ ที่ 334/2565 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการจัดทำหลักเกณฑ์ และมาตรฐานการให้บริการผู้ป่วยที่บ้าน (Hospital care at home)	81
ฉ.2 คำสั่งกรมการแพทย์ ที่ 333/2565 เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานจัดทำหลักเกณฑ์และมาตรฐาน การให้บริการผู้ป่วยที่บ้าน (Hospital care at home)	83

บทที่ 1

บทนำ

คำนิยาม

บริการผู้ป่วยในบ้าน (Hospital Care at Home) หรือ Home ward เป็นการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ที่มีมาตรฐานการดูแลเทียบเคียงกับผู้ป่วยในโรงพยาบาล (IPD) โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient centered care) และคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญตามมาตรฐานการรักษาของแต่ละวิชาชีพโดยมีความร่วมมือของญาติหรือผู้ดูแล (care giver) ในการช่วยประเมินอาการผู้ป่วย และสื่อสารกับทีมแพทย์

วัตถุประสงค์

1. เป็นทางเลือกให้กับผู้ป่วยในการรับบริการแบบผู้ป่วยใน เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตระหว่างการรักษา ให้ผู้ป่วยลดภาวะแทรกซ้อนในการนอนโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายในการเฝ้าผู้ป่วยที่โรงพยาบาล
2. ลดอัตราการครองเตียง ลดความแออัด

รูปแบบการให้บริการ

1. Step down: เริ่มรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล (hospital care in hospital) ก่อน แล้วแพทย์ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแลประเมินร่วมกันว่าส่งกลับไปรักษาที่บ้าน (hospital care at home) โดยโรงพยาบาลเดิมดูแล
2. Refer Back: เริ่มรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่ 1 ส่งต่อไปให้โรงพยาบาลที่ 2 ดูแล แล้วแพทย์ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแลประเมินร่วมกันว่าสามารถรักษาแบบผู้ป่วยในบ้านได้
3. Step up/ Start at home: เริ่มรักษาแบบผู้ป่วยในบ้านหลังจากได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ในโรงพยาบาล (OPD, ER) แล้วแพทย์ ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแลประเมินร่วมกันว่าสามารถรักษาแบบผู้ป่วยในบ้านได้ หรือแพทย์หน่วยบริการปฐมภูมิไปตรวจผู้ป่วยที่บ้าน ในกรณีผู้ป่วยติดบ้าน/ติดเตียง

การเตรียมความพร้อมของสถานพยาบาล

1. ทีมประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร และสหสาขาวิชาชีพ
2. อุปกรณ์พื้นฐานที่ต้องให้ผู้ป่วยมีระหว่างทำการรักษา เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต ปรอทวัดไข้ เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลปลายนิ้ว (glucometer) และอุปกรณ์อื่น ๆ ตามความเหมาะสมของแต่ละโรค
3. ยา และเวชภัณฑ์ที่จำเป็นตามมาตรฐานการรักษาแต่ละโรค
4. สถานพยาบาลจัดให้มีระบบการเก็บสิ่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือการเอกซเรย์พื้นฐาน โดยจัดช่องทางบริการพิเศษ
5. สถานพยาบาลมีวิธีการติดตามอาการ และประเมินอาการตามมาตรฐานผู้ป่วยในอย่างน้อย 2 ครั้งต่อวัน
6. สถานพยาบาลจัดให้มีช่องทางสื่อสารระหว่างสถานพยาบาลและผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมง
7. สถานพยาบาลจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยกลับมารักษาในโรงพยาบาลเมื่อมีอาการแยลง ได้ตลอด 24 ชั่วโมง
8. สถานพยาบาลมีการบันทึกเวชระเบียนตามมาตรฐานผู้ป่วยใน เช่น แบบฟอร์มซักประวัติ ตรวจร่างกายโดยแพทย์ แบบฟอร์มติดตามสัญญาณชีพ คำสั่งการรักษา การบันทึกทางการพยาบาล เป็นต้น

การประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ผู้ดูแล และที่พักอาศัยระหว่างการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน

1. ผู้ป่วย และผู้ดูแลได้รับข้อมูลแนวทางการรักษาด้วยการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านจากแพทย์อย่างครบถ้วน และให้คำยินยอมก่อนรับบริการ
2. ที่พักอาศัยระหว่างการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน ต้องมีความปลอดภัย
3. ที่พักอาศัยระหว่างการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน ควรอยู่ห่างจากสถานพยาบาลไม่เกิน 20 กิโลเมตร และเดินทางมาโรงพยาบาลได้สะดวก
4. ที่พักอาศัยระหว่างการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน สามารถเข้าถึงช่องทางสื่อสารทางโทรศัพท์ หรืออินเทอร์เน็ตได้
5. ได้รับการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ผู้ดูแล และที่พักอาศัย ตามแนวทางที่ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยกำหนด

เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยเข้าระบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน

1. สภาวะ (Conditions) ของผู้ป่วย
 - เป็นผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพคงที่ และไม่มีความเสี่ยงที่เกิดอาการแย่ลง
 - เป็นผู้ป่วยที่ยังคงต้องการการดูแลแบบผู้ป่วยใน มีทีมแพทย์ พยาบาล และสหสาขาวิชาชีพให้การดูแล (Professional care)
2. มีการตัดสินใจร่วมกันระหว่าง แพทย์ ผู้ป่วย และครอบครัว โดยได้รับข้อมูลแนวทางการรักษาแบบผู้ป่วยใน ที่บ้าน อย่างครบถ้วน
3. ได้รับการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ผู้ดูแล และที่พักอาศัย



บทที่ 2

การประเมินความพร้อมของ ผู้ป่วย ครอบครัว สภาพที่พักอาศัย และทีมดูแลที่บ้าน



ราชวิทยาลัยแพทยวิทยาศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

การดูแลแบบ Home ward เป็นการดูแลที่เปลี่ยนจาก disease focus เป็น holistic patient and family focus ที่ครอบคลุมในทุกมิติ ทั้งทางด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ รวมไปถึงในแง่มุมมองด้านชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วยและครอบครัว และโดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้โอกาสการเข้าถึงครอบครัวผู้ป่วยในการเน้นย้ำให้เกิดทักษะความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว การเสริมพลังให้เกิดการพึ่งพาตนเองในด้านสุขภาพได้ในระยะยาว เพื่อผลลัพธ์การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว

ทั้งนี้ การพิจารณาเลือกให้ดูแลแบบ Home ward ดังกล่าว ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพที่จะเป็นผู้ให้การดูแลต่อเนื่อง โดยต้องได้รับการสนับสนุน จัดหาวัสดุอุปกรณ์และเวชภัณฑ์อย่างเพียงพอและเหมาะสม มีความพร้อมในการประสานงาน การติดตามและประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องร่วมกับทีมแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวและทีมดูแลสุขภาพที่บ้าน ที่สำคัญควรมีการประสานงานเพื่อประเมินสภาพความเป็นอยู่ที่บ้าน ประเมินความสามารถและความพร้อมของผู้ดูแลและครอบครัวด้วยเสมอ ก่อนดำเนินการไปสู่กระบวนการส่งต่อผู้ป่วย

ขั้นตอนดำเนินการ

1. ความสมัครใจของผู้ป่วยและครอบครัว แพทย์เจ้าของไข้ทำหน้าที่ประเมินว่าผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การดูแลแบบ Home ward ได้ มีการสื่อสารที่ชัดเจนกับผู้ป่วยและญาติเรื่องการดูแลแบบ Home ward แล้ว และผู้ป่วยและครอบครัวยินยอมที่จะรับการดูแลในรูปแบบดังกล่าว ซึ่งทีมแพทย์อาจมีการพิจารณากำหนดข้อตกลงรูปแบบบริการสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว (Home ward consent form) เพื่อความเข้าใจที่ชัดเจนก่อนการเริ่มดำเนินการ และลดโอกาสของการร้องเรียนจากการเข้าใจไม่ตรงกัน

2. ประเมินความพร้อมและศักยภาพของครอบครัวในการดูแลความเจ็บป่วยที่บ้าน ทีมแพทย์ที่ให้การดูแลในโรงพยาบาลควรได้ประเมินความพร้อมและศักยภาพของครอบครัวร่วมกับทีมแพทย์ที่จะให้การดูแลที่บ้านก่อนตัดสินใจส่งต่อผู้ป่วยสู่ระบบ Home ward ซึ่งหมายรวมถึงความพร้อมทางด้านจิตใจ การจัดการสิ่งแวดล้อม เช่น การจัดการขยะติดเชื้อ และความสะดวกในการติดต่อและติดตามอาการระหว่างนอนพักรักษาที่บ้าน ทีมสามารถใช้เครื่องมือประเมินความเครียดของผู้ดูแล (Zarit caregiver burden scale) และแนวทางการประเมินผู้ดูแล (C.A.R.E.G.I.V.E.R mnemonic) ช่วยในการประเมิน ความพร้อมของผู้ดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในกลุ่มผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ ดูแลผู้ป่วยมานานแล้ว เช่นกรณีผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง เป็นต้น

3. ประเมินลักษณะบ้านเพื่อจัดบริบทที่เหมาะสมในการดูแล ทีมดูแลผู้ป่วยที่บ้านทำหน้าที่ประสานงานกับครอบครัวผู้ป่วยเพื่อประเมินลักษณะสถานที่ และเตรียมพร้อมอุปกรณ์ในการดูแลตามความเหมาะสม และยืดหยุ่น โดยคำนึงถึงความปลอดภัย ทีมสามารถใช้แนวทางการเยี่ยมบ้านตาม INHOMESS checklist เพื่อช่วยในการประเมิน

แนวทางปฏิบัติในการให้บริการ home ward

1. การติดตามผู้ป่วยในความรับผิดชอบรายวัน โดยควรมีแบบบันทึกการติดตามอาการผู้ป่วยที่บ้าน สำหรับผู้ป่วย (self monitor form) และสำหรับทีมบุคลากร (Home ward clinical assessment form)
2. ประเมินความเจ็บป่วยทางคลินิกตามเหมาะสมและให้การดูแลรักษาตามสภาวะของผู้ป่วยโดยปรับให้สอดคล้องกับบริบทการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
3. ประเมิน psychosocial wellbeing ของผู้ป่วยและครอบครัว และการปรับตัวต่อการดูแลรักษาความเจ็บป่วยครั้งนั้น ๆ ที่บ้าน
4. ประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว และเสริมความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง รวมถึงการป้องกันการเป็นซ้ำ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และสร้างเสริมสุขภาพ
5. บันทึกข้อมูลเป็นปัจจุบัน

องค์ประกอบของทีมดูแลต่อเนื่อง

ควรประกอบไปด้วย

1. Core team ซึ่งรับหน้าที่ดูแลหลัก ติดตามประเมินตลอดระยะการดูแลผู้ป่วย ในทีมจำเป็นต้องมีแพทย์ที่สามารถให้การดูแลติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องระหว่างรักษาตัวที่บ้านได้ เช่น แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์สาขาอื่น ๆ ที่มีความสมัครใจพร้อมร่วมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และทีมบุคลากรสุขภาพในพื้นที่ อันได้แก่ พยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุข การเยี่ยมติดตามจากแพทย์และทีมสามารถทำได้หลายรูปแบบ หมายรวมถึงตั้งแต่การติดตามไปที่บ้านผู้ป่วยโดยตรง การโทรศัพท์ติดตามอาการหรือการใช้วิดีโอสื่อสารผ่านอินเทอร์เน็ต

2. Extended team ซึ่งหมายถึง หน่วยสนับสนุนอื่น ๆ ในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่บ้าน พิจารณาตามความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้ผลลัพธ์การรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพสูงสุด ตัวอย่างเช่น นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และทีมสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ

ทั้งนี้การประสานงานเพื่อขอความร่วมมือดังกล่าวสามารถพิจารณาทำได้ตั้งแต่ผู้ป่วยยังนอนพัก รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในช่วงการวางแผนการจำหน่าย และส่งต่อผู้ป่วยสู่ระบบ Home ward หรือหากเป็นกรณีผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง/ติดบ้าน การสร้างช่องทางประสานงานระหว่างทีมสุขภาพนอกและในโรงพยาบาล จะสามารถช่วยให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น

บทที่ 3

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อ ในระบบทางเดินปัสสาวะแบบ Home ward

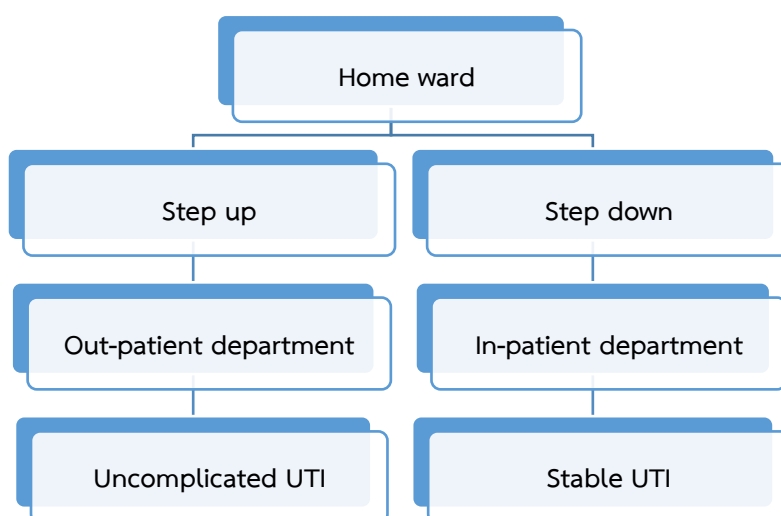
นายแพทย์มนต์ชัย ศิริบำรุงวงศ์

ด้วยแนวคิดการดูแลแบบ Home ward คือ ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล หากแต่เมื่อมีระบบสนับสนุนจากโรงพยาบาลที่เหมาะสม จะสามารถให้การดูแลรักษาที่บ้านได้ (รูปที่ 1)

นิยาม

ผู้ป่วยติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะแบบไม่ซับซ้อน (Uncomplicated urinary tract infection, UTI) เป็นการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สามารถรักษาให้หายได้ในระยะเวลาอันสั้น และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา มักพบในผู้ที่เดิมมีสุขภาพแข็งแรงและมีระบบทางเดินปัสสาวะปกติ

ผู้ป่วยติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะแบบซับซ้อน (Complicated UTI) เป็นการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่มีความซับซ้อน การรักษาใช้เวลานาน มีความเสี่ยงในการติดเชื้อรุนแรง หรือตอบสนองต่อประสิทธิภาพของยาปฏิชีวนะน้อยลง มีการเกิดการติดเชื้อซ้ำใหม่ มักพบในผู้ที่มีความผิดปกติในระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น การอุดตันหรือนิ่วในทางเดินปัสสาวะ ผู้ที่มีการทำงานของไตน้อยลง (Estimated glomerular filtration rate, eGFR) หรือมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ได้แก่ ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ เบาหวาน ตั้งครรภ์ เพศชาย เคยได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต หรือได้รับการสวน/ใส่สายสวนปัสสาวะ



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะแบบ Home ward

แนวทางการดูแล

รูปแบบที่ 1 Step-up คือ ผู้ป่วยติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่เข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก (Out-patient department, OPD) หรือห้องฉุกเฉิน (Emergency room, ER) หรือกรณีแพทย์ปฐมภูมิไปประเมินผู้ป่วยที่บ้าน ด้วยอาการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะแบบ Uncomplicated UTI เช่น กรวยไตอักเสบเฉียบพลัน (Acute pyelonephritis) ที่อาจมาด้วยอาการไข้สูง หนาวสั่น ปวดบริเวณเอวข้างที่อักเสบและอาจมีอาการกระเพาะปัสสาวะอักเสบนำมาก่อน มักมีอาการคลื่นไส้หรืออาเจียนร่วมด้วย และพิจารณารักษาเป็นผู้ป่วยใน แต่หากสัญญาณชีพ (Vital signs) อยู่ในเกณฑ์ปกติ ปราศจากอาการหรืออาการแสดงของการติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis) สามารถรับประทานได้และพร้อมที่จะรับการดูแลแบบ Home ward มีแนวทางการปฏิบัติหลังจากให้การวินิจฉัยแล้วดังนี้ คือ

1. ส่งตรวจ Complete blood count (CBC), Blood urea nitrogen (BUN), Creatinine (Cr), Electrolyte และ urine analysis (UA) พร้อมส่งเพาะเชื้อจากเลือดและปัสสาวะ (Hemoculture and urine culture)
2. แพทย์พิจารณาว่าสามารถให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะในรูปแบบฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำที่สามารถให้วันละครั้ง เช่น Ceftriaxone, Gentamicin, Levofloxacin, Ertapenem (กรณีที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อดื้อยา: การติดเชื้อในโรงพยาบาล, ประวัติได้รับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนหน้านี้, ประวัติได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะก่อนหน้านี้ หรือประวัติติดเชื้อดื้อยามีเชื้อดื้อยาเป็นเชื้อประจำถิ่น (Colonization) ผ่านทาง Heparin lock หรือ Saline lock (ตารางที่1)
3. ติดตามสัญญาณชีพร่วมกับให้ยาปฏิชีวนะที่บ้านในรูปแบบฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำวันละครั้งที่บ้านโดยพยาบาลวิชาชีพ หากพบอาการหรืออาการแสดงที่แย่ง เช่น คลื่นไส้อาเจียน รับประทานอาหารไม่ได้ หอบเหนื่อย ความรู้สึกเปลี่ยนแปลง ปลายมือปลายเท้าเย็น ชีพจรเต้นเร็วมากกว่าหรือเท่ากับ 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจมากกว่า 24 ครั้งต่อนาที ระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท หรือไข้สูงมากกว่า 38.5 องศาเซลเซียสหลังจากให้ยาครบ 48 ชั่วโมง ให้ส่งตัวผู้ป่วยกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล
4. ตรวจปัสสาวะ (UA) ซ้ำและติดตามผลการเพาะเชื้อจากเลือดและปัสสาวะเมื่อครบ 72 ชั่วโมง
5. รายงานผลการเพาะเชื้อพร้อมผลตรวจปัสสาวะเมื่อครบ 72 ชั่วโมงต่อแพทย์เพื่อปรับการรักษา เช่น ให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำต่อเนื่องจนครบระยะเวลาที่แนะนำ หรือเปลี่ยนยาปฏิชีวนะเป็นรูปแบบรับประทานจนครบระยะเวลาที่แนะนำหรือส่งกลับเพื่อรับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาลกรณีที่ผลเพาะเชื้อบ่งชี้ว่าดื้อยาต่อยาปฏิชีวนะบริหาร ณ ขณะนั้น
6. พยาบาลวิชาชีพนำ Heparin lock หรือ Saline lock ออก เมื่อไม่ต้องให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ

ตารางที่ 1 ยาปฏิชีวนะที่แนะนำในภาวะ Uncomplicated acute pyelonephritis

ยาปฏิชีวนะ	ขนาดและระยะเวลา	ข้อควรพิจารณา
กรณีที่ไม่มีความเสี่ยงของการติดเชื้อดื้อยา		
Ceftriaxone	2 กรัม วันละ 1 ครั้ง, 7-14 วัน	หลีกเลี่ยงการใช้เป็นยาหลักเนื่องจากมีอัตราการดื้อยาสูง
Gentamicin	5 มก./กก. วันละ 1 ครั้ง, 7-14 วัน	
Levofloxacin	750 มก. วันละ 1 ครั้ง, 5-7 วัน	
กรณีที่มีความเสี่ยงของการติดเชื้อดื้อยา		
Ertapenam	1 กรัม วันละ 1 ครั้ง, 7-14 วัน	

* กรณีเป็น Uncomplicated UTI เลือกใช้ยานาน 7 - 10 วัน/กรณีเป็น Complicated UTI เลือกใช้ยานาน 10 - 14 วัน

รูปแบบที่ 2 Step-down คือ ผู้ป่วยติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่รับรักษาเป็นผู้ป่วยใน (In-patient department, IPD) จนกระทั่งอาการคงที่ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถรับประทานได้ (Stable UTI) มีความจำเป็นที่ต้องรับรักษาเป็นผู้ป่วยในเพียงเพื่อให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำเพื่อให้ครบระยะเวลาตามที่กำหนด และพร้อมที่จะรับการดูแลแบบ Home ward มีแนวทางการปฏิบัติหลังจากให้การวินิจฉัยแล้วดังนี้ คือ

1. ผลเพาะเชื้อจากเลือดและปัสสาวะ ตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะที่สามารถให้ได้วันละ 1 ครั้ง
2. แพทย์พิจารณาให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะในรูปแบบฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำที่สามารถให้วันละครั้งผ่านทาง Heparin lock หรือ Saline lock
3. ติดตามสัญญาณชีพพร้อมกับให้ยาปฏิชีวนะที่บ้านในรูปแบบฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำวันละครั้ง โดยพยาบาลวิชาชีพ จนครบระยะเวลาที่กำหนด หากพบอาการหรืออาการแสดงที่แย่งลง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานไม่ได้ หอบเหนื่อย ความรู้สึกเปลี่ยนแปลง ปลายมือปลายเท้าเย็น ชีพจรเต้นเร็วมากกว่าหรือเท่ากับ 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจมากกว่า 24 ครั้งต่อนาที ระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท หรือไข้สูงมากกว่า 38.5 องศาเซลเซียสหลังจากให้ยาครบ 48 ชั่วโมง ให้ส่งตัวผู้ป่วยกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล
4. เมื่อสามารถหยุดยาปฏิชีวนะที่ฉีดทางหลอดเลือดดำ ให้พยาบาลวิชาชีพ นำ Heparin lock หรือ Saline lock ออก

เอกสารอ้างอิง

1. วลัยพร วังจินดา, พรพรรณ กู้มานะชัย. Urinary tract infection ใน: รุจิภาส สิริจตุภัทร, นันทรา สุวันทาร์ตัน, พรพรรณ กู้มานะชัย, อนุภพ จิตต์เมือง, ฐิติวัฒน์ ช่างประดับ, ภาคภูมิ พุ่มพวง, บรรณาธิการ. Disease Approach in Infectious Disease. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: หจก. เบสส์ กราฟฟิค อินเทอร์เน็ต; 2564. หน้า 103-116.
2. ธวัชชัย ทวีมันคงทรัพย์. การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ (Urinary Tract Infection) ใน: วรพจน์ ชูณหคาลัย, อภิรักษ์ สันติงามกุล, บรรณาธิการ. Common Urologic Problems for Medical Student. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท บีคอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด; 2558. หน้า 21-44.
3. Warren JW, Abrutyn E, Hebel JR, Johnson JR, Schaeffer AJ, Stamm WE. Guidelines for antimicrobial treatment of uncomplicated acute bacterial cystitis and acute pyelonephritis in women. Infectious Diseases Society of America (IDSA). *Clin Infect Dis*. 1999 Oct; 29(4):745-58.
4. Bush LM, Kaye D. Catheter-associated urinary tract infection IDSA guidelines: why the levofloxacin? *Clin Infect Dis*. 2010 Aug 15; 51(4): 479-80.
5. Gupta K, Hooton TM, Naber KG, Wullt B, Colgan R, Miller LG, et al; Infectious Diseases Society of America; European Society for Microbiology and Infectious Diseases. International clinical practice guidelines for the treatment of acute uncomplicated cystitis and pyelonephritis in women: A 2010 update by the Infectious Diseases Society of America and the European Society for Microbiology and Infectious Diseases. *Clin Infect Dis*. 2011 Mar 1; 52(5):e103-20. Available from: <https://doi.org/10.1093/cid/ciq257>
6. Kim M, Lloyd A, Condren M, Miller MJ. Beyond antibiotic selection: concordance with the IDSA guidelines for uncomplicated urinary tract infections. *Infection*. 2015 Feb; 43(1):89-94.
7. Kang CI, Kim J, Park DW, Kim BN, Ha US, Lee SJ, et al. Clinical Practice Guidelines for the Antibiotic Treatment of Community-Acquired Urinary Tract Infections. *Infect Chemother*. 2018; 50(1):67-100.

