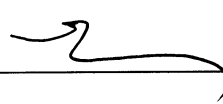


โรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

คู่มือคุณภาพที่มนำทางคลินิก เลขที่ CPG-PCT-001-014

- CPG-PCT-001 แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด(Asthma) และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)
CPG-PCT-002 แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคการติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis)
CPG-PCT-003 แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI)
CPG-PCT-004 แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)
CPG-PCT-005 แนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง (Head injury)
CPG-PCT-006 แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน
CPG-PCT-007 แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
CPG-PCT-008 แนวทางการดูแลและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์
CPG-PCT-009 แนวทางการติดตามความผิดปกติของ TSH ทารกแรกเกิด
CPG-PCT-010 แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจ
CPG-PCT-011 แนวทางการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิต
CPG-PCT-012 แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
CPG-PCT-013 แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก
CPG-PCT-014 แนวทางการดูแลผู้ป่วยถูกงูพิษกัด

	ชื่อ	ตำแหน่ง	ลายเซ็น	วันที่
ผู้จัดทำ	คณะกรรมการที่มนำทางคลินิก			
ผู้ตรวจสอบ	นางสาวปริญ มั่นเข้มทอง	ประธานที่มนำทางคลินิก	๒๕๖	1 ตค.2566
ผู้อนุมัติ	นายภูวดล พลพวก	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล		1 ตค.2566

แก้ไขครั้งที่ 04
วันที่บังคับใช้ 1 ตุลาคม 2566



คปสอ.บางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

คู่มือคุณภาพที่มำทางคลินิก

เลขที่ CPG -PCT-001

เรื่อง แนวทางการดูแลผู้ป่วย

1. โรคหอบหืด (Asthma)
2. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease : COPD)

	ชื่อ	ตำแหน่ง	วันที่
ผู้จัดทำ	คณะกรรมการที่มำทางคลินิก		
ผู้ตรวจสอบ	นางสาวปริญ มั่นเข้มทอง	ประธานที่มำทางคลินิก	1 ต.ค. 2566
ผู้อนุมัติ	นายภูวดล พลพวก	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	1 ต.ค. 2566

แก้ไขครั้งที่ 04

วันที่บังคับใช้ 1 ตุลาคม 2566

	ทีมนำทางคลินิก	
	คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	
	☒ ควบคุม ☐ ไม่ควบคุม	ผู้รับผิดชอบ: ทีมนำทางคลินิก
	วันที่บังคับใช้: 1 ตุลาคม 2566	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง: PCC-OPD-NCD-ER-IPD
	แก้ไขครั้งที่ 4	ผู้อนุมัติ: นพ.ภูวดล พลพวก
แนวทางการดูแลผู้ป่วย เรื่อง โรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เลขที่ CPG-PCT-001		หน้า: 1 ของ 9 หน้า
1.0 วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างถูกต้อง รวดเร็วและปลอดภัย 2.0 ขอบข่าย แนวทางการดูแลรักษาที่ใช้กับผู้ป่วยบริการที่โรงพยาบาลบางระกำ นิยามศัพท์ โรคหืดเป็นโรคที่มีความหลากหลายของอาการ (Heterogeneous disease) มีลักษณะการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม ผู้ป่วยมีประวัติทางเดินหายใจ ได้แก่ หายใจเสียงหวีด หอบเหนื่อย แน่นหน้าอกและอาการไอ โดยอาการผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงได้หลายรูปแบบ ในด้านเวลาการดำเนินโรคและระดับความรุนแรง ร่วมกับการตรวจพบการแปรปรวนของการอุดกั้นหลอดลมในช่วงขาออก(variable expiratory airflow limitation) และอาการอาจกำเริบ หรือกลับเป็นซ้ำได้ โรค COPD with acute exacerbation หมายถึง อาการเหนื่อยหอบ เนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เป็นขึ้นทันทีและรุนแรง 3.0 เอกสารอ้างอิง ทีมนำทางคลินิกองค์กรแพทย์โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก 4.0 นโยบาย ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาด้วยความรวดเร็วและปลอดภัย 5.0 ความรับผิดชอบ แพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่แผนกฉุกเฉินมีหน้าที่ให้การวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยหอบเนื่องจากโรคหอบหืด และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วยความรวดเร็วและถูกต้องเพื่อให้ผู้ป่วยบริการได้รับความปลอดภัย 6.0 วิธีปฏิบัติ เมื่อมีผู้ป่วยโรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมารับบริการ แพทย์และพยาบาลซักประวัติ ตรวจร่างกาย วินิจฉัยและพิจารณาให้การรักษาดังนี้ การวินิจฉัย เมื่อพบผู้ป่วยหอบเหนื่อยจากโรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาที่ห้องฉุกเฉิน สิ่งที่ต้องทำเป็นขั้นตอน คือ 1. วินิจฉัยว่าเป็นโรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รุนแรงหรือไม่ 2. การประเมินความรุนแรงของการหอบเหนื่อย 3. ให้การรักษาและติดตามผลการรักษา 4. ส่งผู้ป่วยไปทำงานกายภาพเพื่อบำบัดทำ Spirometry ในการวินิจฉัยแยกโรกระหว่างโรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง		

	พื้มนำทางคลินิก	
	คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	
	☒ ควบคุม ☐ ไม่ควบคุม	ผู้รับผิดชอบ: พื้มนำทางคลินิก
	วันที่บังคับใช้: 1 ตุลาคม 2566	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง: PCC-OPD-NCD-ER-IPD
	แก้ไขครั้งที่ 4	ผู้อนุมัติ : นพ.ภูวดล พลพวก
แนวทางการดูแลผู้ป่วย เรื่อง โรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เลขที่ CPG-PCT-001		หน้า: 2 ของ 9 หน้า
แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหืด สำหรับ รพ.สต. - คัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยโรคหืด ตั้งแต่แรกรับที่รพ.สต. - ส่งต่อโรงพยาบาลบางระกำ การซักประวัติ ลักษณะอาการทางระบบหายใจที่เข้าได้กับโรคหืด ถ้าผู้ป่วยมีอาการดังต่อไปนี้มีโอกาสเป็นโรคหืด ได้แก่ - มีอาการมากกว่า 1 อย่างได้แก่ หายใจเสียงหวีด (wheezing) ไอ เหนื่อย หรือแน่นหน้าอก - อาการแย่ลงช่วงกลางคืนหรือรุ่งเช้า - อาการและความรุนแรงแปรปรวนตลอดเวลา - อาการหอบหืดถูกกระตุ้นโดยการติดเชื้อไข้หวัด การออกกำลังกาย การสัมผัสสารก่อภูมิแพ้ การเปลี่ยนแปลงสภาพอากาศ หัวเราะ หรือโดนสารที่ทำให้เกิดการระคายเคืองทางเดินหายใจ เช่นควันรถยนต์ ควันทุกชนิดหรือกลิ่นแรงๆ การตรวจร่างกาย การตรวจร่างกายในผู้ป่วยโรคหืด ส่วนใหญ่มักจะปกติ การตรวจพบสิ่งผิดปกติที่พบบ่อยได้แก่ หายใจเสียงหวีด (wheezing) ช่วงหายใจออก หรือหายใจออกแรงๆ ผู้ป่วยมีอาการโรคหืดกำเริบเฉียบพลันอย่างรุนแรงอาจตรวจไม่พบเสียงหวีดเลยก็ได้ อาจตรวจพบอาการแสดงอื่นๆ ของระบบหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน เสียงหวีดสามารถตรวจพบได้ในผู้ป่วยที่มีภาวะหรือโรคอื่นๆ ได้ เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนบน หรือมีสิ่งแปลกปลอมอุดกั้นระบบทางเดินหายใจ		

 โรงพยาบาลบางระกำ พิษณุโลก	ทึมนำทางคลินิก	
	คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	
	☒ ควบคุม ☐ ไม่ควบคุม	ผู้รับผิดชอบ: ทึมนำทางคลินิก
	วันที่บังคับใช้: 1 ตุลาคม 2566	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง: PCC-OPD-NCD-ER-IPD
	แก้ไขครั้งที่ 4	ผู้อนุมัติ : นพ.ภูวดล พลพวง
แนวทางการดูแลผู้ป่วย เรื่อง โรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เลขที่ CPG-PCT-001		หน้า: 3 ของ 9 หน้า

แนวทางการดูแลโรคหืดในโรงพยาบาลบางระกำจังหวัดพิษณุโลก

รักษาและติดตาม

ประเมินโดย ACT



เมื่อมาตรวจ OPD ครั้งแรก

แนะนำ + แผ่นพับ

- Salbutamol Inhaler + สอนวิธีใช้
- Budesonide Inhaler (200) 2 x2
- สูดก่อนแปรงฟันหรือบ้วนปากหลังสูด
- นัด 3-4 อาทิตย์ Asthma clinic

สาเหตุของการไม่ตอบสนองต่อการรักษา

- สูดยาไม่เป็น, ไม่ใช่ spacer
- ยังไม่หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น เช่น บุหรี่
- มีโรคร่วมที่ทำให้แย่ลง เช่น allergic rhinitis, GERD
- ไม่ใช่ Asthma

ควรส่งตัวไปรพ.พุทธชินราชฯ ผ่านกลุ่มไลน์ OPD case ในกรณี

1. คิดว่าไม่ใช่, ไม่แน่ใจ ส่งตัวไปเพื่อยืนยันการวินิจฉัย
2. รักษาเต็มที่แล้วยังไม่ดีขึ้น คือ Budesonide Inhaler (200) 3 x2 สูดก่อนแปรงฟัน

 โรงพยาบาลบางระกำ พิษณุโลก	ทีมนำทางคลินิก	
	คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	
	☒ ควบคุม ☐ ไม่ควบคุม	ผู้รับผิดชอบ: ทีมนำทางคลินิก
	วันที่บังคับใช้: 1 ตุลาคม 2566	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง: PCC-OPD-NCD-ER-IPD
	แก้ไขครั้งที่ 4	ผู้อนุมัติ : นพ.ภูวดล พลพวก
แนวทางการดูแลผู้ป่วย เรื่อง โรคหอบหืดและโรคปอด อุดกันเรื้อรัง เลขที่ CPG-PCT-001		หน้า : 4 ของ 9 หน้า

แนวทางการดูแลผู้ป่วย Asthma with AE

คิดถึงสาเหตุอื่นไว้ด้วยเสมอ เช่น MI, Pneumothorax, Pneumonia etc.

- ±CXR ± EKG
- Berodual NB ทุก 20 นาที 3 ครั้ง หรือจนอาการทุเลา
- Dexam 4mg iv
- If purulent sputum + มีไข้ : พิจารณา start ABO
- Consider D/C , Admit ward ,Refer รพ.พุทธ

ในกรณี D/C (หายใจ < 20 ครั้ง/นาที ,lungs : clear)

- Pred (5) 4x2 oral pc x 7 days
- Ventolin MDI + spacer + สอนพ่น(เภสัช)
- ± Budesonide MDI + spacer + สอนพ่น(เภสัช) อาจมาเริ่มที่ OPD Asthma
- If purulent sputum+ มีไข้ พิจารณา start ABO
- Augmentin(1) 1x3 oral pc 7 days or Clarithromycin (250) 2x2 oral pc 7 days
- นัด F/U OPD Asthma 1 wk

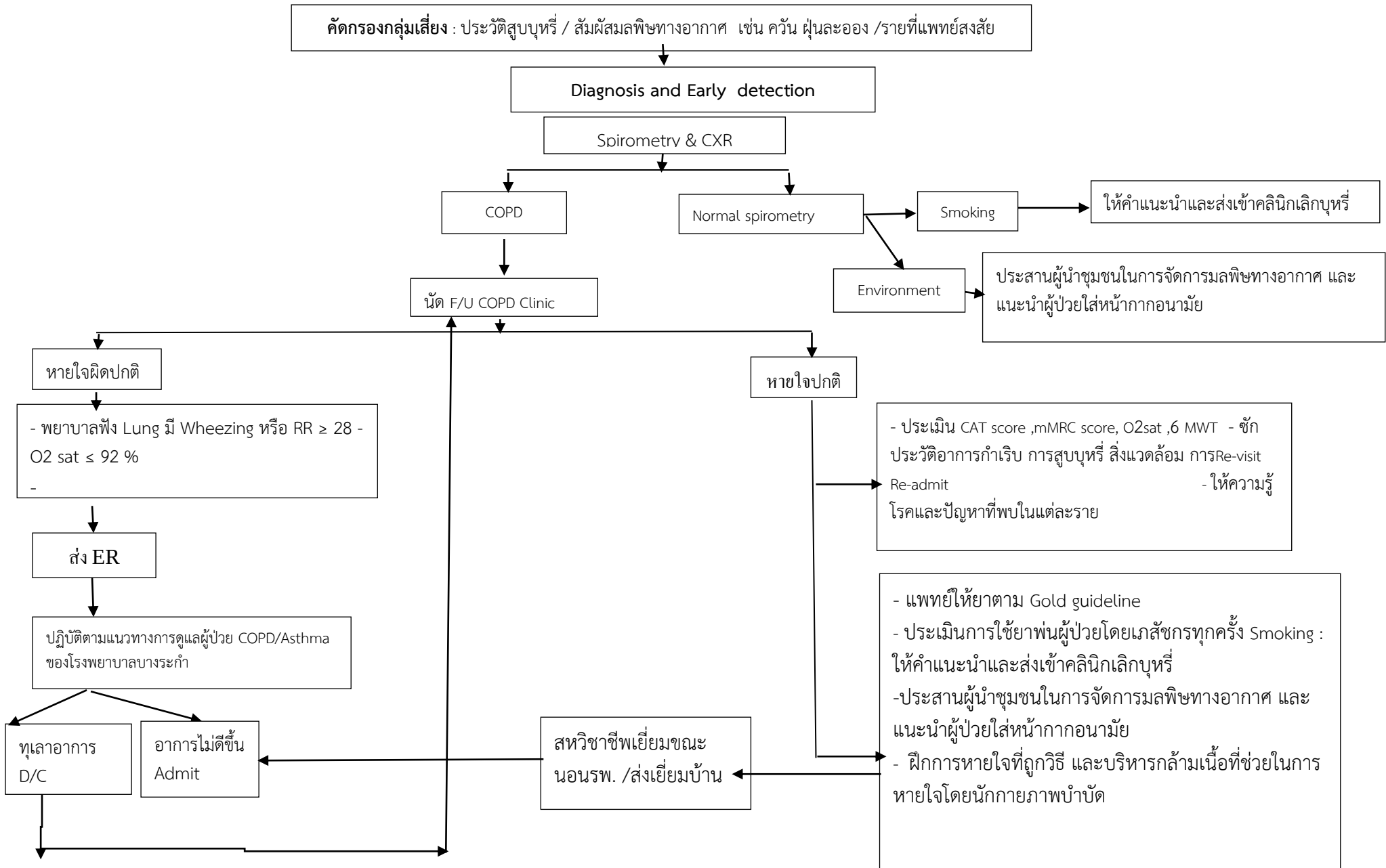
ในกรณี Admit (เหนื่อยน้อยลง, หายใจ > 20 ครั้ง/ นาที สามารถดูแลที่ รพช.)

- Berodual NB
- Dexam 4 mg iv q 6 hr
- If purulent sputum + มีไข้ พิจารณา start ABO
- Cef-3 1 gm iv q 12 hr.
- O2 cannula keep SpO2 >92 %

ในกรณี Refer รพ.พุทธชินราช ฯ ด้วย Respiratory failure
 ให้ Consult และประสานผ่านกลุ่มไลน์ศูนย์ส่งต่อ โรงพยาบาลพุทธชินราชฯ เพื่อประสาน ER เตรียมรับ
 ผู้ป่วย

Process flow chart COPD

หน้า 5



	พื้มนำทางคลินิก	
	คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	
	☒ ควบคุม ☐ ไม่ควบคุม	ผู้รับผิดชอบ: พื้มนำทางคลินิก
	วันที่บังคับใช้: 1 ตุลาคม 2566	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง: PCC-OPD-NCD-ER-IPD
	แก้ไขครั้งที่ 4	ผู้อนุมัติ: นพ.ภูวดล พลพวก
แนวทางการดูแลผู้ป่วย เรื่อง โรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เลขที่ CPG-PCT-001		หน้า: 6 ของ 9 หน้า

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรค COPD ในโรงพยาบาลบางระกำจังหวัดพิษณุโลก

COPD stage	อาการ
Mild	หอบเมื่อเดินอย่างเร็วหรือขึ้นบันได หรือ เมื่อเดินขึ้นที่สูง (MRC 2)
Moderate	เดินขึ้นบันไดได้ช้ากว่าคนอื่นที่อยู่ในวัยเดียวกันเพราะหายใจหอบ หรือ ต้องหยุดเพื่อหายใจเมื่อเดินตามปกติบนบันได (MRC 3) ต้องหยุดเพื่อหายใจหลังจากเดินได้ประมาณ 100 เมตร หรือ หลังจากเดินได้สักพัก บนบันได (MRC 4)
Severe	หายใจหอบมากจนเดินจะออกจากบ้าน หรือ หายใจลำบาก

แนวทางการใช้ยารักษาผู้ป่วยCOPD

Mild

↓

SABD prn

↓

ยังมีอาการหอบ

↓

SABD q 6 hr with prn +LAT

Moderate

↓

AE <1 ครั้ง/ปี

↓

SABD q 6 hr with prn + LAT

↓

ยังมีอาการหอบ

↓

พิจารณา ICS/LABA or LAAC or both + LAT

severe

↓

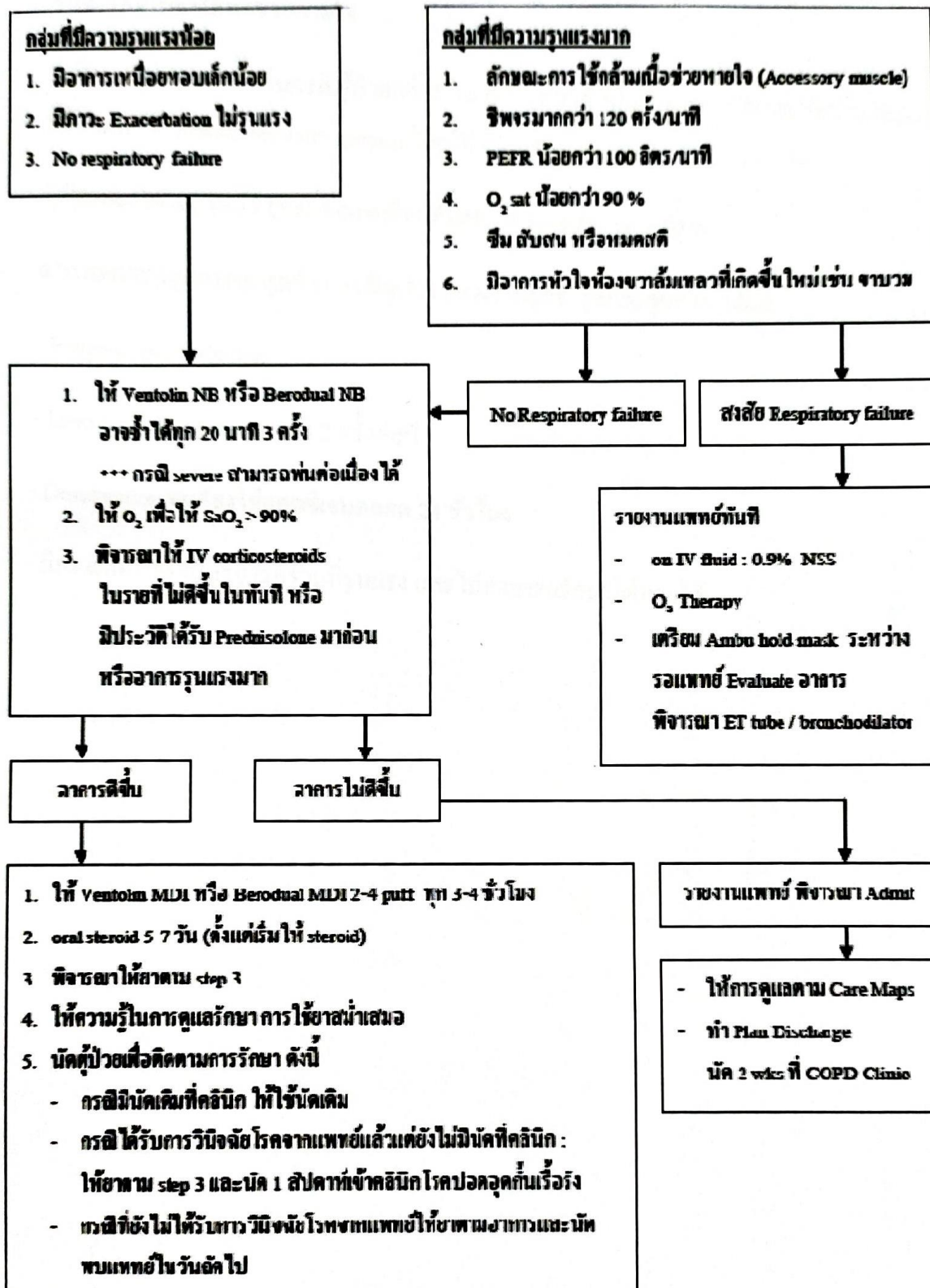
AE ≥1 ครั้ง/ปี หรือเคยมี Resp failure

↓

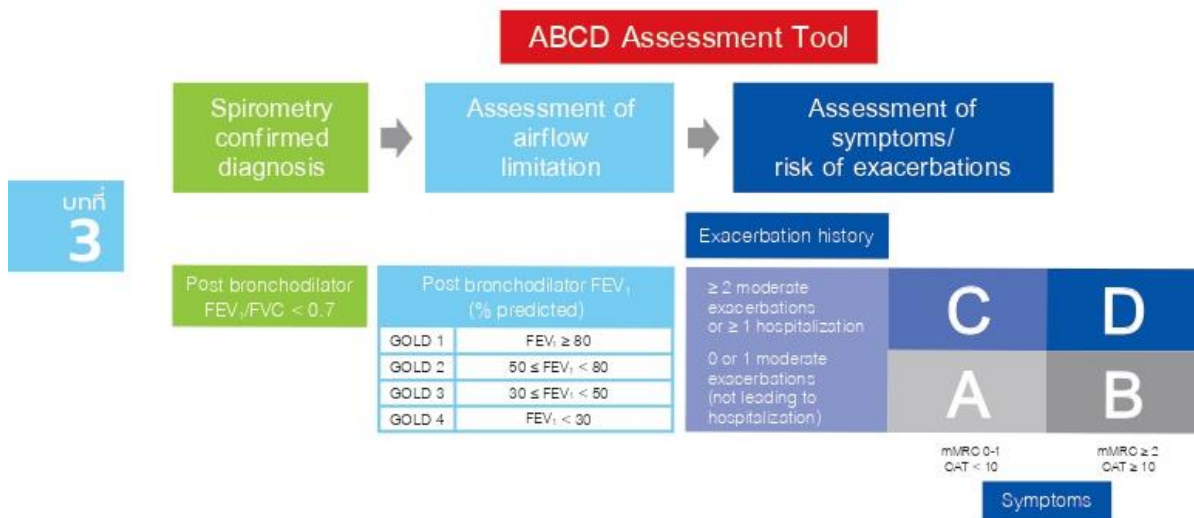
พิจารณา ICS/LABA or LAAC or both + LAT

- SABD = short acting bronchodilator
- LABA = Long acting beta-2 agonist
- ICS/LABA = inhaled corticosteroid/LABA
- LAAC = Long acting anticholinergic
- LAT = Long acting theophylline

แนวทางการดูแลผู้ป่วย COPD with AE ที่ห้องฉุกเฉิน

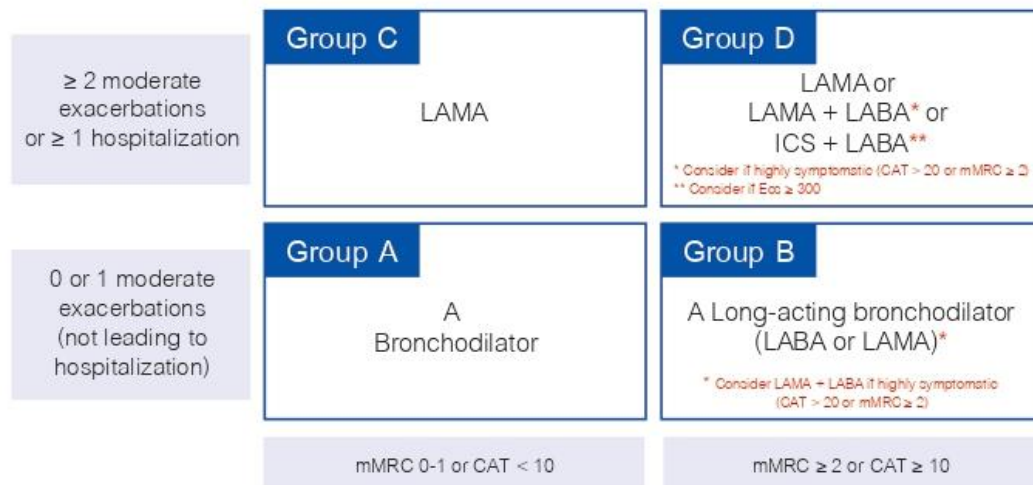


	ทีมนำทางคลินิก	
	คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	
	☒ ควบคุม ☐ ไม่ควบคุม	ผู้รับผิดชอบ: ทีมนำทางคลินิก
	วันที่บังคับใช้: 1 ตุลาคม 2566	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง: PCC-OPD-NCD-ER-IPD
แก้ไขครั้งที่ 4		ผู้อนุมัติ: นพ.ภูวดล พลพวก
แนวทางการดูแลผู้ป่วย เรื่อง โรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เลขที่ CPG-PCT-001		หน้า: 8 ของ 9 หน้า
หมายเหตุ 1. ประเมินการตอบสนองการรักษาทุก 30-60 นาที โดยดูจากระดับความรู้สึกตัว อาการเหนื่อยหอบ ถ้าไม่ดีขึ้นอาจพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ 2. พิจารณาให้ยาฆ่าเชื้อในกรณีผู้ป่วยกลับบ้าน ถ้ามีข้อบ่งชี้ ได้แก่ เสมหะปริมาณมากขึ้น เสมหะเปลี่ยนสี หรือเสมหะมีลักษณะ purulent sputum โดยให้ Clarithromycin(500) 1*2 oral 5 day 3. พิจารณาให้ oxygen 3 LPM ขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย keep O2 sat > 92 % 4. วางแผนการดูแลระยะสุดท้าย กรณีผู้ป่วย severe และเข้าสู่ระยะสุดท้าย ได้แก่ - Frequent exacerbation - Invasive ventilation มากกว่า 2 ครั้งต่อปี - Desaturation จนต้องใช้ออกซิเจนตลอด 24 ชั่วโมง - มีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วมที่รุนแรง และไม่สามารถรักษาให้หายได้		