บทที่ 4

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยปอดอักเสบ

แบบ Home ward

แพทย์หญิงเปี่ยมลาภ แสงสายัณห์

ด้วยแนวทางการดูแลแบบ Home ward คือ ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล หากแต่ผู้ป่วยไม่สะดวกในการรับการรักษาภายในโรงพยาบาล ผู้ป่วยและญาติ มีความพร้อมจะดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เหมาะสมบางชนิด และมีระบบสนับสนุนจากโรงพยาบาลที่เหมาะสม จะสามารถให้การดูแลรักษาต่อที่บ้านได้ (รูปที่ 1)

นิยาม

ผู้ป่วยติดเชื้อปอดอักเสบจากเชื้อในชุมชน (Community acquired pneumonia) อาการมีตั้งแต่เล็กน้อย ได้แก่ ไข้ ไอมีเสมหะ ไปจนถึงอาการรุนแรง หายใจลำบาก และติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis) มักเกิดจากเชื้อ *Streptococcus* โดยความรุนแรงสัมพันธ์กับ ภาวะสูงวัย โรคร่วมเช่น COPD, bronchiectasis, chronic heart disease, stroke, Diabetes mellitus, malnutrition และ ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Immunocompromised condition)

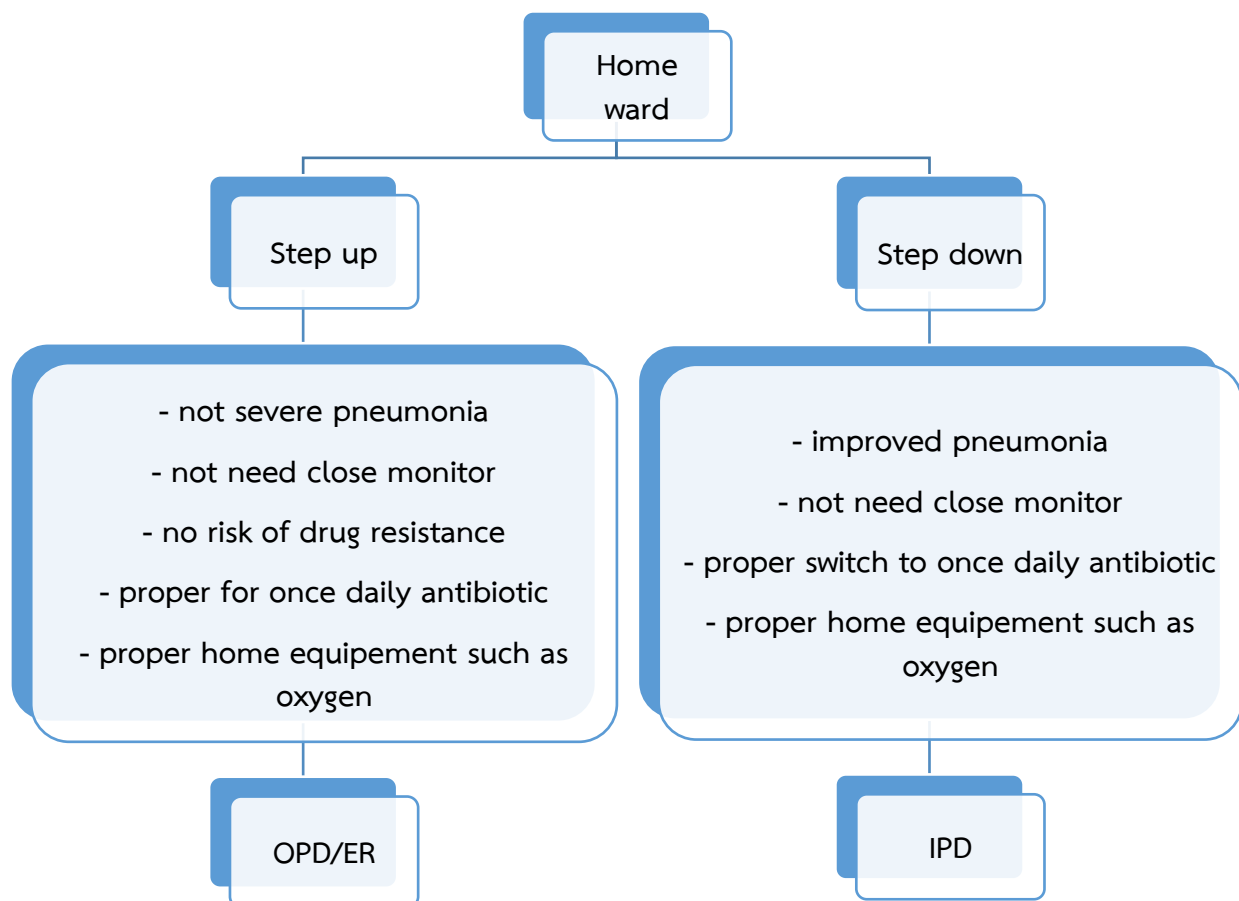
ผู้ป่วยติดเชื้อปอดอักเสบจากเชื้อในโรงพยาบาล (Hospital acquired pneumonia) คือ ปอดอักเสบที่เกิดภายหลังจากรักษาตัวภายในโรงพยาบาลอย่างน้อย 48 - 72 ชั่วโมง

ผู้ป่วยติดเชื้อปอดอักเสบแบบไม่ซับซ้อน (Uncomplicated pneumonia) เป็นภาวะปอดอักเสบที่มักเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย และไม่มีลักษณะฝีในปอดหรือภาวะหนองในช่องเยื่อหุ้มปอด (Empyema) ร่วมด้วย แต่อาจพบน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (Parapneumonic effusion) ที่ปริมาณไม่มาก

ผู้ป่วยติดเชื้อปอดอักเสบแบบรุนแรง (Severe pneumonia) เป็นภาวะปอดอักเสบที่รุนแรง อาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจึงไม่เหมาะสมในการดูแลแบบ Home ward

คำจำกัดความของ severe pneumonia ประกอบด้วย 1 major criteria หรือ 3 minor criteria

Major criteria	Minor criteria
<ul style="list-style-type: none"> ● Septic shock required vasopressor (systolic <90 mmHg or diastolic ≤60 mmHg) ● Respiratory failure requiring mechanical ventilation 	<ul style="list-style-type: none"> ● RR ≥30 ครั้งต่อนาที ● PaO₂/Fi O₂ ratio < 250 หรือ oxygen saturation ≤90% ● Confusion ● Uremia ● Leukopenia (White Blood Cell < 4000 cells/μl) ● Thrombocytopenia (platelet count < 100,000/μl) ● Hypothermia ● Hypotension



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อปอดอักเสบแบบ Home ward

รูปแบบที่ 1 Step-up คือ ผู้ป่วยติดเชื้อปอดอักเสบที่เข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก (Out-patient department, OPD) หรือห้องฉุกเฉิน (Emergency room, ER) หรือกรณีแพทย์ปฐมภูมิไปประเมินผู้ป่วยที่บ้านที่มาด้วยอาการไข้ ไอเสมหะเปลี่ยนสี ระยะเวลาสั้น (ไม่เกิน 14 วัน) ภาพเอกซเรย์ปอดพบลักษณะ infiltration หรือ consolidation มีแนวทางการปฏิบัติหลังจากให้การวินิจฉัยแล้วดังนี้

1. ส่งตรวจ Complete blood count (CBC) เพื่อประเมินความรุนแรงของโรค
2. พิจารณาส่งเพาะเชื้อจากเลือด (Hemoculture) ตามดุลพินิจของแพทย์ แนะนำให้ส่งในผู้ป่วยติดเชื้อปอดอักเสบแบบรุนแรง ที่ไม่เข้าเกณฑ์ในการรักษาแบบ home ward
3. พิจารณาส่งเพาะเชื้อจากเสมหะ เพาะเชื้อแบคทีเรีย ในผู้ป่วยปอดอักเสบแบบรุนแรง หรือกรณีที่ต้องให้ยาปฏิชีวนะ ที่ครอบคลุมเชื้อ *Methicillin resistant Staphylococcus aureus* (MRSA) หรือ *Pseudomonas aeruginosa* ส่วนการส่งเสมหะตรวจหาเชื้อชนิดอื่น ๆ เช่น เชื้อวัณโรค พิจารณาส่งถ้าตำแหน่งของรอยโรคอยู่ในตำแหน่งที่สงสัย หรือระยะเวลาของการมีอาการนานแต่อาการไม่รุนแรง หรือตามดุลพินิจของแพทย์
4. แพทย์พิจารณา รับการรักษาแบบ home ward เมื่อ
 - ไม่เข้าลักษณะปอดอักเสบแบบรุนแรง
 - คาดการณ์ผู้ป่วยไม่ต้องการการติดตามอย่างใกล้ชิดในโรงพยาบาล ตามดุลพินิจของแพทย์
 - ในรายที่มีภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ แต่ยังไม่เข้าเกณฑ์ปอดอักเสบแบบรุนแรง ต้องมีความพร้อมที่จะให้ออกซิเจนที่บ้านและมีการติดตามวัดค่าออกซิเจนปลายนิ้ว (oxygen saturation) ที่บ้านได้
 - เหมาะสมในการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะในรูปแบบฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำที่สามารถให้วันละครั้ง เช่น Ceftriaxone, Moxifloxacin, Levofloxacin
 - ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อดื้อยา เช่น ประวัติได้รับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนหน้านี้ ประวัติได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะก่อนหน้านี้ หรือประวัติติดเชื้อดื้อยาหรือมีเชื้อดื้อยาเป็นเชื้อประจำถิ่น (Colonization) หรือมีโรคร่วมที่คาดการณ์ว่าอาจมีโอกาสเกิดเชื้อดื้อยา เช่น โรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไต ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง และมะเร็งลูกกลาม

เมื่อพิจารณาความเหมาะสมแล้วให้บริหารยาผ่านทาง Heparin lock หรือ saline lock (ตารางที่1)

5. ติดตามสัญญาณชีพและการวัดค่าออกซิเจนปลายนิ้วร่วมกับให้ยาปฏิชีวนะที่บ้านในรูปแบบฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำวันละครั้ง โดยพยาบาลวิชาชีพ และแพทย์สามารถติดตามอาการผ่านระบบ telemedicine จากผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ซึ่งควรมีการรายงานสัญญาณชีพ และวัดค่าออกซิเจนปลายนิ้ว 3 - 4 ครั้งต่อวัน หากพบอาการหรืออาการแสดงที่แย่ง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารไม่ได้ หอบเหนื่อย ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ปลายมือปลายเท้าเย็น มีอาการเปลี่ยนแปลงทรุดลงอย่างรวดเร็ว หรือชีพจรเต้นเร็วมากกว่า 120 ครั้งต่อนาที หรือ อัตราการหายใจมากกว่า 24 ครั้งต่อนาที หรือ ระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท หรือไข้สูงมากกว่า 38.5 องศาเซลเซียส หลังจากให้ยาครบ 48 ชั่วโมง หรือ ค่าออกซิเจนปลายนิ้วมีระดับ $\leq 95\%$ ขณะได้รับออกซิเจน (oxygen supplement) ตั้งแต่ 3 L/min ขึ้นไป ให้ส่งตัวผู้ป่วยกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล

6. ในกรณีที่ผู้ป่วยดีขึ้นหรือคงตัว ไม่มีอาการการเปลี่ยนแปลงที่แสดงการทรุดลงของปอดอักเสบ ให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำต่อเนื่องจนครบระยะเวลาที่แนะนำ หรือเปลี่ยนยาปฏิชีวนะเป็นรูปแบบรับประทานจนครบระยะเวลาที่แนะนำ

7. พยาบาลวิชาชีพนำ Heparin lock หรือ saline lock ออก เมื่อไม่ต้องให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ

8. การรักษาเน้นครอบคลุมเชื้อ *Streptococcus pneumoniae* และ atypical pathogen

ตารางที่ 1 ยาปฏิชีวนะที่แนะนำในภาวะปอดอักเสบ

ยาปฏิชีวนะ	ขนาดและระยะเวลา
- Ceftriaxone	2 กรัม วันละ 1 ครั้ง, 5-7 วัน
ร่วมกับ azithromycin (ชนิดรับประทาน)	500 มก วันละ 1 ครั้ง, 3-5 วัน
- Levofloxacin	750 มก. วันละ 1 ครั้ง, 5-7 วัน
- Moxifloxacin	400 มก. วันละ 1 ครั้ง, 5-7 วัน

ตารางที่ 2 ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานในกรณีปรับเปลี่ยนจากยาฉีด

ยาปฏิชีวนะ	ขนาดและระยะเวลา (พิจารณาปรับต่อจากยาฉีดจนครบระยะ หรือ 7 - 10 วัน)
กลุ่ม penicillins	
- Amoxicillin/clavulanate(675/125 mg)	675/125 มก วันละ 2 ครั้ง
กลุ่ม cephalosporins	
- Cefditoren	400 มก. วันละ 2 ครั้ง
- Cefdinir	300 มก วันละ 2 ครั้ง
- Cepodoxime	200 มก วันละ 2 ครั้ง
กลุ่ม quinolones	
- Levofloxacin	750 มก วันละ 1 ครั้ง
- Moxifloxacin	400 มก. วันละ 1 ครั้ง
- Sitaflaxacin	50 มก. วันละ 2 ครั้ง

รูปแบบที่ 2 Step-down คือ ผู้ป่วยติดเชื้อปอดอักเสบที่รักษาเป็นผู้ป่วยใน (In-patient department, IPD) จนกระทั่งอาการคงที่ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีความจำเป็นที่ต้องรับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน เพียงเพื่อให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำครบระยะเวลาตามที่กำหนด และพร้อมที่จะรับการดูแลแบบ Home ward มีแนวทางการปฏิบัติหลังจากให้การวินิจฉัยแล้วดังนี้ คือ

1. ผลเพาะเชื้อจากเลือดและเสมหะ (ถ้าได้รับการตรวจ) ตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะที่สามารถให้ได้ วันละ 1 ครั้ง อาการดีขึ้น ไอลดลง เสมหะเปลี่ยนสีจางลง และสัญญาณชีพแสดงลักษณะดีขึ้น หรือปกติ เช่น ไม่มีไข้ ระดับความดันโลหิตมากกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจน้อยกว่า 24 ครั้งต่อนาที ซีพจรน้อยกว่า 120 ครั้งต่อนาที ได้รับการติดตามเอกซเรย์ปอด 48 - 72 ชั่วโมงหลังการรักษา และพบภาพเอกซเรย์คงที่หรือดีขึ้น

2. แพทย์พิจารณาให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะในรูปแบบฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำที่สามารถให้วันละครั้ง ผ่านทาง Heparin lock หรือ saline lock

3. ติดตามสัญญาณชีพพร้อมกับให้ยาปฏิชีวนะที่บ้านในรูปแบบฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำวันละครั้ง โดยพยาบาลวิชาชีพ จนครบระยะเวลาที่กำหนด หากพบอาการหรืออาการแสดงที่แย่งลง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารไม่ได้ หอบเหนื่อย ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ปลายมือปลายเท้าเย็น ชีพจรเต้นเร็ว อัตราการหายใจมากกว่า 24 ครั้งต่อนาที ระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท หรือไข้สูงมากกว่า 38.5 องศาเซลเซียส หลังจากให้ยาครบ 48 ชั่วโมง ให้ส่งตัวผู้ป่วยกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล

4. เมื่อสามารถหยุดยาปฏิชีวนะที่ฉีดทางหลอดเลือดดำ ให้พยาบาลวิชาชีพนำ Heparin lock หรือ saline lock ออก

เอกสารอ้างอิง

1. Overview of community-acquired pneumonia in adults. Available at: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-community-acquired-pneumonia-in-adults>
2. Saux NL, Robinson JL. Uncomplicated pneumonia in healthy Canadian children and youth: Practice points for management. *Paediatr Child Health* 2015; 20(8): 441-450.
3. Metlay JP, Waterer GW, Long AC, Anzueto A, Brozek J, Crothers K, et al. Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia. An Official Clinical Practice Guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. *Am J Respir Crit Care Med*. 2019 Oct; 200 (7): e45-e67.
4. Community-Acquired Pneumonia (CAP). Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/234240-overview>.
5. Najafi S, Sandrock C. Hospitalized Patients with Acute Pneumonia. *Hosp Med Clin*. 2017; 6: 456-469.
6. Sucher A, Knutsen S, Falor C. Updated Clinical Practice Guidelines for Community-Acquired Pneumonia. *US Pharm*. 2020; 45(4): 16-20.

บทที่ 5

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแผลกดทับ (pressure ulcer management) แบบ Home ward

นายแพทย์วุฒิกร ไกรสรกุล

ด้วยแนวคิดการดูแลแบบ Home ward คือ ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล หากแต่เมื่อมีระบบสนับสนุนจากโรงพยาบาลที่เหมาะสม จะสามารถให้การดูแลรักษาที่บ้านได้ (รูปที่ 1)

นิยาม

ผู้ป่วยแผลกดทับ คือ ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บเฉพาะที่ของผิวหนังหรือเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังโดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูกหรือบริเวณที่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์กดทับซึ่งเป็นผลมาจากแรงกด หรือแรงกดร่วมกับแรงเฉือน

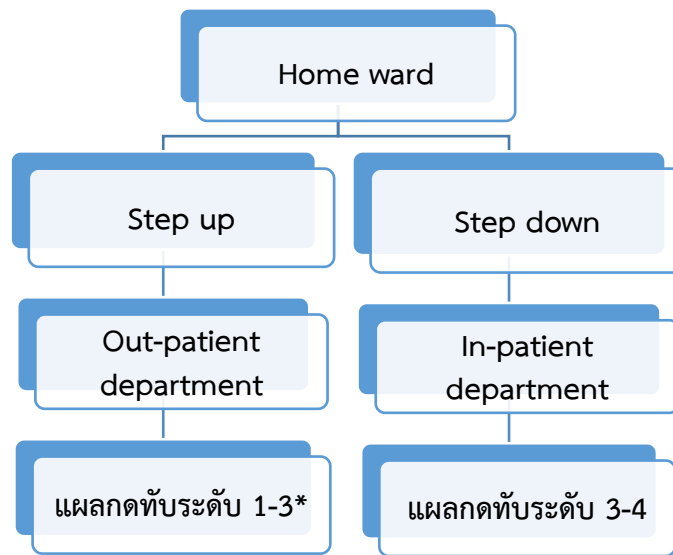
แผลกดทับมีหลายระดับขึ้นอยู่กับระดับความลึกของแผล ซึ่งแบ่งตามความลึกของการบาดเจ็บบริเวณที่กดทับดังนี้

ระดับที่ 1 รอยแดงบนผิวหนังยังคงสภาพ เมื่อใช้นิ้วมือกดรอยแดงไม่จางหายไป ซึ่งรอยแดงอาจเห็นแตกต่างกันในผู้ที่มีสีผิวเข้ม ภาพของรอยแดงบนผิวหนังที่เห็นอาจเปลี่ยนแปลงไปได้ ขึ้นอยู่กับสีแดงที่จางลงหรือจากการรับความรู้สึก เปลี่ยนอุณหภูมิ หรือความแข็งของผิวหนัง การเปลี่ยนสี ไม่รวมถึงการเปลี่ยนเป็นสีม่วงหรือ สีแดงอมน้ำตาล (Maroon) ซึ่งบ่งชี้ถึงการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อชั้นลึก

ระดับที่ 2 สูญเสียผิวหนังบางชั้น/ มองเห็นชั้นหนังแท้ พื้นแผลยังทำหน้าที่ได้ มีสีชมพูหรือสีแดง ชุ่มชื้นและอาจเห็นเป็นตุ่มน้ำใสที่ผิวหนัง ยังคงสภาพหรือที่แตกแล้ว จะมองไม่เห็นชั้นไขมันและเนื้อเยื่อที่ลึกกว่าไม่เห็นเนื้อเยื่อออกขยายใหม่ เนื้อตายเปื่อยยุ่ย และเนื้อตายติดแข็ง

ระดับที่ 3 สูญเสียผิวหนังทุกชั้นซึ่งมองเห็นถึงชั้นไขมันในแผล มักพบเนื้อเยื่อออกขยายใหม่ และขอบแผลที่ม้วนเข้า อาจพบเนื้อตายเปื่อยยุ่ยและหรือเนื้อตายติดแข็ง

ระดับที่ 4 สูญเสียชั้นผิวหนังทั้งหมดและชั้นเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง มองเห็นพังพืด กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกอ่อน หรือกระดูกในบริเวณแผลได้



*แผลระดับ 3 ที่มีความลึก และความกว้างไม่ควรเกิน 5 เซนติเมตร และไม่มีเนื้อตาย

รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแผลกดทับแบบ Home ward

แนวทางการดูแล

รูปแบบที่ 1 Step-up คือผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่เข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก (Out-patient department, OPD) หรือห้องฉุกเฉิน (Emergency room, ER) หรือกรณีแพทย์ปฐมภูมิไปประเมินผู้ป่วยที่บ้าน ด้วยแผลบริเวณปุ่มกระดูกหรือบริเวณที่กดทับซึ่งมักพบในผู้ป่วยที่มีการนอนอยู่บนเตียงเป็นเวลานาน นอนติดเตียง ไม่ค่อยพลิกตะแคงตัว หรือเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ หรือมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว อาจมาด้วยอาการไข้สูง มีแผลบริเวณ กระดูกก้นกบ กระดูกเชิงกราน กระดูกสันหลัง ข้อศอก และส้นเท้า มีอาการบวมแดงร้อนบริเวณแผล มีหนองหรือเนื้อตาย เนื้อดำบริเวณแผล และพิจารณาเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน แต่หากสัญญาณชีพ (Vital signs) อยู่ในเกณฑ์ปกติ ปราศจากอาการหรืออาการแสดงของการติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis) สามารถรับประทานได้และพร้อมที่จะรับการดูแลแบบ Home ward มีแนวทางการปฏิบัติหลังจากให้การวินิจฉัยแล้ว ดังนี้ คือ

1. การทำความสะอาดแผล เพื่อกำจัดสิ่งสกปรก แบคทีเรียที่อยู่บนพื้นแผล ประกอบด้วย

1.1 อุปกรณ์ที่ใช้ในการทำแผล ได้แก่

- ชุดทำความสะอาดแผลปลอดเชื้อ
- กระจกฉีดยาขนาด 20 ซีซี สำหรับฉีดล้างแผล
- ถุงมือสะอาด
- พลาสเตอร์เทปติดผ้าก๊อซ
- ถุงขยะ
- น้ำเกลือปราศจากเชื้อในการล้างแผล (ห้ามใช้ยาแดง)
- เบตาดีน
- 70% แอลกอฮอล์
- ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ ในการล้างแผล

1.2 วัสดุปิดแผลตามลักษณะของแผล ได้แก่

- แผ่นตาข่ายที่เคลือบด้วยสารที่ให้ความชุ่มชื้น เช่น วาสลีน ซิลิโคน

- กลุ่มโพลียูรีเทนโฟม ช่วยดูดซับและควบคุมสิ่งขับหลังจากแผลที่มีปริมาณ

ปานกลางโดยวิธีทำความสะอาดแผล ด้วยการเช็ดทำความสะอาด โดยใช้สำลีชุบน้ำเกลือปราศจากเชื้อ ทำความสะอาดพื้นแผลอย่างเบามือโดยเช็ดจากข้างในแผลออกนอกแผลห่างจากขอบแผลประมาณ 1 นิ้ว และ ซับให้แห้ง ในกรณีที่แผลลึกมีโพรงแผล ให้ใช้กระบอกฉีดยาบรรจุน้ำเกลือปราศจากเชื้อฉีดล้างทำความสะอาด แผล 2 - 3 ครั้งจนกระทั่งน้ำยาทำความสะอาดแผลที่ใช้มีความใส

2. แพทย์พิจารณาว่าสามารถให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะในรูปแบบรับประทานในกรณีติดเชื้อ โดย ครอบคลุมเชื้อแบคทีเรียแกรมบวกบริเวณผิวหนัง เช่น ยากลุ่ม Penicillins ในกรณีที่แพ้ยา Penicillins พิจารณาให้ยาในกลุ่ม Macrolides หรือ Clindamycin (ตารางที่1)

3. พลิกตะแคงตัวบ่อย ๆ อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง โดยใช้ผ้ารองยกตัวหลีกเลี่ยงการลากดึง ร่วมกับ ยกส้นเท้าลอยจากพื้นผิวเตียงโดยใช้หมอนหรือผ้ารองใต้น่อง ถ้านอนตะแคงให้จัดท่ากึ่งหงายเพื่อหลีกเลี่ยงแรง กดโดยตรงกับปุ่มกระดูกบริเวณไหล่และสะโพก

4. การดูแลด้านอาหารเพื่อส่งเสริมการหายของแผล (Nutrition support) ต้องมีการประเมินภาวะ โภชนาการ ความต้องการพลังงานและได้รับสารอาหารเพียงพอ เหมาะสม และควรได้รับน้ำอย่างน้อย 2 - 3 ลิตรต่อวัน (ถ้าไม่มีข้อจำกัด)

5. ติดตามสัญญาณชีพพร้อมกับการดูแลแผลและการให้ยาปฏิชีวนะที่บ้าน โดยพยาบาลวิชาชีพ ในแผล ระดับ 1 สามารถให้การดูแลโดยให้คำแนะนำและสอนผู้ดูแลผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง จัดทำให้อุณหภูมิของ แผลผิวหนังให้แห้งสะอาด ส่วนในแผลระดับ 2 หรือระดับ 3 ที่ขนาดไม่เกิน 5 เซนติเมตรและไม่มีเนื้อตาย ทำความสะอาดแผลด้วยน้ำเกลือปราศจากเชื้อและปิดแผลด้วยผ้าก๊อซ (gauze) หรือ transparent dressing, hydrocolloid dressing, foam ที่บ้านโดยพยาบาล ทุกวัน หรือแพทย์ติดตามแผลโดยรูปถ่ายผ่านระบบสื่อสาร กับผู้ดูแลผู้ป่วยได้ หากพบอาการหรืออาการแสดงที่แย่ลง เช่น มีไข้ ชีพจรเต้นเร็วมากกว่าหรือเท่ากับ 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจมากกว่า 24 ครั้งต่อนาที ระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท หรือใช้สูงมากกว่า 38.5 องศาเซลเซียสหลังจากให้ยาครบ 48 ชั่วโมง แผลมีขนาดใหญ่ขึ้น บวม แดง ร้อน หรือ มีเนื้อตายมากขึ้น ให้ส่งตัวผู้ป่วยกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล

6. เมื่อแผลผู้ป่วยหายแล้ว พยาบาลให้คำแนะนำ การดูแลแก่ผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ เช่น การพลิกตะแคงตัว การสังเกตเมื่อเกิดแผลบริเวณที่มีความเสี่ยง เช่น ปุ่มกระดูก และให้กำลังใจผู้ดูแล

ตารางที่ 1 ยาปฏิชีวนะที่แนะนำในภาวะ Infected pressure ulcer

ยาปฏิชีวนะ	ขนาดและระยะเวลา	ข้อควรพิจารณา
กรณีที่ไม่มีความเสี่ยงของการติดเชื้อดื้อยา		
Cloxacillin	500 มิลลิกรัม วันละ 4 ครั้งก่อนอาหาร, 7 วัน	หลีกเลี่ยงการใช้เป็นยาหลัก เนื่องจากมีอัตราการดื้อยาสูง
Dicloxacillin	500 มิลลิกรัม วันละ 4 ครั้งก่อนอาหาร, 7 วัน	
Amoxicillin/clavulonic acid (Augmentin®)	1 กรัม หลังอาหาร วันละ 2 ครั้ง, 7 วัน	
กรณีที่แพ้ยาในกลุ่ม Penicillins		
Erythromycin	250 - 500 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร, 7 วัน	
Clindamycin	300 มิลลิกรัม วันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร, 7 วัน	

รูปแบบที่ 2 Step-down คือผู้ป่วยติดเชื้อจากแผลกดทับที่รับรักษาเป็นผู้ป่วยใน (In-patient department, IPD) จนกระทั่งอาการคงที่ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่พบการติดเชื้อหรือไม่ต้องได้รับยาปฏิชีวนะในรูปแบบฉีดแล้ว และแผลผ่าตัดไม่มีเนื้อตายแต่แผลยังไม่หายสนิท และพร้อมที่จะรับการดูแลแบบ Home ward มีแนวทางการปฏิบัติหลังจากให้การวินิจฉัยแล้วดังนี้คือ