รูปที่ 1 แนวทางการประเมินและแบ่งกลุ่มผู้ป่วย COPD

การรักษาผู้ป่วย COPD ช่วงเริ่มต้น กรณีที่ให้การรักษารั้งแรก หรือเคยได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสม**



คำย่อ: LABA: long-acting β_2 agonist, LAMA: long-acting anti-muscarinic agent, ICS: inhaled corticosteroids

** การรักษาที่ไม่เหมาะสม เช่น ได้ยา ICS เพียงอย่างเดียว หรือยา SABA (short-acting β_2 agonist) หรือ SABA/SAMA (short-acting anti-muscarinic agent) เพียงอย่างเดียว (ยกเว้นในผู้ป่วย COPD กลุ่ม A) หรือได้ยา theophylline เพียงอย่างเดียว

รูปที่ 2 การเลือกยาเริ่มต้นในการรักษาผู้ป่วย COPD ครั้งแรก



คปสอ.บางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

คู่มือคุณภาพทีมนำทางคลินิก

เลขที่ CPG -PCT-002

เรื่อง แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคการติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis)

	ชื่อ	ตำแหน่ง	วันที่
ผู้จัดทำ	คณะกรรมการทีมนำทางคลินิก		
ผู้ตรวจสอบ	น.ส.ปริญ มั่นเข้มทอง	ประธานทีมนำทางคลินิก	1 ต.ค. 2566
ผู้อนุมัติ	นายภูวดล พลพวก	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	1 ต.ค. 2566

แก้ไขครั้งที่ 04

วันที่บังคับใช้ 1 ตุลาคม 2566

	ทึมนำทางคลินิก	
	คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	
	☒ ควบคุม ☐ ไม่ควบคุม	ผู้รับผิดชอบ: ทึมนำทางคลินิก
	วันที่บังคับใช้: 1 ตุลาคม 2566	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง: PCC-OPD-NCD-ER-IPD
	แก้ไขครั้งที่ 4	ผู้อนุมัติ: นพ.ภูวตล พลพวก
แนวทางการดูแลผู้ป่วย เรื่อง การติดเชื้อในกระแสโลหิต เลขที่ CPG-PCT-002		หน้า: 1 ของ 6 หน้า
1.วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีอาการของการติดเชื้อเข้าสู่กระแสเลือด (sepsis)ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างถูกต้อง รวดเร็วและปลอดภัย 2.ขอบข่าย แนวทางการดูแลรักษาใช้กับผู้ป่วยรับบริการที่ รพ.สต.เครือข่าย คปสอ.บางระกำ 3.นิยามศัพท์ Sepsis หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการแสดงของกลุ่มอาการSIRS และพบสาเหตุของการติดเชื้อที่ชัดเจน Severe sepsis หมายถึง ภาวะ sepsis ที่มีอาการแสดงของ organ dysfunction, hypoperfusion หรือ hypotension ร่วมด้วย 4.เอกสารอ้างอิง ทึมนำทางคลินิกองค์กรแพทย์โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก 5.นโยบาย ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาด้วยความรวดเร็วและปลอดภัย 5.ความรับผิดชอบ แพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่แผนกฉุกเฉินมีหน้าที่ให้การวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยที่มีอาการแสดงของภาวะsepsis ด้วยความรวดเร็วและถูกต้องเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัย 6.วิธีปฏิบัติ เมื่อมีผู้ป่วยที่มีอาการแสดงของภาวะ sepsis มารับบริการ แพทย์และพยาบาลซักประวัติ ตรวจร่างกาย วินิจฉัยและพิจารณาให้การรักษาดังนี้		

	ทีมนำทางคลินิก	
	คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	
	☒ ควบคุม ☐ ไม่ควบคุม	ผู้รับผิดชอบ: ทีมนำทางคลินิก
	วันที่บังคับใช้: 1 ตุลาคม 2566	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง: PCC-OPD-NCD-ER-IPD
	แก้ไขครั้งที่ 4	ผู้อนุมัติ: นพ.กวาดล พลพวก
แนวทางการดูแลผู้ป่วย เรื่อง การติดเชื้อในกระแสโลหิต เลขที่ CPG-PCT-002		หน้า: 2 ของ 6 หน้า
แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด สำหรับรพ.สต. - คัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้อย่างรวดเร็ว โดยใช้ Quick SOFA หรือ SOS score ตั้งแต่แรกรับที่รพ.สต. - ส่งต่อโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่สุด การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด(Diagnosis of sepsis) ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด มีอาการแสดงที่หลากหลาย เช่น ไข้ หอบเหนื่อย ซึมสับสน ดังนั้นผู้ป่วยที่มีอาการดังกล่าวให้สงสัย ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) โดยมีเกณฑ์การวินิจฉัยดังนี้ - ประวัติการตรวจร่างกาย / ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่เข้าได้กับภาวะติดเชื้อแบ่งได้เป็น - Organ specific infection เช่น ทางเดินหายใจ ทางเดินปัสสาวะ ทางเดินอาหาร ระบบประสาท - Systemic infection กรณีไม่สามารถระบุอวัยวะที่มีการติดเชื้อหรือมีอาการแสดงพร้อมกันหลายระบบ - แรกรับที่ ตรวจพบ อย่างน้อย 2 ใน 4 อาการ (Quick SOFA score ≥ 2) ในเบื้องต้นให้สงสัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ได้แก่ 2.1 T <36 C or >38 C 2.2 SBP < 90 mmHg 2.3 RR > 20/min 2.4 HR >90 /min - การประเมินคะแนน SOS score คะแนน 0-2 ให้การรักษาเบื้องต้นและให้คำแนะนำ คะแนน ≥ 4 ส่งต่อไปโรงพยาบาล (ต้องได้รับยาฆ่าเชื้อชนิดฉีด)		



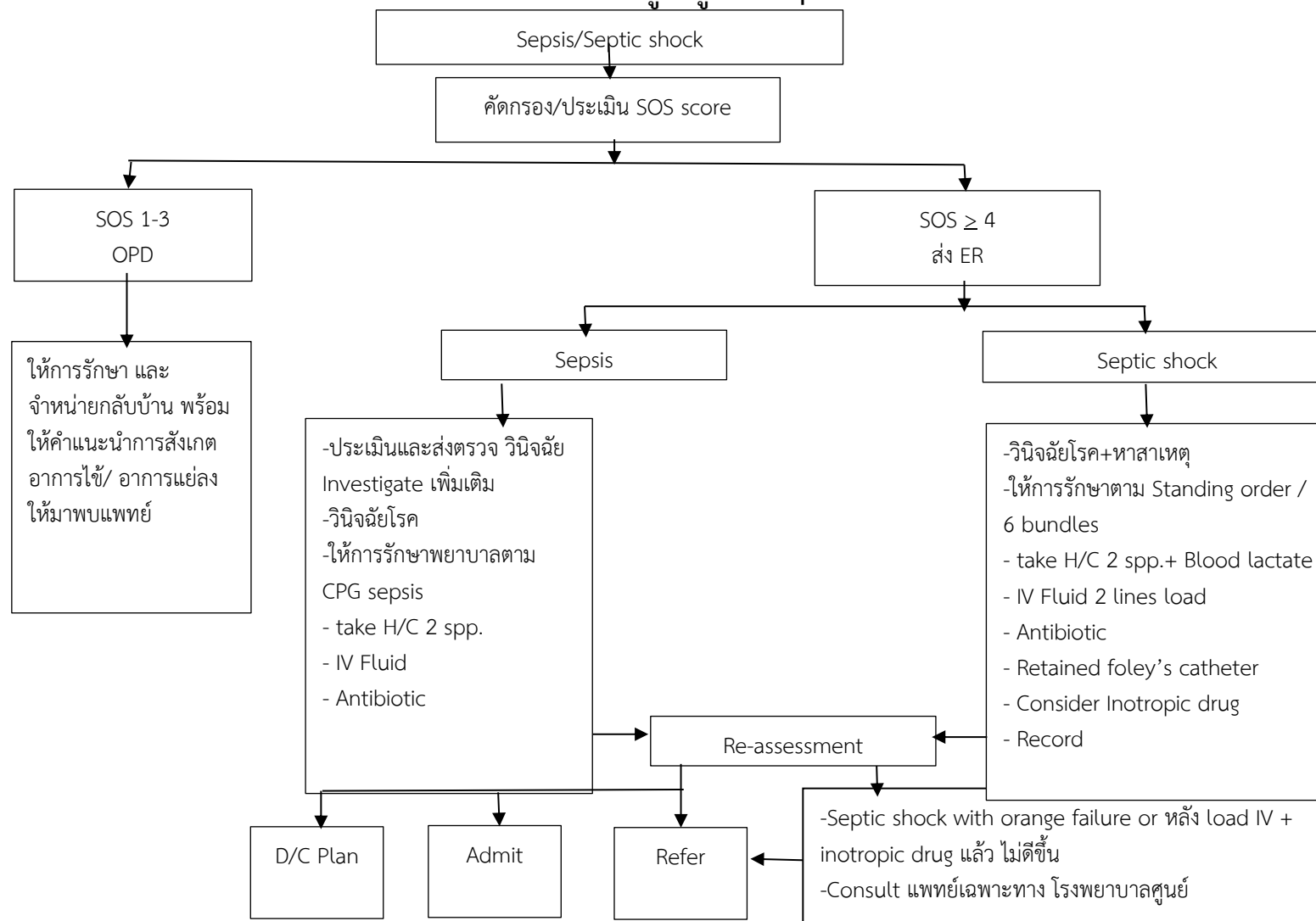
โรงพยาบาลพระกัมปวันโลก

ทีมนำทางคลินิก	
คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	
☒ ควบคุม ☐ ไม่ควบคุม	ผู้รับผิดชอบ: ทีมนำทางคลินิก
วันที่บังคับใช้: 1 ตุลาคม 2566	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง: PCC-OPD-NCD-ER-IPD
แก้ไขครั้งที่ 4	ผู้อนุมัติ: นพ.ภูวดล พลพวง
แนวทางการดูแลผู้ป่วย เรื่อง การติดเชื้อในกระแสโลหิต เลขที่ CPG-PCT-002	
หน้า: 3 ของ 6 หน้า	

ตารางประเมิน SOS score

Modified- SOS SCORE SEARCH OUT SEVERITY SCORE							
Score	3	2	1	0	1	2	3
อุณหภูมิ		≤ 35	35.1-36	36.1-38	38.1-38.4	≥ 38.5	
ชีพจร	≤ 40		41-50	51-100	100-120	121-139	≥ 140
หายใจ	≤ 8	ใส่เครื่องช่วยหายใจ		9-20	21-25	26-35	≥ 35
ความดันโลหิต (ค่าบน)	≤ 80	81-90	91-100	101-180	181-199	≥ 200	ใช้ยากระตุ้นความดันโลหิต
ความรู้สึกรู้ตัว			สับสน กระสับกระส่าย ที่เพิ่งเกิดขึ้น	ตื่นดี พูดคุยรู้เรื่อง	ซึม แต่เรียกแล้วลืมตา	ซึมมาก ต้องกระตุ้นจึงลืมตา	ไม่รู้สึกตัว แม้กระตุ้นแล้ว

Process Flow Chart การดูแลผู้ป่วย Sepsis



 โรงพยาบาลพระกำแพงพิฆณโลก	พินำทางคลินิก	
	คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	
	☒ ควบคุม ☐ ไม่ควบคุม	ผู้รับผิดชอบ: พินำทางคลินิก
	วันที่บังคับใช้: 1 ตุลาคม 2566	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง: PCC-OPD-NCD-ER-IPD
	แก้ไขครั้งที่ 4	ผู้อนุมัติ : นพ.ภูวดล พลพวก
แนวทางการดูแลผู้ป่วย เรื่อง การติดเชื้อในกระแสโลหิต เลขที่ CPG-PCT-002		หน้า: 5 ของ 6 หน้า

เมื่อพบผู้ป่วย Severe sepsis หรือ Septic Shock แพทย์พิจารณาส่งต่อ ให้โทรแจ้งไลน์ ศูนย์ส่งต่อ รพ.พุทธชินราช เพื่อประสาน ER

การวินิจฉัย (Early detection)

SIRS (systemic inflammatory response syndrome) หมายถึงการมีสิ่งต่อไปนี้ 2 ข้อขึ้นไปหรือ

- ☐ Temperature >38°C or <36°C
- ☐ Heart rate > 90 beats/min
- ☐ Respiratory rate >20 /min หรือ PaCO₂ <32 mmHg
- ☐ WBC >12,000 /mm, <4000 /mm, หรือมี band form neutrophil >10 %

Hypotension หมายถึง

- ☐ SBP ≤ 90 หรือ MAP ≤ 65 mmHg ในคนที่ไม่มี HT อยู่เดิม
- ☐ SBP ต่ำกว่า baseline เดิม ≥ 40 mmHg ในคนที่ มี HT อยู่เดิม

MAP (mean arterial pressure) = [(SBP-DBP) / 3] + DBP

Signs of hypoperfusion สังเกตได้จากผู้ป่วยมีอาการดังต่อไปนี้โดยไม่มีสาเหตุอื่น

- ☐ สมอง : ซึมลง หรือกระวนกระวาย ☐ sos score ≥ 4
- ☐ ไต : ปัสสาวะออกน้อยลง ☐ Blood lactate ≥ 2 mmol/L
- ☐ ผิวหนัง : ผิวลาย มือเท้าเย็น และ capillary refilling time นานกว่า 2 วินาที
- ☐ Quick SOFA score ≥ 2

วินิจฉัย เวลา.....น.

- ☐ SIRS + evidence or suspect of infection Sepsis = SIRS + evidence of infection

ให้ ABO ตามความเหมาะสม

- ☐ Severe sepsis = sepsis ที่มี organ dysfunction, hypoperfusion หรือhypotension ร่วมด้วยให้ Resuscitate 6 bundles

เอกสารอ้างอิง

พินำทางคลินิก โดยองค์กรแพทย์โรงพยาบาลพุทธชินราช พิชณโลก

 โรงพยาบาลพชรพิษณุโลก	พื้มนำทางคลินิก	
	คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	
	☒ ควบคุม ☐ ไม่ควบคุม	ผู้รับผิดชอบ: พื้มนำทางคลินิก
	วันที่บังคับใช้: 1 ตุลาคม 2566	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง: PCC-OPD-NCD-ER-IPD
	แก้ไขครั้งที่ 4	ผู้อนุมัติ : นพ.ภูวดล พลพวก
แนวทางการดูแลผู้ป่วย เรื่อง การติดเชื้อในกระแสโลหิต เลขที่ CPG-PCT-002		หน้า : 6 ของ 6 หน้า

การดูแลรักษาเบื้องต้น (Early resuscitation) ตามแนวทาง 1st Hour bundle

- ☐ take H/C 2 specimen พร้อมกัน จากแขนข้างละ 1 specimen
- ☐ เริ่มให้ ABO ภายใน 1 ชม. ชื่อยา..... เวลาที่ให้.....น.
- ☐ เปิด IV 2 เส้น พร้อมกัน RLS /NSS 1000 ml x 2 ข้าง load 3 L (อายุ>60ปี โรคหัวใจ ไตวาย load 1.5 L)
- ☐ Drip vasopressor เริ่มเวลาน.
- ☐ Foley catheter (ทิ้งปัสสาวะที่ค้างใน bladder ก่อน.....ml) Keep urine out put > 30 ml/hr
- ☐ O2 sat < 92% หรือ RR > 30/min พิจารณา intubate+ respiratory support

หมายเหตุ

☐ เก็บ specimen จากตำแหน่งที่สงสัยติดเชื้อใน tube culture

☐ Blood lactate ครั้งที่ 1 วัน/เวลา.....ผล.....ครั้งที่ 2 วัน/เวลา.....ผล.....

☐ SOS score ครั้งที่ 1 วัน/เวลา.....ผล.....ครั้งที่ 2 วัน/เวลา.....ผล..... [

เวลา (ทุก 15 นาที)									
Temp (°C)									
HR (ครั้ง/นาที)									
RR (ครั้ง/นาที)									
BP (mmHg)									
O2 sat (%)									
(ถ้าไม่มีใช้สปีลายนิ้ว)									

เมื่อถึงรพ.พุทธชินราช

Urine output (ไม่รวมปัสสาวะที่ค้างอยู่ก่อน) _____ ml IV fluid ทั้งหมด _____ ml

เริ่ม Sepsis Resuscitation เวลา _____ น. ใช้ Dopamineไป _____ ml

ถึงรพ.พุทธชินราช เวลา _____ น.

พยาบาลผู้ดูแลและบันทึก
วันที่

เอกสารอ้างอิง

พื้มนำทางคลินิก โดยองค์กรแพทย์โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก



คปสอ.บางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

คู่มือคุณภาพที่มนำทางคลินิก

เลขที่ CPG -PCT-003

เรื่อง แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI)

	ชื่อ	ตำแหน่ง	วันที่
ผู้จัดทำ	คณะกรรมการที่มนำทางคลินิก		
ผู้ตรวจสอบ	นายเจษฎา บุญญานุภาพพงศ์	ประธานที่มนำทางคลินิก	1 ต.ค. 2566
ผู้อนุมัติ	นายภูวดล พลพวก	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	1 ต.ค. 2566

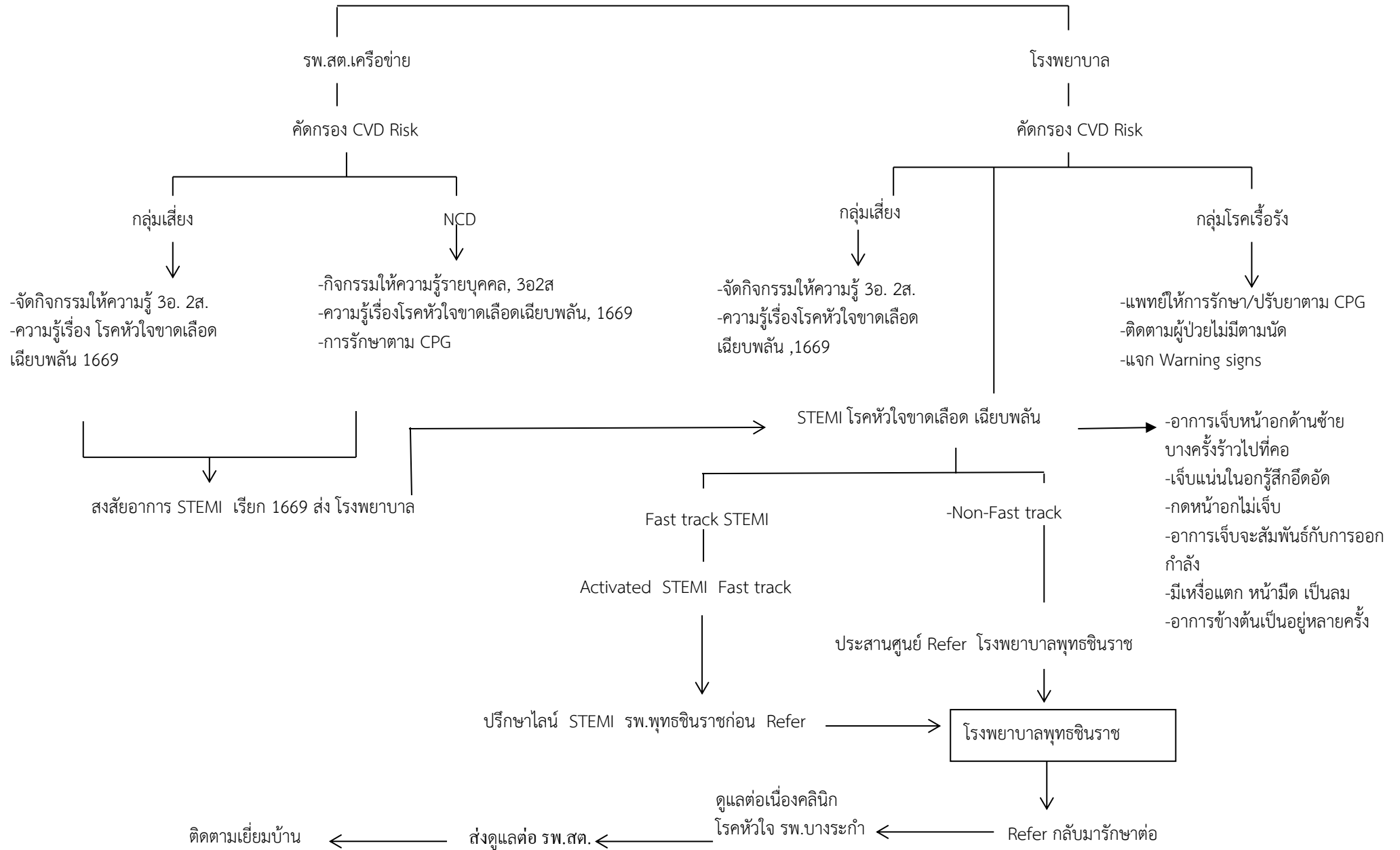
แก้ไขครั้งที่ 04

วันที่บังคับใช้ 1 ตุลาคม 2566

 โรงพยาบาลบางระกำ พิษณุโลก	ทีมนำทางคลินิก	
	คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	
	☒ ควบคุม ☐ ไม่ควบคุม	ผู้รับผิดชอบ: ทีมนำทางคลินิก
	วันที่บังคับใช้: 1 ตุลาคม 2566	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง: PCC-OPD-NCD-ER-IPD
	แก้ไขครั้งที่ 4	ผู้อนุมัติ : นพ.ภูวดล พลพวก
แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เลขที่ CPG-PCT-003		หน้า 1 ของ 7 หน้า
1.วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างถูกต้อง รวดเร็วและปลอดภัย 2.ขอบข่าย แนวทางการดูแลรักษาที่ใช้กับผู้ป่วยบริการที่รพ.สต.อำเภอบางระกำ PCC/PCU และโรงพยาบาลบางระกำ 3.เอกสารอ้างอิง ทีมนำทางคลินิก โรงพยาบาลบางระกำ องค์การแพทย์โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก 4.นโยบาย ผู้ป่วย STEMI ได้รับการดูแลรักษาด้วยความรวดเร็วและปลอดภัย 5.ความรับผิดชอบ แพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่ รพ.สต.อำเภอบางระกำ PCC/PCU และโรงพยาบาลบางระกำ มีหน้าที่ให้การวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วย STEMI ด้วยความรวดเร็วและถูกต้องเพื่อให้ผู้ป่วยบริการได้รับความปลอดภัย 6.วิธีปฏิบัติ เมื่อมีผู้ป่วย STEMI มารับบริการ แพทย์และพยาบาล ชักประวัติ ตรวจร่างกาย วินิจฉัยและพิจารณาให้การรักษาดังนี้		

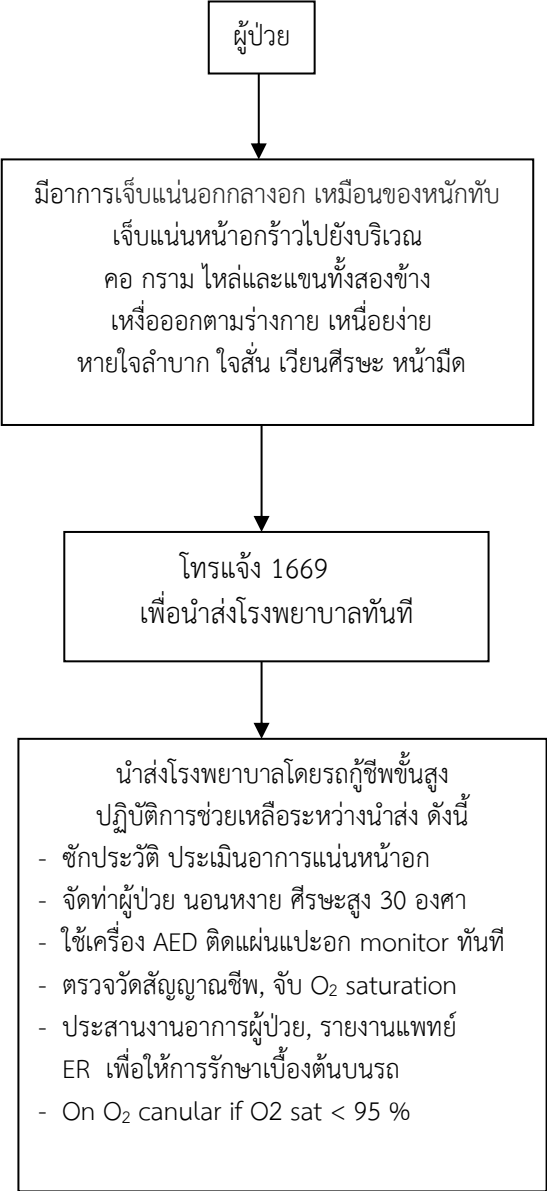
Flowchart การดูแลผู้ป่วยโรค STEMI/ หัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

กระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI/ หัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน



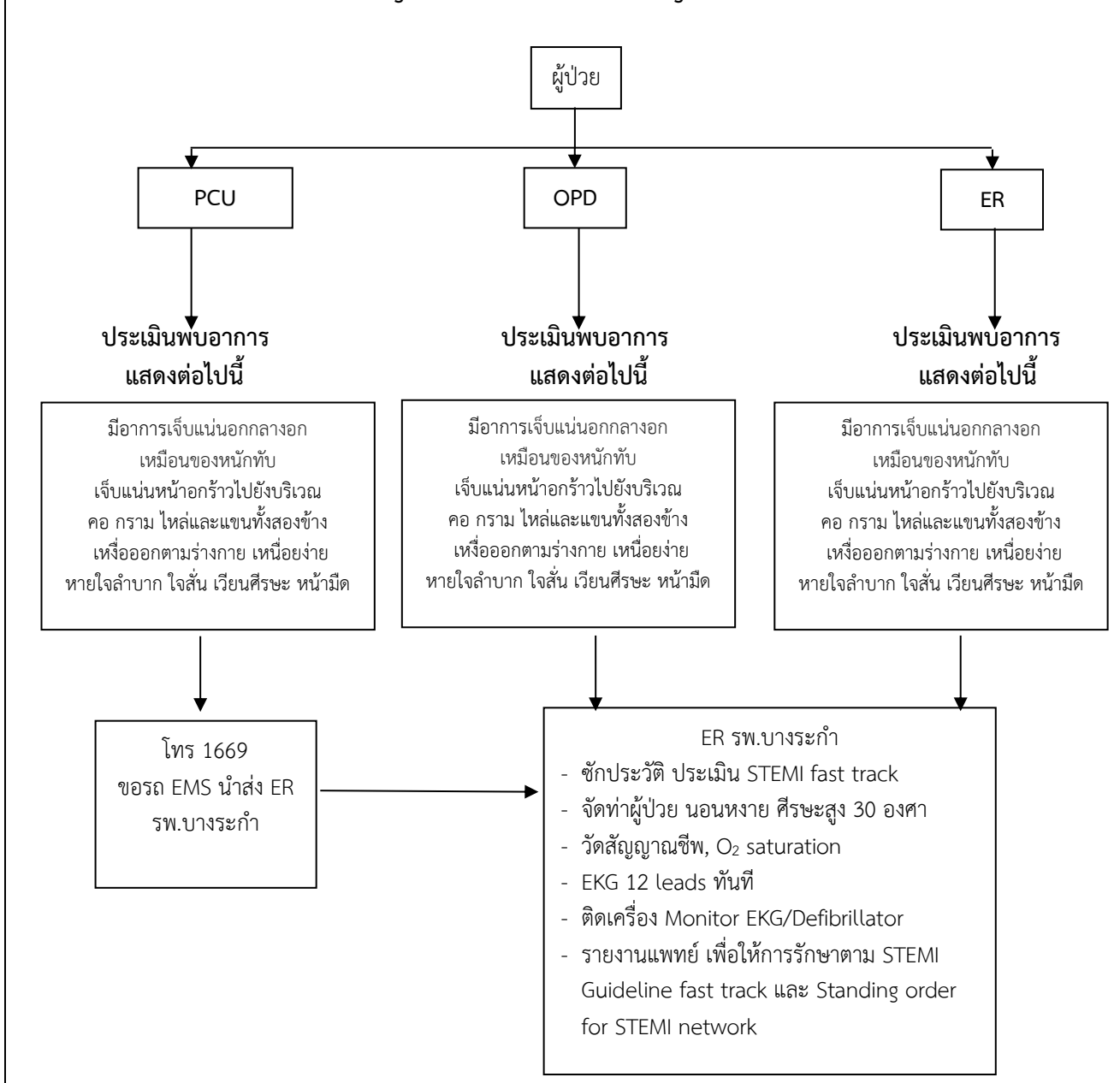
	ทีมนำทางคลินิก	
	คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	
	☒ ควบคุม ☐ ไม่ควบคุม	ผู้รับผิดชอบ: ทีมนำทางคลินิก
	วันที่บังคับใช้: 1 ตุลาคม 2566	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง: PCC-OPD-NCD-ER-IPD
	แก้ไขครั้งที่ 4	ผู้อนุมัติ : นพ.ภูวดล พลพวก
แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด เลขที่ CPG-PCT-003		หน้า 3 ของ 7 หน้า

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน รพ.สต./ศูนย์สุขภาพชุมชน



	ทีมนำทางคลินิก	
	คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	
	☒ ควบคุม ☐ ไม่ควบคุม	ผู้รับผิดชอบ: ทีมนำทางคลินิก
	วันที่บังคับใช้: 1 ตุลาคม 2566	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : โรงพยาบาลบางระกำ
	แก้ไขครั้งที่ 4	ผู้อนุมัติ : นพ.ภูวดล พลพวง
แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เลขที่ CPG-PCT-003		หน้า 4 ของ 7 หน้า

Bang Rakam STEMI fast track guideline



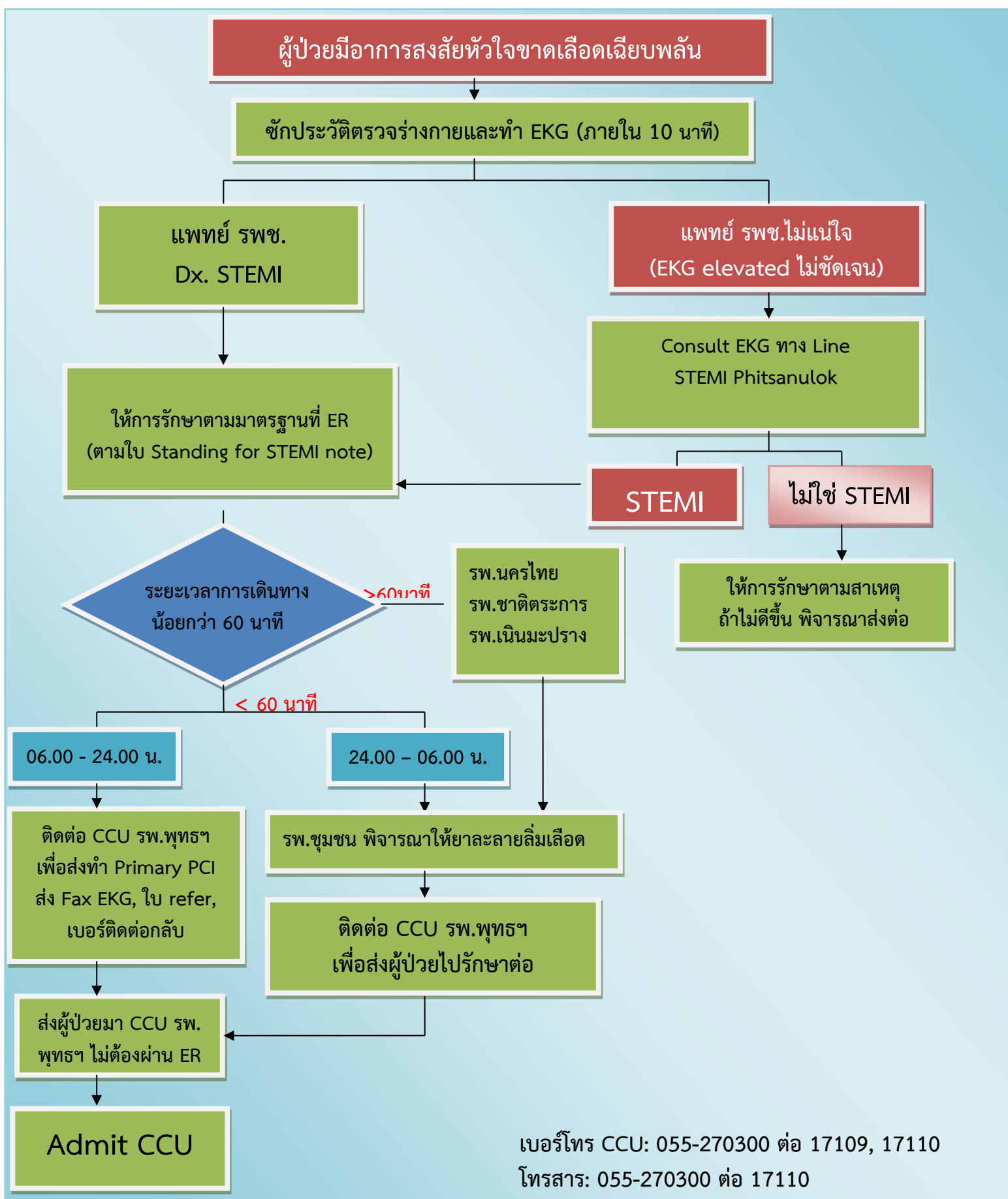
	ทีมนำทางคลินิก		
	คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)		
	☒ ควบคุม ☐ ไม่ควบคุม	ผู้รับผิดชอบ: ทีมนำทางคลินิก	
	วันที่บังคับใช้: 1 ตุลาคม 2566	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : โรงพยาบาลบางระก้า	
	แก้ไขครั้งที่ 4	ผู้อนุมัติ : นพ.ภูวดล พลพวก	
แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เลขที่ CPG-PCT-003		หน้า 5 ของ 7 หน้า	

แบบประเมิน STEMI Fast Track Checklist			
ชื่อ	อายุ	HN	เวลา
A. กรณิเจ็บหน้าอก			
	A1 มีอาการเจ็บหน้าอกขณะทำกิจกรรมหรือไม่		
	A2 ตำแหน่งที่เจ็บแน่นคือบริเวณกลางอกหรือใต้ลิ้นปี่หรือหน้าอกด้านซ้ายหรือไม่		
	A3 อาการเจ็บแน่นหน้าอกเป็นเวลานานมากกว่า 20 นาที หรือไม่		
	A4 อาการเจ็บแน่นหน้าอกดีขึ้นเมื่อหยุดพักหรือไม่		
☐ ตอบข้อ A ใช้ 3- 4 ข้อ ส่งห้องฉุกเฉิน ทำ EKG 12 lead ภายใน 10 นาที			
☐ ตอบข้อ A ใช้ 2 ข้อ ให้ถามประวัติข้อ B และ C ต่อ ที่ OPD			
☐ ส่ง ER		☐ ส่ง OPD	
กรณีแน่นท้อง / หายใจไม่อิ่ม			
B. มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด			
	B1 ผู้ป่วยเบาหวาน		
	B2 ผู้ป่วยมีประวัติได้รับการรักษาเรื่องโรคหัวใจตีบตัน		
	B3 ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง		
☐ ตอบข้อ B ใช้ >= 1 ข้อขึ้นไป ทำ EKG 12 lead ภายใน 10 นาที และส่งพบแพทย์			
C. มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด			
	C1 สูบบุหรี่ / เคยสูบบุหรี่		
	C2 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง		
	C3 อายุ ชาย > 45 ปี หญิง >= 55 ปี		
	C4 ประวัติคนในครอบครัวเสียชีวิตเฉียบพลันจากโรคหัวใจ		
	C5 ผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูง		
☐ ตอบข้อ C ใช้ >= 2 ข้อขึ้นไป ทำ EKG 12 lead ภายใน 10 นาที และส่งพบแพทย์			



แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI)

PHITSANULOK STEMI NETWORK



ชื่อ – นามสกุล.....อายุ.....ปี วินิจฉัย.....วัน / เดือน / ปี.....

ลักษณะ EKG.....

ผู้ให้ประวัติ () ผู้ป่วย () ญาติ เกี่ยวข้องเป็นแพทย์ / พยาบาล ผู้ซักประวัติ.....

ประวัติผู้ป่วย	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
Absolute contraindication (ห้ามให้อย่างเด็ดขาด)			
- เคยมีภาวะ intracranial hemorrhage			
- มีภาวะ structural cerebral vascular lesion (eg. Arteriovenous malformation)			
- มีภาวะ ischemic stroke ภายใน 3 เดือน (ยกเว้น ischemic stroke นั้น เกิดภายใน 3 ชั่วโมง ซึ่งถือว่ายังได้ประโยชน์จากการให้ยา)			
- มีหรือสงสัยว่าอาจจะมีภาวะ aortic dissection			
- มีภาวะ active bleeding หรือ bleeding diathesis (ยกเว้น menses)			
- มีภาวะ significant closed-head or facial trauma ภายใน 3 เดือน			
Relative contraindication (เป็นข้อห้ามที่ไม่ถือว่าห้ามอย่างเด็ดขาด อาจพิจารณาให้ ได้หากจะเป็นผลดีอย่างมากต่อผู้ป่วย)			
- มีประวัติ chronic severe, poorly controlled hypertension			
- BP > 180/110 mmHg เมื่อแรกรับและยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (ข้อนี้อาจจะถือว่าเป็น absolute contraindication ในกรณีที่ STEMI นั้นเป็นชนิดที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ำ เช่น inferior wall MI)			
- เคยมีภาวะ ischemic stroke แต่เป็นมานานกว่า 3 เดือน หรือมี dementia หรือมีภาวะ Intracranial pathology อื่นๆ ที่ไม่จัดเป็นข้อห้ามอย่างเด็ดขาด			
- เพิ่งได้รับการทำ CPR ที่นานกว่า 10 นาที หรือ มี trauma จากการ CPR หรือได้รับการทำ Major surgery ภายใน ไม่เกิน 3 สัปดาห์			
- มีภาวะ internal bleeding ภายใน ไม่เกิน 2 - 4 สัปดาห์			
- มีการทำ vascular punctures ในตำแหน่งที่ไม่สามารถกดห้ามเลือดได้			
- เคยได้ยา streptokinase มาก่อน (เป็นเวลานานกว่า 5 วัน) หรือเคยแพ้ยา streptokinase			
- มีภาวะตั้งครรภ์			
- active PU			
- มีการใช้ยา anticoagulant อยู่ด้วย			

* ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีโอกาสเกิด Intracranial bleeding: อายุมาก, เพศหญิง, เชื้อชาติผิวดำ, เคยมี stroke, $SBP \geq 160$ mmHg, น้ำหนักน้อย (≤ 65 Kg สำหรับเพศหญิง, ≤ 80 Kg สำหรับเพศชาย), excessive anticoagulation: $INR \geq 4$, $PT \geq 24$ sec, ชนิดของยา fibrinolytic (tPA มีโอกาส bleed มากกว่า streptokinase)

จำนวนปัจจัยเสี่ยง : 0 – 1 ข้อ จะมีโอกาส intracranial bleeding จากยา fibrinolytic 0.69 %

≥ 5 ข้อ จะมีโอกาส intracranial bleeding จากยา fibrinolytic 4.0 %

ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด () ได้ () ไม่ได้ เพราะ.....

ข้อผู้ยินยอมการได้รับยาละลายลิ่มเลือด () ผู้ป่วย.....() ญาติ.....เกี่ยวข้องเป็น.....



คปสอ.บางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

คู่มือคุณภาพทีมนำทางคลินิก

เลขที่ CPG -PCT-004

เรื่อง แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

	ชื่อ	ตำแหน่ง	วันที่
ผู้จัดทำ	คณะกรรมการทีมนำทางคลินิก		
ผู้ตรวจสอบ	นางสาวปริญ มั่นเข้มทอง	ประธานทีมนำทางคลินิก	1 ต.ค. 2566
ผู้อนุมัติ	นายภูวดล พลพวก	ประธาน คปสอ.บางระกำ	1 ต.ค. 2566

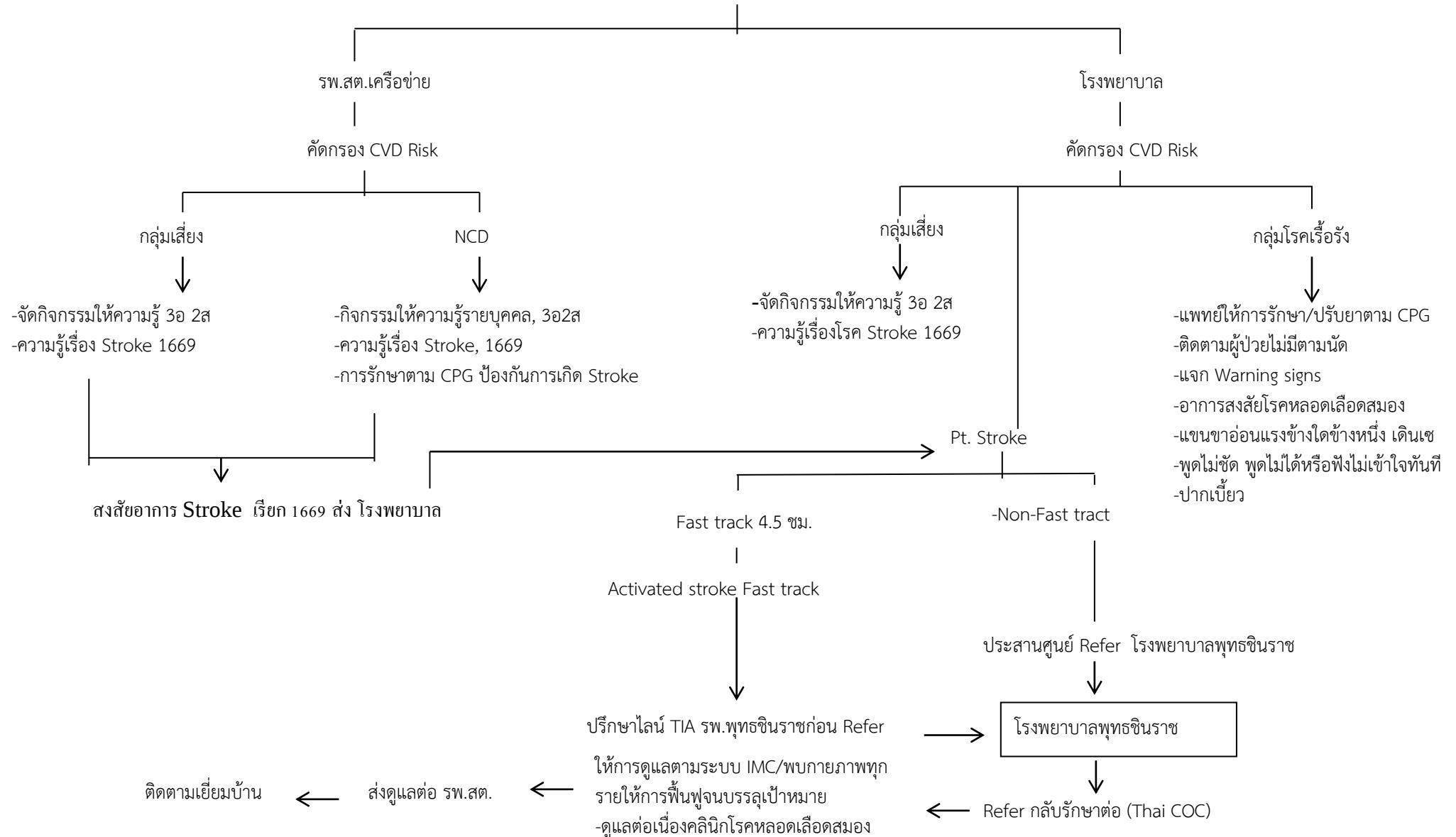
แก้ไขครั้งที่ 04

วันที่บังคับใช้ 1 ตุลาคม 2566

	ทีมนำทางคลินิก	
	คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	
	☒ ควบคุม ☐ ไม่ควบคุม	ผู้รับผิดชอบ: ทีมนำทางคลินิก
	วันที่บังคับใช้: 1 ตุลาคม 2566	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง: PCC-OPD-NCD-ER-IPD
	แก้ไขครั้งที่ 4	ผู้อนุมัติ : นพ.ภูวดล พลพวก
แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เลขที่ CPG-PCT-004		หน้า 1 ของ 5 หน้า
1.วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างถูกต้อง รวดเร็วและปลอดภัย 2.ขอบข่าย แนวทางการดูแลรักษาใช้กับผู้ป่วยมารับบริการที่รพ.สต.อำเภอบางระกำ PCC/PCU และโรงพยาบาลบางระกำ 3.เอกสารอ้างอิง ทีมนำทางคลินิก โรงพยาบาลบางระกำ องค์การแพทย์โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก 4.นโยบาย ผู้ป่วย stroke fast track ได้รับการดูแลรักษาด้วยความรวดเร็วและปลอดภัย 5.ความรับผิดชอบ แพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่ รพ.สต.อำเภอบางระกำ PCC/PCU และโรงพยาบาลบางระกำ มีหน้าที่ให้การวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วย stroke fast track ด้วยความรวดเร็วและถูกต้องเพื่อให้ผู้ป่วยบริการได้รับความปลอดภัย 6.วิธีปฏิบัติ เมื่อมีผู้ป่วย stroke fast track มารับบริการ แพทย์และพยาบาล ชักประวัติ ตรวจร่างกาย วินิจฉัยและพิจารณาให้การรักษาดังนี้ คำจำกัดความและข้อบ่งชี้การใช้ยา rt-PA <u>ข้อบ่งชี้</u> - ใช้แนวทางการรักษานี้ในผู้ป่วยที่แสดงอาการจนถึงให้ยาละลายลิ่มเลือดไม่เกิน 4 ชั่วโมง 30 นาที และสามารถระบุระยะเวลาได้แน่นอน เนื่องจาก ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนถึงไปที่ รพ.พุทธชินราช ไม่ควรเกิน 3 ชั่วโมง - ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ในการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt – PA) - ผู้ป่วยไม่มีข้อห้ามในการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt – PA) - กรณีมีการส่งต่อ (Refer) ผู้ป่วยให้ Refer ไปที่ รพ.พุทธชินราช <u>คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย</u> - กรณีผู้ป่วยใกล้ รพ.พุทธชินราช มากกว่า รพ.บางระกำ ให้ส่งตัวผู้ป่วยไป รพ.พุทธชินราชทันที ไม่ต้องผ่าน รพ.บางระกำ - กรณีผู้ป่วยอยู่ไกลจาก รพ.พุทธชินราช และอยู่ใกล้ รพ.บางระกำมากกว่าให้นำผู้ป่วยส่ง รพ.บางระกำประเมินเบื้องต้นก่อน <u>ตัวชี้วัด</u> ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการที่ OPD บางระกำ หรือระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาถึง ER รพ.บางระกำ จนถึงส่งต่อผู้ป่วยไป รพ.พุทธชินราชไม่เกิน 30 นาที		

Flowchart การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กระบวนการดูแลผู้ป่วย Stroke



	ทีมนำทางคลินิก	
	คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	
	☒ ควบคุม ☐ ไม่ควบคุม	ผู้รับผิดชอบ: ทีมนำทางคลินิก
	วันที่บังคับใช้: 1 ตุลาคม 2566	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง: PCC-OPD-NCD-ER-IPD
	แก้ไขครั้งที่ 4	ผู้อนุมัติ : นพ.ภูวดล พลพวก
แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เลขที่ CPG-PCT-004		หน้า 3 ของ 5 หน้า

Bangrakam Stroke fast track guideline

ผู้ป่วย

PCU/รพ.สต.

↓

ประเมินอาการ

- แขน ขา ชา อ่อนแรง
 - ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด
 - เวียนศีรษะ เดินเซ เสียสมดุล

โทร 1669

↓

สถานที่อยู่ใกล้
รพ.พุทธชินราช

↓

Refer
รพ.พุทธชินราช

สถานที่อยู่ใกล้
รพ.บางระกำ

↓

ER รพ.บางระกำ

OPD

↓

ประเมินอาการ

- แขน ขา ชา อ่อนแรง
 - ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด
 - เวียนศีรษะ เดินเซ

↓

ER รพ.บางระกำ

ER

↓

ประเมินอาการ

- แขน ขา ชา อ่อนแรง
 - ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด
 - เวียนศีรษะ เดินเซ

↓

ER รพ.บางระกำ

ER รพ.บางระกำ

รายงานแพทย์โดยพยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าเวร

- ชักประวัติ ประเมินอาการ
- จัดทำผู้ป่วย นอนยกหัวสูง 30 องศา
- V / S , O₂ saturation
- ประเมิน neurosign, pupil, GCS
- DTX
- On 0.9 % NaCl 1,000 ml [Ⓟ] drip 80 ml/hr
- NPO
- เจาะ lab 2 tube (CBC with plt, Blood Chemistry)
- On O₂ support & ประเมิน airway, breathing , circulation
(On O₂ canular, O₂ mask with bag or Endotracheal tube)



ที่มนำทางคลินิก

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)

☒ ควบคุม ☐ ไม่ควบคุม

ผู้รับผิดชอบ: ทีมนำทางคลินิก

วันที่บังคับใช้: 1 ตุลาคม 2566

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง: PCC-OPD-NCD-ER-IPD

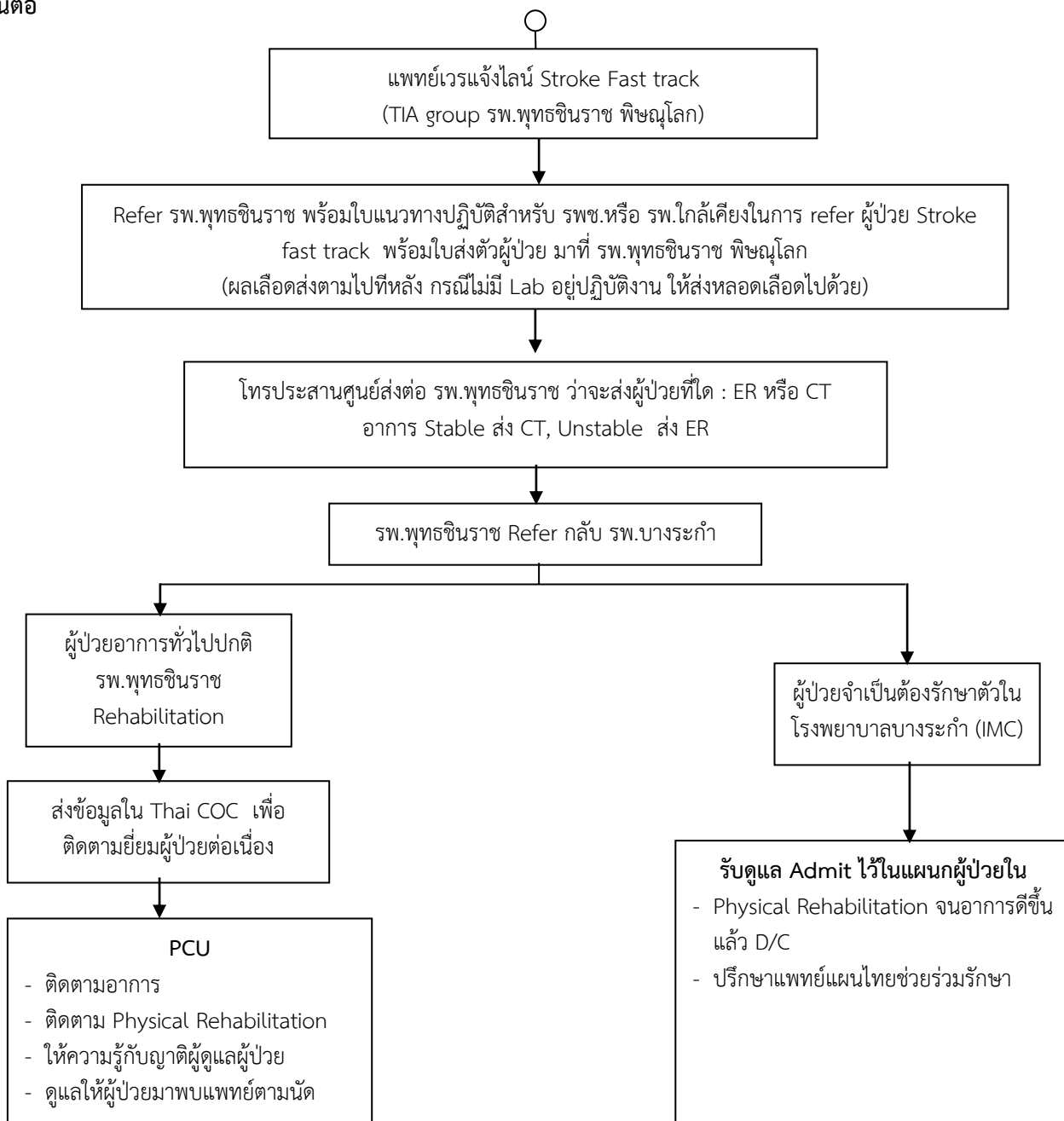
แก้ไขครั้งที่ 4

ผู้อนุมัติ : นพ.ภูวดล พลพวก

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
เลขที่ CPG-PCT-004

หน้า 4 ของ 5 หน้า

แผ่นต่อ



	พื้มนำทางคลินิก	
	คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	
	☒ ควบคุม ☐ ไม่ควบคุม	ผู้รับผิดชอบ: พื้มนำทางคลินิก
	วันที่บังคับใช้: 1 ตุลาคม 2566	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง: PCC-OPD-NCD-ER-IPD
	แก้ไขครั้งที่ 4	ผู้อนุมัติ : นพ.ภูวดล พลพวก
แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เลขที่ CPG-PCT-004		หน้า 5 ของ 5 หน้า
ข้อบ่งชี้และข้อห้ามในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน ด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ		
ข้อบ่งชี้ 1. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันภายใน 3 ชั่วโมง 2. อายุมากกว่า 18 ปี 3. มีอาการทางระบบประสาทที่สามารถวัดได้โดยใช้ NIHSS 4. ผล CT scan ของสมองเบื้องต้นไม่พบภาวะเลือดออก 5. ผู้ป่วยหรือญาติเข้าใจประโยชน์และโทษที่จะเกิดขึ้นจากการรักษา และยินยอมให้การรักษา โดยใช้ยาละลายลิ่มเลือด		
ข้อห้าม 1. มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันที่ไม่ทราบเวลาที่เริ่มเป็นอย่างชัดเจน หรือมีอาการภายหลังตื่นนอน 2. มีอาการของโรคเลือดออกใต้ชั้นเยื่อหุ้มสมอง (subarachnoid hemorrhage) 3. อาการทางระบบประสาทที่ขึ้นอย่างรวดเร็ว หรือมีอาการอย่างเดียวและไม่รุนแรง (NIHSS < 4) 4. มีอาการทางระบบประสาทอย่างรุนแรง (NIHSS > 18) 5. มีอาการชักเมื่อเริ่มมีอาการโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันครั้งนี้ 6. ความดันโลหิตในช่วงก่อนให้การรักษาสูง (SBP > 185 mmHg , DBP > 110 mmHg) 7. มีประวัติเลือดออกในสมองมาก่อน 8. มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมอง หรือมีบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงภายใน 3 เดือน 9. ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด (heparin หรือ warfarin) ภายใน 48 ชั่วโมง หรือมีค่า partial – thromboplastin time ผิดปกติ หรือมีค่า prothrombin time มากกว่า 15 วินาที หรือมีค่า International normalized ratio (INR) มากกว่า 1.5 10. มีปริมาณเกล็ดเลือดน้อยกว่า 100,000/mm³ 11. มีประวัติผ่าตัดใหญ่ภายใน 14 วัน 12. มีเลือดออกในทางเดินอาหารหรือทางเดินปัสสาวะภายใน 21 วัน 13. มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 50 mg / dl (2.7 mmol / L) หรือสูงกว่า 400 mg / dl (22.2 mmol / L) คำนวณได้จาก Glucose (blood) 1 mg / dl = 0.05551 mmol / L 14. มีประวัติ myocardial infarction ภายใน 3 เดือน 15. มีการเจาะหลอดเลือดแดงในตำแหน่งที่ไม่สามารถกดห้ามเลือดได้ ภายใน 7 วัน 16. พบมีเลือดออกหรือมีการบาดเจ็บ (กระดูกหัก) จากการตรวจร่างกาย 17. ผล CT brain พบเนื้อสมองตายมากกว่า 1 กลีบ (hypodensity > 1/3 cerebral hemisphere) หรือพบการเปลี่ยนแปลงในระยะแรกของหลอดเลือดสมองตีบขนาดใหญ่ เช่น พบสมองบวม mass effect, sulcal effacement		



คปสอ.บางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

คู่มือคุณภาพทีมนำทางคลินิก

เลขที่ CPG -PCT-005

เรื่อง แนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง (Head injury)

	ชื่อ	ตำแหน่ง	วันที่
ผู้จัดทำ	คณะกรรมการทีมนำทางคลินิก		
ผู้ตรวจสอบ	นางสาวปริญ มั่นเข้มทอง	ประธานทีมนำทางคลินิก	1 ต.ค. 2566
ผู้อนุมัติ	นายภูวดล พลพวก	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	1 ต.ค. 2566

แก้ไขครั้งที่ 04

วันที่บังคับใช้ 1 ตุลาคม 2566

	ทึมนำทางคลินิก	
	คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	
	☒ ควบคุม ☐ ไม่ควบคุม	ผู้รับผิดชอบ: ทีมนำทางคลินิก
	วันที่บังคับใช้: 1 ตุลาคม 2566	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง: OPD-NCD-ER-IPD
แก้ไขครั้งที่ 4		ผู้อนุมัติ : นพ.ภูวดล พลพวก
แนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง เลขที่ CPG-PCT-005		หน้า 1 ของ 4 หน้า
1.วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง ได้รับการประเมิน และดูแลได้อย่างถูกต้อง รวดเร็วและปลอดภัย 2.ขอบข่าย แนวทางการดูแลรักษาใช้กับผู้ป่วยบริการที่รพ.สต.อำเภอบางระกำ PCC และโรงพยาบาลบางระกำ 3.เอกสารอ้างอิง ทีมนำทางคลินิก โรงพยาบาลบางระกำ องค์การแพทย์โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก 4.นโยบาย ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง ได้รับการดูแลรักษาด้วยความรวดเร็วและปลอดภัย 5.ความรับผิดชอบ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นๆที่ปฏิบัติงานที่ รพ.สต.อำเภอบางระกำ PCC และโรงพยาบาลบางระกำ มีหน้าที่ให้การประเมิน วินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง และส่งต่อด้วยความรวดเร็ว ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย 6.วิธีปฏิบัติ เมื่อมีผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง มารับบริการ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นๆที่ปฏิบัติงาน ชักประวัติ ตรวจร่างกาย วินิจฉัยและให้การดูแล ดังนี้		

Flow chart Traumatic Brain Injury

Traumatic Brain Injury Patient

ATLS/Trauma Evaluation/ Airway + C-spine Protection

ประเมิน GCS

Mild TBI
GCS 13- 15

Moderate TBI
GCS 9 - 12

Severe TBI
GCS 3 - 8

Low Risk

จำหน่ายกลับบ้าน พร้อมใบ
ให้คำแนะนำ
สังเกตอาการ
ทางสมอง

Mod Risk

- Admit or
- Refer for CT

High Risk

- Consult
Neurosurgeon -
- Refer for CT

พิจารณา

- Hard collar
- On O2 mask with bag
- Keep O2 sat $\geq$ 94 %
- IV Fluid
- DTX

พิจารณา

- Hard collar
- ET tube
- IV Fluid
- DTX

- Consult Neurosurgeon
- Refer for CT

Trauma care checklist

งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางระกำ

วันที่ :

ชื่อ-นามสกุล.....

HN.....

อายุ.....ปี

เพศ ☐ หญิง ☐ ชาย

ประวัติแพ้ยา.....ประวัติฉีดวัคซีนบาดทะยัก.....ประวัติฉีดวัคซีนพิษสุนัขบ้า.....

Pre-hospital care	วันที่เกิดเหตุ.....เวลาที่เกิดเหตุ.....เวลาที่ถึงโรงพยาบาล..... ประเภทของอุบัติเหตุ ☐ รถจักรยานยนต์ ☐ จมน้ำ ☐ เกิดในขณะที่ทำงาน ☐ รถยนต์/รถบรรทุก ☐ ไฟฟ้าช็อต ☐ เกิดในขณะที่เดินทางเท้า ☐ รถจักรยาน ☐ ตกจากที่สูง ☐ อุบัติเหตุในโรงเรียน ☐ ไฟไหม้ ☐ ทำร้ายร่างกาย ☐ อื่นๆ โปรดระบุ..... Vital sign แกรับ BP.....mmHg, HR...../min, RR...../min, BT.....c, SpO2.....% วิธีการนำส่ง ☐ มาเอง ☐ รถกู้ชีพจากหน่วยงานอื่น ☐ รถกู้ชีพของโรงพยาบาล ☐ อื่นๆ ระบุ.....					
Assessment on arrival	A	☐ Normal ☐ Obstruction ☐ Drooling ☐ Swelling ☐ Stridor ☐ Burn		☐ ETT ☐ Oropharyngeal airway Size..... Mark.....	C spine protection ☐ Done	
	B	RR...../min ลักษณะการหายใจ ☐ ปกติ ☐ หายใจเหนื่อยปานกลาง ☐ หายใจเหนื่อยมาก		Oxygen support ☐ Oxygen cannularLPM ☐ Oxygen mask with bag.....LPM ☐ ETT no..... mark.....		
	C	Pulse rhythm ☐ Regular ☐ Irregular Pulse quality ☐ Full ☐ Flare	Skin color ☐ Normal ☐ Pale ☐ Cyanosis ☐ Flushed	Capillary Refill ☐ < 2 sec ☐ 2 sec ☐ > 2 sec	IV assess ☐ 1..... ☐ 2..... Foley catheter ☐ ทำ ☐ ไม่ทำ Hct. ☐ ทำ =.....% ☐ ไม่ทำ Total volume loading.....	
	D and E	E.....V.....M..... Pupil Right..... Left.....		DTX.....mg% Splint, Slab..... Pelvic binder.....		
	ประวัติโรคประจำตัว ☐ DM ☐ HT ☐ DLP ☐ CKD ☐ Heart disease ☐ Stroke ☐ Other.....					

Trauma care check list

งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางระก้า

วันที่ :

ชื่อ-นามสกุล.....

HN.....

อายุ.....ปี

เพศ ☐ หญิง ☐ ชาย

1. มี airway management หรือไม่หรือจำเป็นต้อง protect airway ในอนาคต ☐ ทำ ☐ ไม่ทำ
2. ประเมินระดับความรู้สึกตัว Glasgow coma score ≤ 8 ☐ ทำและใส่ ETT ☐ ไม่ทำ
3. มีการทำ chest x-ray เพื่อประเมินภาวะ hemo/pneumothorax ☐ ทำ ☐ ไม่ทำ
4. มีการจับ pulse oximetry ☐ ทำ SpO2 =%
5. มีการทำ film pelvis เพื่อ rule out pelvic fracture, หรือทำ pelvic binder ☐ ทำ ☐ ไม่ทำ ☐ ไม่จำเป็น
6. มีการเปิดเส้น IV เพื่อให้สารน้ำ resuscitation ☐ ทำ ☐ ไม่ทำ
7. ผู้ป่วยมีภาวะ shock (Hypotension or persistent tachycardia) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
8. มีการประเมิน internal bleeding โดยการ FAST ☐ ทำ ☐ ไม่ทำ

ถ้าทำผล FAST ☐ Negative ☐ Positive at

9. มีการประเมินบาดแผลภายนอกและมีการห้ามเลือดในกรณีที่มี active bleeding ☐ ทำ ☐ ไม่ทำ
10. ผู้ป่วยสามารถยับยั้งแขนขา 2 ข้างได้เท่ากัน ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
11. มีการให้ antibiotic drug, tetanus vaccine, ยาแก้ปวดเช่น ยาชา ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

12. แผนการรักษาในผู้ป่วยรายนี้

- ☐ จำหน่ายกลับบ้าน
- ☐ Refer รพ.ศูนย์/รพ.ทั่วไป/ รพ.เอกชน โปรดระบุ.....
- ☐ Admit รพ.บางระก้า



คปสอ.บางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

คู่มือคุณภาพที่มำทางคลินิก

เลขที่ CPG -PCT-006

เรื่อง แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

	ชื่อ	ตำแหน่ง	วันที่
ผู้จัดทำ	คณะกรรมการที่มำทางคลินิก		
ผู้ตรวจสอบ	นางสาวปริญ มั่นเข้มทอง	ประธานที่มำทางคลินิก	1 ต.ค. 2566
ผู้อนุมัติ	นายภูวดล พลพวก	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	1 ต.ค. 2566

แก้ไขครั้งที่ 04

วันที่บังคับใช้ 1 ตุลาคม 2566

	ทีมนำทางคลินิก	
	คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	
	☒ ควบคุม ☐ ไม่ควบคุม	ผู้รับผิดชอบ: ทีมนำทางคลินิก
	วันที่บังคับใช้: 1 ตุลาคม 2566	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง: PCC-OPD-NCD-ER-IPD
	แก้ไขครั้งที่ 4	ผู้อนุมัติ : นพ.ภูวดล พลพวก
แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เลขที่ CPG-PCT-006		หน้า: 1 ของ 5 หน้า
1.วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างถูกต้อง รวดเร็วและปลอดภัย 2.ขอบข่าย แนวทางการดูแลรักษาที่ใช้กับผู้ป่วยบริการที่ รพ.สต PCC/PCU และโรงพยาบาลบางระกำ 3.เอกสารอ้างอิง ทีมนำทางคลินิก องค์การแพทย์โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก 4.นโยบาย ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการดูแลรักษาด้วยความรวดเร็วและปลอดภัย 5.ความรับผิดชอบ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นๆที่ปฏิบัติงานที่รพ.สต PCC/PCU และโรงพยาบาลบางระกำ มีหน้าที่ให้การ วินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน ด้วยความรวดเร็วและถูกต้องเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัย 6.วิธีปฏิบัติ เมื่อมีผู้ป่วยเบาหวานมารับบริการ แพทย์และพยาบาลซักประวัติ ตรวจร่างกาย วินิจฉัยและพิจารณาตามเกณฑ์มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน		

	พินิจทางคลินิก	
	คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	
	☒ ควบคุม ☐ ไม่ควบคุม	ผู้รับผิดชอบ: พินิจทางคลินิก
	วันที่บังคับใช้: 1 ตุลาคม 2566	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง: PCC-OPD-NCD-ER-IPD
	แก้ไขครั้งที่ 4	ผู้อนุมัติ : นพ.ภูวดล พลพวง
แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เลขที่ CPG-PCT-006		หน้า: 2 ของ 5 หน้า

เบาหวาน (Diabetic Mellitus)

โรคเบาหวาน เป็นโรคที่ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้ได้ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติ

ความรู้พื้นฐาน

การใช้น้ำตาลของร่างกายต้องอาศัยฮอร์โมนอินซูลินที่สร้างจากตับอ่อน การขาดฮอร์โมนนี้ หรือการที่ร่างกายไม่ตอบสนองต่อฮอร์โมนนี้ทำให้ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้ได้ตามปกติ ระดับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติ และถูกขับออกมาทางปัสสาวะ

เบาหวานแบ่งได้เป็น 2 ประเภทใหญ่

DM Type I มักเกิดขึ้นกับเด็กไปจนถึงวัยรุ่นเกิดจากตับอ่อนส่วนที่ผลิตฮอร์โมนอินซูลินถูกทำลายไป ทำให้ระดับฮอร์โมนอินซูลินต่ำลง ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

DM Type II เกิดจากร่างกายไม่ตอบสนองต่อฮอร์โมนอินซูลินตามปกติ ตับอ่อนจึงพยายามสร้างฮอร์โมนนี้มากขึ้นเพื่อให้เพียงพอกับการทำงานของร่างกาย แต่ยิ่งนานตับอ่อนทำงานหนักมากขึ้น ก็จะล้าผลิตฮอร์โมนอินซูลินได้น้อยลงจนไม่พอ ต่อความต้องการของร่างกาย

การวินิจฉัย

- Fasting Blood Sugar (FBS) ตรวจน้ำตาลจากเลือดขณะอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง
- น้ำตาลมากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เป็นเบาหวาน (ควรตรวจอย่างน้อย 2 ครั้ง)
 - ถ้าตรวจสุ่มได้ระดับน้ำตาลในเลือดตั้งแต่ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ขึ้นไปก็จะวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน
 - น้ำตาลในเลือดแบบสุ่มโดยไม่ไดงดอาหารที่ให้พลังงาน เกิน 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ร่วมกับมีอาการที่เข้าได้กับโรคเบาหวานเช่น ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำบ่อย เป็นต้น
 - น้ำตาลในเลือดหลังกลืนน้ำตาลกลูโคส 75 กรัม เป็นเวลา 2 ชั่วโมง เกิน 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไป
- Glycated hemoglobin (HbA1c) ตรวจวัดระดับโปรตีนฮีโมโกลบินในเซลล์เม็ดเลือดแดงที่ถูกจับเกาะด้วยน้ำตาลมากกว่าหรือเท่ากับ 6.5 %

อาการและอาการแสดง

- ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลที่มากกว่า 180 มิลลิกรัม/เดซิลิตร อาจมีอาการดังนี้
- ปัสสาวะบ่อย - นอนหลับแล้วตื่นมาปัสสาวะหลายครั้ง
 - หิวน้ำบ่อย - น้ำหนักตัวลดลง - อ่อนเพลีย
 - รายที่มีระดับน้ำตาลสูงมากอาจจะมีอาการหมดสติ ไม่รู้สึกตัวได้
- ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลไม่เกิน 180 มิลลิกรัม/เดซิลิตร อาจจะไม่มีอาการ แต่ถ้าปล่อยทิ้งไว้ระยะยาว ผู้ป่วยจะมาด้วยอาการของโรคแทรกซ้อนเรื้อรังจากโรคเบาหวานเช่น ตามัว บวมจากไตวาย ชามือขาเท้า แผลที่เท้าหายยากกว่าปกติ แขนหน้าอกจากหัวใจขาดเลือด แขนขาอ่อนแรงจากโรคอัมพาต



ทีมนำทางคลินิก

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)

☒ ควบคุม ☐ ไม่ควบคุม

ผู้รับผิดชอบ: ทีมนำทางคลินิก

วันที่บังคับใช้: 1 ตุลาคม 2566

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง: PCC-OPD-NCD-ER-IPD

แก้ไขครั้งที่ 4

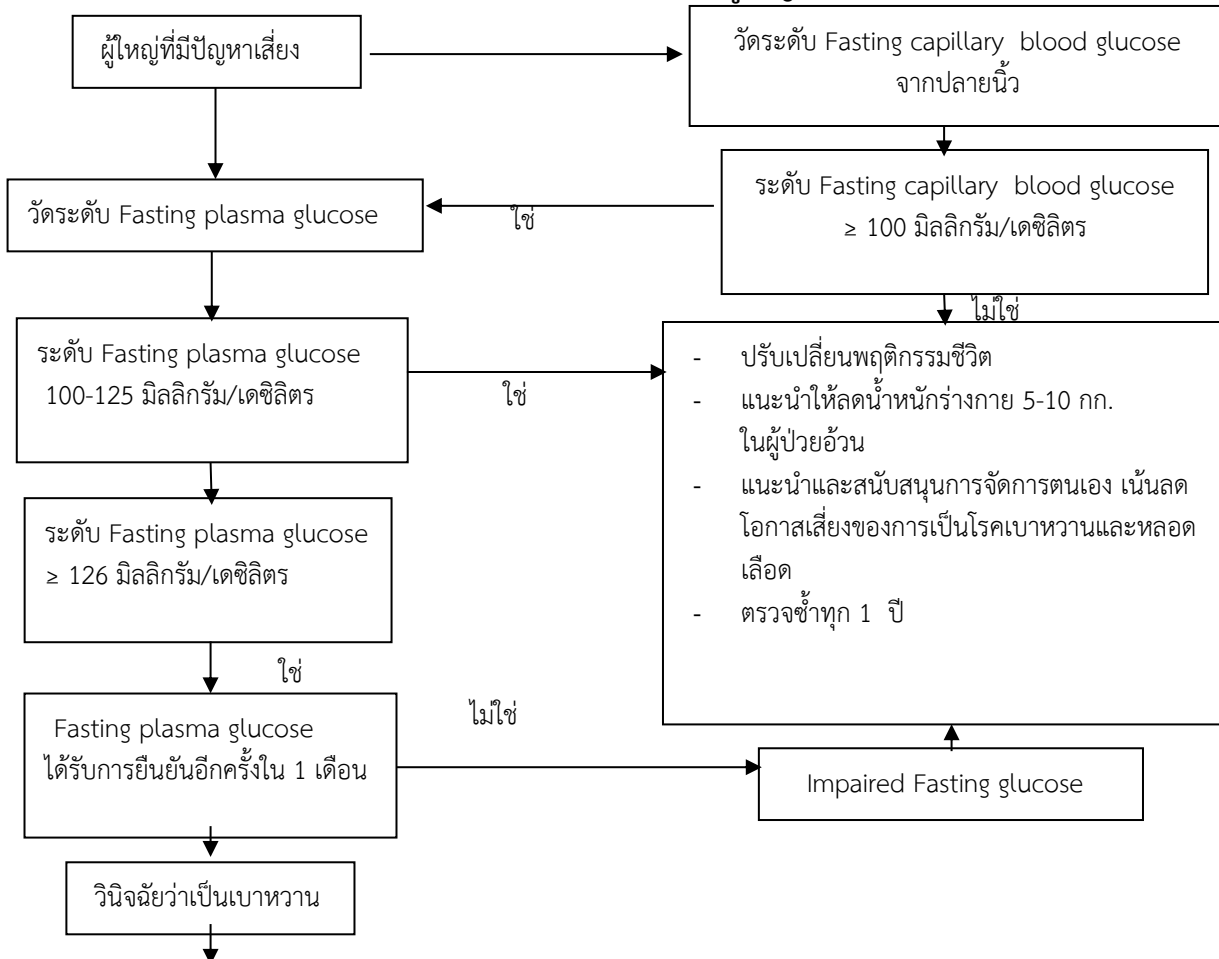
ผู้อนุมัติ : นพ.ภูวดล พลพวง

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

เลขที่ CPG-PCT-006

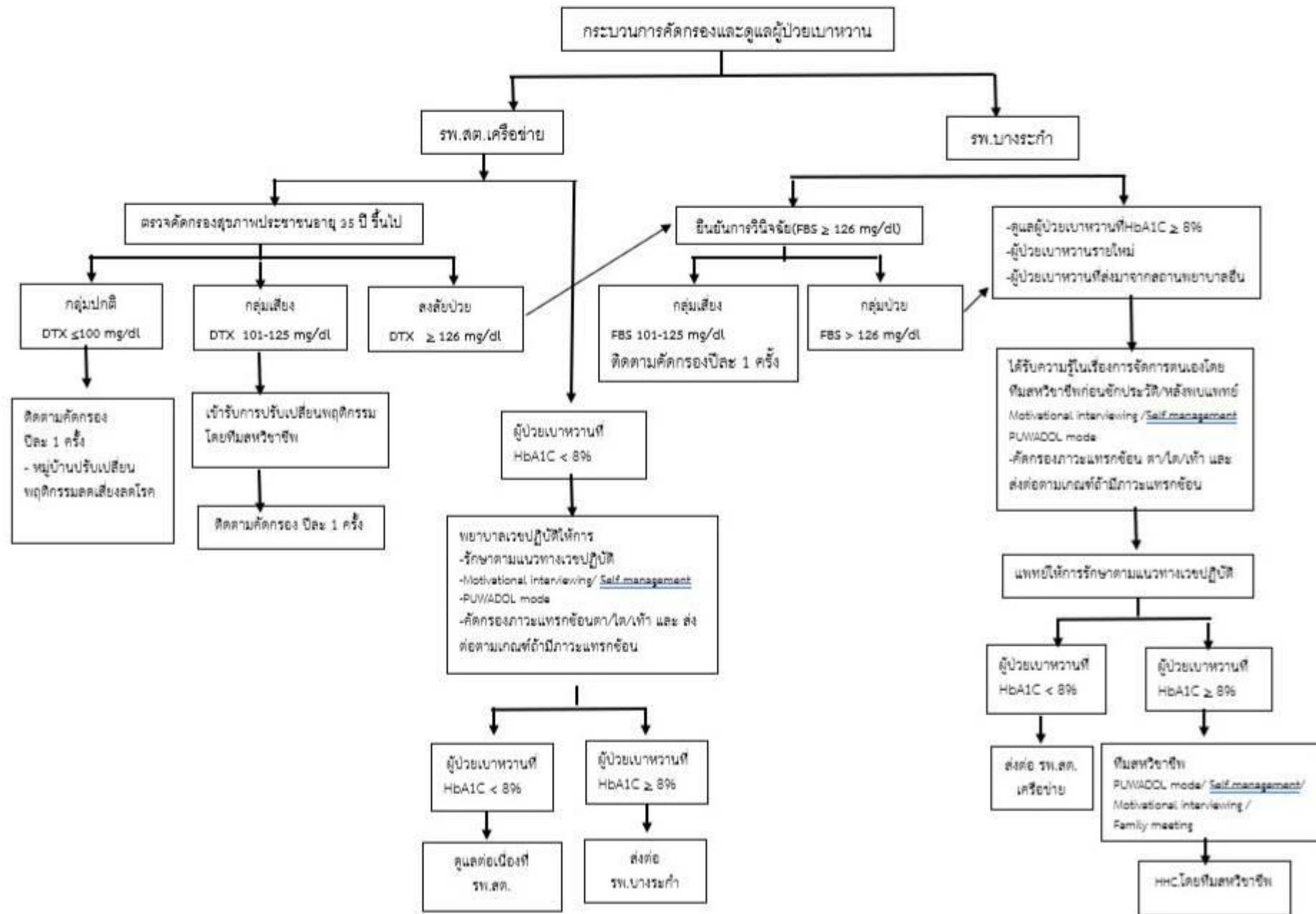
หน้า: 3 ของ 5 หน้า

การคัดกรองโรคเบาหวานในผู้ใหญ่ของอำเภอบางระก้า



- ลงทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลบางระก้า
- ส่งต่อผู้ป่วยรักษาโดยแพทย์และทีมผู้ให้การรักษาเบาหวาน ให้ทางเลือกในการรักษาแบบไม่ใช้ยา
 - ให้ความรู้เรื่อง Low carb & Intermittent Fasting การออกกำลังกาย
 - ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
 - ตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน
 - รักษาด้วยยาปรับประเทาน/ยาฉีดตามแผนการรักษา/กรณีรักษาแบบไม่ใช้ยาให้เข้าระบบ รร เบาหวานภูวดลโมเดล

Process Flow chart ของการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน





ทีมนำทางคลินิก

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)