1. ผลเพาะเชื้อจากเลือดและบริเวณแผล ทบสนองต่อยาปฏิชีวนะที่สามารถให้ได้วันละ 1 ครั้งหรือสามารถเปลี่ยนเป็นรูปแบบรับประทานได้
2. แพทย์พิจารณาให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะในรูปแบบฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำที่สามารถให้ได้วันละ 1 ครั้ง ผ่านทาง Heparin หรือ Saline lock หรือปรับยาเป็นรูปแบบรับประทาน
3. มีผู้ดูแลที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงที่บ้าน และสามารถทำความสะอาดแผลได้
4. แพทย์พิจารณาการดูแลแผล โดยแผลกดทับไม่มีเนื้อตายและทำการเพาะเชื้อแล้วไม่พบเชื้อและเป็นแผลที่อยู่ในระดับ 1, 2 และ 3 ที่ขนาดไม่เกิน 5 เซนติเมตรและไม่มีเนื้อตาย
5. ติดตามสัญญาณชีพร่วมกับการดูแลแผลและการให้ยาปฏิชีวนะที่บ้าน โดยพยาบาลวิชาชีพ ในแผลระดับ 1 สามารถให้การดูแลโดยให้คำแนะนำและสอนผู้ดูแลผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง จัดทำให้อากาศแห้งผึ่งให้แห้งสะอาด ส่วนในแผลระดับ 2 หรือระดับ 3 ที่ขนาดไม่เกิน 5 เซนติเมตรและไม่มีเนื้อตายทำความสะอาดแผลด้วยน้ำเกลือปราศจากเชื้อและปิดแผลด้วยผ้าก๊อช (gauze) หรือ transparent dressing, hydrocolloid dressing, foam ที่บ้านโดยพยาบาล ทุกวัน หรือแพทย์ติดตามแผลโดยรูปถ่าย ผ่านระบบสื่อสารกับผู้ดูแลผู้ป่วยได้ หากพบอาการหรืออาการแสดงที่แย่ลง เช่น มีไข้ ชีพจรเต้นเร็วมากกว่าหรือเท่ากับ 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจมากกว่า 24 ครั้งต่อนาที ระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท หรือไข้สูงมากกว่า 38.5 องศาเซลเซียสหลังจากให้ยาครบ 48 ชั่วโมง แผลมีขนาดใหญ่ขึ้น บวม แดง ร้อน หรือมีเนื้อตายมากขึ้นไม่สามารถกำจัดด้วยวิธีทำแผลได้ ให้ส่งตัวผู้ป่วยกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล
6. เมื่อแผลผู้ป่วยหายแล้ว พยาบาลให้คำแนะนำ การดูแลแก่ผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ เช่น การพลิกตะแคงตัว การสังเกตเมื่อเกิดแผลบริเวณที่มีความเสี่ยงเช่นปุ่มกระดูก และให้กำลังใจผู้ดูแล

เอกสารอ้างอิง

1. บุญชื่น อิ่มมาก, นางลักษณะ สามารถ, สถาภรณ์ จารุศรีกมล และคณะ. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแผลกดทับ สำหรับญาติและผู้ดูแล. ประเทศไทย: โรงพยาบาลราชวิถี; 2012.
2. Emily Haesler (Ed.). *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Quick Reference Guide*.. EPUAP/NPIAP/PPPIA; 2019.
3. Dennis LS, Alna LB, Henry FC, Patchen D, Ellie JCG, et al. Practice Guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infection: 2014 update by the infectious disease society of America. *Clin. Infect. Dis.* [Online] 2014; 59(2):e10–e52. Available from: <https://doi.org/10.1093/cid/ciu296>

บทที่ 6

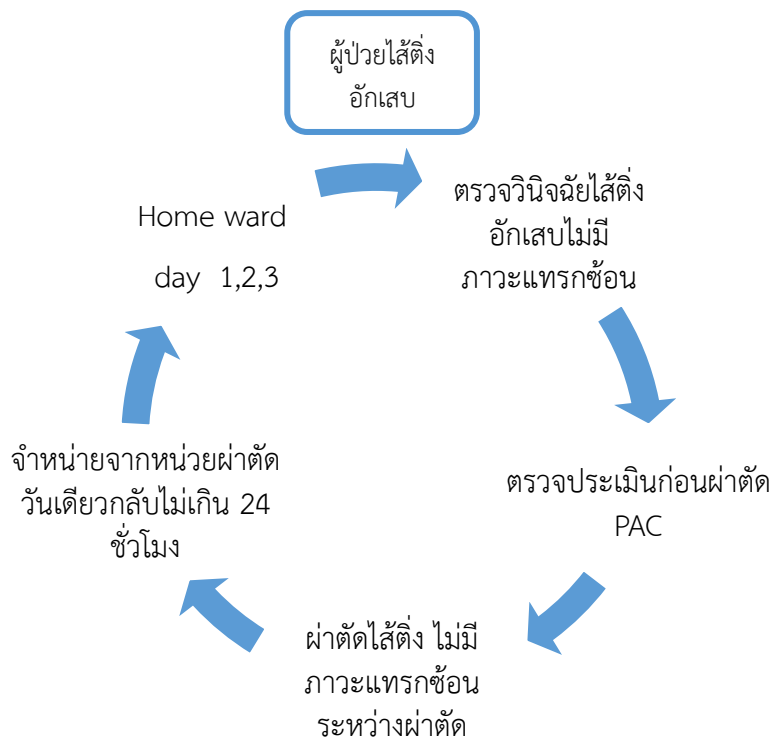
แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยหลังการผ่าตัดไส้ติ่ง แบบผ่าตัดวันเดียวกลับ แบบ Home ward

นพ.วิบูลย์ ภัณฑะเกียรติ
ผศ.นพ.ธัญเดช นิมานวุฒิพงษ์
รศ.ดร.นพ.วิฑูร ชินสว่างวัฒนกุล

ด้วยแนวทางการดูแลแบบ Home ward คือ ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาหลังการผ่าตัดในโรงพยาบาล หากแต่เมื่อมีระบบสนับสนุนจากโรงพยาบาลที่เหมาะสม จะสามารถให้การดูแลรักษาที่บ้านได้ (รูปที่ 1)

นิยาม

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันภายใต้ระบบบริการการผ่าตัดวันเดียว หมายถึง ผู้ป่วยถูกตรวจวินิจฉัยเป็นไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (acute appendicitis, acute suppurative appendicitis) ที่ได้รับการประเมินโดยแพทย์ที่ทำผ่าตัดและรับการประเมินความเสี่ยงก่อนการผ่าตัดโดยคลินิกประเมินก่อนการผ่าตัดของวิสัญญีแพทย์ (pre-anesthesia clinic) ตามแนวทางของ American Society of Anesthesiologists (ASA classification) ที่มีระดับ ASA 1-3 ได้รับการให้คำแนะนำก่อนการผ่าตัดในการดูแลหลังการผ่าตัดกับผู้ป่วยและญาติที่ร่วมดูแลหลังการผ่าตัดโดยทีมพยาบาล (ODS nurse manager) ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิด (open appendectomy) หรือการผ่าตัดไส้ติ่งผ่านกล้อง (laparoscopic appendectomy) ในโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินการให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับตามมาตรฐานกรมการแพทย์ หลังผ่าตัดมีการจำหน่ายจากหน่วยผ่าตัดวันเดียวกลับตามเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัยของทางวิสัญญีแพทย์และทีมแพทย์ผ่าตัดในระบบบริการการผ่าตัดวันเดียวกลับ มีระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดใน 24, 48, 72 ชั่วโมง รวมถึงช่องทางในการติดต่อโรงพยาบาลที่ให้บริการหลังการผ่าตัดกรณีฉุกเฉิน รวมถึงภาวะแทรกซ้อนจากรักษาได้ตลอด 24 ชั่วโมงหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล



รูปที่ 1 แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยหลังการผ่าตัดใส่ดิ่งแบบผ่าตัดวันเดียวกลับ แบบ Home ward

แนวทางการดูแล

แนวทางการดูแลรักษาก่อนผ่าตัดและระหว่างการผ่าตัดตามแนวทางของระบบบริการการผ่าตัดวันเดียวกลับ ให้ปฏิบัติตามคู่มือข้อเสนอแนะแนวทางการให้บริการการผ่าตัดวันเดียวกลับ

สำหรับการดูแลหลังการผ่าตัดต่อเนื่องจากการจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อเข้าสู่การดูแลแบบ Home ward มีแนวทางดังต่อไปนี้

1. โรงพยาบาลหน่วยผ่าตัดวันเดียวกลับและทีมการรักษามีการติดตามอาการผู้ป่วยหลังการผ่าตัดใส่ดิ่งทางระบบ tele-medicine เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดใส่ดิ่งอักเสบ มีการวัดสัญญาณชีพ ผ่านปรอทวัดไข้และเครื่องวัดออกซิเจนในเลือดรวมถึงติดตามอัตราการเต้นของหัวใจ 24, 48, 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด
2. การเริ่มให้รับอาหารทางปาก หลังผ่าตัดในวันแรกสามารถดื่มน้ำหรือของเหลว ได้ค่อยๆเพิ่มอาหารที่เป็นอาหารอ่อน และเป็นอาหารตามปกติ ทั้งชนิดและปริมาณ โดยดูจากความอยากอาหารและอาการอึดแน่นท้องหลังรับประทานอาหาร
3. การดูแลเรื่องความเจ็บปวดหลังการผ่าตัด รับประทานยาระงับความปวดตามคำแนะนำของทีมการรักษา ประเมินความเจ็บปวดผ่านระบบการติดตามหลังการรักษากับทีมดูแลในแต่ละวัน
4. การดูแลแผลผ่าตัด *ไม่มีความจำเป็นต้องเปิดทำแผลทุกวัน* ให้เปิดแผลอีกครั้งตอนวันนัดตัดไหม ระวังอย่าให้แผลเปียกน้ำ หากแผลมีเลือดซึมออกมาด้านนอกหรือเปียกน้ำต้องเปลี่ยนผ้าทำแผลใหม่
5. ข้อบ่งชี้ในการติดต่อกลับมารักษาในโรงพยาบาล

- มีไข้ หรืออาการหนาวสั่น
- แผลที่ผ่าตัด บวมแดงหรือมีเลือดออก หรือมีน้ำเหลืองหรือหนองซึมออกมาจากผ้าปิดแผล
- ปวดแผลมากขึ้นแทนที่จะลดลงในวันต่อ ๆ มา
- คลื่นไส้ อาเจียน
- เบื่ออาหาร ไม่สามารถทานอาหารหรือน้ำได้
- โอบามาก เหนื่อย หายใจเร็ว
- ท้องอืด ไม่ถ่ายไม่ผายลม มากกว่า 2 วัน
- ถ่ายเหลวเป็นน้ำมากกว่า 3 วัน
- อาการอื่นใดที่ผู้รับผิดชอบ home ward เห็นควรให้กลับมารับการตรวจก่อนเวลานัด

6. ควรมีหน่วยบริการปฐมภูมิที่ดูแลรับผิดชอบการเยี่ยมบ้าน ที่ผู้ป่วยสามารถได้รับการขึ้นทะเบียน และรับบริการการเยี่ยมบ้านได้ (อสม. แพทย์ในหน่วยปฐมภูมิ หรือ รพช.) ที่ได้รับการส่งต่อจากหน่วยผ่าตัด วันเดียวกลับ เพื่อให้มั่นใจว่าจะมี ตัวแทนของทีมการรักษา เป็นบุคลากรที่สามารถให้การดูแลใกล้บ้านได้ ในกรณีที่เป็น ทั้งนี้ ผู้ได้รับมอบหมาย ควรจะได้รับเอกสารคำแนะนำในการดูแล (instruction sheet) ที่มีรายละเอียดที่จำเป็นเกี่ยวกับ วันเวลา ที่ผ่าตัด ชื่อแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด (หรือ เลขทะเบียนอ้างอิงของหน่วย ODS) หมายเลขและบุคคลที่ติดต่อได้ของหน่วย ODS ที่ผู้ป่วยใช้บริการ คำแนะนำ การดูแลทั่วไป และ คำแนะนำในการดูแลเฉพาะต่อโรคและหัตถการ (specific instruction) ที่ศัลยแพทย์ต้องการสื่อเป็นการเฉพาะ ในบางรายที่ต้องมีการดูแลเป็นพิเศษ

เอกสารอ้างอิง

1. ธัญเดช นิมานวุฒิพงษ์ , ทวี รัตนชูเอก, กิตติวัฒน์ มะโนจันทร์, วิบูลย์ ภัณฑชาติกรณัฏ์ ข้อเสนอแนะ ด้านการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมชูปถัมภ์; 2565.
2. ฐิติกัญญา ดวงรัตน์, ทวี รัตนชูเอก, ทวีชัย วิษณุโยธิน, วิบูลย์ ภัณฑชาติกรณัฏ์, ธัญเดช นิมานวุฒิพงษ์. Safety in One Day Surgery ความปลอดภัยของการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เทพเพ็ญวานิสัย; 2561.
3. Genser L, Vons C (2015) Can abdominal surgical emergencies be treated in an ambulatory setting. *J Visc Surg* 152(6): S81–S89.
4. Cosse C, Sabbagh C, Grelpois G, Brehant O, Regimbeau JM (2014) Day case appendectomy in adults: a review. *Int J Surg* 12(7): 640–644.
5. Scott A, Shekherdimian S, Rouch JD, et al. Same-day discharge in laparoscopic acute non-perforated appendectomy. *J Am Coll Surg*. 2017; 224: 43–8.
6. Frazee RC, Abernathy SW, Isbell CL, et al. Outpatient laparoscopic appendectomy: is it time to end the discussion? *J Am Coll Surg*. 2016; 222: 473–7.
7. Wang D, Dong T, Shao Y, et al. Laparoscopy versus open appendectomy for elderly patients, a meta-analysis and systematic review. *BMC Surg*. 2019;19: 54.

บทที่ 7

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่บ้าน

นายแพทย์วิรุฬห์ ลิขิตเลิศล้ำ

ภาวะความดันโลหิตสูงพบได้ในประชากรทั่วไป หรือในกลุ่มผู้ป่วยที่มีสถานการณ์ต่าง ๆ อาทิ

- ภาวะความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดโรคโดยตรง เช่น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรุนแรง ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือไตวายเฉียบพลัน

- ภาวะความดันโลหิตสูง พบร่วมกับความเจ็บป่วยปัจจุบันของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินระบบหายใจ และพบความดันโลหิตสูงร่วมด้วย

- ภาวะความดันโลหิตสูง พบร่วมกับโรคเรื้อรังอื่น ๆ (Non - Communicable Diseases, NCD) เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง หรือโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และพบความดันโลหิตสูงร่วมด้วย

การดูแลรักษาจึงมีความแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มผู้ป่วย ถึงแม้ค่าระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยจะเท่ากันก็ตาม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอาการ และอาการแสดง, ภาวะโรคร่วมของผู้ป่วย ในการพิจารณาการรักษาต่อไป

นิยาม

ความดันโลหิตสูง (hypertension) หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure, SBP) \geq 140 มม.ปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure, DBP) \geq 90 มม.ปรอท โดยอ้างอิงจากการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล หรือพบระดับความดันโลหิต SBP มากกว่าหรือเท่ากับ 135 มม.ปรอท และ/หรือ ระดับความดันโลหิต DBP มากกว่าหรือเท่ากับ 85 มม.ปรอท จากการวัดความดันโลหิตที่บ้าน (Home ambulatory blood pressure)

Isolated systolic hypertension (ISH) หมายถึง ระดับ SBP \geq 140 มม.ปรอท แต่ ระดับ DBP $<$ 90 มม.ปรอท โดยอ้างอิงจากการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล

Isolated office hypertension หรือ white-coat hypertension หมายถึง ระดับ ความดันโลหิตจากการวัดที่สถานพยาบาล อยู่ในเกณฑ์สูงผิดปกติ (SBP \geq 140 มม.ปรอท และ/หรือ DBP \geq 90 มม.ปรอท) แต่ระดับความดันโลหิตจากการวัดที่บ้านเป็นปกติ (SBP $<$ 135 มม.ปรอท และ DBP $<$ 85 มม.ปรอท)

Masked hypertension หมายถึง ระดับความดันโลหิตจากการวัดที่สถานพยาบาล เป็น ปกติ (SBP $<$ 140 มม.ปรอท และ DBP $<$ 90 มม.ปรอท) แต่ระดับความดันโลหิตจากการวัดที่บ้านสูงผิดปกติ (SBP \geq 135 มม.ปรอท และ/หรือ DBP \geq 85 มม.ปรอท) แบ่งระดับเป็น 3 ระดับ

Grade 1 Hypertension ระดับความดันโลหิต 140 - 159/90 - 99 มม.ปรอท แนะนำวัดความดันโลหิตซ้ำที่สถานพยาบาลภายใน 3 เดือน หรือตรวจติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้าน เพื่อยืนยันการวินิจฉัยความดันโลหิตสูง

Grade 2 Hypertension ระดับความดันโลหิต 160 - 179/100 - 109 มม.ปรอท ปรอท แนะนำวัดความดันโลหิตซ้ำที่สถานพยาบาลภายใน 1 เดือน หรือตรวจติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้าน เพื่อยืนยันการวินิจฉัยความดันโลหิตสูง

Grade 3 Hypertension ระดับความดันโลหิต >180/>110 มม.ปรอท

ในส่วน High normal blood pressure (ระดับความดันโลหิตในเกณฑ์เกือบสูง) ค่าระดับความดันโลหิตระหว่าง 130 - 139/85 - 89 มม.ปรอท สามารถวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงด้วยเช่นกัน หากพบภาวะอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

- ภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงต่ออวัยวะของร่างกาย (Hypertension-mediated organ damage, HMOD)
- โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease, CVD)
- โรคเบาหวาน
- ประเมินความเสี่ยงของโอกาสการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้าได้มากกว่าร้อยละ 10 (Thai CV risk score)

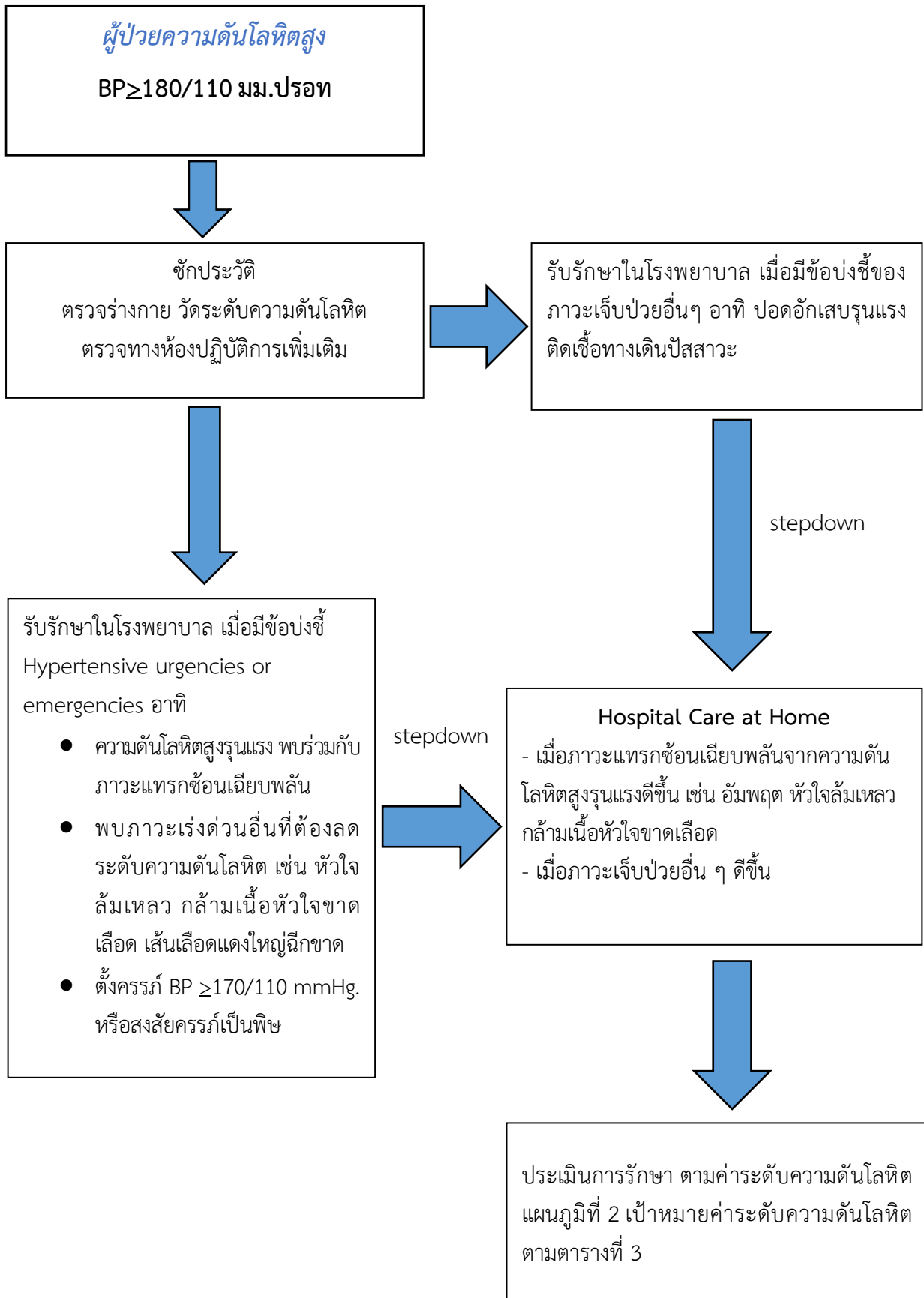
การดูแลรักษาความดันโลหิตสูง มีได้ทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สามารถเริ่มปฏิบัติในผู้ป่วยทุกราย ส่วนการใช้นั้นจะขึ้นกับระดับความดันโลหิต และโรคร่วมมาพิจารณาด้วย

การจำแนกระดับความดันโลหิตสูงนั้น เพื่อใช้ในการวางแผนดูแลรักษา โดยพิจารณาจากระดับความดันโลหิตว่ากลุ่มไหนจะได้ประโยชน์ในการรักษา สามารถลดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงนั้น

ตารางที่ 1 แสดงการแบ่งระดับความดันโลหิตสูง ตามค่าความดันโลหิตที่วัดได้ อ้างอิงจากการวัดที่สถานพยาบาล

Category	Systolic BP (mmHg)		Diastolic BP (mmHg)
ระดับความดันโลหิตเหมาะสม (Optimal)	< 120	และ	< 80
ระดับความดันโลหิตปกติ (Normal)	120 - 129	และ/หรือ	80 - 84
ระดับความดันโลหิตในเกณฑ์เกือบสูง (High normal)	130 - 139	และ/หรือ	85 - 89
ความดันโลหิตสูง ระดับที่ 1 (Grade 1 Hypertension)	140 - 159	และ/หรือ	90 - 99
ความดันโลหิตสูง ระดับที่ 2 (Grade 2 Hypertension)	160 - 179	และ/หรือ	100 - 109
ความดันโลหิตสูง ระดับที่ 3 (Grade 3 Hypertension)	≥ 180	และ/หรือ	≥ 110
Isolated systolic hypertension	≥ 140	และ	< 90

*BP= Blood pressure



แผนภูมิที่ 1 แนวทางรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่บ้าน

การดูแลรักษาความดันโลหิตสูง

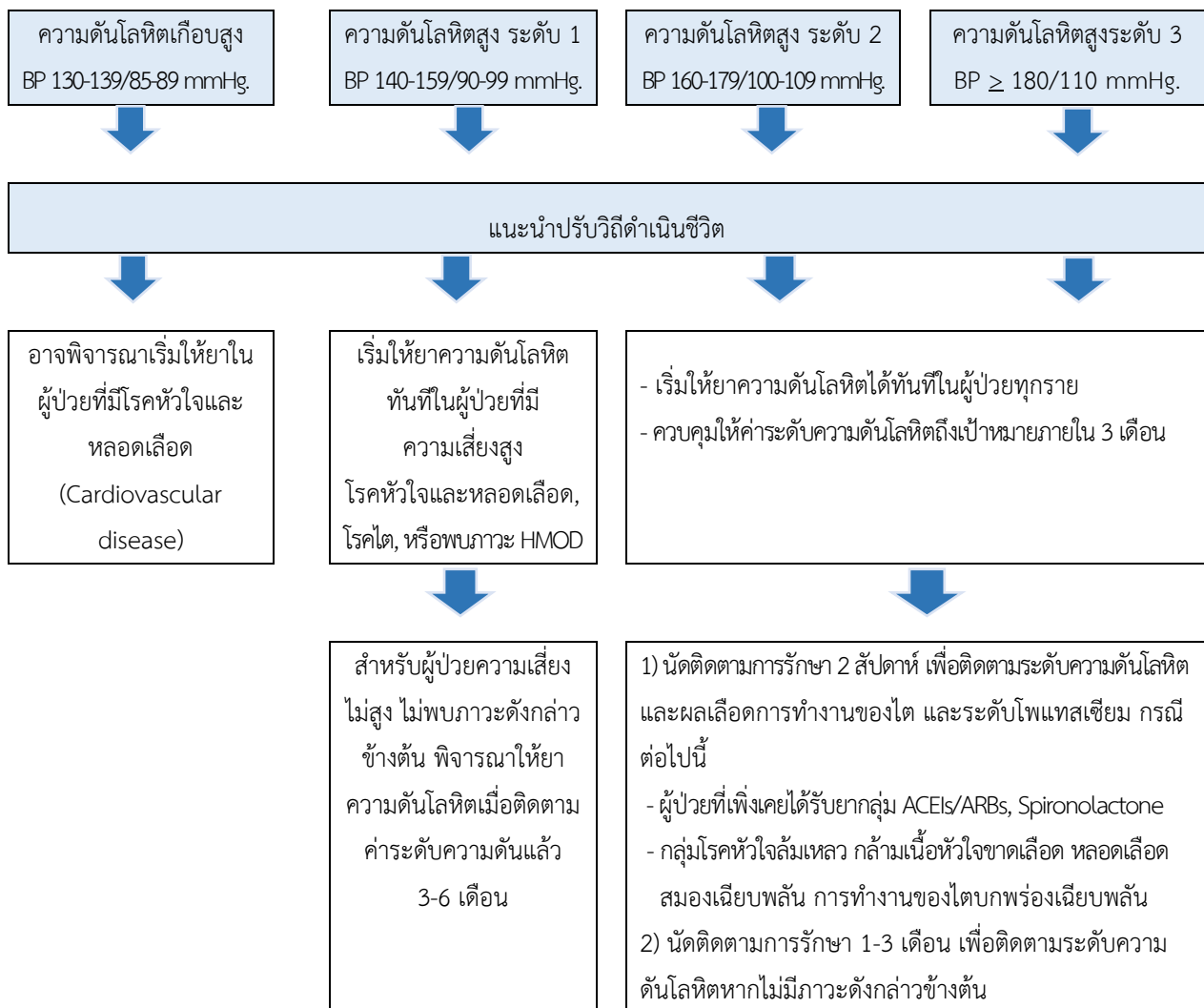
การดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในที่นี้จะแบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลรักษาที่ต่างกันดังนี้

- ความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ต่อยวัยและระบบการทำงานของร่างกายโดยตรง (Hypertension urgencies and emergencies) เช่น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรุนแรง ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือภาวะไตวายเฉียบพลัน

- ความดันโลหิตสูง พบร่วมกับภาวะความเจ็บป่วยปัจจุบันของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินระบบหายใจ และพบความดันโลหิตสูงร่วมด้วย

- ความดันโลหิตสูง พบร่วมกับโรคเรื้อรังอื่น ๆ (NCD) เช่นผู้ป่วยเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง หรือโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และพบความดันโลหิตสูงร่วมด้วย

การดูแลความดันโลหิตสูงจึงพอจำแนกได้ว่า ผู้ป่วยนั้นมีความจำเป็นในการลดค่าระดับความดันโลหิตอย่างเร่งด่วนหรือไม่ โดยรับการรักษาในโรงพยาบาล หรือสามารถค่อย ๆ ลดค่าระดับความดันโลหิตลงอย่างช้า ๆ จนถึงเป้าหมายในเวลา 3 เดือน โดยรับการรักษาที่บ้าน



แผนภูมิที่ 2 การรักษาความดันโลหิตสูง โดยพิจารณาตามระดับความดันโลหิตอ้างอิงจากการวัดที่สถานพยาบาล HMOD=Hypertension-mediated organ damage

การดูแลรักษาความดันโลหิตสูง ในกลุ่มผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล

Hypertensive urgencies and emergencies

ความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ต่ออวัยวะและระบบการทำงานของร่างกาย โดยตรง ดังนี้

- ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรุนแรง $\geq 180/110$ มม.ปรอท และมีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน อาทิ ภาวะหัวใจล้มเหลว ความผิดปกติของระบบประสาทสมอง (encephalopathy) การทำงานของไตเสื่อมลงเฉียบพลัน จอประสาทตาผิดปกติ มีเลือดออกหรือบวม

- ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่พบภาวะเร่งด่วนอื่นที่ต้องลดระดับความดันโลหิต อาทิ ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ฉีกขาด

- ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรุนแรงในขณะตั้งครรภ์

ดังนั้นในผู้ป่วยกลุ่มนี้ จำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อลดระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่แนะนำ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนนั้น ๆ ให้กลับมาอยู่ในระดับที่ปลอดภัยกับผู้ป่วย ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าระดับความดันโลหิตเป้าหมายที่ต้องรักษาในภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรง ที่พบร่วมกับภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะหรือระบบของร่างกาย

โรคหรือกลุ่มอาการ	ค่าระดับความดันโลหิตเป้าหมาย	ยาที่แนะนำ	ยาทางเลือก
Malignant hypertension with or without acute renal failure	ลดความดันโลหิตภายในไม่กี่ชั่วโมง เป้าหมายลด MAP ลง 20-30%	Labetalol Nicardipine	Nitroprusside
Hypertensive encephalopathy	ลดความดันโลหิตทันที เป้าหมายลด MAP ลง 20-25%	Labetalol, Nicardipine	Nitroprusside
Acute coronary syndrome	ลดความดันโลหิตทันที เป้าหมายลด SBP <140 mmHg.	Nitroglycerine, labetalol	
Acute cardiogenic pulmonary edema	ลดความดันโลหิตทันที เป้าหมายลด SBP < 140mmHg.	Nitroprusside or nitroglycerine	Loop diuretics
Acute aortic dissection	ลดความดันโลหิตทันที เป้าหมายลด SBP < 120mmHg. และ HR < 60 bpm.	Esmolol and Nitroprusside or Nitroglycerine	Labetalol or Metoprolol
Eclampsia and severe pre-eclampsia/HELLP Syndrome**	ลดความดันโลหิตทันที เป้าหมายลด SBP < 160mmHg. และ DBP < 105mmHg.	Labetalol or Nicardipine and Magnesium sulfate	Consider delivery.

*MAP=Mean Arterial Pressure, SBP=systolic blood pressure, DBP=diastolic blood pressure, HR= heart rate, bpm=beat per minute

**HELLP syndrome หมายถึง ผู้ป่วยครรภ์เป็นพิษ (severe pre-eclampsia) ที่มีภาวะ Hemolytic anemia, Elevated Liver enzyme, Low Platelets ร่วมด้วยมักพบในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์

ผู้ป่วยที่รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในด้วยภาวะเจ็บป่วยอื่น

ผู้ป่วยบางรายเมื่อมีภาวะเจ็บป่วยจากปัญหาสุขภาพอื่น ๆ อาทิ ปอดอักเสบ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล อาจพบภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ซึ่งในกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ การลดระดับความดันโลหิต ก็ไม่ได้จำเป็นที่ต้องให้ได้เป้าหมายค่าระดับความดันโลหิตในเวลาอันรวดเร็วนัก เพราะอาจมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ จากตัวโรคของผู้ป่วยเองอีก เช่น มีภาวะช็อก หรือความดันโลหิตต่ำรุนแรงจากภาวะติดเชื้อต่าง ๆ ดังนั้นการควบคุมค่าระดับความดันโลหิต ก็เพียงแค่มิให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากความดันโลหิตสูง ระยะเวลาโดยทั่วไปที่ใช้ในการควบคุมค่าระดับความดันโลหิตสูงให้ได้เป้าหมายอาจใช้เวลาถึง 3 เดือน

การดูแลรักษาความดันโลหิตสูง ในกลุ่มผู้ป่วยรับการรักษาที่บ้าน

กลุ่มผู้ป่วยที่สามารถให้บริการผู้ป่วยที่บ้านได้ เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลมาก่อนและได้กลับบ้าน (step down จากผู้ป่วยใน) หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่พบความดันโลหิตสูง มีแนวทางการรักษาความดันโลหิตให้ได้เป้าหมายตามกลุ่มโรคพื้นฐานดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าระดับความดันโลหิตเป้าหมายที่ต้องรักษาตามกลุ่มอายุ และภาวะโรคร่วมต่าง ๆ

กลุ่มอายุ	เป้าหมายค่าระดับความดันโลหิต ซิสโตลิก(SBP)* มม.ปรอท				
	เป็นเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง	เบาหวาน	โรคไตเรื้อรัง	โรคหลอดเลือดหัวใจ	เคยมีโรคหลอดเลือดสมอง Stroke/TIA**
18-69 ปี	120-130	120-130	<140-130	120-130	120-130
≥70 ปี	< 140 ลดลงถึง 130 หากไม่มีอาการแทรกซ้อน				
DBP*	เป้าหมายค่าระดับความดันโลหิต ไดแอสโตลิก (DBP) ต่ำกว่า 80 มม.ปรอท ทุกกลุ่ม				

*SBP=systolic blood pressure, DBP=diastolic blood pressure

**TIA=Transient Ischemic Attack

การรักษาความดันโลหิตให้ได้เป้าหมายตามที่ตั้งไว้ มีความเร่งด่วนที่แตกต่างกัน อาทิ ในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมที่จำเป็นต้องลดระดับความดันโลหิตให้ถึงเป้าหมายโดยเร็วเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนนั้น ๆ อีกทั้งควรกำชับด้านเวลา อาทิ ภาวะหัวใจล้มเหลว กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือโรคหลอดเลือดสมอง แต่หากกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้มีภาวะแทรกซ้อนก็สามารถใช้เวลาในการปรับความดันโลหิตให้ค่อยๆ ถึงเป้าหมายได้ในเวลา 3 เดือน เพราะการรักษาความดันโลหิตต้องประกอบด้วย การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตในหลายอย่าง (life style modification)

การให้ยาเพื่อลดความดันโลหิต

ยาลดความดันโลหิตมีหลายกลุ่มหลายกลไกการออกฤทธิ์ แต่ที่สำคัญ มีอยู่ 4 กลุ่มใหญ่ คือ

- Angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEIs) และ Angiotensin receptor blockers (ARBs)
- Calcium-channel blockers (CCBs)
- Diuretics (Thiazides และยาขับปัสสาวะที่ใกล้เคียงกับ thiazides ได้แก่ chlorthalidone และ Idapamides)
- Beta-blockers

การพิจารณาเลือกให้ยามีความแตกต่างกันบ้างตามภาวะโรคร่วม และภาวะอาการข้างเคียงของยานั้น ๆ แต่หากจะเลือกยาเริ่มต้นในการรักษาความดันโลหิตสูงเพียงชนิดเดียวก็เลือกยาใดก็ได้ ตามความเหมาะสม

ตารางที่ 4 แนวทางการเริ่มใช้ยาลดความดันโลหิต

คำแนะนำ	กรณีพิจารณา
เริ่มยา 1 ชนิด ชนิดใดก็ได้ในกลุ่มยา ดังกล่าวข้างต้น	เริ่มให้ยาเพียง 1 ชนิด ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ดังนี้ <ul style="list-style-type: none">• ระดับความดันโลหิตไม่สูงมา SBP < 150mmHg.• ผู้ป่วยสูงอายุ \geq 80 ปี• ผู้ป่วยที่มีลักษณะ เปราะบาง
เริ่มยา 2 ชนิด	เริ่มให้ยา 2 ชนิดขึ้นไป โดยจะให้แต่ละชนิดในปริมาณน้อย ซึ่งจะควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีกว่าการให้ยาเพียงชนิดเดียว อาจพิจารณาเป็น ACEIs or ARBs + CCBs or diuretics
เพิ่มยา ชนิดที่ 3	เริ่มยาชนิดที่ 3 ในกรณีที่ได้รับยา 2 ชนิดแล้วยังไม่สามารถควบคุมค่าระดับความดันโลหิตให้ถึงเป้าหมายได้ โดยยา 1 ใน 3 ชนิดนี้ควรจะมียาขับปัสสาวะร่วมด้วย
เพิ่มยา ชนิดที่ 4	เริ่มยาชนิดที่ 4 ในกรณีที่ได้รับยา 3 ชนิดแล้วยังไม่สามารถควบคุมค่าระดับความดันโลหิตให้ถึงเป้าหมายได้ ยาที่พิจารณาที่ 4 คือ Spironolactone (25-50mg o.d.) หรือ Beta-blockers หรือ Alpha-blockers

การติดตามผู้ป่วย

ประเด็นควรพิจารณาดังนี้

- ผู้ป่วยบางรายมีภาวะความดันโลหิตสูงเมื่อมาตรวจที่สถานพยาบาล แต่ความดันโลหิตที่นอกสถานพยาบาลปกติ (white-coat hypertension) หรือ เป็นความดันโลหิตสูงจริง และมีภาวะความดันโลหิตสูงมากขึ้นเวลาตรวจที่สถานพยาบาลร่วมด้วย (Hypertension with white-coat effect) ทำให้การให้ยาอาจทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำที่บ้าน โดยเฉพาะรวมถึงในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ หรือกลุ่มผู้ป่วยลักษณะเปราะบาง ควรพิจารณาเริ่มยาตัวเดียว หรือเริ่มยาในระดับน้อย

- ชนิดของยาที่ให้ ยาในกลุ่ม ACEIs/ARBs เป็นกลุ่มยาที่มีประโยชน์ในการชะลอความเสื่อมการทำงานของไตที่ได้ประสิทธิภาพ แต่ในผู้ป่วยบางราย อาจมีผลต่อการทำงานของไตที่เปลี่ยนแปลงลดลงได้ หรือกลุ่มยาขับปัสสาวะ อาจมีค่าการทำงานของไตที่ผิดปกติ รวมถึงระดับโพแทสเซียมในเลือดผิดปกติ จึงต้องมีการตรวจติดตามผลเลือดหลังการเริ่มการให้ยา

- โรคร่วมของผู้ป่วย อาทิ ภาวะหัวใจล้มเหลว กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่อาการดีขึ้นแล้ว ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ พิจารณาติดตามอาการอย่างใกล้ชิด เพราะระดับความดันโลหิตอาจมีการเปลี่ยนแปลงง่าย รวมถึงหากมีการให้ยาขับปัสสาวะ หรือยาในกลุ่ม ACEIs/ ARBs ด้วยแล้ว ต้องมีการติดตามผลเลือด การทำงานของไต และเกลือแร่ โดยประมาณ 1-2 สัปดาห์

ตารางที่ 5 การพิจารณาใช้ยาแต่ละกลุ่ม กับข้อควรระวัง และเฝ้าติดตามเมื่อให้ยา

กลุ่มยา	ข้อควรพิจารณา และข้อควรระวัง
Beta-blockers	<ul style="list-style-type: none"> - พิจารณาให้ได้ในผู้ป่วยดังต่อไปนี้ <ul style="list-style-type: none"> ● ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว, หลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย, โรคหลอดเลือดหัวใจ, โรคหัวใจห้องบนเต้นผิดจังหวะแบบพรีวไฮว ● ผู้หญิงอายุน้อยที่วางแผนตั้งครรภ์ - หลีกเลี่ยงในกลุ่มผู้ป่วยหลอดลมอุดกั้นรุนแรง - หลีกเลี่ยงในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นช้า <60 ครั้งต่อนาที หรือ high-grade sinoatrial or atrioventricular block
Diuretics (Thiazides/ Thiazide-likes)	<ul style="list-style-type: none"> - อาจทำให้เกิดภาวะโรคเก๊าท์ - ระดับเกลือแร่ผิดปกติ
ACEIs/ARBs	<ul style="list-style-type: none"> - สามารถชะลอความเสื่อมขอไต ลดภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะได้ จึงเป็นกลุ่มยาที่เป็นทางเลือกอันดับแรกๆ ในผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวาน โรคไต proteinuria - ข้อห้ามในหญิงตั้งครรภ์ ดังนั้นในหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่วางแผนจะมีบุตรจึงควรหลีกเลี่ยง - พบภาวะ hyperkalemia - ข้อห้ามใน bilateral renal artery stenosis
Calcium antagonists (dihydropyridines)	<ul style="list-style-type: none"> - อาจทำให้เกิดขาบวม พิจารณาให้ร่วมกับยากกลุ่ม ACEIs/ARBs - อัตราการเต้นหัวใจเร็วขึ้น
Calcium antagonists (Non- dihydropyridines eg. Verapamil, diltiazem)	<ul style="list-style-type: none"> - หลีกเลี่ยงในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการบีบตัวของหัวใจน้อย (LV Ejection fraction <40%) - หลีกเลี่ยงในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นช้า <60 ครั้งต่อนาที หรือ high-grade sinoatrial or atrioventricular block
Alpha-blockers	<ul style="list-style-type: none"> - ใช้เป็นยาร่วมชนิดหลัง เมื่อพิจารณาาลดความดันในกลุ่มหลักแล้ว - ในการรับประทานครั้งแรกอาจทำให้ความดันโลหิตต่ำรุนแรง (first dose effect) ค่อย ๆ ปรับเพิ่มยา
Methyldopa	<ul style="list-style-type: none"> - นิยมใช้ในขณะตั้งครรภ์จนคลอดบุตร แต่จะงดเมื่ออยู่ในภาวะหลังคลอด เพราะอาจส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์

เอกสารอ้างอิง

1. European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension Guidelines for the management of arterial hypertension 2018. *Eur. Heart J.* 2018; 39: 3021-3104.
2. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562
3. European Society of Cardiology Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice 2021. *Eur. Heart J.* 2021; 42: 3227-3337.
4. MacDonald TM, Williams B, Webb DJ, Morant S, Caulfield M, Cruickshank JK, Ford I, Sever P, Mackenzie IS, Padmanabhan S, McCann GP, Salisbury J, McInnes G, Brown MJ, British Hypertension Society Programme of Prevention And Treatment of Hypertension With Algorithm-based Therapy (PATHWAY). Combination Therapy Is Superior to Sequential Monotherapy for the Initial Treatment of Hypertension: A Double-Blind Randomized Controlled Trial. *J. Am. Heart Assoc.* 2017; 6: e006986.
5. Schmidt M, et al. Adherence to guideline for creatinine and potassium monitoring and discontinuation following renin-angiotensin system blockade a UK general practice-based cohort study. *BMJ Open* 2017; 7: e012818.

บทที่ 8

การดูแลภาวะน้ำตาลในเลือดสูงในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์วีระศักดิ์ ศรีนภการ

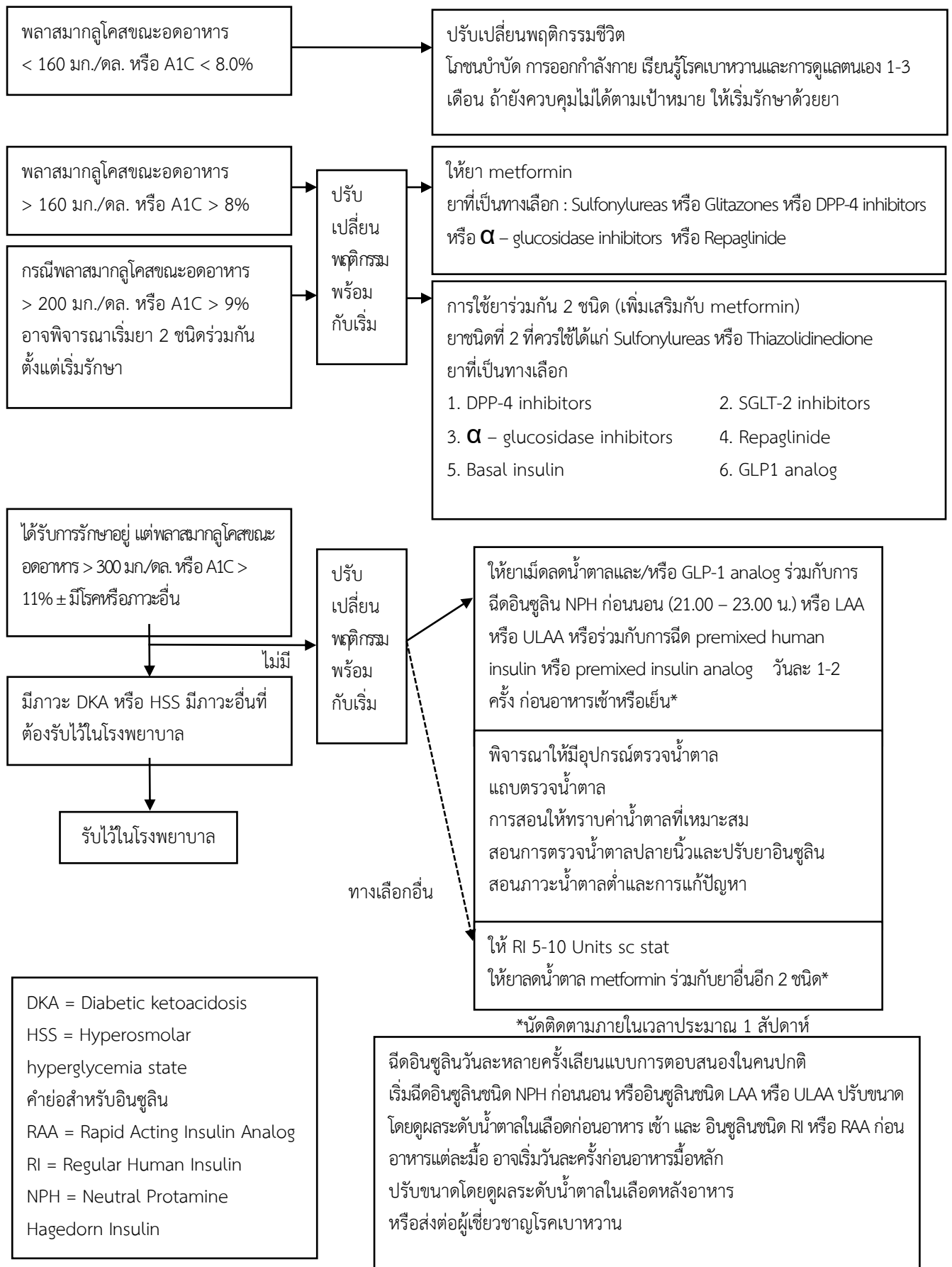
ในการดูแลภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ในผู้ป่วยเบาหวาน ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีพลาสมากลูโคสขณะอดอาหาร มากกว่า 300 มก./ดล. หรือ A1C > 11 % ควรได้รับการประเมิน ภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลัน คือ Diabetic Ketoacidosis (DKA) และ Hyperosmolar Hyperglycemic State (HHS) โดยการซักประวัติ และตรวจร่างกาย ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 อาการและอาการแสดง ของ Diabetic Ketoacidosis และ Hyperosmolar Hyperglycemic State

อาการ	อาการแสดง
<i>Diabetic Ketoacidosis (DKA)</i>	
กระหายน้ำ/ดื่มน้ำมาก/ปัสสาวะมาก	Alteration of conscious
คลื่นไส้/อาเจียน	Kussmaul breathing
ปวดท้อง	Ketotic breath (acetone)
น้ำหนักลด	Dehydration
<i>Hyperosmolar Hyperglycemic State (HHS)</i>	
ปากแห้ง/กระหายน้ำ	Alteration of conscious
ปัสสาวะลดลง	Dehydration

เมื่อประเมินแล้วควรส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่ม โดยส่งตรวจคีโตน (Ketones) ในเลือด หรือ ในปัสสาวะโดยใช้ urine strip test ถ้าตรวจพบคีโตน (Ketones) ในเลือด หรือ ในปัสสาวะเข้าได้กับภาวะ DKA ให้ส่งต่อโรงพยาบาล แต่ถ้าตรวจร่างกายพบ ภาวะขาดน้ำระดับปานกลางถึงรุนแรง แต่ตรวจไม่พบคีโตน (Ketones) ในเลือด หรือ ในปัสสาวะ เข้าได้กับ HHS ทั้งสองภาวะควรได้รับการรักษาเบื้องต้น ด้วยการให้สารน้ำทางเส้นเลือด และการให้อินซูลิน พร้อมการนำส่งโรงพยาบาล

การดูแลรักษาแบบ Home ward ควรดำเนินการหลังจากประเมินภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันเรียบร้อยแล้ว โดยให้การรักษาตาม แผนภูมิ ที่ 1 การรักษา Hyperglycemia ใน ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และตารางที่ 2 ตารางแสดงยาฉีดอินซูลิน



แผนภูมิ ที่ 1 การรักษา Hyperglycemia ใน ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

การใช้ยา Metformin ต้องพิจารณาการทำงานของไต โดย

eGFR < 30 ml/min/1.73 m² ห้ามใช้ยา

eGFR 30-45 ml/min/1.73 m² ใช้ยา ไม่เกิน 1,000 - 1,500 มก.

eGFR > 45-60 ml/min/1.73 m² ใช้ยา ไม่เกิน 2,000 - 3,000 มก.

(การใช้ยา sulfonylurea, insulin, glinide ต้องแนะนำอาการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและการแก้ไข [ในผู้ที่ฉีดยาอินซูลิน ควรแนะนำ การตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว การฉีดยาอินซูลินที่ถูกต้อง และการปรับขนาดยาอินซูลินเพิ่มเติม])

การใช้ยากลุ่ม SGLT2 inhibitor ควรแนะนำการทำความสะอาดหลังปัสสาวะ และการตรวจ urine ketone

ตารางที่ 2 ตารางแสดงยาฉีดอินซูลิน

ชนิดยา (ชื่อยา)	เวลาที่เริ่มออกฤทธิ์	เวลาที่มียุทธสูงสุด	ระยะเวลาการออกฤทธิ์
อินซูลินอินซูลินออกฤทธิ์สั้น (regular insulin, RI) (Actrapid HM [®] , Humulin R [®] , Gensulin R [®] , Insugen R [®] , Insuman rapid [®] , Winsulin R [®])	30-45 นาที	2-3 ชั่วโมง	4-8 ชั่วโมง
อินซูลินอินซูลินออกฤทธิ์ปานกลาง (Insulin Isophane Suspension, NPH) (Insulatard HM [®] , Humulin N [®] , Gensulin N [®] , Insugen N [®] , Insuman basal [®] , Winsulin N [®])	2-4 ชั่วโมง	4-8 ชั่วโมง	10-16 ชั่วโมง
อินซูลินอินซูลินผสมสำเร็จรูป - Premixed 30% RI + 70% NPH (Mixtard 30 HM [®] , Humulin 70/30 [®] , Gensulin M30 [®] , Insugen 30/70 [®] , Insuman combo30 [®] , Winsulin 30/70 [®]) - Premixed 50% RI + 50% NPH (Gensulin M50 [®])	30-60 นาที	2 และ 8 ชั่วโมง	12-20 ชั่วโมง
อินซูลินอะนาล็อกออกฤทธิ์เร็ว - Insulin lispro (Humalog [®]) - Insulin aspart (NovoRapid [®]) - Insulin glulisine (Apidra [®])	5-15 นาที 10-20 นาที 10-20 นาที	1-2 ชั่วโมง 1-2 ชั่วโมง 1-2 ชั่วโมง	3-4 ชั่วโมง 3-4 ชั่วโมง 3-4 ชั่วโมง
อินซูลินอะนาล็อกออกฤทธิ์ยาว - Insulin glargine (Lantus [®] , Basalin [®] , Glaritus [®]) - Insulin detemir (Levemir [®]) - Insulin degludec (Tresiba [®])	2 ชั่วโมง 2 ชั่วโมง 6 ชั่วโมง	ไม่มี ไม่มี ไม่มี	24 ชั่วโมง 18-24 ชั่วโมง 24-36 ชั่วโมง
อินซูลินอะนาล็อกผสมสำเร็จรูป (Biphasic insulin analogue) - Premixed 30% insulin aspart + 70% insulin aspart protamine suspension (NovoMix 30 [®]) - Premixed 25% insulin lispro + 75% insulin lispro protamine suspension (Humalog Mix 25 [®]) - Premixed 50% insulin lispro + 50% insulin lispro protamine suspension (Humalog Mix 50 [®])	10-20 นาที 10-20 นาที 10-20 นาที	1 และ 8 ชั่วโมง 1 และ 8 ชั่วโมง 1 และ 8 ชั่วโมง	12-20 ชั่วโมง 12-20 ชั่วโมง 12-20 ชั่วโมง

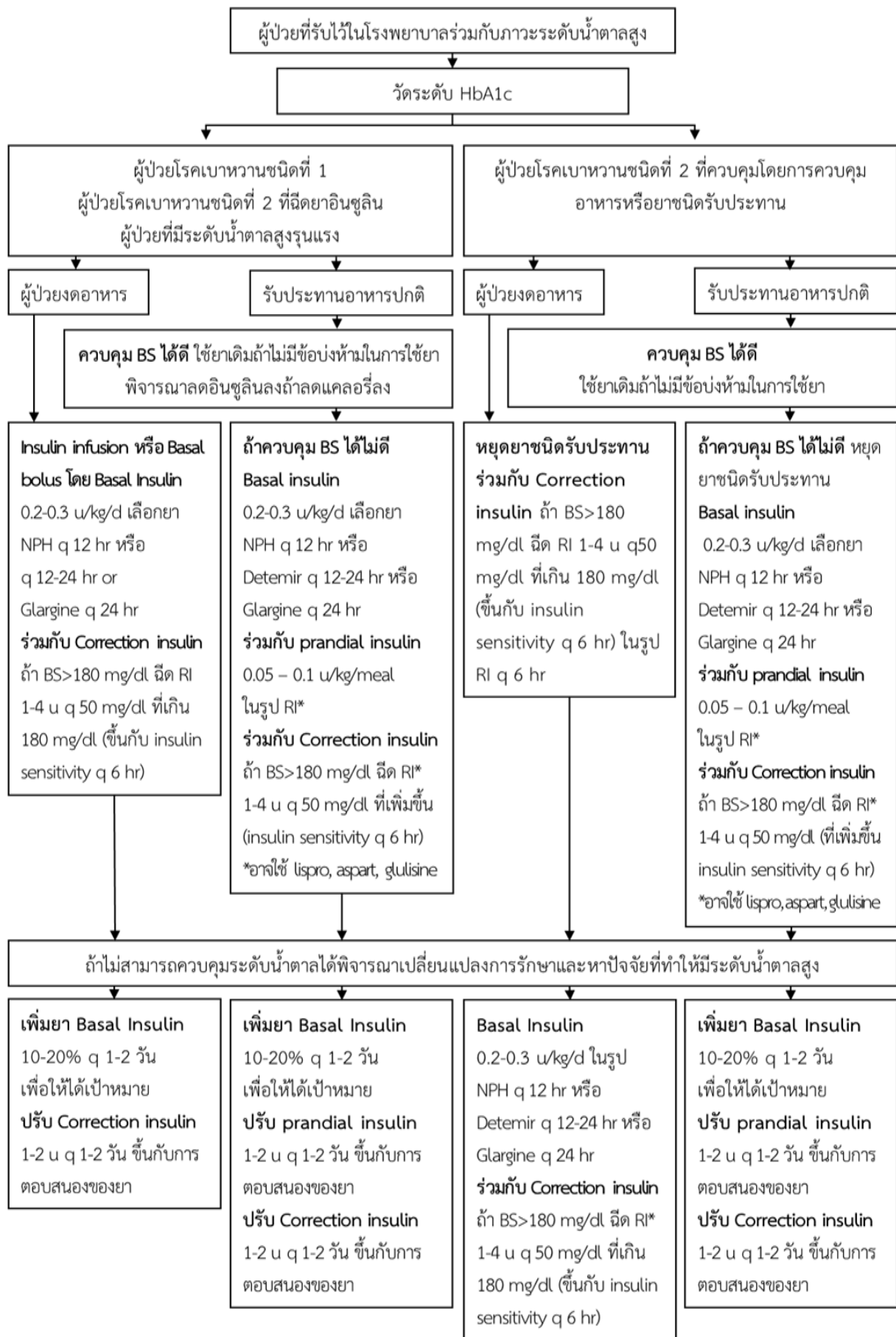
ข้อแนะนำในการรักษาแบบ Home ward

1. มีอุปกรณ์ตรวจน้ำตาล (glucometer) แลบทตรวจน้ำตาล ในการติดตามที่บ้าน
2. มีช่องทางสื่อสารในการรายงานค่าระดับน้ำตาลในเลือด และการแก้ไขปัญหา ตลอด 24 ชั่วโมง
3. ผู้ป่วยและญาติได้รับการสอนการเจาะเลือดตรวจน้ำตาล และวิธีการฉีดยาอินซูลินที่ถูกต้อง
4. มีการติดตามค่าระดับน้ำตาลในเลือด อย่างน้อย 2-4 ครั้งต่อวัน
5. ทีมสหวิชาชีพ ให้ความรู้ เรื่องเบาหวาน และการดูแลตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โภชนาการ ที่ถูกต้อง และการออกกำลังกายที่เหมาะสม

ส่วนในกรณีที่มีภาวะหรือโรคอื่น ๆ ที่จำเป็นต้องรักษาในโรงพยาบาล และตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือดสูงร่วมด้วย ไม่แนะนำให้การรักษาแบบ Home ward เนื่องจากต้องมีการติดตามระดับน้ำตาล พร้อมกับการให้อินซูลินอย่างใกล้ชิด ดังแผนภูมิที่ 2

การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

1. ส่งผู้ป่วยพบผู้ให้ความรู้ (Diabetes education) ก่อนการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ในการดูแลตนเองตาม seven habits diabetes self-management education and support
2. ในกรณีที่มีการรับไว้ในโรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำตาลต่ำหรือสูง ควรได้รับการให้ความรู้เพิ่มเติม เพื่อป้องกันการรับไว้ในโรงพยาบาลซ้ำด้วยอาการเดิม
3. ในกรณีที่ใช้อินซูลินไม่มากนักน้อยกว่า 0.6 Units/kg อาจจะสามารถปรับใช้ยาชนิดรับประทานได้ หรือกรณีที่ใช้อินซูลินรับประทานเดิมและควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี พิจารณาใช้ยาชนิดรับประทาน ชนิดและปริมาณยาลดน้ำตาลก่อนการจำหน่ายกลับบ้านขึ้นกับยาเดิม ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และระดับ HbA1c
4. กรณีที่ใช้อินซูลินมากกว่า 0.6 Units/kg หรือมีข้อบ่งห้ามในการใช้ยาชนิดรับประทาน หรือก่อนรับไว้ในโรงพยาบาล ใช้ยาชนิดรับประทานตั้งแต่ 3 ชนิด และยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเป้าหมาย พิจารณาใช้อินซูลินต่อหลังกลับบ้านพร้อมสนับสนุนให้มีการตรวจน้ำตาลและมีการปรับขนาดยา
5. นัดการติดตามระดับน้ำตาล ภายใน 1 สัปดาห์



แผนภูมิที่ 2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. Deed, G (ed.) Emergency Management of Hyperglycaemia in Primary Care. In: *The Royal Australian College of General Practitioner (RACGP) and Australian Diabetic Society (ADS) Joint Clinical Positional Statement: Management of Hyperglycemic Emergency*. [Online] 2018. Available from: <http://www.racgp.org.au/getattachment/ebb0683e-fed4-4b90-b0bb-e4f353399386/Management-of-hyperglycaemia.pdf.aspx>. [Access 17th June 2022].
2. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ. *แนวทางการเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560*. ปทุมธานี: บริษัท ร่มเย็นมีเดีย จำกัด; 2560.

บทที่ 9

แนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ในการให้คำแนะนำผู้ป่วยและการจัดบริการผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation



ในช่วงปลายปี พ.ศ. 2564 พบการระบาดของโควิด-19 สายพันธุ์ Omicron แพร่ระบาดในวงกว้าง พบว่าอาการของผู้ป่วยโควิด-19 ส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรง อาจไม่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาล หรืออยู่โรงพยาบาลเพียงระยะสั้น ๆ แล้วไปพักฟื้นที่บ้านหรือสถานที่รัฐจัดให้

แนวทาง ๆ ฉบับนี้ เป็นฉบับปรับปรุง เพื่อให้การดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 โดยการแยกกักตัวที่บ้านแบบ Home Isolation เป็นไปอย่างมีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ โดยนำบทเรียนจากการระบาดในช่วงที่ผ่านมาเป็นแนวทางในการปรับปรุง

ทั้งนี้ ผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีอาการน้อยส่วนใหญ่จะค่อย ๆ ดีขึ้นจนหาย อย่างไรก็ตามในช่วงปลายสัปดาห์แรก ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการมากขึ้นได้ ผู้ป่วยจึงควรสังเกตอาการตนเอง เมื่อไม่แน่ใจสามารถโทรศัพท์ปรึกษาหรือเข้าไปรับการตรวจที่โรงพยาบาล โดยติดต่อไปยังโรงพยาบาลก่อนเพื่อรับการดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป

ผู้ป่วยโควิด-19 จะเริ่มแพร่เชื้อก่อนมีอาการประมาณ 2 - 3 วัน ไปจนถึงสิ้นสุดสัปดาห์แรกของการเจ็บป่วย นับจากวันที่เริ่มมีอาการ ผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีอาการน้อยหรืออาการดีขึ้นแล้ว อาจจะมีเชื้อไวรัสที่ยังแพร่ไปสู่ผู้อื่นอยู่ในน้ำมูก น้ำลายของผู้ป่วยเป็นระยะเวลาประมาณ 10 วัน หลังจากเริ่มป่วย

ดังนั้น ผู้ป่วยโควิด-19 ที่ไม่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงจำเป็นต้องแยกตัวเองจากผู้อื่น ขณะอยู่ที่บ้านเป็นเวลาอย่างน้อย 10 วัน นับตั้งแต่วันที่เริ่มป่วย หรือ ตรวจพบเชื้อ หากครบ 10 วันแล้วยังมีอาการควรแยกตัวจนกว่าอาการจะหายไม่น้อยกว่า 24 ชั่วโมง เพื่อลดการแพร่เชื้อให้ผู้อื่น ทั้งนี้สามารถปรึกษาแพทย์ได้หากไม่มั่นใจระยะเวลาที่เหมาะสมในการหยุดแยกตัว หลังจากนั้น แนะนำให้สวมหน้ากากอนามัยและระมัดระวังสุขอนามัยส่วนบุคคลต่อไปตามมาตรฐานวิถีใหม่ (new normal) แต่ถ้าเป็นผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำหรือมีอาการหนักในช่วงแรก อาจจะแพร่เชื้อได้นานถึง 20 วัน ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่ออาการดีขึ้นจนกลับบ้านได้แล้วมักจะพ้นระยะแพร่เชื้อแล้วจึงไม่ต้องแยกตัว

ค่านิยม Home Isolation เป็นแนวทางหลักในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19

ผู้ที่อยู่ในช่วงระยะที่แพร่เชื้อได้ มีความจำเป็นที่จะต้องให้ผู้ป่วยแยกจากคนอื่นในบ้านตามคำแนะนำ ดังนี้

- 1) ผู้ป่วยโควิด-19 ที่วินิจฉัยใหม่ตามเกณฑ์ การวินิจฉัย และ แพทย์เห็นว่าสามารถดูแลรักษาที่บ้านได้
- 2) ผู้ป่วยโควิด-19 ที่ step down หลังเข้ารับการรักษาที่สถานที่รัฐจัดให้หรือ โรงพยาบาล อย่างน้อย 7 วัน และจำหน่ายกลับบ้าน โดยวิธี Home Isolation

ลักษณะของบ้านพักอาศัยที่เหมาะสม

บ้านหรือที่พักอาศัยของผู้ป่วยโควิด-19 ในช่วงที่ต้องแยกตัว ควรจะต้องมีลักษณะ ดังนี้

- ผู้ป่วยโควิด-19 ต้องอาศัยในสถานที่พักอาศัยตลอดระยะเวลาที่กักตัว ไม่ให้ออกจากที่พัก
- มีห้องนอนส่วนตัว ถ้าไม่มีควรมีพื้นที่กว้างพอที่จะนอนห่างจากผู้อื่นกรณีมีผู้อยู่ร่วมบ้าน และต้องเปิดประตูหน้าต่างให้ระบายอากาศได้ดี
- มีผู้จัดหาอาหารและของใช้จำเป็นให้ได้ ไม่ต้องออกไปจัดหานอกบ้านด้วยตนเอง
- ผู้ที่อยู่อาศัยร่วมบ้านสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่องสุขอนามัย และการแยกจากผู้ป่วยได้
- สามารถติดต่อกับโรงพยาบาลและเดินทางมาโรงพยาบาลได้สะดวก

หากบ้านหรือที่พักไม่เหมาะสม อาจต้องหาสถานที่แห่งอื่นในการแยกตัว

ข้อควรปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในระหว่างแยกตัว ควรปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ดังนี้

- 1) ไม่ให้บุคคลอื่นมาเยี่ยมที่บ้านระหว่างแยกตัวและงดการออกจากบ้านในระหว่างแยกตัว
- 2) อยู่ในห้องส่วนตัวตลอดเวลา หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับบุคคลอื่นในที่พักอาศัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ เด็กเล็ก ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ หากยังมีการไอจามต้องสวมหน้ากากอนามัยแม้ขณะที่อยู่ในห้องส่วนตัว โดยแนะนำให้สวมหน้ากากอนามัย ไม่ให้ใช้หน้ากากผ้า
- 3) หากจำเป็นต้องเข้าใกล้ผู้อื่นต้องสวมหน้ากากอนามัยและอยู่ห่างอย่างน้อย 1 เมตร หรือประมาณหนึ่งช่วงแขน หากไอจามไม่ควรเข้าใกล้ผู้อื่นหรืออยู่ห่างอย่างน้อย 2 เมตร และให้หันหน้าไปยังทิศทางตรงข้ามกับตำแหน่งที่มีผู้อื่นอยู่ด้วย
- 4) หากไอจามขณะที่สวมหน้ากากอนามัย ไม่ต้องเอามือมาปิดปากและไม่ต้องถอดหน้ากากอนามัยออก เนื่องจากมืออาจเปื้อน หากไอจามขณะที่ไม่ได้สวมหน้ากากอนามัยให้ใช้ต้นแขนด้านในปิดปากและจมูก
- 5) ถูมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ หรือล้างมือด้วยสบู่และน้ำเป็นประจำ (หากมือเปื้อนให้ล้างด้วยสบู่และน้ำ) โดยเฉพาะภายหลังสัมผัสพื้นผิว น้ำลาย เสมหะ ไขว่ ไอ จาม หรือหลังจากถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระ และ ก่อนสัมผัสจุดเสี่ยงที่มีผู้อื่นในบ้านใช้ร่วมกัน เช่น ลูกบิดประตู ราวบันได มือจับตู้เย็น ฯลฯ

- 6) กรณีที่เป็นมารดาให้นมบุตร ยังสามารถให้นมบุตรได้ เนื่องจากยังไม่มีรายงานพบเชื้อโควิด-19 ในน้ำนม แต่มารดาควรสวมหน้ากากอนามัยและล้างมืออย่างเคร่งครัดทุกครั้งก่อนสัมผัสหรือให้นมบุตร
- 7) ใช้ห้องน้ำแยกจากผู้อื่น หากจำเป็นต้องใช้ห้องน้ำร่วมกัน ให้ใช้เป็นคนสุดท้าย ให้ปิดฝาชักโครกก่อนกดน้ำ
- 8) การทำความสะอาดห้องน้ำและพื้นผิว ควรทำความสะอาดโถสุขภัณฑ์หรือพื้นที่ที่อาจปนเปื้อน เสมหะ น้ำมูก อุจจาระ ปัสสาวะหรือสารคัดหลั่งด้วยน้ำและน้ำยาฟอกผ้าขาว 5% โซเดียมไฮโปคลอไรท์ (เช่น ไฮเตอร์, คลอโรกซ์) โดยใช้ 5% โซเดียมไฮโปคลอไรท์ น้ำยาฟอกขาว 1 ส่วนต่อน้ำ 99 ส่วน หรือ 0.5% (น้ำยาฟอกขาว 1 ส่วน ต่อน้ำ 9 ส่วน)
- 9) แยกสิ่งของส่วนตัวไม่ใช้ร่วมกับผู้อื่น เช่น จาน ช้อนส้อม แก้วน้ำ ผ้าเช็ดตัว โทรศัพท์ คอมพิวเตอร์
- 10) ไม่ร่วมรับประทานอาหารกับผู้อื่น ควรให้ผู้อื่นจัดหาอาหารมาให้ แล้วแยกรับประทานคนเดียว ถ้าเป็นอาหารที่สั่งมา และต้องเป็นผู้รับอาหารนั้น ควรให้ผู้ส่งอาหารวางอาหารไว้ ณ จุดที่สะดวก แล้วไปนำอาหารเข้าบ้าน ไม่รับอาหารโดยตรงจากผู้ส่งอาหาร
- 11) ซักเสื้อผ้า ผ้าปูเตียง ผ้าขนหนู ฯลฯ ด้วยน้ำและสบู่หรือผงซักฟอกตามปกติ หากใช้เครื่องซักผ้าให้ใช้ผงซักฟอก และ น้ำยาปรับผ้านุ่มได้
- 12) การทิ้งหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้วและขยะที่ปนเปื้อนสารคัดหลั่งให้ใส่ถุงพลาสติก และปิดปากถุงให้สนิท ก่อนทิ้งขยะที่ฝาปิดมิดชิด และทำความสะอาดมือ ด้วยแอลกอฮอล์ หรือ น้ำ และสบู่ทันที

คำแนะนำเพิ่มเติมสำหรับผู้ป่วยในการสังเกตอาการตนเอง

- ให้สังเกตอาการตนเอง **วัดอุณหภูมิ และ oxygen saturation ทุกวัน**
- หากมีอาการแย่ลง คือ มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ เช่น ไข้สูงมากกว่า 39 องศาเซลเซียส หายใจหอบเหนื่อย วัดค่าออกซิเจนปลายนิ้วได้น้อยกว่า 94% หรือไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ ให้รีบโทรติดต่อโรงพยาบาลที่ท่านรักษาอยู่
- เมื่อจะต้องเดินทางไปโรงพยาบาลให้ใช้รถยนต์ส่วนตัวหรือรถที่โรงพยาบาลมารับ **ไม่ใช้รถสาธารณะ** ให้ทุกคนในรถใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาที่เดินทาง หากมีผู้ร่วมยานพาหนะมาด้วย ให้เปิดหน้าต่างรถ เพื่อเพิ่มการระบายอากาศ

คำแนะนำสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการติดตามดูแลผู้ป่วย COVID-19 ที่อยู่ที่บ้าน

อาจปรับได้ตามดุลยพินิจของแพทย์ โดยพิจารณาเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยและด้านการควบคุมโรคประกอบกัน

- 1) เป็นผู้ติดเชื้อที่มีอาการเล็กน้อย หรือไม่แสดงอาการ
- 2) มีสุขภาพแข็งแรง อาจมีโรคร่วมที่รักษา และสามารถควบคุมได้ตามดุลยพินิจของแพทย์
- 3) อายุน้อยกว่า 75 ปี
- 4) ยินยอมแยกตัวในที่พักของตนเอง

การดำเนินการของโรงพยาบาล

- 1) ให้ดำเนินการติดต่อกลับผู้ป่วยให้เร็วที่สุดภายใน 6 ชั่วโมง หลังผู้ป่วยลงทะเบียน
- 2) ประเมินความเหมาะสมสำหรับผู้ติดเชื้อตามดุลยพินิจของแพทย์
- 3) ลงทะเบียนผู้ติดเชื้อที่เข้าเกณฑ์แยกกักตัวที่บ้าน
- 4) แนะนำการปฏิบัติตัวที่บ้านให้กับผู้ติดเชื้อ
- 5) ติดตามและประเมินอาการผู้ติดเชื้ออย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หรือ ตามดุลยพินิจของแพทย์ โดยให้ผู้ติดเชื้อ วัตถุประสงค์ และวัตถุประสงค์ออกซิเจนในเลือดทุกวัน ผ่านระบบการสื่อสาร
- 6) เมื่อผู้ติดเชื้อมีอาการมากขึ้นให้มีระบบนำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล
- 7) ทั้งนี้ระหว่างติดตามอาการของผู้ป่วย แพทย์อาจพิจารณาให้การรักษาตามความเหมาะสม ตามแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะมีการปรับปรุงเป็นระยะตามข้อมูลและสถานการณ์ สามารถติดตามฉบับปัจจุบันจาก <https://covid19.dms.go.th/> โดยมีระบบการจัดส่งยา การแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานยา การสังเกตผลข้างเคียงที่เหมาะสม ตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล และรับผู้ป่วยมารักษาในโรงพยาบาล

เกณฑ์ในการนำส่งต่อผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาล

- 1) เมื่อมีอาการ ใช้สูงกว่า 39 องศาเซลเซียส ระยะเวลาานานกว่า 24 ชั่วโมง
- 2) หายใจเร็วกว่า 25 ครั้ง ต่อนาที ในผู้ใหญ่
- 3) Oxygen Saturation < 94%
- 4) โรคประจำตัวที่มีการเปลี่ยนแปลง หรือจำเป็นต้องติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ตามดุลยพินิจของแพทย์
- 5) สำหรับในเด็ก หากมีอาการหายใจลำบาก ซึมลง ตื่นนมหรือทานอาหารน้อยลง

ภาคผนวก

- (ก) ตัวอย่างแบบบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Hospital Care at Home)
- (ข) ตัวอย่าง Care Plan (บันทึกทางการแพทย์)
- ข.1 ตัวอย่างแบบบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infection)
 - ข.2 ตัวอย่างแบบบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยปอดอักเสบ (Pneumonia)
 - ข.3 ตัวอย่างแบบบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยแผลกดทับ (pressure ulcer management)
 - ข.4 ตัวอย่างแบบบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดไส้ติ่งแบบผ่าตัดวันเดียวกลับ (Post Appendectomy)
 - ข.5 ตัวอย่างแบบบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (Severe hypertension)
 - ข.6 ตัวอย่างแบบบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2)
- (ค) ตัวอย่าง แบบฟอร์มการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 รักษาโดยการกักตัวที่บ้าน (Home Isolation)
- ค.1 ตัวอย่าง แบบฟอร์มลงทะเบียนผู้ป่วยโควิด-19 รักษาโดยการกักตัวที่บ้าน (Home Isolation)
 - ค.2 ตัวอย่าง Discharge Summary for Home Isolation Patient
 - ค.3 ตัวอย่าง แบบฟอร์มการติดตามอาการผู้ป่วยโควิด-19 รักษาโดยการกักตัวที่บ้าน (Home Isolation)
 - ค.4 ตัวอย่าง Discharge Summary for Home Isolation Patient
 - ค.5 ตัวอย่าง หนังสือแสดงความยินยอมในการกักตัวที่บ้าน เนื่องจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
- (ง) แบบประเมินการติดตามหลังการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (ODS)
- (จ) ประกาศราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ฉบับที่ 4/2565 เรื่องแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับคลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึกที่ให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็ก
- (ฉ) คำสั่งกรมการแพทย์
- ฉ.1 คำสั่งกรมการแพทย์ ที่ 334/2565 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการจัดทำหลักเกณฑ์และมาตรฐานการให้บริการผู้ป่วยที่บ้าน (Hospital care at home)
 - ฉ.2 คำสั่งกรมการแพทย์ ที่ 333/2565 เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานจัดทำหลักเกณฑ์และมาตรฐานการให้บริการผู้ป่วยที่บ้าน (Hospital care at home)

ภาคผนวก ก

ตัวอย่างแบบบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Hospital Care at Home)

นางอรุณี เลิศล้ำ

ตัวอย่างแบบบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Hospital Care at Home)

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - นามสกุล เพศ { } ชาย { } หญิง อายุ ปี
 สัญชาติ เลขบัตรประชาชน HN AN
 ที่อยู่ เลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน ซอย ถนน
 ตำบล อำเภอ จังหวัด เบอร์โทรศัพท์

2. ข้อมูลการเจ็บป่วย

วันที่ Admit วันที่ D/C
 Diagnosis
 Chief complaint
 Present Illness
 ผู้ดูแลหลัก เกี่ยวข้องเป็น โทร Line
 แพทย์ผู้ดูแล
 พยาบาลผู้ดูแล

3. อุปกรณ์ทางการแพทย์

อุปกรณ์ติดตัว
 อุปกรณ์เสริม
 อุปกรณ์อื่น ๆ

4. ประเมินการดูแลที่บ้าน

4.1 ประเมินความรู้ ความเข้าใจ (ตาม D – METHOD)

ความรู้ ความเข้าใจ	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง
Disease : เข้าใจโรค/ภาวะเจ็บป่วย		
Medication : รู้ข้อมูลยา และข้อพึงระวัง/การจัดยา		
Environment : มีการเตรียมสิ่งแวดล้อม		
Treatment : มีการฝึกทักษะที่จำเป็น		
Health : รู้ข้อจำกัดด้านสุขภาพ		
Out patient : รู้เรื่องการมาตามนัดและการส่งต่อ		
Diet : รู้เรื่องการจัดการอาหารที่เหมาะสมกับโรค		

4.2 ประเมินตามแนวทาง IN-HOME-SSS

Immobility : ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	ADL =คะแนน
Nutrition : ภาวะโภชนาการ : คุณภาพอาหาร : พฤติกรรมการบริโภค : ดื่มน้ำ/แอลกอฮอล์ : สูบบุหรี่	{ } อ้วน { } ผอม { } ปกติ { } ทุพโภชนาการ { } ประจวบ { } ซ้ำสำเร็จรูป { } อื่นๆ..... { } เหมาะสมกับโรค { } ไม่เหมาะสม { } ดื่มน้ำ { } ไม่ดื่มน้ำ { } สูบ { } ไม่สูบ
Housing : สภาพภายในบ้าน : แสงสว่างและอากาศถ่ายเท : สภาพรอบบ้าน	{ } สะอาดเรียบร้อย { } ไม่สะอาดเรียบร้อย { } เพียงพอ { } ไม่เพียงพอ { } สะอาด { } มีหนู/มด ต้นไม้รก น้ำขัง { } มีสัตว์ เลี้ยง
Other people : สมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแล/ ความสัมพันธ์	{ } มีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลัก { } อื่นๆ..... { } สนับสนุน { } ทะเลาะ ขัดแย้ง
Medication : ยาที่แพทย์สั่ง ได้แก่ : การใช้ยา : การบริหารยา	{ } ถูกต้อง { } ไม่ถูกต้อง อย่างไร { } ด้วยตนเอง { } ผู้อื่น ระบุ
Examination : การตรวจร่างกาย : สุขภาพจิต 2 Q สอบถาม ใน 1 เดือนที่ผ่านมามีอาการเหล่านี้หรือไม่ “ กังวล กระวนกระวายใจ เบื่อ เหนงา เซ็ง ไม่อยากเข้าสังคม ไม่อยากพูดกับใคร รู้สึกเศร้า อยากร้องไห้ ”	BP.....mmHg, PR...../min, RR.../min, T.....c BW.....Kgs, HEENT....., Heart..... Lung....., Abdomen..... { } ไม่มี { } มี (ประเมินแบบซึมเศร้า)
Service : แหล่งช่วยเหลือ/ช่องทางด้านสุขภาพ	{ } ไม่มี { } มี
Safety : สภาพความปลอดภัยและความเสี่ยงในบ้าน	{ } ปลอดภัย { } ไม่ปลอดภัย ระบุ
Spilitual : ความเชื่อและทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับ สุขภาพ การเจ็บป่วย	{ } เชื่อว่าเป็นเวรกรรม { } เชื่อว่าจากการปฏิบัติตัว ไม่ถูกต้อง { } เชื่อว่าเป็นกรรมพันธุ์ { } เชื่อว่าเกิด จากไสยศาสตร์ { } รักษาด้วยแผนปัจจุบัน { } รักษาด้วยแพทย์ ทางเลือก { } อื่นๆระบุ.....