☒ ควบคุม ☐ ไม่ควบคุม

ผู้รับผิดชอบ: ทีมนำทางคลินิก

วันที่บังคับใช้: 1 ตุลาคม 2566

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง: PCC-OPD-NCD-ER-IPD

แก้ไขครั้งที่ 4

ผู้อนุมัติ: นพ.ภูวตล พลพวก

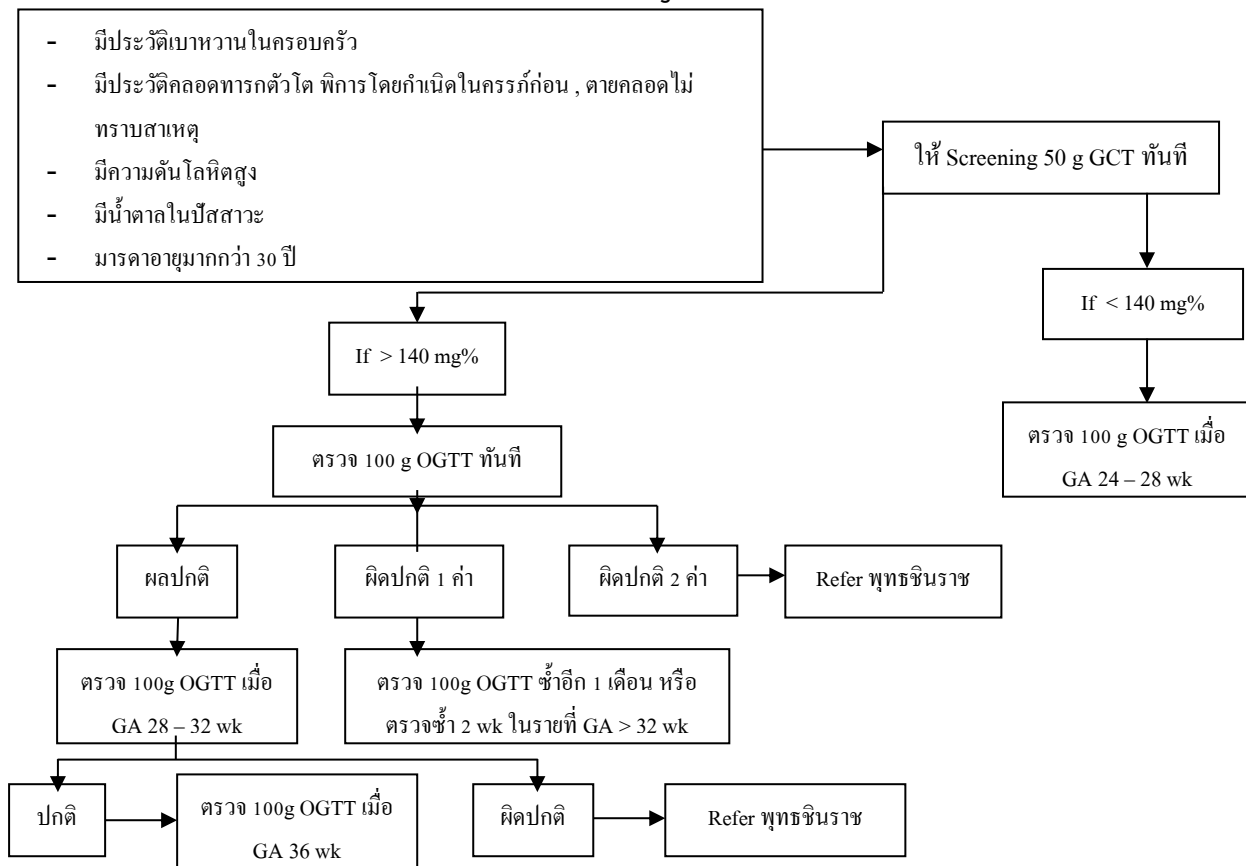
แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน
เลขที่ CPG-PCT-006

หน้า: 5 ของ 5 หน้า

แบบฟอร์มแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงจากโรคเบาหวาน

GDM

High risk



หมายเหตุ Case ANC High risk ทุก case ให้ รพ.สต.Refer มา รพ. บางระกำ



คปสอ.บางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

คู่มือคุณภาพที่มำทางคลินิก

เลขที่ CPG -PCT-007

เรื่อง แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

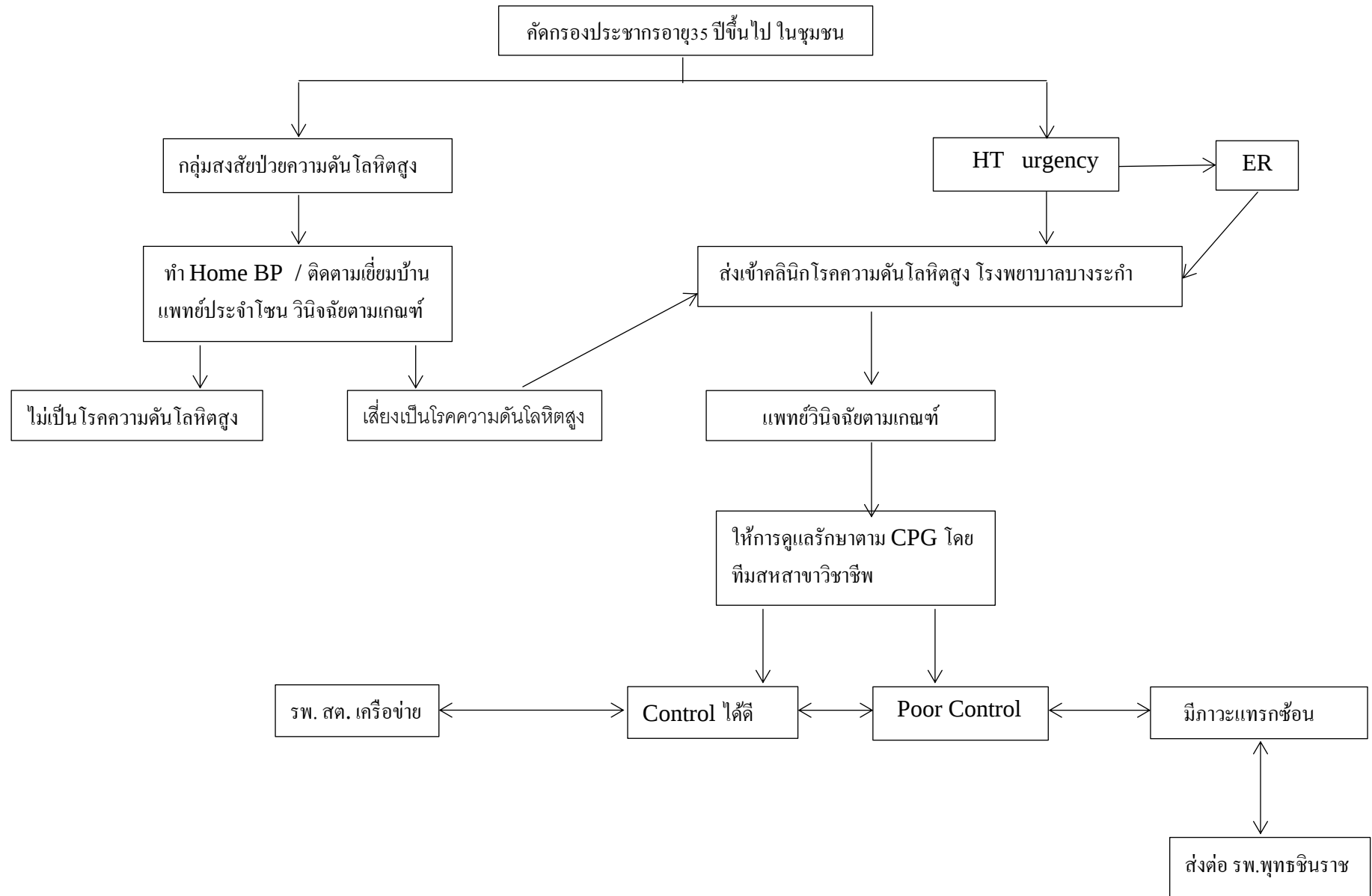
	ชื่อ	ตำแหน่ง	วันที่
ผู้จัดทำ	คณะกรรมการที่มำทางคลินิก		
ผู้ตรวจสอบ	นางสาวปริญ มั่นเข้มทอง	ประธานที่มำทางคลินิก	1 ต.ค. 2566
ผู้อนุมัติ	นายภูวดล พลพวก	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	1 ต.ค. 2566

แก้ไขครั้งที่ 04

วันที่บังคับใช้ 1 ตุลาคม 2566

	ทีมนำทางคลินิก	
	คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	
	☒ ควบคุม ☐ ไม่ควบคุม	ผู้รับผิดชอบ: ทีมนำทางคลินิก
	วันที่บังคับใช้: 1 ตุลาคม 2566	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง: PCC-OPD-NCD-ER-IPD
	แก้ไขครั้งที่ 4	ผู้อนุมัติ : นพ.ภูวตล พลพวก
แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เลขที่ CPG-PCT-007		หน้า: 1 ของ 4 หน้า
1.วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างถูกต้อง รวดเร็วและปลอดภัย 2.ขอบข่าย แนวทางการดูแลรักษาใช้กับผู้ป่วยบริการที่รพ.สต PCC/PCU และโรงพยาบาลบางระกำ 3.เอกสารอ้างอิง ทีมนำทางคลินิกองค์กรแพทย์โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก 4.นโยบาย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการดูแลรักษาด้วยความรวดเร็วและปลอดภัย 5.ความรับผิดชอบ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นๆที่ปฏิบัติงานที่รพ.สต PCC/PCU และโรงพยาบาลบางระกำ มีหน้าที่ให้การวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วยความรวดเร็วและถูกต้องเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัย 6.วิธีปฏิบัติ เมื่อมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมารับบริการ แพทย์และพยาบาลซักประวัติ ตรวจร่างกาย วินิจฉัย และพิจารณาให้การรักษาดังนี้		

Process Flowchart : HT



	ทีมนำทางคลินิก	
	คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	
	☒ ควบคุม ☐ ไม่ควบคุม	ผู้รับผิดชอบ: ทีมนำทางคลินิก
	วันที่บังคับใช้: 1 ตุลาคม 2566	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง: PCC-OPD-NCD-ER-IPD
แก้ไขครั้งที่ 4		ผู้อนุมัติ: นพ.ภูวดล พลพวก
แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เลขที่ CPG-PCT-007		หน้า : 3 ของ 4 หน้า

นิยาม ความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ที่มีความดันโลหิต มากกว่า 140/90 mmHg

Essential Hypertention
(ที่ไม่ใช่ความดันโลหิตสูงวิกฤต BP < 180/110)

↓

ประวัติการตรวจร่างกาย , การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- FBS , Lipid profile, Cr , E'lyte , UA
- CXR , EKG

↓

รพ.สต PCC/PCU และ โรงพยาบาลบางระกำ

กลุ่มเสี่ยงต่ำ

- SBP 140-179 mmHg /DBP 90-109 mmHg
- มี 1-2 ปัจจัยเสี่ยง(CVD)
- ไม่มีTOD, CCD , ไม่เป็นเบาหวาน

กลุ่มเสี่ยงสูงปานกลาง

- SBP140-179/ DBP 90-109mmHg หรือมี 3 ปัจจัยเสี่ยง(CVD)
- มี TOD หรือเป็นเบาหวาน
- ≥ 180 /110ไม่มีCVRF

กลุ่มเสี่ยงสูง

- BP ≥180/110 mmHg
- มี CCD หรือไต

- วินิจฉัยยืนยันการเป็นโรค/เริ่มให้ยารักษา เพื่อควบคุม BP และติดตามประเมินภายใน 1-4 สัปดาห์

- พิจารณาทำ HBPM 7 วัน

- ให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต

- วินิจฉัยยืนยันการเป็นโรคและรักษาด้วยยา เพื่อลด BP < 180/110 ติดตามประเมินภายใน 1-2 สัปดาห์

- วินิจฉัยยืนยันการเป็นโรคและรักษาด้วยยา เพื่อลด BP < 180/110 ติดตามประเมินภายใน 2-7 วัน

SBP <140/ DBP <90mmHg

↓

- เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต ติดตามทุก 1 ปี

SBP <140-149 หรือ DBP <90-94 mmHg

↓

-เริ่มการรักษา Diureticหรือ βblocker

ผู้ป่วยทั่วไปควบคุม BP ≤140/90 หรือ BP ≤130/80 ในผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยไตเรื้อรัง

	ทีมนำทางคลินิก	
	คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	
	☒ ควบคุม ☐ ไม่ควบคุม	ผู้รับผิดชอบ: ทีมนำทางคลินิก
	วันที่บังคับใช้: 1 ตุลาคม 2566	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง: PCC-OPD-NCD-ER-IPD
	แก้ไขครั้งที่ 4	ผู้อนุมัติ: นพ.ภูวดล พลพวก
แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เลขที่ CPG-PCT-007		หน้า : 4 ของ 4 หน้า
Cardio-Vascular risk (CVD) (ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด) 1. การสูบบุหรี่ 2. ชายอายุ > 45 ปี ,หญิงอายุ > 55 ปี) 3. โรคเบาหวาน 4. Dyslipidemia ได้แก่ ระดับ Total Cholesterol > 240 มก/ดล หรือ LDL Cholesterol > 160 มก/ดล หรือ ระดับ HDL Cholesterol < 40มก./ดล.ในเพศชาย และ 45 มก./ดล. ในเพศหญิง 5. เพศชาย และเพศหญิงทั้งหมดประจำเดือน 6. ประวัติครอบครัวหรือญาติสายตรงชาย < 55 ปี ,หญิงอายุ <65 ปี เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด 7. โรคอ้วน (BMI > 25 Kg / m²) 8. การออกกำลังกาย Target organ Damage (TOD) / clinical cardiovascular Disease (CCD) 1. Left Ventricular Hypertrophy (LVH) By EKG 2. CHF, IHD 3. Proteinuria / Cr > 1.2 mg / dl 4. โรคหลอดเลือดจาก Atherosclerotic plaque จากตรวจทางรังสี ได้แก่ Ischemic heart disease, Stroke, Peripheral arterial disease 5. Retinopathy		

Flow Chart แนวทางการจัดการเมื่อพบผู้ที่มีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล

ประชาชนเข้ารับบริการในโรงพยาบาล

จุดซักประวัติ/คัดกรอง

- โรงพยาบาลซักประวัติและวัดความดันโลหิตด้วยวิธีมาตรฐานฯ โดยควรวัดความดันโลหิตอย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 นาที จากแขนเดียวกันในท่านั่ง ถ้าวัดในท่านั่งก็ให้เขียนระบุไว้หลังตัวเลข ความดันโลหิตที่วัดได้ หากค่า SBP จากการวัดครั้งแรกและครั้งที่สองต่างกัน > 5 mmHg ควรวัดเพิ่มอีก 1 - 2 ครั้ง แล้วนำผลที่ได้ทั้งหมดมาหาค่าเฉลี่ย - ในกรณีที่วัดความดันโลหิต โดยเครื่อง Automated upper arm cuff blood pressure measuring device ที่มี automatic 3 readings mode เครื่องจะวัดความดันโลหิต โดยอัตโนมัติ 3 ครั้ง ติดต่อกัน หาค่าเฉลี่ยความดันโลหิตและแสดงผลเป็นค่าความดันโลหิตค่าเดียว (ระบบอัตโนมัติ)
- หากผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงขณะพักและไม่มีสาเหตุที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงชัดเจน มีค่าความดันโลหิตเฉลี่ย SBP ≥ 140 mmHg และ/หรือ DBP ≥ 90 mmHg ให้ส่งเข้าสู่ระบบต่อไป (กรณีไม่เคยได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง)

SBP 140-159 mmHg และ/หรือ
DBP 90-99 mmHg

ซักประวัติ

- โรคหัวใจขาดเลือด หรือ
- โรคหลอดเลือดสมอง หรือ -
- DM หรือไม่

ไม่ใช่

ใช่

- พบแพทย์ตรวจ
- ปกติ ตามสาเหตุ
- ที่มา รพ. และ
- ให้คำแนะนำ
- การปรับเปลี่ยน
- พฤติกรรม
- ติดตามอย่าง
- น้อย ปีละ 1 ครั้ง

- พบแพทย์ตรวจปกติตามสาเหตุ
- ที่มา รพ. และ
- ลงรหัสวินิจฉัย (ICD - 10) R03.0
- เข้าสู่ระบบการติดตาม/ส่งต่อ
- คลินิก/ หน่วยบริการสุขภาพใน
- เครือข่าย ดังนี้
- แจกใบนัดพร้อมติดตาม โดยวิธีใด
- วิธีหนึ่ง คือ
- นัดวัดซ้ำครั้งที่ 2 ที่สถานบริการ
- สาธารณสุขภายใน 3 เดือน หรือ
- แพทย์พิจารณาทำ HBPM 7 วัน
- ให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยน
- พฤติกรรม

จุดส่งต่อ*

(หลังพบแพทย์ตรวจปกติตามสาเหตุที่มา รพ.)

SBP 160-179 mmHg และ/หรือ
DBP 100-109 mmHg

- มี CV risk >10%*** หรือ
- โรคหัวใจขาดเลือด หรือ
- โรคหลอดเลือดสมอง หรือ
- DM หรือไม่

ไม่ใช่

ใช่

- ลงรหัสวินิจฉัย (ICD - 10) R03.0
- เข้าสู่ระบบการติดตาม/ส่งต่อคลินิก/
- หน่วยบริการสุขภาพ ในเครือข่าย ดังนี้
- แจกใบนัดพร้อมติดตาม โดยวิธีใดวิธี
- หนึ่ง คือ
- นัดวัดซ้ำครั้งที่ 2 ที่สถานบริการ
- สาธารณสุขภายใน 1 เดือน หรือ
- แพทย์พิจารณาทำ HBPM 7 วัน
- ให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

SBP ≥ 180 mmHg และ/หรือ
DBP ≥ 110 mmHg**

แพทย์พิจารณาขึ้นชั้น
วินิจฉัย HT (I10-I15)
ขึ้นทะเบียน รักษาใน
วันนั้น

แพทย์ลงรหัสวินิจฉัย
(ICD - 10) R03.0 ใน
วันนั้น เพื่อขึ้นชั้น
วินิจฉัย HT (I10-I15)
ในวันถัดไป แต่ไม่เกิน
7 วัน

มาตามนัดวัด BP ซ้ำ ครั้งที่ 2 ที่สถานบริการสาธารณสุข หรือไม่

ไม่มา

มา

โทรติดตามอีกครั้ง หรือให้อสม.
ติดตามที่บ้าน และแจ้งผลกับ
สถานบริการสาธารณสุข

SBP ≥ 140 mmHg และ/
หรือ DBP ≥ 90 mmHg

ใช่

ไม่ใช่

พยาบาลให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกัน
โรค ความดันโลหิตสูงและติดตามอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

กรณีแพทย์พิจารณา ทำ
HBPM 7 วัน

ค่าเฉลี่ย SBP ≥ 135 mmHg
และ/หรือ DBP ≥ 85 mmHg

ไม่ใช่

ใช่

พบแพทย์เพื่อขึ้นชั้นวินิจฉัย HT (I10 - I15)
ขึ้นทะเบียนและรักษา

- แพทย์พิจารณา (White-coat HT
- หรือ Normotension)
- ให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยน
- พฤติกรรมและติดตามอย่างน้อย ปีละ
- 1 ครั้ง

หมายเหตุ

* ขึ้นอยู่กับการบริหารจัดการของโรงพยาบาล

** ค่า BP ที่ Alert ใช้ค่า BP ≥ 180 และ/หรือ ≥ 110 mmHg

- รพ. ที่มีการ Alert ในระดับ BP อื่นก็สามารถดำเนินงานตามเดิมได้

- แผนกที่ Alert ขึ้นอยู่กับความพร้อมและบริบทของสถานบริการสาธารณสุข

*** กรณีไม่มีข้อมูลการประเมิน 10 - year Thai CV risk score ให้ประเมิน 10 - year Thai CV risk score ประกอบ การตัดสินใจ

- กรณีในสถานประกอบการ การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง อาจพิจารณาวัดความดันโลหิตทุก 15 นาที ด้วยเครื่องวัด ความดันโลหิตแบบที่ใช้วัด HBPM ติดต่อกันเป็นเวลา 4 - 6 ชั่วโมง แล้วนำค่าความดันโลหิตเฉลี่ยอย่างน้อย 14 ค่า มาใช้วินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงได้ในวันนั้น

ผู้รับบริการที่มีความดันโลหิต
สูงขณะพัก และไม่มีสาเหตุที่ทำให้
เกิดความดันโลหิตสูงชัดเจน
(SBP ≥ 140 mmHg และ/
หรือ DBP ≥ 90 mmHg)

จุดซักประวัติ/คัดกรอง

- พยาบาลซักประวัติและวัดความดันโลหิตด้วยวิธีมาตรฐานฯ โดยควรวัดความดันโลหิตอย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 นาที จากแขนเดียวกันในท่านั่ง ถ้าวัดในท่านอน ก็ให้เขียนระบุไว้หลังตัวเลขความดันโลหิต ที่วัดได้ หากค่า SBP จากการวัดครั้งแรกและครั้งที่สองต่างกัน > 5 mmHg ควรวัดเพิ่มอีก 1 - 2 ครั้ง แล้วนำ ผลที่ได้ทั้งหมดมาหาค่าเฉลี่ย

- ในกรณีที่วัดความดันโลหิต โดยเครื่อง Automated upper arm cuff blood pressure measuring device ที่มี automatic 3 readings mode เครื่องจะวัดความดันโลหิต โดยอัตโนมัติ 3 ครั้ง ติดต่อกัน หาค่าเฉลี่ยความดันโลหิตและแสดงผลเป็นค่าความดันโลหิตค่าเดียว (ระบบอัตโนมัติ)

- หากผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงขณะพักและไม่มีสาเหตุที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงชัดเจน มีค่าความดันโลหิตเฉลี่ย มีค่า SBP ≥ 140 mmHg และ/หรือ DBP ≥ 90 mmHg ให้ส่งเข้าสู่ระบบต่อไป โดยพยาบาลพิจารณาประวัติการเป็นความดันโลหิตสูงหรือไม่ จากการสอบถามประวัติการรักษาจาก รพ.อื่น หรือ ดูจากประวัติการรักษาใน รพ. ประกอบข้อมูลให้แพทย์พิจารณา ถ้าไม่มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง ให้พิจารณาค่าความดันโลหิต

กรณีค่าความดันโลหิต SBP 140 - 159 mmHg และ/หรือ DBP 90 - 99 mmHg และมีผล การซักประวัติว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือด หรือโรคหลอดเลือดสมอง หรือเป็น DM ร่วมข้อใดข้อหนึ่ง ให้พบ แพทย์ตรวจปกติตามสาเหตุที่มา รพ. และลงรหัสวินิจฉัย (ICD - 10) R03.0 เข้าสู่ระบบการติดตาม/ส่งต่อ คลินิก/หน่วยบริการสุขภาพในเครือข่าย ดังนี้

- แจกใบนัดพร้อมติดตาม โดยวิธีใดวิธีหนึ่ง (ติดตามนัดวัดซ้ำครั้งที่ 2 ที่สถานบริการสาธารณสุขภายใน 3 เดือน หรือแพทย์พิจารณาทำ HBPM 7 วัน)

- ให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

กรณีค่าความดันโลหิต SBP 140 - 159 mmHg และ/หรือ DBP 90 - 99 mmHg และมีผลการซักประวัติว่า ไม่พบโรคหัวใจขาดเลือด หรือโรคหลอดเลือดสมอง หรือเป็น DM ร่วมข้อใดข้อหนึ่ง ให้พบแพทย์ตรวจปกติตามสาเหตุที่มา รพ. และทั้งให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พร้อมติดตามอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง หากมีค่าความดันโลหิต SBP ≥ 160 mmHg และ/หรือ DBP ≥ 100 mmHg หลังพบแพทย์ตรวจปกติตามสาเหตุที่มา รพ. พยาบาลประจำจุดส่งต่อ ดำเนินการดังนี้

กรณีมีค่าความดันโลหิต SBP 160 - 179 mmHg และ/หรือ DBP 100 - 109 mmHg และมีผล การประเมิน CV risk $> 10\%$ หรือเป็นโรคหัวใจขาดเลือด หรือเป็นโรคหลอดเลือดสมอง หรือเป็น DM ร่วมข้อใดข้อหนึ่ง พยาบาลส่งข้อมูลให้แพทย์พิจารณาขึ้นชั้นวินิจฉัย HT (I10-I15) ขึ้นทะเบียน รักษาในวันนั้น

กรณีค่าความดันโลหิต SBP 160 - 179 mmHg และ/หรือ DBP 100 - 109 mmHg และไม่พบ ความเสี่ยง ให้ลงรหัสวินิจฉัย (ICD - 10) R03.0 เข้าสู่ระบบการติดตาม/ส่งต่อคลินิก/หน่วยบริการสุขภาพ ในเครือข่าย ดังนี้

- แจกใบนัดพร้อมติดตาม โดยวิธีใดวิธีหนึ่ง (ติดตามนัดวัดซ้ำครั้งที่ 2 ที่สถานบริการสาธารณสุขภายใน 1 เดือน หรือแพทย์พิจารณาทำ HBPM 7 วัน)

- ให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

กรณี ค่าความดันโลหิต SBP ≥ 180 mmHg และ/หรือ DBP ≥ 110 mmHg ส่งพบแพทย์พิจารณายืนยัน วินิจฉัย HT (I10 - I15) ในวันนั้น หรือลงรหัสวินิจฉัย (ICD - 10) R03.0 ในวันนั้น เพื่อแพทย์ยืนยัน วินิจฉัย HT (I10 - I15) ในวันถัดไปแต่ไม่เกิน 7 วัน

กรณีวัดความดันโลหิตซ้ำครั้งที่ 2 ที่สถานบริการสาธารณสุข

กรณี ติดตามวัดซ้ำครั้งที่ 2 ที่ NCD Clinic หรือ แผนกอื่นตามความพร้อมและการบริหารจัดการของ รพ.

- ค่า SBP ≥ 140 mmHg และ/หรือ DBP ≥ 90 mmHg ให้ส่งพบแพทย์เพื่อยืนยันวินิจฉัย HT (I10-I15) ขึ้นทะเบียน และรักษา
- ค่า SBP < 140 mmHg และ/หรือ DBP < 90 mmHg พยาบาลให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และติดตามอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

กรณีแพทย์พิจารณาทำ HBPM 7 วัน

กรณี ติดตามที่ NCD Clinic หรือ แผนกอื่นตามความพร้อมและการบริหารจัดการของ รพ.