5. แผนการดูแลร่วมกันโดยสหวิชาชีพ

วัน เดือน ปี	Focus Problem ปัญหาหลัก	Goal/Outcome ผลลัพธ์ที่ต้องการ	Resolve การแก้ไข	Active By	วันที่ หมดปัญหา

6. แบบบันทึกการเยี่ยม/ดูแลผู้ป่วยสำหรับแพทย์/พยาบาล

วัน/เดือน/ปี	ปัญหาที่พบ (Problem list)	อาการและอาการแสดง (Sign&Symtom)	แผนการดูแล (Plan)	ลงชื่อ

7. Medication Review Sheet

ชื่อยา	วันที่....		วันที่....		วันที่....		วันที่....		วันที่....	
	ขนาด	จำนวน	ขนาด	จำนวน	ขนาด	จำนวน	ขนาด	จำนวน	ขนาด	จำนวน

8. แบบฟอร์มการติดตามอาการผู้ป่วย Hospital care at Home

ชื่อ.....นามสกุล อายุ ปี วันที่ Admit

DiagnosisHN AN

วัน	เดือน	ปี	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่
		
อาการและอาการแสดง							
1	.....					
2	.....					
3	.....					
4	.....					
5	.....					
Vital signs							
1	ความดันโลหิต						
2	ชีพจร การหายใจ						
3	อุณหภูมิ						
4	Pain score						
5	DTX						
6	PPS						
ผู้บันทึก							

9. ตารางกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยสำหรับผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล

วัน/เดือน/ปี	เวลา	กิจกรรม			ลงชื่อผู้ปฏิบัติ
		1	2	3	

ภาคผนวก ข

ตัวอย่าง Care Plan (บันทึกการพยาบาล)

นางอรุณี เลิศล้ำ

- ข.1 ตัวอย่างแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infection)
- ข.2 ตัวอย่างแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบ (Pneumonia)
- ข.3 ตัวอย่างแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับ (pressure ulcer management)
- ข.4 ตัวอย่างแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดไส้ติ่งแบบผ่าตัดวันเดียวกลับ (Post Appendectomy)
- ข.5 ตัวอย่างแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (Severe hypertension)
- ข.6 ตัวอย่างแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2)

ตัวอย่าง แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infection)

ชื่อ..... สกุล..... อายุ.....ปี HNAN.....
 อาการสำคัญ.....
 ประวัติปัจจุบัน

ว/ด/ป	การวินิจฉัย ทางการ พยาบาล/ข้อมูล สนับสนุน	จุดมุ่งหมาย/ เกณฑ์ประเมินผล	การพยาบาล	การประเมินผล	ผู้ดูแล
	ติดเชื้อในระบบ ทางเดินปัสสาวะ 1.ไข้ หนาวสั่น ปวดเอว 2. ปัสสาวะแสบขัด 3. ปัสสาวะขุ่น 4. ผล Lab	จุดมุ่งหมาย : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย จากการติดเชื้อใน ระบบทางเดินปัสสาวะ เกณฑ์การประเมินผล : - ผลเพาะเชื้อจาก เลือดและปัสสาวะ ตอบสนองต่อ ยา ปฏิชีวนะ - มีความรู้เรื่องโรคติดเชื้อ ทางเดินปัสสาวะ อาการ และวิธีดูแล ตัวเองเบื้องต้น - มีความรู้เรื่องยา และใช้ การยาที่ ถูกต้อง - สามารถใช้อุปกรณ์ วัดความดันโลหิต และวัดสัญญาณชีพได้ ถูกต้อง - สามารถตรวจวัดปริมาณ สารน้ำ เข้า-ออก ในร่างกายได้ สังเกต ลักษณะปัสสาวะได้ - มีพฤติกรรมที่พึง ประสงค์ เหมาะสม กับโรค	1. ให้ยาตามแผนการรักษา ดูแลให้ยา ปฏิชีวนะให้ ครบคอร์ส 2. Observe อาการ หรือ อาการแสดงที่แย่ง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน รับประทาน อาหารไม่ได้ หอบเหนื่อย ความรู้สึกรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ปลายมือปลายเท้าเย็น ชีพ จรเต้นเร็ว ≥ 100 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ มากกว่า 24 ครั้ง/นาที ระดับ BP < 90/60 mmHg หรือใช้ สูงมากกว่า 38.5 องศา เซลเซียส หลังจากให้ยาครบ 48 ชั่วโมง ต้องส่งตัวกลับ เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล 3. ติดตามระดับความดัน โลหิต อย่างน้อยวันละ 6 - 8 ครั้ง 4. ให้ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อ ทางเดินปัสสาวะ อาการ และ วิธีแก้ปัญห 5. ให้ความรู้เรื่องการใช้ยา การกินยาที่ถูกต้อง 6. สอนวิธีการวัดและบันทึก สัญญาณชีพ การบันทึก รายงานที่ถูกต้อง 7. สอนวิธีตรวจวัดปริมาณสาร น้ำเข้า-ออกในร่างกาย สังเกตลักษณะปัสสาวะ	ผู้ป่วยปลอดภัย จากการติดเชื้อใน ระบบทางเดิน ปัสสาวะ - ผลเพาะเชื้อจาก เลือดและปัสสาวะ อยู่ในเกณฑ์ปกติ - ไม่มีอาการของ โรคที่แย่ง - สัญญาณชีพปกติ - วัดสัญญาณชีพ และการบันทึก รายงานถูกต้อง - บริหารยา ใช้ยา ได้ถูกต้อง - สามารถตรวจวัด ปริมาณสารน้ำเข้า- ออกร่างกาย สังเกต ลักษณะปัสสาวะ และบันทึกได้ ถูกต้อง - ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมเป็น พฤติกรรมที่พึง ประสงค์ - สื่อสาร/รายงาน ผลกิจกรรมต่าง ๆ ได้ถูกต้องครบถ้วน	

ว/ด/ป	การวินิจฉัย ทางการ พยาบาล/ข้อมูล สนับสนุน	จุดมุ่งหมาย/ เกณฑ์ประเมินผล	การพยาบาล	การประเมินผล	ผู้ดูแล
			8. ให้ ความ รู้ เรื่อง การ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทบทวนแผนการควบคุม อาหาร/การใช้ยา/การออก กำลังกาย บันทึกพฤติกรรม สุขภาพประจำวัน 9. จัดทำช่องทางการสื่อสาร การรายงานผลกิจกรรม ทบทวนความเข้าใจ		

ตัวอย่าง แบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบ (Pneumonia)

ชื่อ..... สกกุล..... อายุ.....ปี HNAN.....

อาการสำคัญ.....

ประวัติปัจจุบัน

ว/ด/ป	การวินิจฉัยทางการพยาบาล/ ข้อมูลสนับสนุน	จุดมุ่งหมาย/ เกณฑ์ประเมินผล	การพยาบาล	การประเมินผล	ผู้ดูแล
	<p>ผู้ป่วยติดเชื้อปอดอักเสบ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. แพทย์วินิจฉัย 2. ผล CXR 3. ผล Lab 4. ใช้ ไอ มีเสมหะ หายใจเหนื่อยหอบ 5. ค่าออกซิเจนในเลือดต่ำ 	<p>จุดมุ่งหมาย : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อปอดอักเสบ</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผลเพาะเชื้อจากเลือดและเสมหะตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะ - อาการดีขึ้น เช่น ไม่มีไข้ ไอลดลง - สัญญาณชีพปกติ - มีความรู้เรื่องโรคติดเชื้อปอดอักเสบ อาการ และวิธีดูแลตัวเองเบื้องต้น - มีความรู้เรื่องยา และใช้ การยาที่ถูกต้อง - สามารถใช้อุปกรณ์วัดค่าออกซิเจนปลายนิ้ว วัดความดันโลหิต วัดสัญญาณชีพได้ - สามารถใช้อุปกรณ์ในการให้ออกซิเจนที่บ้านได้ถูกวิธี 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ให้อาตามแผนการรักษา ดูแลให้ยาปฏิชีวนะให้ครบคอร์ส 2. Observe อาการ หรืออาการแสดงที่แย่ง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารไม่ได้ หอบเหนื่อย ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ปลายมือ ปลายเท้าเย็น มีอาการเปลี่ยนแปลงทรุดลงอย่างรวดเร็ว หรือชีพจรเต้นเร็ว >120 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ >24 ครั้ง/นาที ระดับ BP < 90/60 mmHg หรือใช้สูงมากกว่า 38.5 องศาเซลเซียส หลังจากให้อาหารครบ 48 ชั่วโมงหรือค่าออกซิเจนปลายนิ้วมีระดับ < 95% ขณะได้รับออกซิเจนตั้งแต่ 3L/min ต้องส่งตัวกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล 3. สอนวิธีการใช้อุปกรณ์ช่วยหายใจ ให้ออกซิเจน ดูดเสมหะ 4. ให้ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อปอดอักเสบ อาการ และวิธีแก้ปัญหา 5. ให้ความรู้เรื่องการใช้ยา การกินยาที่ถูกต้อง 	<p>ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อปอดอักเสบ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผลเพาะเชื้อจากเลือดและเสมหะอยู่ในเกณฑ์ปกติ - ไม่มีอาการของโรคที่แย่ง - สัญญาณชีพปกติ - วัดสัญญาณชีพ และการบันทึก รายงานถูกต้อง - บริหารยา ใช้ยาได้ถูกต้อง - สามารถใช้อุปกรณ์วัดค่าออกซิเจนปลายนิ้ว วัดความดันโลหิต วัดสัญญาณชีพและบันทึกได้ถูกต้อง - ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ - สื่อสาร/รายงาน ผลกิจกรรมต่าง ๆ ได้ถูกต้องครบถ้วน 	

ว/ด/ป	การวินิจฉัย ทางการพยาบาล/ ข้อมูลสนับสนุน	จุดมุ่งหมาย/ เกณฑ์ประเมินผล	การพยาบาล	การประเมินผล	ผู้ดูแล
		- สามารถใช้อุปกรณ์ เครื่องดูดเสมหะได้ - มีพฤติกรรมที่พึง ประสงค์ เหมาะสม กับโรค	6. สอนวิธีการวัดและ บันทึกสัญญาณชีพ การ บันทึกรายงานที่ถูกต้อง 7. ให้ความรู้เรื่องการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม บันทึกพฤติกรรมสุขภาพ ประจำวัน 8. จัดทำช่องทางการสื่อสาร การรายกิจกรรม		

ตัวอย่าง แบบบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยแผลกดทับ (pressure ulcer management)

ชื่อ..... สกุล..... อายุ.....ปี HNAN.....

อาการสำคัญ.....

ประวัติปัจจุบัน

ว/ด/ป	การวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล/ข้อมูลสนับสนุน	จุดมุ่งหมาย/เกณฑ์ประเมินผล	การพยาบาล	การประเมินผล	ผู้ดูแล
	<p>ผู้ป่วยแผลกดทับ</p> <p>1. แผลกดทับระดับ 1 - 3</p> <p>2. ไข้</p> <p>3. แผลปวด บวม แดง ร้อน</p>	<p>จุดมุ่งหมาย:</p> <p>เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเป็นแผลกดทับ</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผลเพาะเชื้อจากแผลตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะ - อาการดีขึ้น เช่น ไม่มีไข้ ไม่มีอาการปวด บวม แดง ร้อน - สัญญาณชีพปกติ - มีความรู้เรื่องแผลกดทับ อาการ และวิธีดูแลตัวเองเบื้องต้น - มีความรู้เรื่องยาและใช้การยาที่ถูกต้อง - สัญญาณชีพปกติสามารถใช้วัดความดันโลหิต วัดสัญญาณชีพได้ถูกต้อง - สามารถใช้อุปกรณ์ทำแผลทำแผลได้ถูกต้อง - พลิ กตะแคงตัวได้ถูกต้อง - มีความรู้เรื่องอาหารที่ส่งเสริมการหายของแผล - มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เหมาะสมกับโรค 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ให้อาตามตามแผนการรักษา ดูแลให้ยาปฏิชีวนะให้ครบคอร์ส 2. ให้ความรู้เรื่องแผลกดทับ อาการ และวิธีดูแล 3. ดูแลทำความสะอาดแผล สังเกตความผิดปกติ เช่น มีเลือด น้ำเหลืองซึมมากขึ้น แผลบวม แดง ปวดมากขึ้น 4. สอนวิธีทำแผลที่ถูกต้อง 5. สอน แนะนำการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย 6. ให้ความรู้เรื่องโภชนาการ อาหารที่ส่งเสริมการหายของแผล 7. ให้ความรู้เรื่องการใช้ยา การกินยาที่ถูกต้อง 8. ติดตามสัญญาณชีพและสอนวิธีการวัดและบันทึกสัญญาณชีพ การบันทึกสัญญาณชีพที่ถูกต้อง 9. ให้ความรู้เรื่องการรักษาการเปลี่ยนพฤติกรรม บันทึกพฤติกรรมสุขภาพประจำวัน 10. จัดทำช่องทางการสื่อสารการรายงานกิจกรรม 	<p>ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อแผลกดทับ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผลเพาะเชื้อจากแผลอยู่ในเกณฑ์ปกติ - ไม่มีอาการของโรคที่แย่งลง - สัญญาณชีพปกติ - วัดสัญญาณชีพ และการบันทึก รายงานถูกต้อง - บริหารยา ใช้ยาได้ถูกต้อง - สามารถดูแลแผลได้ถูกต้อง - สามารถพลิกตะแคงตัวได้ถูกต้อง - ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ - สื่อสาร/รายงาน ผลกิจกรรมต่าง ๆ ได้ถูกต้องครบถ้วน 	

ตัวอย่าง แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดไส้ติ่งแบบผ่าตัดวันเดียวกลับ (Post Appendectomy)

ชื่อ..... สกุล..... อายุ.....ปี HNAN.....
 อาการสำคัญ.....
 ประวัติปัจจุบัน

ว/ด/ป	การวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล/ข้อมูลสนับสนุน	จุดมุ่งหมาย/เกณฑ์ประเมินผล	การพยาบาล	การประเมินผล	ผู้ดูแล
	ผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบผ่าตัดวันเดียวกลับ	<p>จุดมุ่งหมาย : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการผ่าตัดไส้ติ่งแบบผ่าตัดวันเดียวกลับ</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล : - มีความรู้เรื่องไส้ติ่งอักเสบและการดูแลแผลผ่าตัดหายเป็นปกติตามระยะเวลาที่เหมาะสม - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน - สัญญาณชีพปกติ - ไม่ทุกข์ทรมานจากความปวด - มีความรู้เรื่องยาและการใช้ยาที่ถูกต้อง - สามารถใช้อุปกรณ์ทำแผล ทำแผลได้ถูกต้อง - มีความรู้เรื่องภาวะแทรกซ้อนและปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง - มีความรู้เรื่องอาหารที่ส่งเสริมการหายของแผล</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ให้อาตามแผนการรักษาดูแลให้ยาปฏิชีวนะให้ครบคอร์ส 2. ให้ความรู้เรื่องไส้ติ่งอักเสบการผ่าตัดและวิธีการดูแลหลังการผ่าตัด 3. ติดตามสัญญาณชีพ สอนการวัดและการบันทึกที่ถูกต้อง 4. ดูแลแผลและทำความสะอาดทุกวัน ให้เปิดแผลอีกครั้ง ตอนวันนัดตัดไหม) 5. สอนวิธีดูแลแผลที่ถูกต้อง เช่นระวังไม่ให้เปียกน้ำ 6. ประเมินและดูแลเรื่องความเจ็บปวด 7. ให้ความรู้เรื่องโภชนาการอาหารที่ส่งเสริมการหายของแผล 8. ให้ความรู้เรื่องการใช้ยา การกินยาที่ถูกต้อง 9. ติดตามสัญญาณชีพและสอนวิธีการวัดและบันทึกสัญญาณชีพ การบันทึกรายงานที่ถูกต้อง 10. ติดตามสังเกตอาการที่เป็นข้อบ่งชี้ต้องกลับมารักษาในรพ. เช่น ใช้ หนาวสั่น แผลบวมแดง หรือมีเลือดน้ำเหลืองหนองซึมออกมา ปวดแผลมากขึ้นในวันต่อๆมา คลื่นไส้ อาเจียน ไม่สามารถรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำได้ ไอ้มาก เหนื่อย หายใจเร็ว ถ่ายเหลวเป็นน้ำมากกว่า 3 ครั้ง 11. จัดทำช่องทางการสื่อสารการรายงานกิจกรรม 	ผู้ป่วยปลอดภัยหลังการผ่าตัดไส้ติ่งแบบผ่าตัดวันเดียวกลับ - ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง - แผลไม่มีอาการผิดปกติ - สัญญาณชีพปกติ - สัญญาณชีพและการบันทึก รายงานถูกต้อง - บริหารยา ใช้ยาได้ถูกต้อง - ไม่มีอาการแทรกซ้อน - สื่อสาร/รายงานผลกิจกรรมต่างๆ ได้ถูกต้องครบถ้วน	

ตัวอย่าง แบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (Severe hypertension)

ชื่อ..... สกุล..... อายุ.....ปี HNAN.....
 อาการสำคัญ.....
 ประวัติปัจจุบัน

ว/ด/ป	การวินิจฉัยทางการพยาบาล/ข้อมูลสนับสนุน	จุดมุ่งหมาย/เกณฑ์ประเมินผล	การพยาบาล	การประเมินผล	ผู้ดูแล
	ความดันโลหิตสูง 1. BP = mg % (ตามกลุ่มอายุและโรคร่วม) 2. ผู้ป่วยบ่นวิงเวียนศีรษะ ตาพร่ามัว อาเจียน 3. 4.	จุดมุ่งหมาย : เพื่อให้ ผู้ป่วยปลอดภัยจากความดันโลหิตสูง เกณฑ์การประเมินผล : - ความดันโลหิต อยู่ในเกณฑ์ปกติ - มีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง อาการ อาการแทรกซ้อน และวิธีดูแลตัวเองเบื้องต้น - มีความรู้เรื่องยา และใช้ การยาที่ถูกต้อง - สามารถใช้อุปกรณ์วัดความดันโลหิต และวัดสัญญาณชีพได้ถูกต้อง - มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เหมาะสมกับโรค	1. ให้ยาตามแผนการรักษา 2. Observe ภาวะแทรกซ้อนร่วมทวนซ้ำกับผู้ป่วยและญาติถึงสัญญาณอันตรายของโรคหลอดเลือดสมอง กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ภาวะหัวใจล้มเหลว ให้ถูกต้อง 3. ติดตามระดับความดันโลหิต อย่างน้อยวันละ 4 ครั้ง 4. ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ค่าความดันโลหิตที่ปกติ อาการของ ความดันโลหิตสูงและวิธีแก้ปัญหา 5. ให้ความรู้เรื่องการใช้ยา การกินยาที่ถูกต้อง 6. สอนวิธีการวัดและบันทึกสัญญาณชีพ การบันทึก รายงานที่ถูกต้อง 7. ให้ ความรู้ เรื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทบทวนแผนการควบคุมอาหาร/การใช้ยา/การออกกำลังกาย บันทึกพฤติกรรมสุขภาพประจำวัน 8. จัดทำช่องทางการสื่อสาร การรายงานค่าความดันโลหิต	ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะความดันโลหิตสูง - ค่าความดันโลหิต อยู่ในเกณฑ์ปกติ - ไม่มีอาการของภาวะแทรกซ้อน - สัญญาณชีพปกติ - วัดสัญญาณชีพ และการบันทึก รายงานถูกต้อง - บริหารยา ใช้ยาได้ถูกต้อง - บริหารยา ใช้ยาได้ถูกต้อง - ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมเป็น พฤติกรรมที่พึงประสงค์ - สื่อสาร/รายงาน ผลกิจกรรมต่าง ๆ ได้ถูกต้องครบถ้วน	

ตัวอย่าง แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2)

ชื่อ..... สกกุล..... อายุ.....ปี HNAN.....
 อาการสำคัญ.....
 ประวัติปัจจุบัน

ว/ด/ป	การวินิจฉัยทางการแพทย์/ข้อมูลสนับสนุน	จุดมุ่งหมาย/เกณฑ์ประเมินผล	การพยาบาล	การประเมินผล	ผู้ดูแล
	ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง 1. DTX = mg % 2. ผู้ป่วยบ่นวิงเวียนศีรษะ ตาพร่ามัว อาเจียน 3. 4.	จุดมุ่งหมาย : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เกณฑ์การประเมินผล : - ค่า DTX อยู่ในเกณฑ์ปกติ - ไม่มีอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง - มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานและภาวะน้ำตาลในเลือดสูงรวมทั้งวิธีดูแลตนเอง - มีความรู้เรื่องยาและใช้ยาที่ถูกต้อง - สามารถใช้อุปกรณ์เจาะเลือดได้ถูกต้อง - มีพฤติกรรมการที่พึงประสงค์ - สื่อสาร รายงานอาการได้ถูกต้องครบถ้วนทันเหตุการณ์	1. ให้อาตามแผนการรักษา 2. Observe ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน 3. ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด อย่างน้อยวันละ 2-4 ครั้ง 4. ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ค่าน้ำตาลที่เหมาะสม ภาวะน้ำตาลสูง/ภาวะน้ำตาลต่ำ และวิธีแก้ปัญหา การดูแลตนเอง 5. ให้ความรู้เรื่องการใช้ยา สอนวิธีฉีดยาอินซูลิน การกินยาที่ถูกต้อง การเก็บรักษา ยา 6. สอนการตรวจน้ำตาลปรายนิ้ว การบันทึกรายงาน 7. สอนการวัดและบันทึกสัญญาณชีพ 8. ให้ความรู้เรื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทบทวนแผนการควบคุมอาหาร/การใช้ยา/การออกกำลังกาย บันทึกพฤติกรรมสุขภาพประจำวัน 9. จัดทำช่องทางการรายงาน ค่าน้ำตาลในเลือดและอาการผิดปกติ และการบันทึก การสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์เมื่อมีภาวะผิดปกติ	ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง - ค่า DTX อยู่ในเกณฑ์ปกติ - ไม่มีอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง - สัญญาณชีพปกติ - เจาะตรวจน้ำตาลปลายนิ้วครบบันทึก รายงานถูกต้อง - บริหารยา ใช้ยาได้ถูกต้อง ทั้งยาฉีดและยา กิน รวมทั้งเก็บรักษา ยาได้ถูกต้อง - ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมเป็น พฤติกรรมที่พึงประสงค์ - สื่อสาร/รายงาน ผลกิจกรรมต่าง ๆ ได้ถูกต้องครบถ้วน	

ภาคผนวก ค

ตัวอย่าง แบบฟอร์มการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 รักษาโดยการกักตัวที่บ้าน (Home Isolation)

แพทย์หญิงปิยะธิดา หาญสมบูรณ์

- ค.1 ตัวอย่าง แบบฟอร์มลงทะเบียนผู้ป่วยโควิด-19 รักษาโดยการกักตัวที่บ้าน (Home Isolation)
- ค.2 ตัวอย่าง Discharge Summary for Home Isolation Patient
- ค.3 ตัวอย่าง แบบฟอร์มการติดตามอาการผู้ป่วยโควิด-19 รักษาโดยการกักตัวที่บ้าน (Home Isolation)
- ค.4 ตัวอย่าง Discharge Summary for Home Isolation Patient
- ค.5 ตัวอย่าง หนังสือแสดงความยินยอมในการกักตัวที่บ้าน เนื่องจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)



ตัวอย่าง แบบฟอร์มลงทะเบียนผู้ป่วยโควิด-19 รักษาโดยการกักตัวที่บ้าน (Home Isolation)

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - นามสกุล..... เพศ ชาย หญิง อายุ ปี.....เดือน

สัญชาติ เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....HN.....AN.....

อาชีพ..... สถานที่ทำงาน/ สถานศึกษา..... เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

ที่อยู่ขณะป่วยในประเทศไทย บ้าน อื่น ๆ ระบุ

เลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน ซอย ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

การสูบบุหรี่ ไม่เคยสูบ ยังคงสูบ เคยสูบแต่เลิกแล้ว

การดื่มสุรา ไม่ดื่ม ดื่ม ระบุ ชนิด.....ปริมาณ.....ความถี่.....