- ค่า HBPM เฉลี่ย SBP ≥ 135 mmHg และ/หรือ DBP ≥ 85 mmHg ให้ส่งพบแพทย์เพื่อยืนยันวินิจฉัย HT (I10-I15) ขึ้นทะเบียน และรักษา
- ค่า HBPM เฉลี่ย SBP < 85 mmHg ให้ส่งพบแพทย์ เพื่อพิจารณา (White-coat HT หรือ Normotension) และให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและติดตามอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง



คปสอ.บางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

คู่มือคุณภาพทีมนำทางคลินิก

เลขที่ CPG-PCT-008

เรื่อง แนวทางการดูแลและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์

1. เกณฑ์การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์จาก รพ.สต.ในเครือข่าย
คปสอ.บางระกำไป รพ.บางระกำ
2. ภาวะ PIH ในหญิงตั้งครรภ์
3. ภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์
4. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ Anti HIV+ ve
5. การคัดกรองและวินิจฉัยเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์

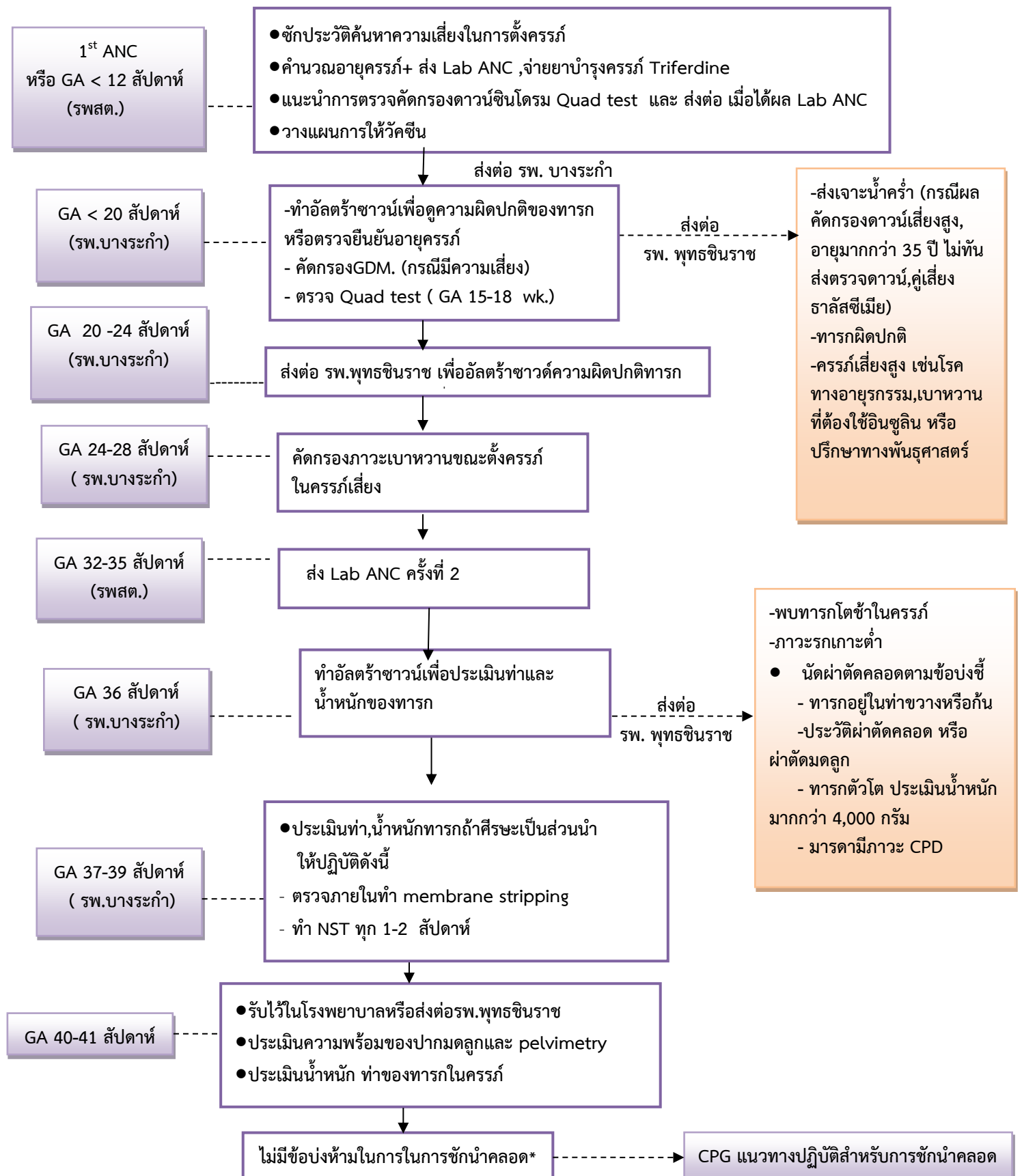
	ชื่อ	ตำแหน่ง	วันที่
ผู้จัดทำ	คณะกรรมการทีมนำทางคลินิก		
ผู้ตรวจสอบ	นางสาวปริญ มั่นเข้มทอง	ประธานทีมนำทางคลินิก	1 ต.ค. 2566
ผู้อนุมัติ	นายภูวดล พลพวก	ประธาน คปสอ.บางระกำ	1 ต.ค. 2566

แก้ไขครั้งที่ 08

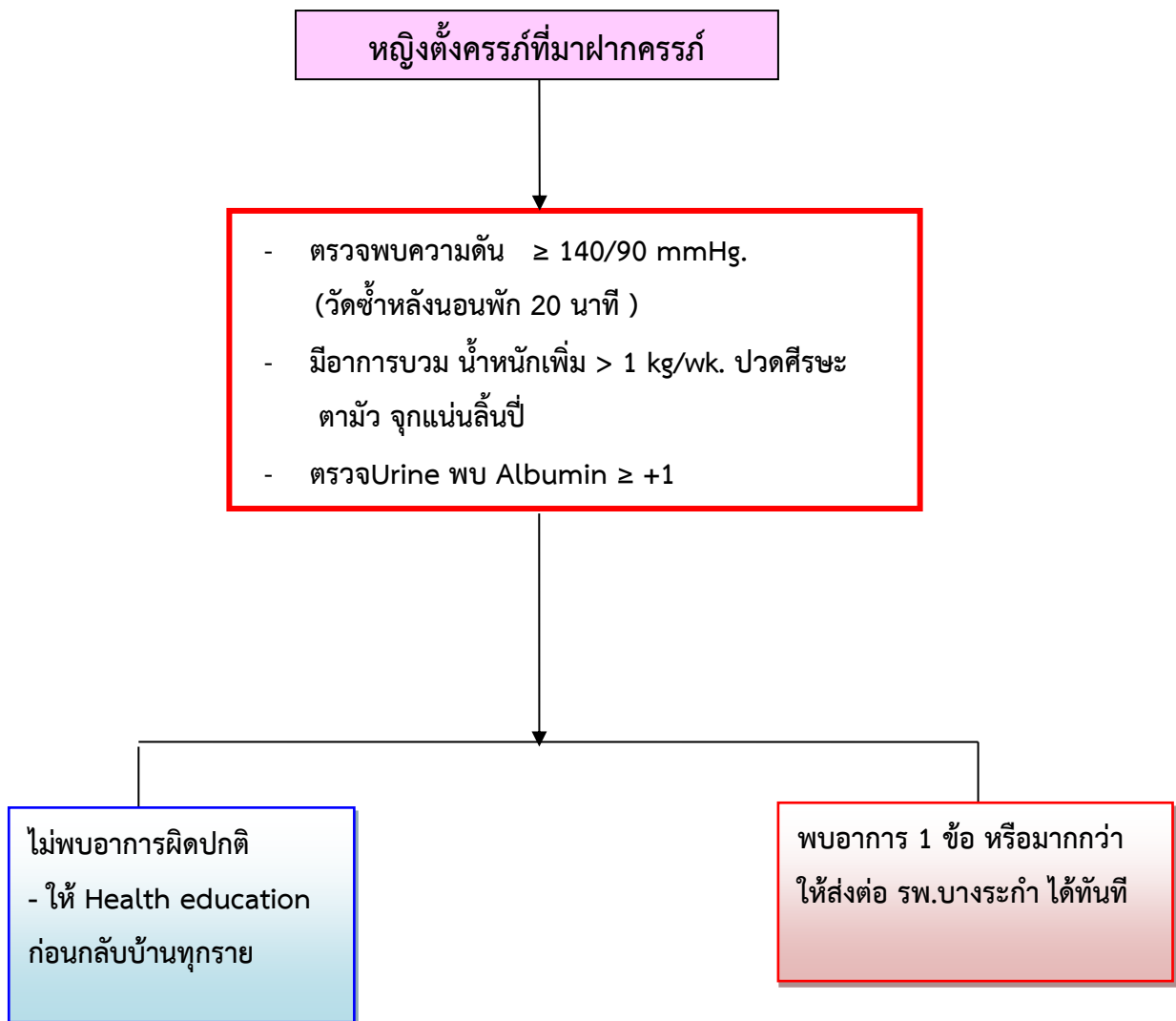
วันที่บังคับใช้ 1 ตุลาคม 2566

	พื้มนำทางคลินิก	
	คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	
	☒ ควบคุม ☐ ไม่ควบคุม	ผู้รับผิดชอบ: พื้มนำทางคลินิก
	วันที่บังคับใช้: 1 ตุลาคม 2566	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : PCU / รพ.สต.ใน เครือข่าย คปสอ.บางระกำ
	แก้ไขครั้งที่ 8	ผู้อนุมัติ : นพ.ภูวดล พลพวก
แนวทางการดูแลและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ ที่ PCU / รพ.สต.ในเครือข่าย คปสอ.บางระกำ เรื่อง 1. เกณฑ์การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์จาก รพ.สต.ในเครือข่าย คปสอ.บางระกำไปรพ.บางระกำ 2. ภาวะ PIH ในหญิงตั้งครรภ์ 3. ภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์ 4. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ Anti HIV+ ve 5. การคัดกรองและวินิจฉัยเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์		หน้า: 1 ของ 7 หน้า
1. วัตถุประสงค์ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับเจ้าหน้าที่ PCU / รพ.สต.ในเครือข่าย คปสอ.บางระกำ สามารถคัดกรองและดูแลรักษาหญิง ตั้งครรภ์ในเบื้องต้น ได้ถูกต้องมีประสิทธิภาพและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ด้วยความรวดเร็ว ทันทั่วถึงที่ก่อนส่งต่อ โรงพยาบาลบางระกำ		
2. ขอบข่าย หญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ PCU / รพ.สต.ในเครือข่าย คปสอ.บางระกำ		
3. นโยบาย หญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ PCU / รพ.สต.ในเครือข่าย คปสอ.บางระกำ รับการคัดกรองและดูแลรักษาได้ ถูกต้อง รวดเร็ว ทันทั่วถึงที่ มารดาและทารกปลอดภัย		
4. ความรับผิดชอบ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานที่ PCU / รพ.สต.ในเครือข่าย คปสอ.บางระกำ มีหน้าที่ให้บริการตรวจครรภ์ คัดกรองและดูแลรักษาเบื้องต้นด้วยความรวดเร็วและถูกต้อง		

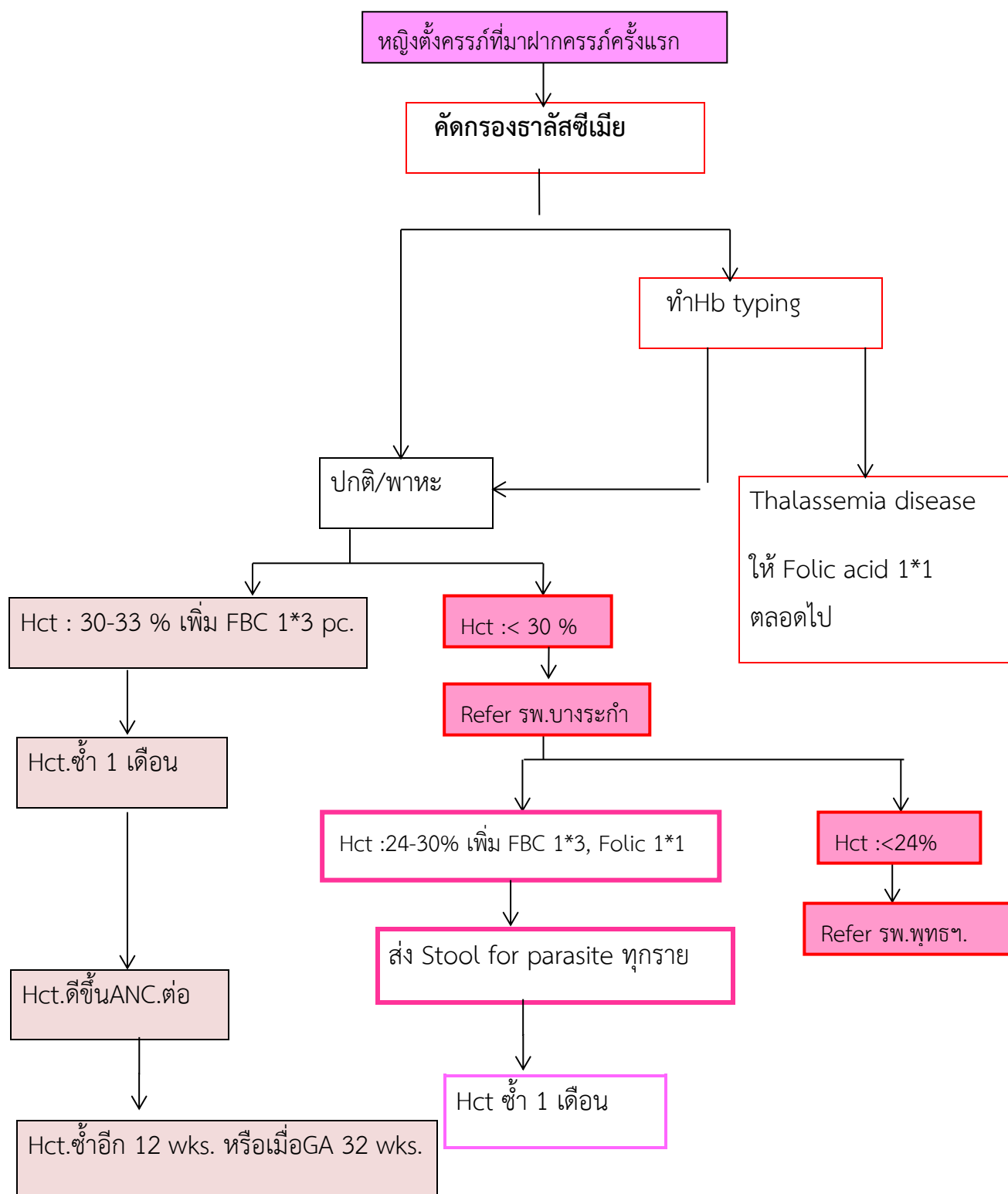
แนวทางดูแลหญิงตั้งครรภ์ตามการฝากครรภ์คุณภาพ คปสอ.บางระกำ 2566



แนวทางการตรวจคัดกรองภาวะ PIH ในหญิงตั้งครรภ์ ศูนย์สุขภาพชุมชน/รพสต.ในเขตอำเภอบางระกำ

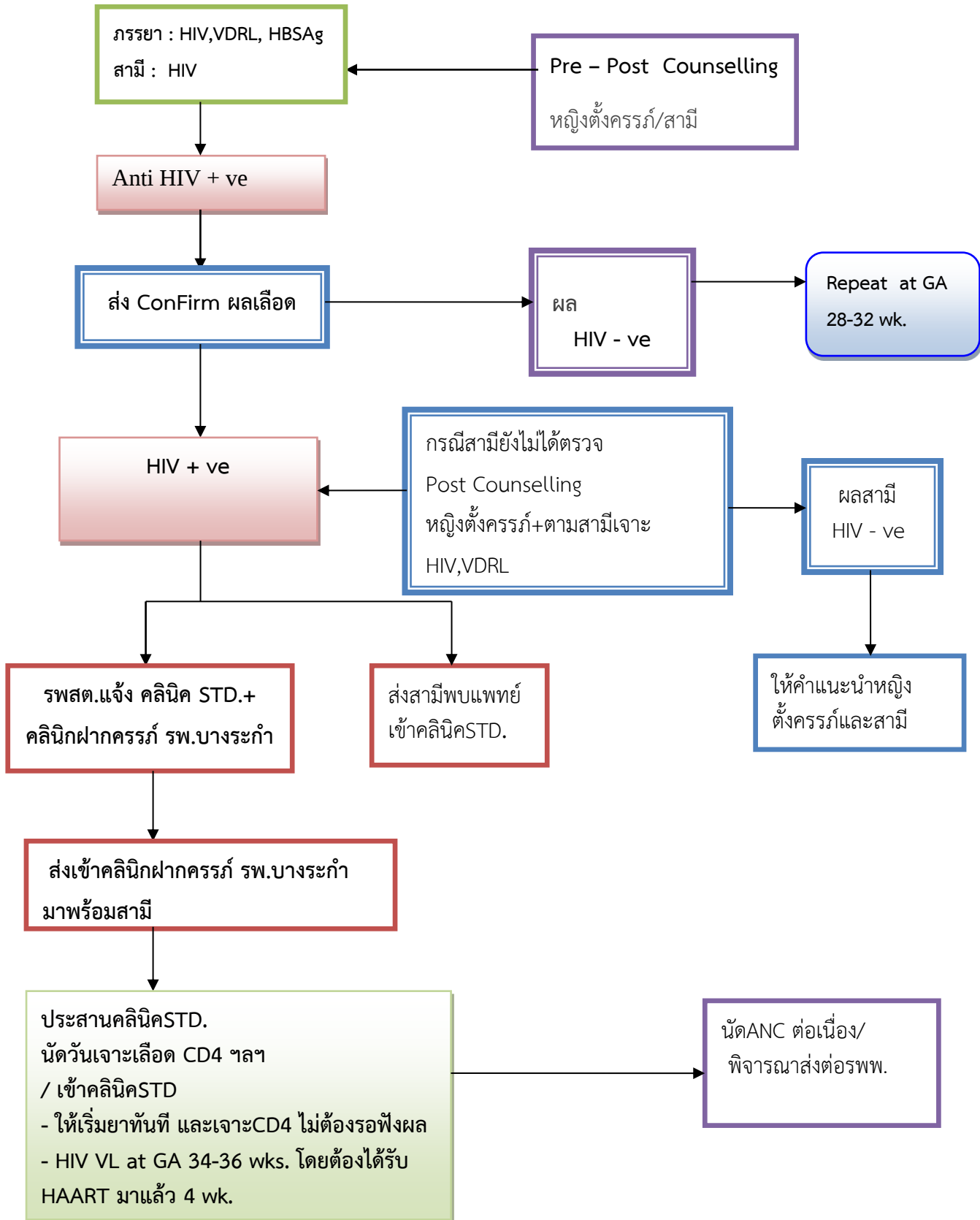


แนวทางการดูแลภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์

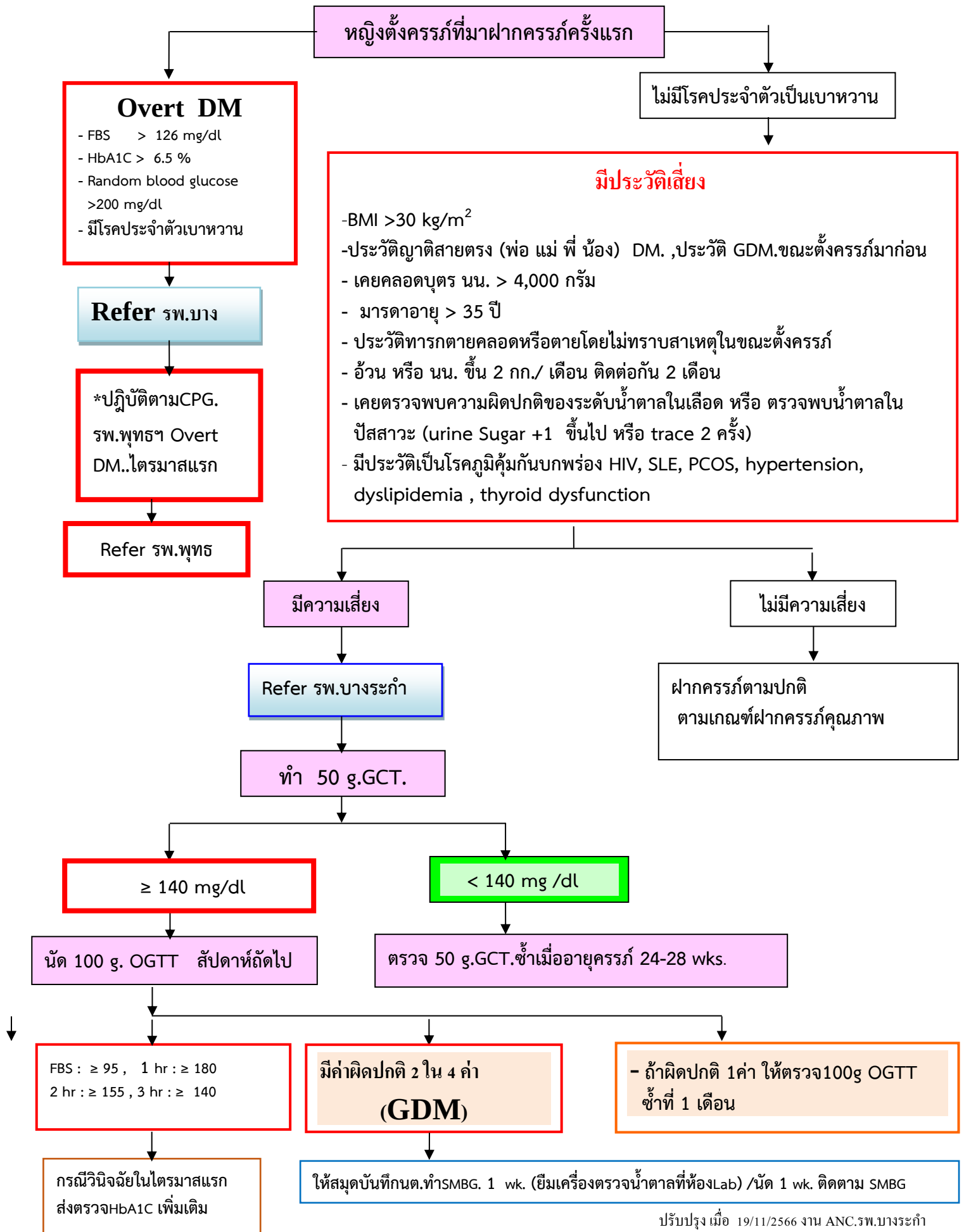


Flow Chartการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ Anti HIV+ ve

หน้า 5



แนวทางการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ในเขตอ.บางระกำ



ระดับน้ำตาลที่เหมาะสม

เกณฑ์การวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ตาม Carpenter and Coustan

Time	ระดับกลูโคส ในกระแสเลือด (mg/dl)
Fasting	95
1-hour	180
2-hour	155
3-hour	140

BG > 95 วินิจฉัย GDMA2

BG ปกติ แต่มีค่าผิดปกติ 2 ใน 3 ของค่าที่ 1, 2 และ 3 ชั่วโมง หลังรับประทานกลูโคส วินิจฉัย GDMA1

- ก่อนอาหารเช้า (FBS) < 95 mg/dl.
- หลังอาหาร 1 ชม. (1hr PP) < 140 mg/dl.
- หลังอาหาร 2 ชม. (2hr PP) < 120 mg/dl.



คปสอ.บางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

คู่มือคุณภาพทีมนำทางคลินิก

เลขที่ CPG -PCT-009

เรื่อง แนวทางการติดตามความผิดปกติของ TSH ทารกแรกเกิด

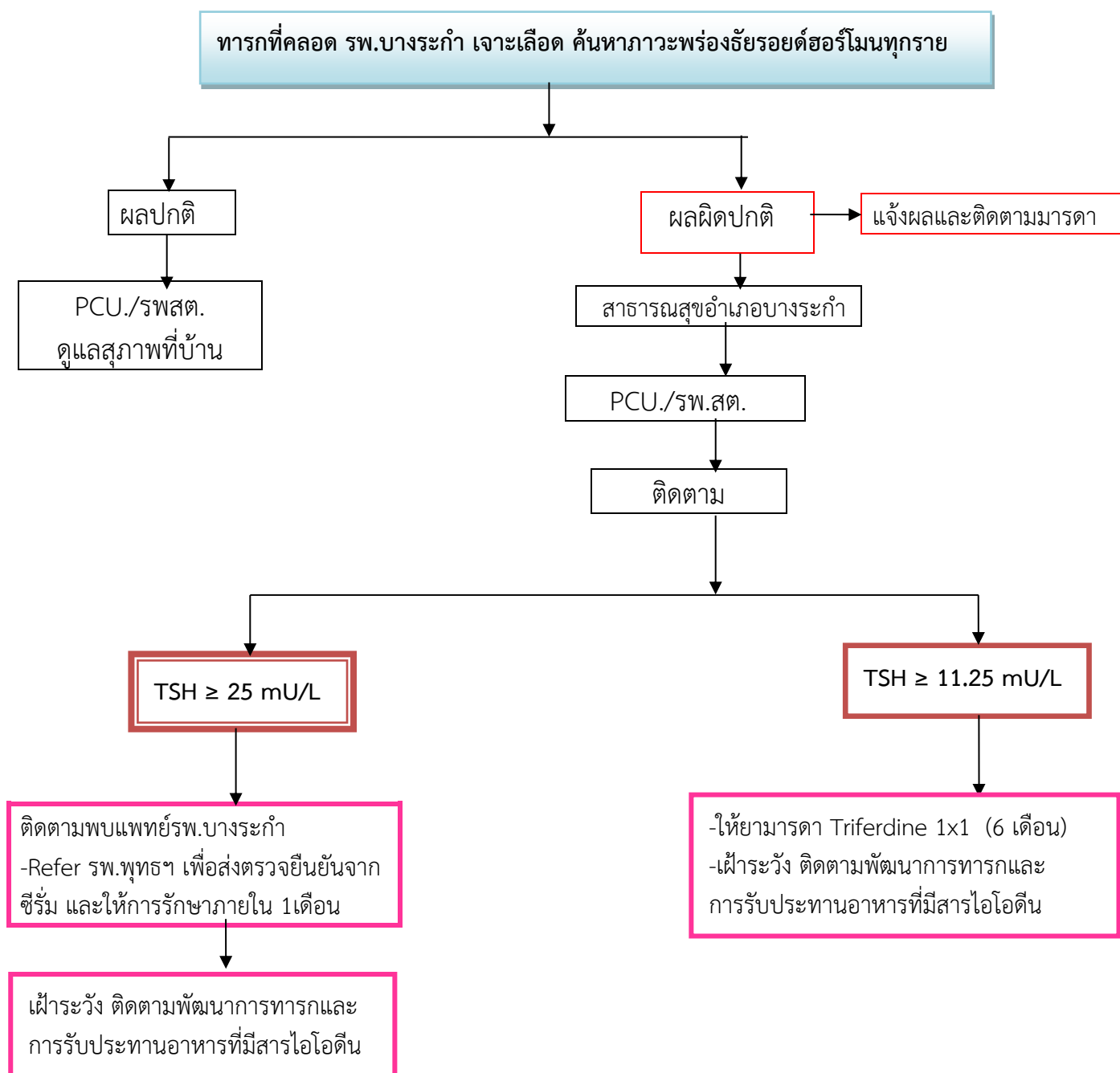
	ชื่อ	ตำแหน่ง	วันที่
ผู้จัดทำ	คณะกรรมการทีมนำทางคลินิก		
ผู้ตรวจสอบ	นางสาวปริญ มั่นเข้มทอง	ประธานทีมนำทางคลินิก	10 ธ.ค.2565
ผู้ควบคุมกำกับ	นายวิเชียร มีบุญล้ำ	รองประธาน คปสอ.บางระกำ	10 ธ.ค.2565
ผู้อนุมัติ	นายภูวดล พลพวก	ประธาน คปสอ.บางระกำ	10 ธ.ค.2565