น้ำหนัก (กก.) ส่วนสูง (cm.)

โรคประจำตัว มี (โปรดเลือก) ไม่มี

โรคปอด เช่น หอบหืด/ปอดอุดกั้นเรื้อรัง/วัณโรค โรคหัวใจ โรคตับแข็ง

โรคไตวายเรื้อรัง โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง อื่นๆ.....

2. ข้อมูลทางคลินิก

วันที่เริ่มป่วย (วัน/เดือน/ปี) ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา.....

สัญญาณชีพและอาการแรกเริ่ม : T °C PR/min RR/min BPmmHg

O₂ Sat.....% ไอ เจ็บคอ

ปวดกล้ามเนื้อ มีน้ำมูก มีเสมหะ

หายใจลำบาก ปวดศีรษะ ถ่ายเหลว

จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส ตาแดง

ผื่น ตำแหน่ง..... อื่น ๆ ระบุ

เอกซเรย์ปอด (ครั้งแรก) ไม่ได้ทำ ทำ เมื่อวันที่ ระบุผล

CBC (ครั้งแรก) : วันที่ ผล Hb g/dL Hct %

Platelet count x10³ WBC (N..... % L %

Atyp lymph % Mono %) อื่น ๆ

ผลการตรวจ SARS-CoV-2 PCR

ครั้งที่	วันที่เก็บ	ชนิดตัวอย่าง	สถานที่ส่งตรวจ	ผลตรวจ
ครั้งแรก				<input type="checkbox"/> Detected <input type="checkbox"/> Not detected
2				<input type="checkbox"/> Detected <input type="checkbox"/> Not detected

3. ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) วันที่
การวินิจฉัยเบื้องต้น.....

4. ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ไม่เคยได้รับ เคยได้รับ สมุดบันทึกหรือหลักฐานการได้รับวัคซีนหรือไม่ () มี () ไม่มี

ครั้งที่ 1 วันที่ได้รับ/...../..... ชื่อวัคซีน.....สถานที่ได้รับ.....

ครั้งที่ 2 วันที่ได้รับ/...../..... ชื่อวัคซีน.....สถานที่ได้รับ.....

ตัวอย่าง แบบประเมินผู้ป่วยโควิด-19 รักษาโดยการกักตัวที่บ้าน (สำหรับแพทย์)

Assessment of Severity

- Asymptomatic Covid-19
- Mild Symptomatic Covid-19 and no risk factors
- Mild Symptomatic Covid-19 with risk factor
- Severe Symptomatic

Plan Of Management

.....

.....

.....

.....

Medicine

การให้ยารักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

- Remdesivir
- Favipiravir
- Lopinavir/ritonavir
- Darunavir
- Ritonavir
- Chloroquine/Hydroxychloroquine
- อื่น ๆ ระบุ

.....

.....

.....

.....

Advice Home Isolation

.....

.....

.....

.....

แพทย์ผู้ประเมิน

.....

เลขที่ใบประกอบเวชกรรม

.....

ตัวอย่าง แบบฟอร์มการติดตามอาการผู้ป่วยโควิด-19 รักษาโดยการกักตัวที่บ้าน (Home Isolation)

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ (ปี).....
 HN.....AN.....ตรวจพบเชื้อโควิดวันที่.....

วัน/เดือน/ปี (พ.ศ.)	/...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....			
นับจากรายงานผลการติดเชื้อ		Day.....		Day.....		Day.....		Day.....	
เวลาประเมิน เข้า 09.00น/ เย็น 16.00 น.		เช้า	เย็น	เช้า	เย็น	เช้า	เย็น	เช้า	เย็น
1	ไม่มีอาการ								
2	ไข้								
3	ไอ								
4	เจ็บคอ								
5	มีน้ำมูก								
6	จมูกไม่ได้กลิ่น								
7	ลิ้นไม่รับรส								
8	ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ								
9	อ่อนเพลีย								
10	เหนื่อย/เจ็บหน้าอกเวลาไอ								
11	ถ่ายเหลว ก็ครั้ง/วัน								
12	อื่นๆ								
การตรวจร่างกาย		เช้า	เย็น	เช้า	เย็น	เช้า	เย็น	เช้า	เย็น
13	ความดันโลหิตตัวบน (SBP)								
14	ความดันโลหิตตัวล่าง (DBP)								
15	ชีพจร (PR)								
16	อุณหภูมิ								
17	ออกซิเจนปลายนิ้ว (SpO2)								
18	น้ำหนัก								
19	ส่วนสูง								
20	BMI								
ผู้บันทึก (พยาบาล)									
Assessment of Severity (แพทย์)/ วัน เดือน ปี	/...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....			
1	Asymptomatic Covid-19								
2	Mild Symptomatic Covid-19 and no risk factors								
3	Mild Symptomatic Covid-19 with risk factor								
4	Severe Symptomatic								
Plan of Management /Medication									
1	Remdesivir								
2	Favipiravir								
3	Lopinavir/ritonavir								
4	Darunavir								
5	Ritonavir								
6	Chloroquine/Hydroxychloroquine								
7	Medication อื่นๆ								
Status Change									
1	Refer to Hospital								
2	Patient Deny Admission								
ผู้ประเมิน(แพทย์)									

ตัวอย่าง Discharge Summary for Home Isolation Patient

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ (ปี)

HN.....AN.....

วันที่ตรวจพบเชื้อโควิด วันที่.....

วันที่รับเข้า Home Ward วันที่.....

วันที่ Discharge วันที่.....

- Diagnosis
- Asymptomatic Covid-19
 - Mild Symptomatic Covid-19 and no risk factors
 - Mild Symptomatic Covid-19 with risk factor
 - Severe Symptomatic

- Medication
- Remdesivir
 - Favipiravir
 - Lopinavir/ritonavir
 - Darunavir
 - Ritonavir
 - Chloroquine/Hydroxychloroquine
 - Medication อื่น ๆ

- Discharge Status
- Improved
 - Refer Hospital
 - Death

แพทย์เจ้าของไข้.....

เลขที่ใบประกอบเวชกรรม.....



ตัวอย่าง หนังสือแสดงความยินยอมในการกักตัวที่บ้าน
เนื่องจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น..

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....ปี เลขที่ภายนอก(H.N.).....
เลขที่ภายใน (A.N.)..... เข้ารับการรักษาพยาบาลที่
เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... (สำหรับเจ้าหน้าที่)

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชนเกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ข้าพเจ้าเป็นผู้ปกครอง/ผู้มีอำนาจกระทำการแทน โดยมีความสัมพันธ์เป็น.....
ของ ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว.....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ผลการตรวจโดยวิธี RT-PCR พบว่ามีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามหมายเลขตรวจที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูล และรับฟังคำอธิบายจากผู้ให้การรักษา รวมถึงความเสี่ยงผลข้างเคียง และ
/หรือผลที่อาจเกิดขึ้นภายหลัง จนเป็นที่กระจ่างชัดแล้ว

ข้าพเจ้ายินยอมกักตัวที่บ้านจนถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....โดยจะปฏิบัติตาม
คำแนะนำทุกประการ เช่น งดออกกำลังกาย และวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดตามเวลาที่กำหนด แล้วแจ้งผล
ให้ทางสถาบัน/โรงพยาบาลทราบทันที โดยข้าพเจ้าจะได้รับการดูแลแบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) หากข้าพเจ้า
แสดงอาการที่มีข้อบ่งชี้ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล ทางสถาบัน/โรงพยาบาลจะรับข้าพเจ้าเป็นผู้ป่วยในโดยข้าพเจ้ายินยอมให้
แพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ของสถาบัน/โรงพยาบาล และผู้ที่ได้รับมอบหมายสามารถกระทำการดูแล รักษา ตรวจ
วินิจฉัย เพิ่มเติม ทั้งนี้ตามดุลยพินิจของบุคลากรทางการแพทย์ ข้าพเจ้าเข้าใจถึงความจำเป็นอันเป็นเหตุให้ต้องรับการตรวจ
วินิจฉัย รักษา

ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงของการตรวจวินิจฉัย หรือแผนการดูแลรักษา ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะได้รับคำอธิบายเพิ่มเติม

ข้าพเจ้ายินยอมให้ข้อมูลส่วนตัวด้านภาวะสุขภาพที่อาจมีผลต่อการดูแลรักษาแก่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์
ที่เกี่ยวข้อง เช่น ภาวะตั้งครรภ์ โรคประจำตัว เป็นต้น

ข้าพเจ้าขอแสดงความยินยอม ในการดูแลตนเองโดยการกักตัวที่บ้านโดยความสมัครใจ ณ ที่นี้ ทั้งนี้หาก มีการนำ
ข้อมูลของข้าพเจ้าไปใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาวิจัยในอนาคต ยินยอม ไม่ยินยอม

ข้าพเจ้าเข้ากักตัวที่บ้านเลขที่..... หมู่บ้าน/คอนโด.....ซอย.....ถนน.....
แขวง.....เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....
ชื่อผู้ใกล้ชิดที่ติดต่อได้.....เบอร์โทรศัพท์.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ป่วย /ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ป่วย

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ภาคผนวก ง

แบบประเมินการติดตามหลังการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (ODS)

แบบประเมินการติดตามหลังการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (ODS)

ชื่อ-สกุล

หัวข้อการประเมิน	หลังการผ่าตัด 24 ชม. ว/ด/ป.....	หลังการผ่าตัด 48 ชม. ว/ด/ป.....	หลังการผ่าตัด 72 ชม. ว/ด/ป.....
1. อาการปวดแผล	<input type="checkbox"/> น้อย <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> มาก	<input type="checkbox"/> น้อย <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> มาก	<input type="checkbox"/> น้อย <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> มาก
2. การรับประทานยาแก้ปวด	<input type="checkbox"/> ตามแพทย์สั่ง <input type="checkbox"/> ต้องเพิ่มยา	<input type="checkbox"/> ตามแพทย์สั่ง <input type="checkbox"/> ต้องเพิ่มยา	<input type="checkbox"/> ตามแพทย์สั่ง <input type="checkbox"/> ต้องเพิ่มยา
3. สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการทำกิจวัตรประจำวัน	<input type="checkbox"/> ทำได้เอง <input type="checkbox"/> ต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> ไม่สามารถปฏิบัติได้	<input type="checkbox"/> ทำได้เอง <input type="checkbox"/> ต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> ไม่สามารถปฏิบัติได้	<input type="checkbox"/> ทำได้เอง <input type="checkbox"/> ต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> ไม่สามารถปฏิบัติได้
4. ความสามารถในการปัสสาวะ	<input type="checkbox"/> ปัสสาวะได้เอง <input type="checkbox"/> ปัสสาวะไม่ออก	<input type="checkbox"/> ปัสสาวะได้เอง <input type="checkbox"/> ปัสสาวะไม่ออก	<input type="checkbox"/> ปัสสาวะได้เอง <input type="checkbox"/> ปัสสาวะไม่ออก
5. อาการคลื่นไส้ อาเจียน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
6. อาการตัวร้อน เป็นไข้	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
7. ลักษณะบาดแผล	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> บวม <input type="checkbox"/> บวมแดง <input type="checkbox"/> มีเลือดหรือน้ำเหลืองไหล	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> บวม <input type="checkbox"/> บวมแดง <input type="checkbox"/> มีเลือดหรือน้ำเหลืองไหล	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> บวม <input type="checkbox"/> บวมแดง <input type="checkbox"/> มีเลือดหรือน้ำเหลืองไหล
8. อาการเจ็บคอ ใอมีเสมหะ ฟันโยก มีแผลในปาก <i>*กรณีใช้ยาระงับความรู้สึกด้วยวิธีดมยาสลบ</i>	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
9. อาการปวดศีรษะ แขนขาอ่อนแรง <i>*กรณีใช้ยาระงับความรู้สึกด้วยวิธีดมยาเข้าเส้นหลัง</i>	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
ผู้ตอบแบบประเมิน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เบอร์โทรศัพท์ เวลาที่ประเมิน	....................	....................	....................
ผู้ประเมิน/ตำแหน่ง	.....	.....	.....

ภาคผนวก จ

ประกาศราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ฉบับที่ 4/2565
เรื่องแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับคลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก
ที่ให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็ก

เอกสารนี้ไม่สามารถใช้อ้างอิงทางกฎหมายได้เนื่องจากการปฏิบัติต้องปรับตามสถานการณ์



ประกาศราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย

ฉบับที่ ๔/๒๕๖๔

เรื่อง แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับคลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการ
ระงับความรู้สึกที่ให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็ก

Pre-anesthesia clinic guideline for one day surgery and minimally
invasive surgery



ประกาศราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ฉบับที่ ๔/๒๕๖๔

บทนำ

เนื่องจากการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (one day surgery; ODS) และการผ่าตัดแผลเล็ก (minimally invasive surgery; MIS) เป็นนโยบายส่วนหนึ่งของแผนยุทธศาสตร์ประเทศไทย 4.0 ที่กระทรวงสาธารณสุขมุ่งเน้นและให้ความสำคัญ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการเทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูงที่มีคุณภาพ เข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว ลดระยะเวลาการรอคิวผ่าตัด ลดความแออัดในโรงพยาบาล ลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยของประเทศ ประหยัดเวลาของผู้ป่วยและญาติ ดังนั้นเพื่อให้ระบบบริการ ODS และ MIS มีมาตรฐานและความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย จึงจำเป็นต้องมีหน่วยงานหรือห้องตรวจเป็นคลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก (pre-anesthesia clinic; PAC) เพื่อประเมินสุขภาพ ความเสี่ยง และเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติ ทั้งร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัด

แนวทางเวชปฏิบัตินี้คณะผู้จัดทำได้ดำเนินการภายใต้กำกับของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย แนวทางนี้อาจปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม หากมีผลการศึกษายืนยันการรักษาที่แตกต่าง รวมถึงเทคโนโลยีใหม่ๆ ต่อไปในอนาคต อนึ่ง คณะผู้จัดทำไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนในการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติแต่อย่างใด

คำจำกัดความ

คลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก (pre-anesthesia clinic; PAC) หมายถึง หน่วยงานที่ทำหน้าที่ประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติก่อนการผ่าตัดหรือหัตถการโดยบุคลากรทางวิสัญญี

การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (one day surgery; ODS) หมายถึง การรับผู้ป่วยเข้ามาเพื่อรับการรักษาทำหัตถการหรือผ่าตัดที่ได้มีการเตรียมการไว้ล่วงหน้า และสามารถให้กลับบ้านในวันเดียวกันกับวันที่รับไว้ทำหัตถการหรือผ่าตัด หรืออยู่ในโรงพยาบาลตั้งแต่ 2 ชั่วโมง ถึงเวลาจำหน่ายออกไม่เกิน 24 ชั่วโมง

การผ่าตัดแผลเล็ก (minimally invasive surgery; MIS) หมายถึง การผ่าตัดผ่านกล้อง ได้แก่ laparoscopic cholecystectomy, laparoscopic colectomy, laparoscopic hysterectomy, video-assisted thoracic surgery

วัตถุประสงค์

เป็นแนวทางสำหรับการจัดตั้งและให้บริการของคลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัดแบบ ODS และ MIS เพื่อลดอุบัติการณ์ของการเลื่อนหรืองดผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยไม่พร้อม ลดระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ลดการปรึกษาอายุรแพทย์แบบรีบด่วนก่อนผ่าตัด ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในช่วงระหว่างและหลังผ่าตัด และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ

โครงสร้าง

1. สถานที่ อาจจัดตั้งเป็นห้องตรวจที่ติดผู้ป่วยนอกโดยมีมาตรฐานด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อมเช่นเดียวกับแผนกผู้ป่วยนอก หรือใช้พื้นที่บริเวณแผนกห้องผ่าตัดจัดเป็นสัดส่วนในการให้บริการ
2. บุคลากร วิสัญญีแพทย์หรือวิสัญญีพยาบาล ร่วมกับบุคลากรการแพทย์อื่น ๆ ถ้าวิสัญญีพยาบาลเป็นผู้ประเมิน ควรสามารถขอปรึกษาวิสัญญีแพทย์ได้

ขั้นตอนการส่งผู้ป่วยมาคลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด (รูปที่ 1)

ขั้นตอนที่ 1 เมื่อผู้ป่วยได้รับการวางแผนให้เข้ารับการผ่าตัด แพทย์เจ้าของไข้ควรพิจารณารวบรวมข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และผลส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เหมาะสม ควรพิจารณาจาก อายุ โรคและความผิดปกติต่าง ๆ ยาที่ผู้ป่วยได้รับ และชนิดการผ่าตัด ปัจจุบันราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยได้ออกแนวทางเวชปฏิบัติเพื่อเป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพของการบริการด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า อย่างไรก็ตามแนวทางเวชปฏิบัตินี้ไม่ใช่ข้อบังคับ ผู้ปฏิบัติงานสามารถปรับเปลี่ยนได้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์และเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณอย่างเหมาะสม โรงพยาบาล/สถานพยาบาลอาจปรับแนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยฯ เพื่อเป็นแนวทางหรือข้อแนะนำการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นให้เข้ากับบริบทของสถานพยาบาลนั้น ๆ ตามคำแนะนำของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยปี พ.ศ. 2562 ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดเล็กที่มีความเสี่ยงต่ำ จึงควรส่งตรวจเฉพาะที่มีข้อบ่งชี้จากปัจจัยตัวผู้ป่วยแต่ละราย

ขั้นตอนที่ 2 แพทย์เจ้าของไข้ส่งปรึกษาคลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมฯ เพื่อประเมิน เตรียมความพร้อม และให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก รายละเอียดเพิ่มเติมในหัวข้อ “แนวปฏิบัติการประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วย”

ขั้นตอนที่ 3 คลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมฯ อาจพิจารณาส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติมในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ เช่น การตรวจค่าการแข็งตัวของเลือด (coagulogram) ในผู้ป่วยที่มีประวัติเลือดออกผิดปกติหรือเลือดหยุดยาก การตรวจค่าการทำงานของตับ (liver function test) ในผู้ป่วยที่ตรวจร่างกายพบอาการตัวเหลือง ตาเหลือง เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 4 คลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมฯ อาจส่งผู้ป่วยปรึกษาแพทย์เฉพาะทางด้านอื่น ๆ ในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ เช่น ผู้ป่วยที่ทำกิจวัตรประจำวันไม่ได้ มีโรคประจำตัวที่ยังควบคุมได้ไม่ดี ตรวจร่างกายพบ ความดันเลือดมากกว่า 180/110 มม.ปรอท ตรวจพบเสียงฟู่ของหัวใจ (murmur) เสียงหายใจผิดปกติ ความรู้สึกตัว (consciousness) ผิดปกติ หรือพบความผิดปกติของผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ค่าความเข้มข้นของเลือด (hematocrit) จำนวนเกล็ดเลือด (platelet count) คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiogram) หรือภาพรังสีทรวงอก (chest X-ray) โดยอาจพิจารณาส่งปรึกษาอายุรแพทย์โรคหัวใจเพื่อตรวจสอบสมรรถภาพหัวใจขณะออกกำลังกาย (exercise stress test) หรือบันทึกภาพหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงขณะกระตุ้นหัวใจให้เกิดความเครียด (stress echocardiography) อายุรแพทย์โรคปอดเพื่อตรวจสอบสมรรถภาพปอด (pulmonary function test) หรือ ศัลยแพทย์หลอดเลือดเพื่อตรวจหลอดเลือดดำด้วยเครื่องความถี่สูง (vascular Doppler) ตามความเหมาะสม

อย่างไรก็ดีคลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมฯ ต้องคำนึงถึงระยะเวลาที่ต้องเลื่อนการผ่าตัดออกไปเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่จะได้จากการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นหรือปรึกษาแพทย์เฉพาะทางเพิ่มเติม โดยพิจารณาจากชนิดและความรีบด่วนของการผ่าตัด ความเสี่ยง และตัดสินใจอย่างเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 5 หากผู้ป่วยไม่มีข้อบ่งชี้ของการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นหรือปรึกษาแพทย์เฉพาะทางเพิ่มเติม ก็สามารถส่งผู้ป่วยกลับไปพบแพทย์เจ้าของไข้เพื่อทราบผลการประเมินก่อนผ่าตัดและนัดผ่าตัดได้เป็นลำดับถัดไป



รูปที่ 1 ขั้นตอนการส่งผู้ป่วยมาคลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด

แนวปฏิบัติการประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วย

1. ประเมินสภาพผู้ป่วย ความสามารถในการทำกิจกรรม (functional capacity) ประวัติการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก ปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในอดีต เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจยาก การคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดมาก ประวัติการไข้อาหารเสริมและสมุนไพร การแพ้ยาล การตีมีเหล้า สูบบุหรี่ ประวัติภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกในครอบครัว เช่น malignant hyperthermia
2. ประเมินระดับความรุนแรง และภาวะแทรกซ้อนของโรคประจำตัว รวมทั้งการรักษาที่ได้รับ
3. ประเมินความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน
 - 3.1. ประเมินความเสี่ยงตาม American Society of Anesthesiologist (ASA) physical status classification (ภาคผนวก1)
 - 3.2. ประเมินความเสี่ยงของภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากอุดกั้น (obstructive sleep apnea, OSA) เช่น ใช้แบบสอบถาม STOP-BANG เป็นเครื่องมือคัดกรอง
 - 3.3. ประเมินทางหายใจ เพื่อประเมินโอกาสใส่ท่อช่วยหายใจ
 - 3.4. ประเมินความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนระบบหัวใจและหลอดเลือด ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจหรือมีปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น ประเมินตามแนวทางของ ACC/AHA ปี ค.ศ. 2014 หรือ ESC/ESA ปี ค.ศ. 2014
4. ประเมินการติดเชื้ทางหายใจส่วนต้นก่อนผ่าตัดโดยเฉพาะผู้ป่วยเด็ก เนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางหายใจ เช่น หลอดลมตีบเกร็ง หากต้องใส่ท่อช่วยหายใจอาจชักนำให้เกิดการติดเชื้อสู่ปอด ควรเลื่อนการผ่าตัดที่ไม่เร่งด่วนออกไปอย่างน้อย 4 สัปดาห์
5. ประสานงานในการส่งปรึกษาอายุรแพทย์หรือแพทย์เฉพาะทางด้านอื่น ๆ
 - 5.1. เมื่อพบความผิดปกติจากการ ชักประวัติ ตรวจร่างกายหรือผลตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ เพื่อร่วมประเมินและพิจารณาส่งตรวจพิเศษอื่น ๆ
 - 5.2. เพื่อควบคุมโรคประจำตัวให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมและแก้ไขภาวะผิดปกติอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่พร้อมก่อนรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล เช่น ควบคุมภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูง ควบคุมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แก้ไขภาวะซีด ปรับสมดุลเกลือแร่ในร่างกายให้ปกติ
6. แนะนำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ หยุดสูบบุหรี่ก่อนผ่าตัด 4-8 สัปดาห์ หยุดดื่มสุร่าก่อนผ่าตัด 2-8 สัปดาห์
7. ให้คำแนะนำด้านการจัดการยาที่ผู้ป่วยใช้ ดังนี้
 - 7.1. ยาที่ควรให้จนถึงเช้าวันผ่าตัด ได้แก่ ยากลุ่ม beta-blocker ยากลุ่ม calcium channel blocker
 - 7.2. ยาที่ควรงดเช้าวันผ่าตัด ได้แก่ ยาเบาหวานกลุ่ม sulfonylurea ยา metformin ยากลุ่ม angiotensin converting enzyme inhibitor (ACEI) และ angiotensin receptor blocker (ARB) ที่ทานเนื่องจากโรคความดันโลหิตสูง และยาขับปัสสาวะ
 - 7.3. ยาด้านเกล็ดเลือด ยาด้านการแข็งตัวของเลือด ยาควบคุมจังหวะการเต้นของหัวใจ ควรพิจารณาร่วมกับคัลยแพทย์ อายุรแพทย์ ถึงข้อบ่งชี้ของการใช้ยา ผลดีและผลเสียของการหยุดยาและการทานยาต่อ
 - 7.4. ยาชนิดอื่น ๆ ควรปรึกษาแพทย์ผู้รักษาหรือแพทย์เฉพาะทางตามระบบที่ผู้ป่วยมีปัญหาร่วมพิจารณา

8. ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก ตามแนวทางพัฒนาการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก ของ ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562
9. แนะนำการปฏิบัติตัวก่อน ระหว่างและหลังการผ่าตัด แก่ผู้ป่วยและญาติ พร้อมแจกเอกสารคำแนะนำ
10. บันทึกข้อมูลการประเมินผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึกลงในเวชระเบียน

คำแนะนำการคัดเลือกผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแบบ ODS

1. ปัจจัยจากตัวผู้ป่วย ควรพิจารณาเลือกผู้ป่วยดังนี้
 - 1.1. ASA class 1 หมายถึงผู้ป่วยที่แข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว
 - 1.2. ASA class 2 หมายถึง ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว แต่สามารถควบคุมได้ดีและไม่มีการทำลายของอวัยวะ เป้าหมาย (end organ damage) เช่น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ดี (systolic blood pressure <180 มม.ปรอท และ diastolic blood pressure <110 มม.ปรอท) หรือ โรคเบาหวานที่ ควบคุมได้ดี
 - 1.3. ไม่มีความเสี่ยงสูงในการให้ยาระงับความรู้สึก ได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจยาก การเสี่ยงสำลักอาหารเข้าสู่ปอด (pulmonary aspiration) การเกิดภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น (obstructive sleep apnea)
 - 1.4. ไม่มีประวัติแพ้ยาชา แพ้ยาสลบ
 - 1.5. ไม่มีประวัติ malignant hyperthermia ในครอบครัว
 - 1.6. เด็กที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด จะต้องมียายุ postconceptual age (PCA) มากกว่า 60 สัปดาห์
2. ปัจจัยจากการผ่าตัด การผ่าตัดที่เหมาะสมสำหรับทำแบบวันเดียวกลับควรเป็น
 - 2.1. เป็นการผ่าตัดที่เสียเลือดน้อย
 - 2.2. เป็นการผ่าตัดที่ทำให้เกิดความปวดหลังผ่าตัดระดับน้อยถึงปานกลาง และสามารถระงับปวดได้ด้วยยา รับประทาน
3. ปัจจัยด้านสังคม คือ
 - 3.1. มีญาติหรือผู้ดูแลที่บ้าน
 - 3.2. ผู้ป่วยและญาติสามารถสื่อสารได้ดี มีความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด
 - 3.3. บ้านไม่ห่างไกลกับสถานพยาบาล และเดินทางไปมาได้สะดวก
 - 3.4. มีโทรศัพท์เพื่อติดต่อสื่อสารในภาวะฉุกเฉิน

คำแนะนำการให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติที่มารับการระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัดแบบ ODS และ MIS

การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติก่อนการระงับความรู้สึกเป็นส่วนสำคัญเพื่อผู้ป่วยและญาติเข้าใจและสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ลดความวิตกกังวล ทำให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ควรจัดทำเป็นเอกสารแจกให้ผู้ป่วยและญาติประกอบคำอธิบาย สารสำคัญควรประกอบด้วย

1. ข้อมูลเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก เพื่อให้ผู้ป่วยทราบชนิดของการให้ความรู้สึก ข้อดี ข้อจำกัด ตลอดจน ความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้ง การฟื้นตัวจากการระงับความรู้สึก

2. การเตรียมตัวก่อนการระงับความรู้สึก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแบบ ODS ที่ผู้ป่วยและญาติต้องเตรียมตัวก่อนผ่าตัดเอง
 - 2.1. การงดน้ำและอาหารก่อนผ่าตัด เพื่อป้องกันการสูดสำลักน้ำย่อยหรือเศษอาหารจากกระเพาะอาหารเข้าไปสู่ปอดระหว่างการได้รับยาระงับความรู้สึก ควรระบุเวลาและชนิดอาหารที่ให้ผู้ป่วยงดตามบริบทของผู้ป่วยให้ชัดเจน

ชนิดของน้ำและอาหารที่รับประทาน	ระยะเวลาก่อนการระงับความรู้สึก
ของเหลวใส (clear fluids) ได้แก่ น้ำเปล่า น้ำหวาน น้ำผลไม้ไม่มีกาก	ให้ได้ถึง 2 ชั่วโมง
นมแม่ (breast milk)	ให้ได้ถึง 4 ชั่วโมง
นมผง นมวัว นมชนิดต่าง ๆ (infant formula, nonhuman milk)	ให้ได้ถึง 6 ชั่วโมง
อาหารมื้อเบา (light meals) ได้แก่ ขนมปัง ข้าวต้มเปล่าไม่มีเนื้อสัตว์	ให้ได้ถึง 6 ชั่วโมง
อาหารมื้อหนัก (meat/fatty solid meals) ได้แก่ อาหารที่มีเนื้อวัว เนื้อหมู อาหารทอด อาหารที่มีไขมันสูง รวมถึงการรับประทานอาหารในปริมาณมาก	ให้ได้ถึง 8 ชั่วโมง

- 2.2. ในกรณีผู้ป่วยมีโรคประจำตัว ต้องแจ้งยาที่ต้องงดก่อนผ่าตัดและยาที่ต้องรับประทานต่อเนื่องจนถึงวันผ่าตัด
- 2.3. ควรหยุดสูบบุหรี่ 4-8 สัปดาห์ ก่อนผ่าตัด เพื่อช่วยให้เยื่อปอดหลวมทำงานได้ดีขึ้น ขับเสมหะดีขึ้นและลดภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจ
- 2.4. ควรหยุดดื่มสุรา 2-8 สัปดาห์ ก่อนผ่าตัด
- 2.5. กรณีผู้ป่วยมีอาการ ไอ มีน้ำมูก 2-4 สัปดาห์ ก่อนวันผ่าตัด ควรติดต่อคลินิกประเมินความพร้อมและเตรียมผู้ป่วยฯ เพื่อประเมินว่าจำเป็นต้องเลื่อนการผ่าตัดหรือไม่
- 2.6. สำหรับผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแบบ ODS ต้องแจ้งเพิ่มเติม ให้เตรียมญาติหรือผู้ที่สามารถดูแลผู้ป่วยขณะเดินทางกลับบ้านและพักฟื้นที่บ้านด้วย
3. การปฏิบัติตัวและการดูแลหลังการระงับความรู้สึก
 - 3.1. การจัดการความปวดหลังผ่าตัด การทานอาหาร การเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อช่วยให้ฟื้นตัวเร็ว การบริหารการหายใจ
 - 3.2. สำหรับผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแบบ ODS ต้องแจ้งการปฏิบัติตัวเพิ่มเติมดังนี้
 - 3.2.1. กรณีได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป หรือได้รับยากล่อมประสาท จะมีผลต่อการตัดสินใจในช่วง 24 ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยไม่ควรขับรถ ทำงานเกี่ยวกับเครื่องยนต์ ตัดสินใจเกี่ยวกับเอกสารทางกฎหมาย ต้มสุราหรือสูบบุหรี่
 - 3.2.2. กรณีได้รับการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน ระหว่างที่ยังรู้สึกชาอยู่ ผู้ป่วยควรป้องกันมิให้ส่วนของร่างกายถูกกดหรือถูกของร้อนจัด/เย็นจัด

3.2.3. อาการผิดปกติที่ญาติควรติดต่อสถานพยาบาล

- อาการปวดที่มากขึ้นและไม่สามารถบรรเทาด้วยยาแก้ปวดที่ได้รับ
- มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนมากจนไม่สามารถกินอาหารหรือและดื่มน้ำได้
- ไม่สามารถถ่ายปัสสาวะได้
- แผลมีเลือดออกชุ่มผ้าปิดแผล

3.2.4. เบอร์โทรศัพท์ของสถานพยาบาลที่มารับการผ่าตัดและสถานพยาบาลใกล้บ้านที่ญาติจะสามารถติดต่อได้ถ้ามีอาการผิดปกติหลังผ่าตัด

4. เบอร์โทรศัพท์ของคลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมฯ เพื่อติดต่อสอบถามเมื่อมีข้อสงสัยในการเตรียมตัวก่อนการระงับความรู้สึก



ภาคผนวก 1 การประเมินความเสี่ยงตาม American Society of Anesthesiologist (ASA) physical status (PS) classification

ASA	คำจำกัดความ	ตัวอย่างในผู้ป่วยผู้ใหญ่	ตัวอย่างในผู้ป่วยเด็ก	ตัวอย่างในผู้ป่วยสูติกรรม
ASA class 1	ผู้ป่วยที่แข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว	<ul style="list-style-type: none"> - Healthy, non-smoking, no or minimal alcohol use 	<ul style="list-style-type: none"> - Healthy (no acute or chronic disease), normal BMI percentile for age 	
ASA class 2	ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวอยู่ในระดับรุนแรงน้อยและควบคุมได้ดี	<ul style="list-style-type: none"> - Mild diseases only without substantive functional limitations - Current smoker - Social alcohol drinker - Obesity ($30 < \text{BMI} < 40$) - Well-controlled DM/HTN - Mild lung disease 	<ul style="list-style-type: none"> - Asymptomatic congenital cardiac disease - Well controlled dysrhythmias - Asthma without exacerbation - Well controlled epilepsy - Non-insulin dependent DM - Abnormal BMI percentile for age - Mild/moderate OSA - Oncologic state in remission - Autism with mild limitations 	<ul style="list-style-type: none"> - Normal pregnancy - Well controlled gestational HTN - Diet-controlled gestational DM - Controlled preeclampsia without severe features
ASA class 3	ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง ควบคุมได้ไม่ดี	<ul style="list-style-type: none"> - Substantive functional limitations - Poorly controlled DM, HTN, COPD - Morbid obesity ($\text{BMI} \geq 40$) - Active hepatitis - Alcohol dependence or abuse - Implanted pacemaker - Moderate reduction of ejection fraction - ESRD undergoing regularly scheduled dialysis - History (>3 months) of MI, CVA, TIA, or CAD/stents 	<ul style="list-style-type: none"> - Uncorrected stable congenital cardiac abnormality - Asthma with exacerbation - Poorly controlled epilepsy - Insulin dependent DM - Morbid obesity - Malnutrition - Severe OSA - Oncologic state - Renal failure - History of organ transplantation - Brain/spinal cord malformation - Symptomatic hydrocephalus - Premature infant PCA <60 weeks - Autism with severe limitations - Metabolic disease - Difficult airway - Long term parenteral nutrition. - Full infants <6 weeks of age. 	<ul style="list-style-type: none"> - Preeclampsia with severe features - DM with complications or high insulin requirements - Thrombophilic disease requiring anticoagulation

ภาคผนวก 1 การประเมินความเสี่ยงตาม American Society of Anesthesiologist (ASA) physical status (PS) classification (ต่อ)

ASA	คำจำกัดความ	ตัวอย่างในผู้ป่วยผู้ใหญ่	ตัวอย่างในผู้ป่วยเด็ก	ตัวอย่างในผู้ป่วยสูติกรรม
ASA class 4	ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวที่มีความรุนแรง	<ul style="list-style-type: none"> - Recent (<3 months) MI, CVA, TIA or CAD/stents - Ongoing cardiac ischemia or severe valve dysfunction - Severe reduction of ejection fraction - Shock, sepsis, DIC, ARD - ESRD not undergoing regularly scheduled dialysis 	<ul style="list-style-type: none"> - Symptomatic congenital cardiac abnormality - Congestive heart failure - Active sequelae of prematurity - Acute hypoxic-ischemic encephalopathy - Shock, sepsis, DIC - Automatic implantable cardioverter-defibrillator - Ventilator dependence - Endocrinopathy - Severe trauma - Severe respiratory distress - Advanced oncologic state 	<ul style="list-style-type: none"> - Preeclampsia with severe features complicated by HELLP or other adverse events - Peripartum cardiomyopathy with EF <40 - Uncorrected/ decompensated acquired or congenital heart disease,
ASA class 5	ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมากและมีโอกาสเสียชีวิต ถ้าไม่ได้รับการผ่าตัด	<ul style="list-style-type: none"> - Ruptured abdominal/ thoracic aneurysm - Massive trauma - Intracranial bleed with mass effect - Ischemic bowel in the face of significant cardiac pathology or multiple organ/system dysfunction 	<ul style="list-style-type: none"> - Massive trauma, intracranial hemorrhage with mass effect - Patient requiring ECMO - Respiratory failure or arrest - Malignant hypertension - Decompensated congestive heart failure - Hepatic encephalopathy - Ischemic bowel or multiple organ/system dysfunction 	<ul style="list-style-type: none"> - Uterine rupture
ASA class 6	ผู้ป่วยภาวะสมองตายหรือการบริจาคอวัยวะ		-	-

* การเพิ่ม "E" หมายถึงการผ่าตัดฉุกเฉิน

เอกสารอ้างอิง

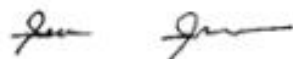
1. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก (Guidance for patient information about anesthesia) ประกาศราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562
2. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย. คำแนะนำทางเวชปฏิบัติในการประเมินผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก (Practice advisory for preanesthesia evaluation) ประกาศราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562
3. มิ่งขวัญ วงษ์ยิ่งสิน. การประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึก. ใน: มานี รักษาเกียรติศักดิ์, อรุมา ชัยวัฒน์, มิ่งขวัญ วงษ์ยิ่งสิน, พัชรียา นิวัฒน์ภูมินทร์, อาจบดินทร์ วินิจกุล, บรรณาธิการ. การประเมินผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด. กรุงเทพฯ: ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563 หน้า 1-26.
4. Bailey CR, Ahuja M, Bartholomew K, Bew S, Forbes L, Lipp A, Montgomery J, Russon K, Potparic O, Stocker M. Guidelines for day-case surgery 2019: Guidelines from the Association of Anaesthetists and the British Association of Day Surgery. *Anaesthesia*. 2019 Jun;74(6):778-792.
5. Fleisher LA, Fleischmann KE, Auerbach AD, Barnason SA, Beckman JA, Bozkurt B, et al. 2014 ACC/AHA guideline on perioperative cardiovascular evaluation and management of patients undergoing noncardiac surgery: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice guidelines. *Am. J. Cardiol*. 2014;64,e77-e137.
6. Kristensen SD, Knutti J, Saraste A, Anker S, Botker HE, Hert SD, et al. 2014 ESC/ESA Guidelines on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management: The Joint Task Force on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Anaesthesiology (ESA). *Eur Heart J*. 2014;35:2383-431.
7. Tan A, Yin JD, Tan LW, van Dam RM, Cheung YY, Lee CH. Predicting obstructive sleep apnea using the STOP-Bang questionnaire in the general population. *Sleep medicine* 2016;27:66-71.
8. ASO, Anesthesiologists. ASA Physical Status Classification System. ASA House of Delegates, 2014 [updated December 13, 2020] Available from: <https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system>.

คณะผู้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับคลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก
ที่ให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็ก

- | | |
|--------------------------------|--|
| 1. ศ.พญ.สุวรรณี สุระเศรณีวงศ์ | ประธานราชวิทยาลัยและที่ปรึกษา |
| 2. พญ.ประภา รัตน์ไชย | โรงพยาบาลหาดใหญ่ |
| 3. รศ.พญ.สุวิมล ต่างวิวัฒน์ | คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล |
| 4. รศ.พญ.มิ่งขวัญ วงษ์ยิ่งสิน | คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล |
| 5. ผศ.พญ.ฐิติกาญญา ดวงรัตน์ | คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล |
| 6. ศ.นพ.สมบูรณ์ เทียนทอง | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 7. ผศ.พญ.อุ้มจิต วิทยาไพโรจน์ | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 8. ผศ.พญ.พรอรุณ เจริญราช | คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 9. รศ.พญ.วัลภา อานันท์สกุล | คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี |
| 10. รศ.พญ.นุชนารถ บุญจิ่งมงคล | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 11. รศ.พญ.พนารัตน์ รัตน์สุวรรณ | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 12. นพ.ปิ่นณวิชัย เบญจวลีย์มาศ | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 13. ผศ.นพ.สุดสยาม มานวงศ์ | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| 14. พญ.อรกัญญา ฉิมพาลี | โรงพยาบาลพลพยุหเสนา |
| 15. พญ.สุจิตรา ทองทิพย์ | โรงพยาบาลอุดรธานี |
| 16. นพ.พงศ์พัฒน์ สัตโยภาส | โรงพยาบาลนครพิงค์ |

ประกาศนี้ใช้ตั้งแต่วันที่ประกาศเป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔

ลงชื่อ 

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุวรรณี สุระเศรณีวงศ์)
ประธานราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย

ภาคผนวก ฉ

คำสั่งกรมการแพทย์

- ฉ.1 คำสั่งกรมการแพทย์ ที่ 334/2565 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการจัดทำหลักเกณฑ์และมาตรฐานการให้บริการผู้ป่วยที่บ้าน (Hospital care at home)
- ฉ.2 คำสั่งกรมการแพทย์ ที่ 333/2565 เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานจัดทำหลักเกณฑ์และมาตรฐานการให้บริการผู้ป่วยที่บ้าน (Hospital care at home)

สำเนาฉบับ

คำสั่งกรรมการแพทย์
ที่ ๓๓๘ / ๒๕๖๕

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการจัดทำหลักเกณฑ์และมาตรฐานการให้บริการผู้ป่วยที่บ้าน
(Hospital care at home)

ตามที่ประเทศไทยได้มีการปฏิรูประบบสุขภาพตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๓ ส่วนสำคัญ คือ การจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ โดยสาระสำคัญที่ประชาชนจะได้รับ คือ ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ กรรมการแพทย์มีนโยบายในการปฏิรูประบบสุขภาพ สนับสนุนให้เกิด Personal – base Medical Service ให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี ลดปริมาณผู้ป่วยในโรงพยาบาล ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ลดภาระค่าใช้จ่ายของประชาชน รวมถึงการกระจายอำนาจด้านการรักษาพยาบาลให้ประชาชนในรูปแบบระบบการบริการผู้ป่วยในบ้าน (Home ward/Hospital care at home) เป็นการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน แต่มีมาตรฐานการดูแลเทียบเท่ากับผู้ป่วยในโรงพยาบาล (IPD) โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient centered care) และคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญตามมาตรฐานการรักษาของแต่ละวิชาชีพ รวมถึงได้รับการสนับสนุน วัสดุ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตระหว่างการรักษา ดังนั้น ระบบบริการดังกล่าวสมควรมีหลักเกณฑ์และมาตรฐาน เพื่อกำกับและติดตามในการดำเนินงานสำหรับการให้บริการผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้ระบบบริการมีมาตรฐาน ปลอดภัย ผู้ป่วยได้รับบริการอย่างเหมาะสม และตามหนังสือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ สปสช.๑.๗๒/๑๓๒๑๕ ลงวันที่ ๑๘ เมษายน ๒๕๖๕ แจ้งมติคณะกรรมการกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับประเทศ (๗๗๗) ครั้งที่ ๔/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๑๒ เมษายน ๒๕๖๕ มอบหมายให้กรรมการแพทย์ดำเนินการจัดทำมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในบ้าน นั้น

เพื่อให้การดำเนินงานดังกล่าวเป็นไปด้วยความเรียบร้อย และบรรลุตามวัตถุประสงค์ ฉะนั้น อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๒ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๔๕ จึงแต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการจัดทำหลักเกณฑ์และมาตรฐานการให้บริการผู้ป่วยที่บ้าน (Hospital care at home) โดยมีองค์ประกอบ ดังนี้

- | | |
|---|-----------|
| ๑. นายจเด็จ ธรรมธัชอารี | ที่ปรึกษา |
| เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ | |
| ๒. นายสุรศักดิ์ ธีลาอุคมลธิ | ที่ปรึกษา |
| ประธานคณะกรรมการโรงพยาบาล | |
| ในกลุ่มสถาบันแพทย์แห่งประเทศไทย (UHosNet) | |
| ๓. นายสมศักดิ์ อรรถศิลป์ | ประธาน |
| อธิบดีกรมการแพทย์ | |
| ๔. นายไพโรจน์ สุรัตนวณิช | รองประธาน |
| รองอธิบดีกรมการแพทย์ | |
| ๕. นางปิยะธิดา ... | |

สำเนาฉบับ

คำสั่งกรมการแพทย์
ที่ ๓๓๓ / ๒๕๖๕

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำหลักเกณฑ์และมาตรฐานการให้บริการผู้ป่วยที่บ้าน (Hospital care at Home)

ตามที่กรมการแพทย์ได้แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการจัดทำหลักเกณฑ์และมาตรฐานการให้บริการผู้ป่วยที่บ้าน (Hospital care at Home) เพื่อยับยั้งการ กักตุนโรคตาม บูรณาการการปฏิบัติ และขอรับการสนับสนุนความร่วมมือจากหน่วยงานของรัฐ หรือบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำหลักเกณฑ์และมาตรฐานการให้บริการผู้ป่วยที่บ้าน (Hospital care at Home) ไปแล้ว นั้น

เพื่อยกระดับให้การดำเนินงานเกิดการบูรณาการงานร่วมกันของทุกภาคส่วน และเป็นกลไกในการดำเนินงานที่สำคัญในการจัดทำหลักเกณฑ์และมาตรฐานการให้บริการผู้ป่วยที่บ้าน (Hospital care at Home) และบรรลุตามวัตถุประสงค์ ฉะนั้นอาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๒ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๔๕ จึงแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำหลักเกณฑ์และมาตรฐานการให้บริการผู้ป่วยที่บ้าน (Hospital care at Home) จำนวน ๒ คณะ โดยมีองค์ประกอบ ดังนี้

๓. คณะทำงานจัดทำหลักเกณฑ์และมาตรฐานการให้บริการผู้ป่วยที่บ้าน (Hospital care at Home) ด้าน Chronic Care

๓.๓ องค์ประกอบ

- | | | |
|-----|--|------------|
| (๑) | นายไพโรจน์ สุรัตน์วณิช
รองอธิบดีกรมการแพทย์ | ประธาน |
| (๒) | ศาสตราจารย์คลินิกวิระศักดิ์ ศรีนพากร
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ ด้านเวชกรรม สาขาอายุรกรรม
โรงพยาบาลราชวิถี | คณะกรรมการ |
| (๓) | นายวิรุจน์ ลิขิตเสิสล้ำ
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านเวชกรรม สาขาอายุรกรรม
โรงพยาบาลราชวิถี | คณะกรรมการ |
| (๔) | นายองเกียรติ ธนะเจริญพาณิชย์
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านเวชกรรม สาขาศัลยกรรม
โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่จิง) | คณะกรรมการ |
| (๕) | นายณัฐพล สุทธิสุนทรินทร์
นายแพทย์ชำนาญการ ด้านเวชกรรม
โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่จิง) | คณะกรรมการ |
| (๖) | นายสุฤษดิ์เดช เจริญไชย
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี | คณะกรรมการ |
| | (๗) นายฉิมพร ... | |

- | | | |
|------|---|---------------------------------|
| (๗) | นายจิ๋มพร จ่างจิต
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพาน จังหวัดเชียงราย | คณะทำงาน |
| (๘) | นายเจ็ดพันธุ ภัทรพงศ์สินธุ์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ | คณะทำงาน |
| (๙) | นางสาวพัชรินทร์ ปิงเมืองแก้ว
นายแพทย์ปฏิบัติการ
สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ | คณะทำงานและ
เลขานุการ |
| (๑๐) | นางศรีสุตา เจียะรัตน์
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล
สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ | คณะทำงานและ
เลขานุการร่วม |
| (๑๑) | นางสาวกัญญาณัฐ จุฑทอง
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลราชวิถี | คณะทำงานและ
ผู้ช่วยเลขานุการ |

๓.๒ หน้าที่ความรับผิดชอบ และอำนาจ ดังนี้

- (๑) พิจารณา วางแผน และกำหนดรูปแบบมาตรฐาน และโรค (Disease) สำหรับการจัดทำหลักเกณฑ์และมาตรฐานการให้บริการผู้ป่วยที่บ้าน (Hospital care at Home) ด้าน Chronic Care
- (๒) ทบทวน และให้ความคิดเห็นทางด้านวิชาการเพื่อสนับสนุนการจัดทำหลักเกณฑ์และมาตรฐานการให้บริการผู้ป่วยที่บ้าน (Hospital care at Home) ในโรคที่กำหนด ด้าน Chronic Care
- (๓) รวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์ และจัดทำหลักเกณฑ์และมาตรฐานการให้บริการผู้ป่วยที่บ้าน (Hospital care at Home) ในโรคที่กำหนด ด้าน Chronic Care
- (๔) ปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

๒. คณะทำงานจัดทำหลักเกณฑ์และมาตรฐานการให้บริการผู้ป่วยที่บ้าน (Hospital care at Home) ด้าน Acute Care และ Sub-Acute Care

๒.๑ องค์ประกอบ

- | | | |
|-----|---|----------|
| (๑) | นางปิยะธิดา หาญสมบูรณ์
ที่ปรึกษากรมการแพทย์ | ประธาน |
| (๒) | ศาสตราจารย์คลินิกวิระศักดิ์ ศรีนภากาศ
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ ด้านเวชกรรม สาขาอายุรกรรม
โรงพยาบาลราชวิถี | คณะทำงาน |
| (๓) | นางเปี่ยมลาภ แสงสายัณห์
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ ด้านเวชกรรม สาขาอายุรกรรม
สถาบันโรคทรวงอก | คณะทำงาน |
| (๔) | นายมนต์ชัย ศิริบำรุงวงศ์
นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขาอายุรกรรม
โรงพยาบาลเลิดสิน | คณะทำงาน |
| (๕) | นายฐิติกร ไกรสรกุล
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านเวชกรรม สาขาศัลยกรรม
โรงพยาบาลราชวิถี | คณะทำงาน |

(๖) นายวิรุฬห์ ...

- | | | |
|------|--|---------------------------------|
| (๖) | นายวิรุฬห์ ลิขิตเลิศล้ำ
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านเวชกรรม สาขาอายุรกรรม
โรงพยาบาลราชวิถี | คณะทำงาน |
| (๗) | นายสันติ ลาภเบญจกุล
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าวีง จังหวัดชลบุรี | คณะทำงาน |
| (๘) | นายประสิทธิ์ชัย มิ่งจิตร
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแก่งคอย จังหวัดสระบุรี | คณะทำงาน |
| (๙) | นางดวงดาว ศรียากุล
รองผู้อำนวยการภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ
โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ | คณะทำงาน |
| (๑๐) | นายวิบูลย์ ภัณฑศักรณ์
นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขาศัลยกรรม
โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา | คณะทำงาน |
| (๑๑) | นางอรุณี เลิศล้ำ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล และเลขานุการ
โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี (ปฏิบัติราชการที่กองวิชาการแพทย์) | คณะทำงาน |
| (๑๒) | นางสาววิชยาภา เอี่ยมสว่าง
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กองวิชาการแพทย์ | คณะทำงานและ
ผู้ช่วยเลขานุการ |
| (๑๓) | นางสาวชลธิชา ชัยหนองแปน
นักวิชาการสาธารณสุข กองวิชาการแพทย์ | คณะทำงานและ
ผู้ช่วยเลขานุการ |

๒.๒ หน้าที่ความรับผิดชอบ และอำนาจ ดังนี้

(๑) พิจารณา วางแผน และกำหนดรูปแบบมาตรฐาน และโรค (Disease) สำหรับ
การจัดทำหลักเกณฑ์และมาตรฐานการให้บริการผู้ป่วยที่บ้าน (Hospital care at Home) ด้าน Acute Care
และ Sub-Acute Care

(๒) ทบทวน และให้ความคิดเห็นทางด้านวิชาการเพื่อสนับสนุนการจัดทำ
หลักเกณฑ์และมาตรฐานการให้บริการผู้ป่วยที่บ้าน (Hospital care at Home) ในโรคที่กำหนด ด้าน Acute Care
และ Sub-Acute Care

(๓) รวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์ และจัดทำหลักเกณฑ์และมาตรฐานการให้บริการ
ผู้ป่วยที่บ้าน (Hospital care at Home) ในโรคที่กำหนด ด้าน Acute Care และ Sub-Acute Care

(๔) ปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๙ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕



(นายสมศักดิ์ อรรถศิลป์)
อธิบดีกรมการแพทย์

.....รัง/พิมพ์
.....ตรวจ