แก้ไขครั้งที่ 07

วันที่บังคับใช้ 10 ธันวาคม 2565

	ทีมนำทางคลินิก	
	คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	
	☒ ควบคุม ☐ ไม่ควบคุม	ผู้รับผิดชอบ: ทีมนำทางคลินิก
	วันที่บังคับใช้: 10 ธ.ค.2565	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : PCU / รพ.สต.ในเครือข่าย คปสอ.บางระกำ
	แก้ไขครั้งที่ 7	ผู้อนุมัติ : นพ.ภูวตล พลพวง
แนวทางติดตามความผิดปกติของ TSH ทารกแรกเกิด เลขที่ CPG-PCT-009		หน้า: 1 ของ 2 หน้า
1. วัตถุประสงค์ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาล PCU / รพ.สต.ในเครือข่าย คปสอ.บางระกำ ในการติดตามทารกที่มีความผิดปกติของ TSH ทารกแรกเกิด ได้ถูกต้องมีประสิทธิภาพและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน 2. ขอบข่าย ทารกแรกคลอดที่โรงพยาบาล ได้รับการติดตามโดย รพ.สต.ในเครือข่าย คปสอ.บางระกำ 3. นโยบาย ทารกแรกคลอดที่โรงพยาบาล มีการติดตามโดย PCU / รพ.สต.ในเครือข่าย คปสอ.บางระกำ เพื่อให้ทารกได้รับความปลอดภัย 4. ความรับผิดชอบ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานที่ PCU / รพ.สต.ในเครือข่าย คปสอ.บางระกำ มีหน้าที่ติดตามทารกหลังคลอดที่มีความผิดปกติของ TSH ทุกราย		

แนวทางการติดตามความผิดปกติของ TSH ทารกแรกเกิด





คปสอ.บางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

คู่มือคุณภาพพื้มนำทางคลินิก

เลขที่ CPG -PCT-010

เรื่อง แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจ

	ชื่อ	ตำแหน่ง	วันที่
ผู้จัดทำ	คณะกรรมการพื้มนำทางคลินิก		
ผู้ตรวจสอบ	นางสาวปริญ มั่นเข้มทอง	ประธานพื้มนำทางคลินิก	1 ต.ค. 2566
ผู้อนุมัติ	นายภูวดล พลพวก	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	1 ต.ค. 2566

แก้ไขครั้งที่ 04

วันที่บังคับใช้ 1 ตุลาคม 2566

	พื้มนำทางคลินิก	
	คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	
	☒ ควบคุม ☐ ไม่ควบคุม	ผู้รับผิดชอบ: พื้มนำทางคลินิก
	วันที่บังคับใช้: 1 ต.ค.2566	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : PCU / รพ.สต.ในเครือข่าย คปสอ.บางระกำ
	แก้ไขครั้งที่ 4	ผู้อนุมัติ : นพ.ภูวดล พลพวก
แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจ เลขที่ CPG-PCT-010		หน้า: 1 ของ 11 หน้า
1.วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีอาการของการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างถูกต้อง รวดเร็วและปลอดภัย 2.ขอบข่าย แนวทางการดูแลรักษาใช้กับผู้ป่วยมารับบริการที่ รพ.สต.เครือข่าย คปสอ.บางระกำ 3.นิยามศัพท์ โรคระบบทางเดินหายใจ เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของอวัยวะในระบบทางเดินหายใจ ประกอบด้วยส่วนรูจมูก (Nostrill), โพรงจมูก (Nasal cavity), คอหอย (Pharynx), หลอดลม (trachea), ขั้วปอด (Bronchus) และปอด (alveolu) ตามลำดับ 4.เอกสารอ้างอิง แนวปฏิบัติบริการสุขภาพสำหรับศูนย์สุขภาพชุมชน ด้านการรักษาพยาบาล 5.นโยบาย ผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ ได้รับการดูแลรักษาด้วยความรวดเร็วและปลอดภัย 6.ความรับผิดชอบ พยาบาลและจนท.สาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานที่รพ.สต.ให้การวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยที่มีโรคระบบทางเดินหายใจ ด้วยความรวดเร็วและถูกต้องเพื่อให้ผู้ป่วยบริการได้รับความปลอดภัย		



ทีมนำทางคลินิก

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)

☒ ควบคุม

☐ ไม่ควบคุม

ผู้รับผิดชอบ: ทีมนำทางคลินิก

วันที่บังคับใช้: 1 ต.ค.2566

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : PCU / รพ.สต.ในเครือข่าย
คปสอ.บางระกำ

แก้ไขครั้งที่ 4

ผู้อนุมัติ : นพ.ภูวตล พลพวง

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจ
เลขที่ CPG-PCT-010

หน้า: 2 ของ 11 หน้า

7.วิธีปฏิบัติ

แนวทางปฏิบัติในการรักษาโรคเบื้องต้น อาการที่พบบ่อยซึ่งต้องวินิจฉัยแยกโรคเพื่อการส่งต่อ
บรรเทาอาการหรือให้การรักษาเบื้องต้น ได้แก่

1. อาการในระบบทางเดินหายใจ

1.1 ไข้หวัด : เป็นอาการตัวร้อน (อุณหภูมิสูงกว่าปกติ) ร่วมกับน้ำมูกไหล อาจมีอาการไอ
ร่วมด้วย

อาการร่วม/อาการแสดง	ประเมินอาการ	การรักษาเบื้องต้น/ส่งต่อ
1. ถ้ามีอาการร่วมกับอาการข้อใด ข้อหนึ่ง ต่อไปนี้ 1.1 เจ็บหน้าอกมากเวลา หายใจเข้า 1.2 หายใจหอบ 1.3 ฟังปอดมีเสียงค้องหรือ เสียงกรอบแกรบ (crepitation)	ฉุกเฉิน	- ส่งต่อทันที โดยให้การรักษาเบื้องต้น ดังนี้ - วัดสัญญาณชีพ - ดูแลภาวะฉุกเฉิน (ABCs)
2. มีอาการร่วมกับอาการข้อใด ข้อหนึ่ง ต่อไปนี้ 2.1 ปวดในหู หูอื้อ 2.2 มีไข้เกิน 7 วัน	ต้องการวินิจฉัย เพิ่มเติม	ส่งต่อภายใน 24 ชั่วโมง โดยพิจารณาให้ยาเพื่อบรรเทา อาการตามความจำเป็น
3. ไม่มีอาการดัง ข้อ 1 และ 2 3.1 เป็นไข้หวัดโดยไม่มี อาการอื่นๆ	ไข้หวัด	- นอนพัก เช็ดตัว ตีมน้ำมาก ๆ ห้ามอาบน้ำเย็น - ถ้าเบื่ออาหารให้กินน้ำหวาน ข้าวต้ม - ให้ยาลดไข้ Paracetamol - พิจารณาให้ยาเพื่อบรรเทาอาการตามความจำเป็น



ทีมนำทางคลินิก

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)

☒ ควบคุม ☐ ไม่ควบคุม

ผู้รับผิดชอบ: ทีมนำทางคลินิก

วันที่บังคับใช้: 1 ต.ค.2566

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : PCU / รพ.สต.ในเครือข่าย
คปสอ.บางระกำ

แก้ไขครั้งที่ 4

ผู้อนุมัติ : นพ.ภูวตล พลพวง

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจ
เลขที่ CPG-PCT-010

หน้า: 3 ของ 11 หน้า

7.วิธีปฏิบัติ

แนวทางปฏิบัติในการรักษาโรคเบื้องต้น อาการที่พบบ่อยซึ่งต้องวินิจฉัยแยกโรคเพื่อการส่งต่อ
บรรเทาอาการหรือให้การรักษาเบื้องต้น ได้แก่

1. อาการในระบบทางเดินหายใจ

1.1 ไข้หวัด : เป็นอาการตัวร้อน (อุณหภูมิสูงกว่าปกติ) ร่วมกับน้ำมูกไหล อาจมีอาการไอ
ร่วมด้วย

อาการร่วม/อาการแสดง	ประเมินอาการ	การรักษาเบื้องต้น/ส่งต่อ
1. ถ้ามีอาการร่วมกับอาการข้อใดข้อหนึ่ง ต่อไปนี้ 1.1 เจ็บหน้าอกมากเวลาหายใจเข้า 1.2 หายใจหอบ 1.3 ฟังปอดมีเสียงค้องหรือเสียงกรอบแกรบ (crepitation)	ฉุกเฉิน	- ส่งต่อทันที โดยให้การรักษาเบื้องต้น ดังนี้ - วัดสัญญาณชีพ - ดูแลภาวะฉุกเฉิน (ABCs)
2. มีอาการร่วมกับอาการข้อใดข้อหนึ่ง ต่อไปนี้ 2.1 ปวดในหู หูอื้อ 2.2 มีไข้เกิน 7 วัน	ต้องการวินิจฉัยเพิ่มเติม	ส่งต่อภายใน 24 ชั่วโมง โดยพิจารณาให้ยาเพื่อบรรเทาอาการตามความจำเป็น
3. ไม่มีอาการดัง ข้อ 1 และ 2 3.1 เป็นไข้หวัดโดยไม่มีอาการอื่นๆ	ไข้หวัด	- นอนพัก เช็ดตัว ตีมน้ำมาก ๆ ห้ามอาบน้ำเย็น - ถ้าเบื่ออาหารให้กินน้ำหวาน ข้าวต้ม - ให้ยาลดไข้ Paracetamol - พิจารณาให้ยาเพื่อบรรเทาอาการตามความจำเป็น



ทีมนำทางคลินิก

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)

☒ ควบคุม ☐ ไม่ควบคุม

ผู้รับผิดชอบ: ทีมนำทางคลินิก

วันที่บังคับใช้: 1 ต.ค.2566

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : PCU / รพ.สต.ในเครือข่าย
คปสอ.บางระกำ

แก้ไขครั้งที่ 4

ผู้อนุมัติ : นพ.ภูวดล พลพวง

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจ
เลขที่ CPG-PCT-010

หน้า: 4 ของ 11 หน้า

อาการร่วม/อาการแสดง	ประเมินอาการ	การรักษาเบื้องต้น/ส่งต่อ
3.3 ถ้าไอเพียงเล็กน้อย	ไข้หวัด	ให้จิบน้ำอุ่นบ่อยๆ ถ้าไอมากให้ดื่มน้ำอุ่นมากๆ จิบน้ำผึ้งผสมมะนาว หรือให้ยาแก้ไอ
3.4 ถ้ามีไข้ทุกวันเกิน 4 วัน ทอนซิลบวมแดง หรือเป็นจุดหนอง น้ำมูกข้น เหลืองหรือเขียว เกิน 24 ชั่วโมง หรือไอมี เสมหะข้นเหลือง หรือเขียว	ต่อมทอนซิล อักเสบ หลอดลม อักเสบ	- ควรให้ยาปฏิชีวนะ (Amoxycillin หรือ Erythromycin) 3 วัน ถ้าดีขึ้นกินต่ออีก 5-7 วัน (ถ้าเป็นทอนซิลอักเสบควรให้นาน 10 วัน) - ควรส่งต่อ ถ้าไม่ดีขึ้น
3.5 ถ้ามีไข้ทุกวันเกิน 7 วัน หรือมีอาการดังในข้อ 1 และ 2 เกิดร่วมด้วยใน ระยะต่อมา	ต้องการวินิจฉัย เพิ่มเติม	- ให้การรักษาตามความจำเป็น - ควรส่งต่อ

	พินำทางคลินิก	
	คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	
	☒ ควบคุม ☐ ไม่ควบคุม	ผู้รับผิดชอบ: พินำทางคลินิก
	วันที่บังคับใช้: 1 ต.ค.2566	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : PCU / รพ.สต.ในเครือข่าย คปสอ.บางระกำ
	แก้ไขครั้งที่ 4	ผู้อนุมัติ : นพ.ภูวตล พลพวก
แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจ เลขที่ CPG-PCT-010		หน้า: 5 ของ 11 หน้า

**1.2 คัดจมูก/น้ำมูกไหล หมายถึง อาการแน่นจมูก คัดจมูกหรือมีน้ำมูกไหลโดยไม่มีอาการ
ตัวร้อนร่วมด้วย ถ้ามีอาการตัวร้อนร่วมด้วย ดูเรื่อง “ไข้หวัด”**

อาการร่วม/อาการแสดง	ประเมินอาการ	การรักษาเบื้องต้น/ส่งต่อ
1. ถ้ามีอาการร่วมกับอาการข้อใดข้อหนึ่งดังนี้ 1.1 มีอาการปวดหู หูอื้อ 1.2 มีต่อมน้ำเหลืองข้างคอโตมากกว่า 1 ซม. 1.3 มีเลือดกำเดาไหล	ต้องการวินิจฉัยเพิ่มเติม	• ส่งต่อภายใน 1 สัปดาห์ • ให้การรักษาตามความจำเป็น
2. ถ้าไม่มีอาการดังข้อ 1 2.1 ถ้าคัดจมูก/น้ำมูกไหล	หวัด	• ให้กิน Chlorpheniramine • ถ้าไม่ต้องการกินยา แนะนำให้ใช้หอมแดงปอกเปลือกทุบ ต้มในน้ำร้อน แล้วผสมน้ำอาบ หรือใช้สดโดยทุบแล้วไว้ได้หอมหรือบริเวณใกล้เคียง ช่วยลดอาการคัดจมูก ลดน้ำมูกได้



ทึมนำทางคลินิก

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)

☒ ควบคุม ☐ ไม่ควบคุม

ผู้รับผิดชอบ: ทีมนำทางคลินิก

วันที่บังคับใช้: 1 ต.ค.2566

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : PCU / รพ.สต.ในเครือข่าย
คปสอ.บางระกำ

แก้ไขครั้งที่ 4

ผู้อนุมัติ : นพ.ภูวดล พลพวก

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจ
เลขที่ CPG-PCT-010

หน้า: 6 ของ 11 หน้า

อาการร่วม/อาการแสดง	ประเมินอาการ	การรักษาเบื้องต้น/ส่งต่อ
2.2 ถ้ามีน้ำมูกข้นเหลืองหรือเขียวเกิน 24 ชั่วโมง	หวัดจากเชื้อแบคทีเรีย	- ให้ยาปฏิชีวนะ (Amoxycillin หรือ Erythromycin) 3 วัน - ถ้าดีขึ้นกินต่ออีก 5-7 วัน - ควรส่งต่อ ถ้าไม่ดีขึ้นหรือเป็น ๆ หาย ๆ บ่อย
2.3 ถ้าเป็นโรคจากภูมิแพ้ (มีอาการจาม คันคอ คัดจมูก น้ำมูกใส)	ภูมิแพ้	ให้ Chlorpheniramine และควรแนะนำให้หลีกเลี่ยงสิ่งที่แพ้ ควรอยู่ในบริเวณที่อากาศถ่ายเทดี และออกกำลังกายเป็นประจำ
2.4 ถ้ามีอาการคัดจมูก/น้ำมูกไหล เป็น ๆ หาย ๆ เรื้อรังหรือมีอาการดังในข้อ 1 เกิดร่วมด้วยในระยะต่อมา	ต้องการวินิจฉัยเพิ่มเติม	ควรส่งต่อ

	ทึมนำทางคลินิก	
	คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	
	☒ ควบคุม ☐ ไม่ควบคุม	ผู้รับผิดชอบ: ทึมนำทางคลินิก
	วันที่บังคับใช้: 1 ต.ค.2566	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : PCU / รพ.สต.ในเครือข่าย คปสอ.บางระกำ
	แก้ไขครั้งที่ 4	ผู้อนุมัติ : นพ.ภูวดล พลพวก
แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจ เลขที่ CPG-PCT-010		หน้า: 7 ของ 11 หน้า

1.3 ไอ : เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายเพื่อขับดันน้ำเมือก สารแปลกปลอมและอากาศออกจากหลอดลมอย่างเฉียบพลัน มีทั้งลักษณะที่ไอแห้งๆ หรือไอมีเสมหะ

อาการร่วม/อาการแสดง	ประเมินอาการ	การรักษาเบื้องต้น/ส่งต่อ
1. ถ้ามีอาการร่วมกับอาการข้อใดข้อหนึ่ง ต่อไปนี้ 1.1 หายใจหอบ 1.2 มีไข้หนาวสั่นมากหรือมีไข้ร่วมกับเจ็บหน้าอกเวลาหายใจเข้า 1.3 ปอดเคาะที่บหรือฟังปอดมีเสียง หายใจค้อย	ฉุกเฉิน	• วัดสัญญาณชีพ • ดูแลภาวะฉุกเฉิน (ABCs) • ให้ O₂ ตามความจำเป็น • ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตามความจำเป็น • ลดไข้ • ส่งต่อทันที



ทีมนำทางคลินิก

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)

☒ ควบคุม ☐ ไม่ควบคุม

ผู้รับผิดชอบ: ทีมนำทางคลินิก

วันที่บังคับใช้: 1 ต.ค.2566

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : PCU / รพ.สต.ในเครือข่าย
คปสอ.บางระกำ

แก้ไขครั้งที่ 4

ผู้อนุมัติ : นพ.ภูวดล พลพวง

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจ
เลขที่ CPG-PCT-010

หน้า: 8 ของ 11 หน้า

อาการร่วม/อาการแสดง	ประเมินอาการ	การรักษาเบื้องต้น/ส่งต่อ
2. ถ้ามีอาการร่วมกับอาการข้อใดข้อหนึ่ง ต่อไปนี้ 2.1 มีไข้เกิน 7 วัน 2.2 น้ำหนักลด 2.3 ไอเป็นเลือด 2.4 ฟังปอดมีเสียงกรอบแกรบ (crepitation) หรือเสียงวี๊ด (wheezing) แต่ไม่เหนื่อยหอบมาก	อาจเป็น ปอดบวม วัณโรค ถุงลมโป่งพอง หรือมะเร็ง	• วัดสัญญาณชีพ • ให้ยาตามอาการ • ส่งต่อภายใน 24 ชั่วโมง
3. ถ้ามีอาการร่วมกับอาการข้อใดข้อหนึ่ง ต่อไปนี้ 3.1 ถ้าไอมีเสมหะเหลืองหรือเขียว	หลอดลมอักเสบจาก แบคทีเรีย	• แนะนำพักผ่อน ดื่มน้ำอุ่นมากๆ งดสูบบุหรี่ เหล้า น้ำแข็ง น้ำเย็น ของทอดของมัน • ให้ยาลดไข้ (Paracetamol) ถ้ามีไข้ ให้ยาขับเสมหะ แก้ไอตามความจำเป็น • ให้ยาปฏิชีวนะ (Amoxycillin หรือ Cotrimoxazole หรือ Erythromycin) 3 วัน • ถ้าดีขึ้นกินต่ออีก 5-7 วัน • ควรส่งต่อ ถ้าไม่ดีขึ้น
3.2 ถ้าจามบ่อย คัดจมูก คันคอ	ภูมิแพ้	• ให้ยาแก้แพ้ เช่น Chlorpheniramine ยาแก้ไอ • หลีกเลี่ยงสิ่งที่แพ้และออกกำลังกายเป็นประจำ • ควรส่งต่อ ถ้าอาการไม่ดีขึ้นภายใน 1 สัปดาห์

	พื้มนำทางคลินิีก	
	คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	
	☒ ควบคุม ☐ ไม่ควบคุม	ผู้รับผิดชอบ: พื้มนำทางคลินิีก
	วันที่บังคับใช้: 1 ต.ค.2566	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : PCU / รพ.สต.ในเครือข่าย คปสอ.บางระกำ
	แก้ไขครั้งที่ 4	ผู้อนุมัติ : นพ.ภูวตล พลพวก
แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจ เลขที่ CPG-PCT-010		หน้า: 9 ของ 11 หน้า

4. ถ้ามีอาการร่ว้กับอาการข้อใด ข้อหนึ่ง ต่อไปนี้ 4.1 โอม้เสมหะสีขาว		• แนะนำพักผ่อน, จิบน้ำอุ่น ๆ หรือน้ำผึ้งผสมมะนาว บ่อย ๆ • งดบุหรี่ เหล้า น้ำแข็ง น้ำเย็น ของทอด ของมัน ๆ
4.2 ไอแห้ง ๆ		• ให้ยาแก้ไอ
4.3 ถ้ามีไข้		• ให้ยาลดไข้
4.4 ถ้ามีไข้เกิน 7 วัน, น้ำหนัก ลด โอม้เกิน 3 สัปดาห์ หรือรู้สึกเหนื่อยหอบง่าย	ต้องการวินิจฉัย เพิ่มเติม	• ควรส่งต่อ อาจเป็นปอดบวม วัณโรค ถุงลมโป่งพอง เรื้อรัง หรือมะเร็งปอด



คุณภาพ (Quality Manual)

ผู้รับผิดชอบ: ทีมนำทางคลินิก

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : PCU / รพ.สต.ในเครือข่าย
คปสอ.บางระกำ

ผู้อนุมัติ : นพ.ภูวดล พลพวก

หน้า: 10 ของ 11 หน้า

1.4 หอบ : มีอาการหายใจหอบลึกหายใจเร็ว หายใจขัดหรือลำบาก

อาการร่วม/อาการแสดง	ประเมินอาการ	การรักษาเบื้องต้น/ส่งต่อ
1. มีอาการร่วมกับอาการข้อใดข้อหนึ่ง ต่อไปนี้ 1.1 มีไข้ 1.2 เจ็บหน้าอก 1.3 บวม 1.4 ซีด 1.5 ท้องเดินรุนแรง 1.6 มีประวัติเป็นเบาหวาน	ฉุกเฉิน	- ส่งต่อทันที โดยให้การรักษเบื้องต้น ดังนี้ - วัดสัญญาณชีพ - ดูแลภาวะฉุกเฉิน (ABCs) - เจาะ ดุน้ำตาลปลายนิ้วในกรณีประวัติเป็นเบาหวาน - พิจารณาให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามความ จำเป็น - ถ้าน้ำตาลในเลือดสูง พิจารณาให้ NSS หรือ N/2
2. ถ้าไม่มีอาการดังในข้อ 1 2.1 มีประวัติเป็นโรคหืดหรือใช้เครื่องฟุ้ง ตรวจปอดมีเสียง Wheezing	โรคหืด	- ให้ยาขยายหลอดลม - ควรส่งต่อ ถ้าไม่ดีขึ้นใน 1 ชั่วโมง
2.2 หายใจหอบลึก มือจับเกร็งทั้งสองข้าง มีอาการหลังมีเรื่องขัดใจ	กลุ่มอาการ ระบายนม หายใจเกิน	- หายใจในกรวยกระดาษ หรือถุงพลาสติก - แนะนำให้หายใจเข้า-ออกช้า ๆ - ไม่ควรให้ออกซิเจน - สอบถาม-แนะนำญาติผู้ป่วย - ควรส่งต่อ ถ้าไม่ดีขึ้นใน 30 นาที
2.3 ถ้าไม่มีอาการดังกล่าวข้างต้น	ฉุกเฉิน/ต้องการ วินิจฉัยเพิ่มเติม	ส่งต่อทันที



ทีมนำทางคลินิก

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)

☒ ควบคุม

☐ ไม่ควบคุม

ผู้รับผิดชอบ: ทีมนำทางคลินิก

วันที่บังคับใช้: 1 ต.ค.2566

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : PCU / รพ.สต.ในเครือข่าย
คปสอ.บางระกำ

แก้ไขครั้งที่ 4

ผู้อนุมัติ : นพ.ภูวดล พลพวง

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจ
เลขที่ CPG-PCT-010

หน้า: 11 ของ 11 หน้า

1.5 เสียงแหบ : มีอาการเสียงแหบแห้ง ผิดไปจากปกติ ถ้ามีอาการเป็นหวัด เจ็บคอ หรือ
ไอร่วมด้วยดูเรื่อง “ คัดจมูก / น้ำมูกไหล / เจ็บคอ / ไอ ”

อาการร่วม/อาการแสดง	ประเมินอาการ	การรักษาเบื้องต้น/ส่งต่อ
1. ถ้ามีอาการหายใจหอบหรือ หายใจลำบากร่วมด้วย	ฉุกเฉิน	- ส่งต่อทันที โดยให้การรักษาเบื้องต้น ดังนี้ - วัดสัญญาณชีพ - ดูแลภาวะฉุกเฉิน (ABCs)

อาการร่วม/อาการแสดง	ประเมินอาการ	การรักษาเบื้องต้น/ส่งต่อ
2. ถ้ามีอาการร่วมกับอาการข้อใด ข้อหนึ่ง ต่อไปนี้ 2.1 เสียงแหบเกิน 3 สัปดาห์ 2.2 คลำได้ก้อนแข็งที่ข้างคอ	ต้องการวินิจฉัย เพิ่มเติม	- ควรส่งต่อภายใน 3 วัน อาจเป็นเนื้องอกของระบบ หายใจ - ให้ยาตามความจำเป็น
3. ถ้าไม่มีอาการในข้อ 1 และ 2	ต้องการวินิจฉัย เพิ่มเติม	- งดเหล้า, บุหรี่ - พักการใช้เสียง พยายามใช้เสียงน้อยที่สุด - ดื่มน้ำอุ่นมากๆ - สูดไอน้ำร้อนนานครั้งละ 5 นาที วันละ 2 ครั้ง - ถ้ามีไข้ให้ Paracetamol - ถ้ามีน้ำมูก หรือเสมหะข้นเหลือง หรือเขียว หรือทอนซิล อักเสบให้ยาปฏิชีวนะ (Pen V หรือ Amoxycillin หรือ Erythromycin) 3 วัน ถ้าดีขึ้นกินต่อ 5 - 7 วัน - ควรส่งต่อ ถ้ามีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ - ไม่ทุเลาใน 3 วัน - มีเสียงแหบนานเกิน 3 สัปดาห์ - มีไข้เกิน 1 สัปดาห์



คปสอ.บางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

คู่มือคุณภาพที่มำทางคลินิก

เลขที่ CPG -PCT-011

เรื่อง แนวทางการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิต

	ชื่อ	ตำแหน่ง	วันที่
ผู้จัดทำ	คณะกรรมการที่มำทางคลินิก		
ผู้ตรวจสอบ	นางสาวปริญ มั่นเข้มทอง	ประธานที่มำทางคลินิก	1 ต.ค. 2566
ผู้ควบคุมกำกับ	นายวิเชียร มีบุญล้ำ	รองประธาน คปสอ.บางระกำ	1 ต.ค. 2566
ผู้อนุมัติ	นายภูวดล พลพวก	ประธาน คปสอ.บางระกำ	1 ต.ค. 2566

แก้ไขครั้งที่ 06

วันที่บังคับใช้ 1 ตุลาคม 2566

	ทีมนำทางคลินิก	
	คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	
	☒ ควบคุม ☐ ไม่ควบคุม	ผู้รับผิดชอบ: ทีมนำทางคลินิก
	วันที่บังคับใช้: 1 ตุลาคม 2566	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : PCU /รพ.สต. ในเครือข่าย คปสอ.บางระกำ
	แก้ไขครั้งที่ 6	ผู้อนุมัติ : นพ.ภูวดล พลพวง
แนวทางการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิต เลขที่ CPG-PCT-011		หน้า: 1 ของ 4 หน้า
1. วัตถุประสงค์ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับเจ้าหน้าที่ PCC และรพ.สต. คัดกรองและดูแลผู้ป่วยด้านสุขภาพจิต มีภาวะซึมเศร้า/ผู้ที่มีภาวะวิกฤติสุขภาพจิต เสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเองและฆ่าตัวตายสำเร็จได้ถูกต้อง 2. ขอบข่าย แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่พบปัญหาทางด้านสุขภาพจิต ผู้ที่มีภาวะวิกฤติสุขภาพจิต มารับบริการที่ PCC และรพ.สต.ในเครือข่าย คปสอ.บางระกำ 3. นโยบาย ผู้ป่วยด้านสุขภาพจิต มีภาวะซึมเศร้า/เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้ที่มีภาวะวิกฤติสุขภาพจิต ที่มารับบริการที่ PCC /รพ.สต. ได้รับการดูแลแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ป้องกันการทำร้ายตัวเอง และป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จ 4. ความรับผิดชอบ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานที่ PCC และรพ.สต.อำเภอบางระกำ มีหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยด้านสุขภาพจิต ที่มีภาวะซึมเศร้า/เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้ที่มีภาวะวิกฤติสุขภาพจิต ประสานแนวทางการส่งต่อให้ได้รับการดูแลรักษา อย่างปลอดภัย ให้คำปรึกษา และติดตามอย่างต่อเนื่อง		

	ทึมนำทางคลินิก	
	คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	
	☒ ควบคุม ☐ ไม่ควบคุม	ผู้รับผิดชอบ: ทึมนำทางคลินิก
	วันที่บังคับใช้: 1 ตุลาคม 2566	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : PCU /รพ.สต. ในเครือข่าย คปสอ.บางระกำ
	แก้ไขครั้งที่ 6	ผู้อนุมัติ : นพ.ภูวดล พลพวก
แนวทางการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิต เลขที่ CPG-PCT-011		หน้า: 2 ของ 4 หน้า

วิธีปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

คัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชน/ในรพ.สต./PCU
ประเมินภาวะ 2Q /9Q /Mental Health Check In

ผลลบ
 (PHQ-9<7) คะแนน
 PHQ-9 7-12 คะแนน
 ให้การปรึกษาเบื้องต้น
 รักษาให้ยา Amitryptiline
 นัดติดตามประเมินซ้ำ

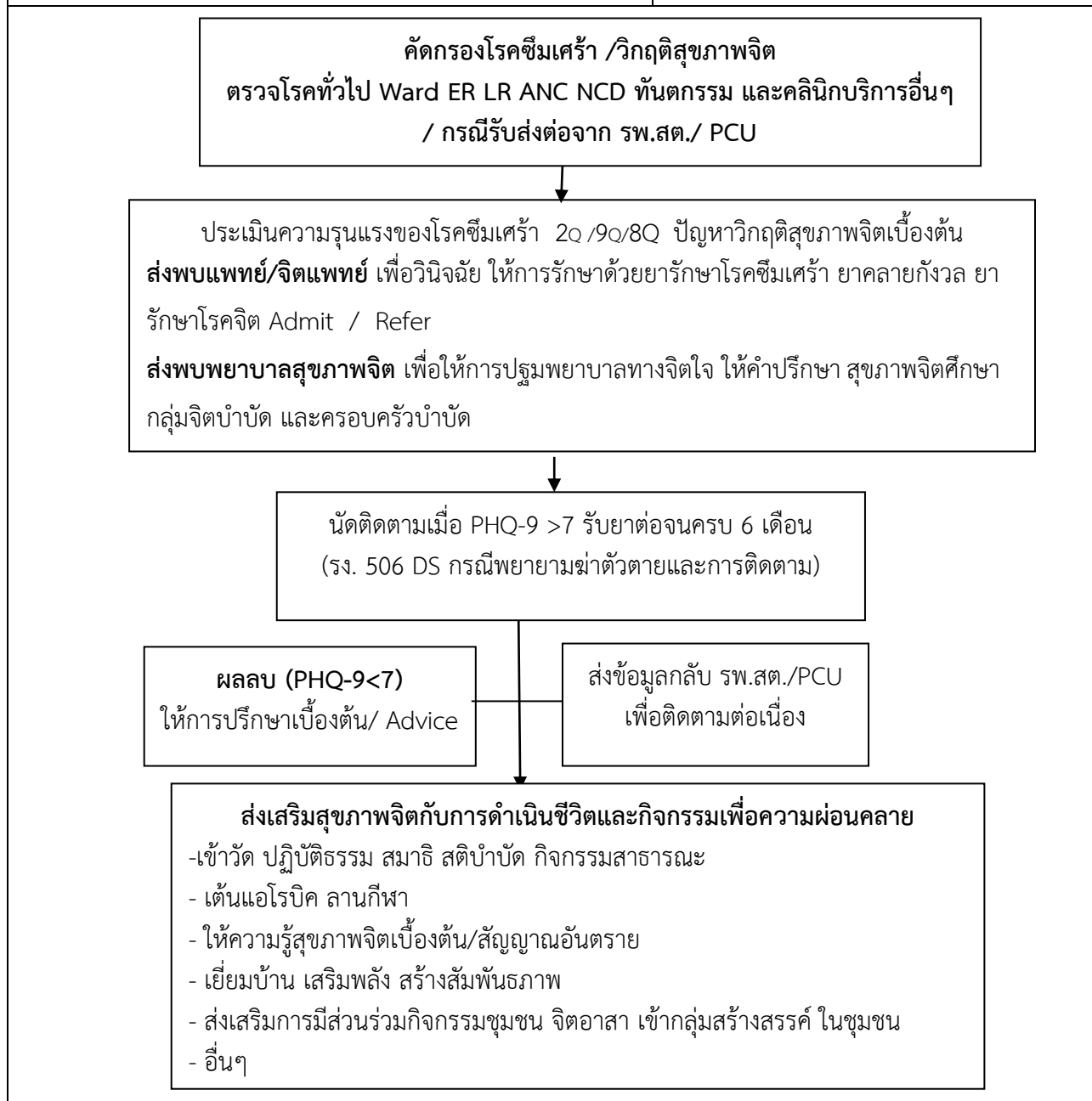
ส่งเสริมสุขภาพจิตกับการดำเนินชีวิตและ
กิจกรรมเพื่อความผ่อนคลาย
 -เข้าวัด ปฏิบัติธรรม กิจกรรมสาธารณะ
 - เต้นแอโรบิค ลานกีฬา
 - ให้ความรู้สุขภาพจิตเบื้องต้น/สัญญาณ
อันตราย
 - เยี่ยมบ้าน เสริมพลัง สร้างสัมพันธภาพ
 - ส่งเสริมการมีส่วนร่วมกิจกรรมชุมชน จิต
อาสา
 - อื่นๆ

ผลบวก
 (PHQ-9>7) / Suicidal idea
 ส่งต่อ รพ.สต./PCU
 เจ้าหน้าที่ ติดตาม ประเมินซ้ำ ค้นหาปัญหาเบื้องต้น

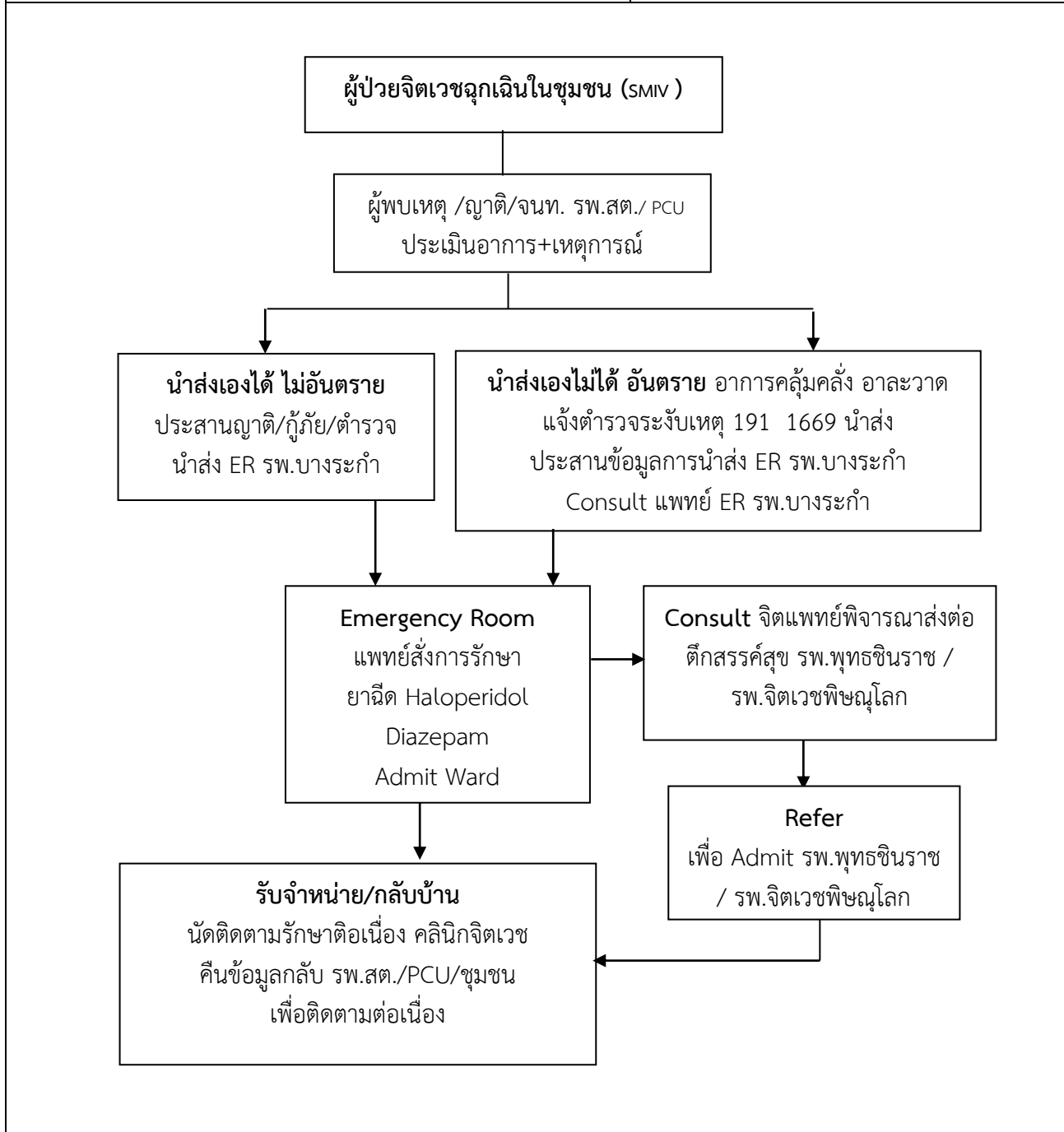
คะแนนPHQ-9 >12 คะแนน
 หรือ Suicidal idea
(ภาวะวิกฤติสุขภาพจิต)

ประสานข้อมูล งานจิตเวชและยาเสพติด
 0620240044 /055371170 ต่อ 221
 Refer รพ.บางระกำ
 เพื่อรับการรักษาโดยแพทย์/จิตแพทย์
 ให้สุขภาพจิตศึกษา ให้คำปรึกษา จิตบำบัด
 ครอบครัวยุติ
 Admit /Refer
 และนัดติดตามต่อเนื่อง

	ทึมนำทางคลินิก	
	คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	
	☒ ควบคุม ☐ ไม่ควบคุม	ผู้รับผิดชอบ: ทีมนำทางคลินิก
	วันที่บังคับใช้: 1 ตุลาคม 2566	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : PCU /รพ.สต. ในเครือข่าย คปสอ.บางระกำ
	แก้ไขครั้งที่ 6	ผู้อนุมัติ : นพ.ภูวดล พลพวก
แนวทางการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิต เลขที่ CPG-PCT-011		หน้า: 3 ของ 4 หน้า



	ทีมนำทางคลินิก	
	คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	
	☒ ควบคุม ☐ ไม่ควบคุม	ผู้รับผิดชอบ: ทีมนำทางคลินิก
	วันที่บังคับใช้: 1 ตุลาคม 2566	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : PCU /รพ.สต. ในเครือข่าย คปสอ.บางระกำ
	แก้ไขครั้งที่ 6	ผู้อนุมัติ : นพ.ภูวดล พลพวก
แนวทางการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิต เลขที่ CPG-PCT-011		หน้า: 4 ของ 4 หน้า





คปสอ.บางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

คู่มือคุณภาพที่มำทางคลินิก

เลขที่ CPG -PCT-012

เรื่อง แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

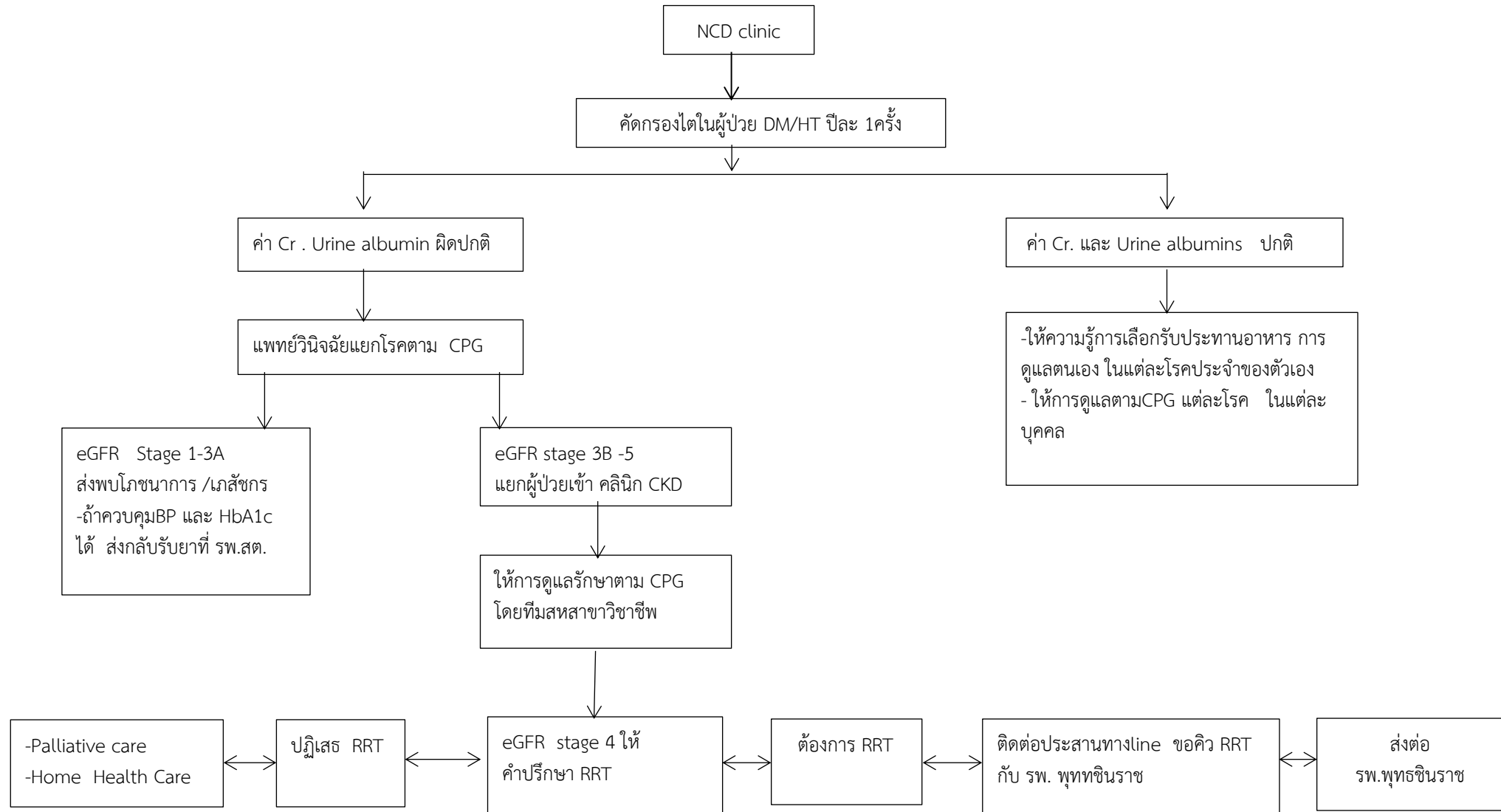
	ชื่อ	ตำแหน่ง	วันที่
ผู้จัดทำ	คณะกรรมการที่มำทางคลินิก		
ผู้ตรวจสอบ	นางสาวปริญ มั่นเข้มทอง	ประธานที่มำทางคลินิก	1 ต.ค. 2566
ผู้อนุมัติ	นายภูวดล พลพวก	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	1 ต.ค. 2566

แก้ไขครั้งที่ 04

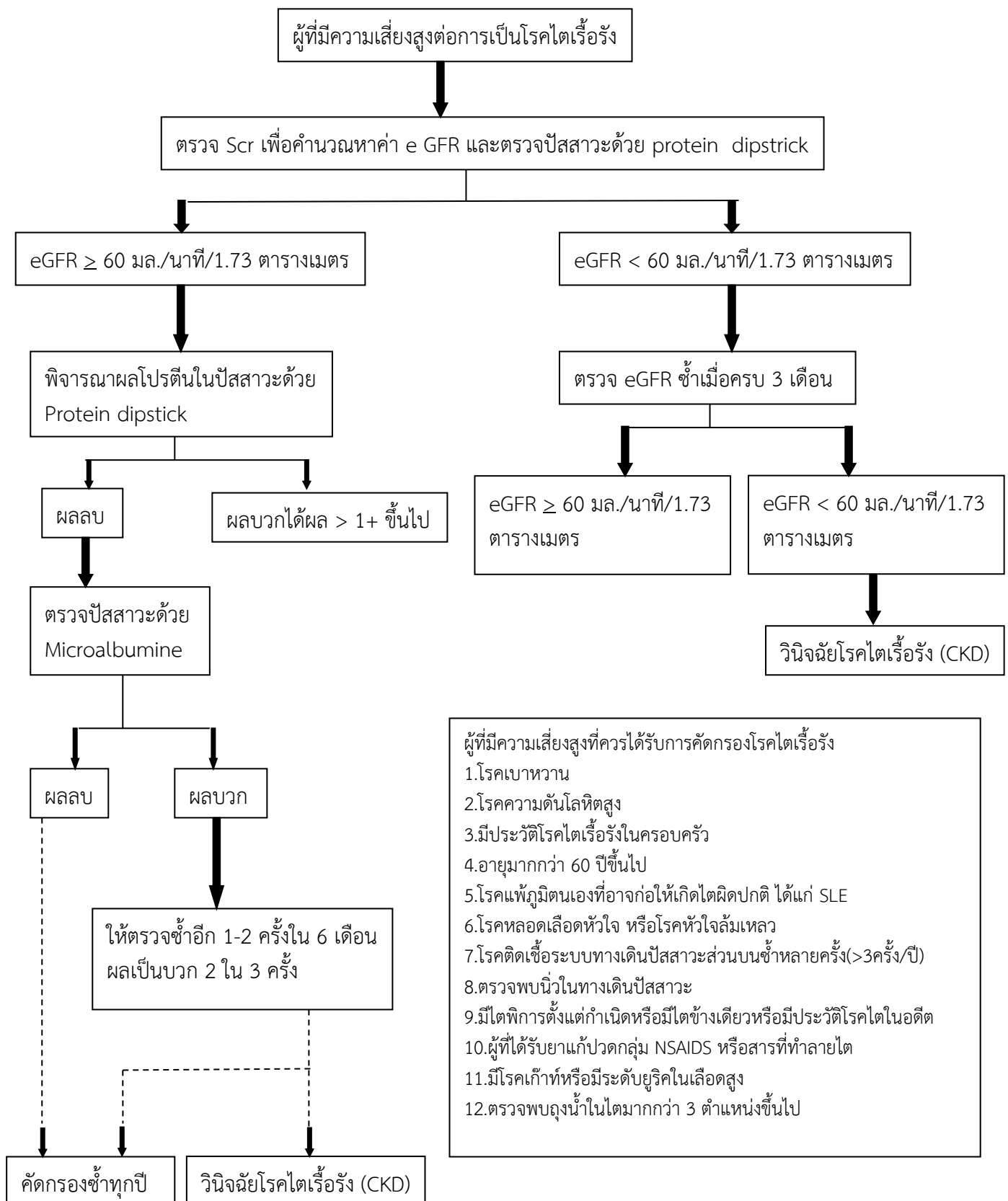
วันที่บังคับใช้ 1 ตุลาคม 2566

 โรงพยาบาลบางระกำ พิษณุโลก	ทีมนำทางคลินิก	
	คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	
	☒ ควบคุม ☐ ไม่ควบคุม	ผู้รับผิดชอบ: ทีมนำทางคลินิก
	วันที่บังคับใช้: 1 ตุลาคม 2566	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง: PCC-OPD-NCD-ER-IPD
	แก้ไขครั้งที่ 4	ผู้อนุมัติ : นพ.ภูวดล พลพวง
แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เลขที่ CPG-PCT-012		หน้า: 1 ของ 5 หน้า
1. วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้รับการวินิจฉัย และรักษาอย่างถูกต้อง เหมาะสม 2. ขอบข่าย แนวทางการดูแลรักษาที่ใช้กับผู้ป่วยบริการที่ รพ.สต.ในเครือข่าย คปสอ.บางระกำ 3. นิยามศัพท์ โรคไตเรื้อรัง คือ สภาวะที่ไตถูกทำลาย มีผลทำให้ความสามารถของไตในการทำงานลดลง เช่น การรักษาสมดุลของเหลวในร่างกาย การควบคุมน้ำและแร่ธาตุต่างๆ ในเลือด การกำจัดของเสียออกจากเลือด การกำจัดยาและพิษออกจากร่างกาย การหลั่งฮอร์โมนเข้าสู่กระแสเลือด เป็นต้น โดยสาเหตุที่ก่อให้เกิดโรคไตเรื้อรัง คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคอ้วน รวมถึงสภาวะอื่นๆ เช่น ไตอักเสบ โรคถุงน้ำในไต เป็นต้น 4. เอกสารอ้างอิง ทีมนำทางคลินิก โดยองค์กรแพทย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก 5. นโยบาย ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้รับการคัดกรองได้รวดเร็ว ดูแลรักษา และส่งต่อได้ถูกต้อง เหมาะสม 6. ความรับผิดชอบ แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่นๆที่ปฏิบัติงานที่ รพ.สต.มีหน้าที่ให้การคัดกรอง รักษา และส่งต่อผู้ป่วยมาโรงพยาบาลบางระกำ ได้ถูกต้อง เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย 7. วิธีปฏิบัติ เมื่อมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมารับบริการ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานอื่นๆ ชักประวัติ ตรวจร่างกาย วินิจฉัย ให้การรักษา และส่งต่อ ดังนี้		

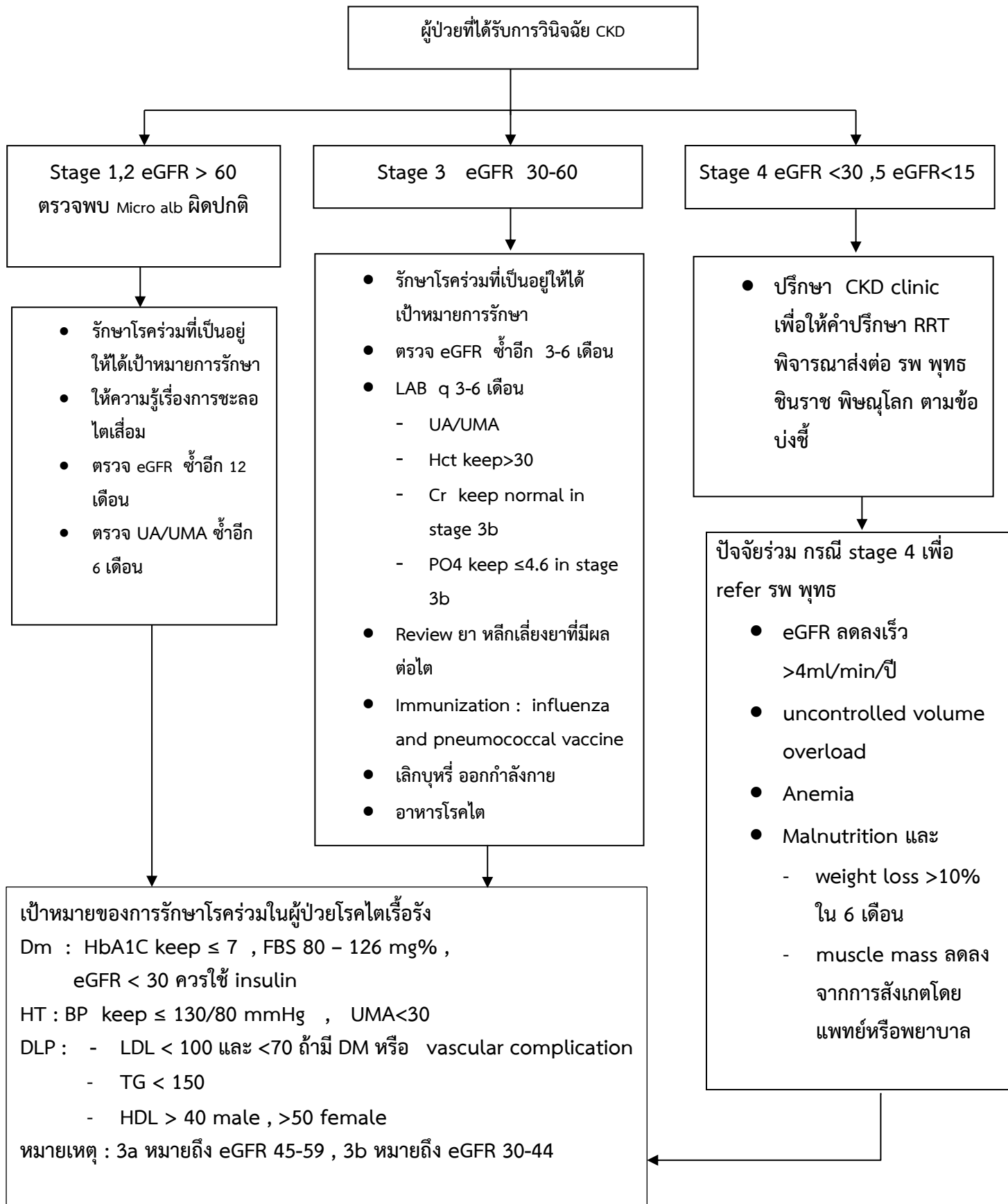
Process Flowchart

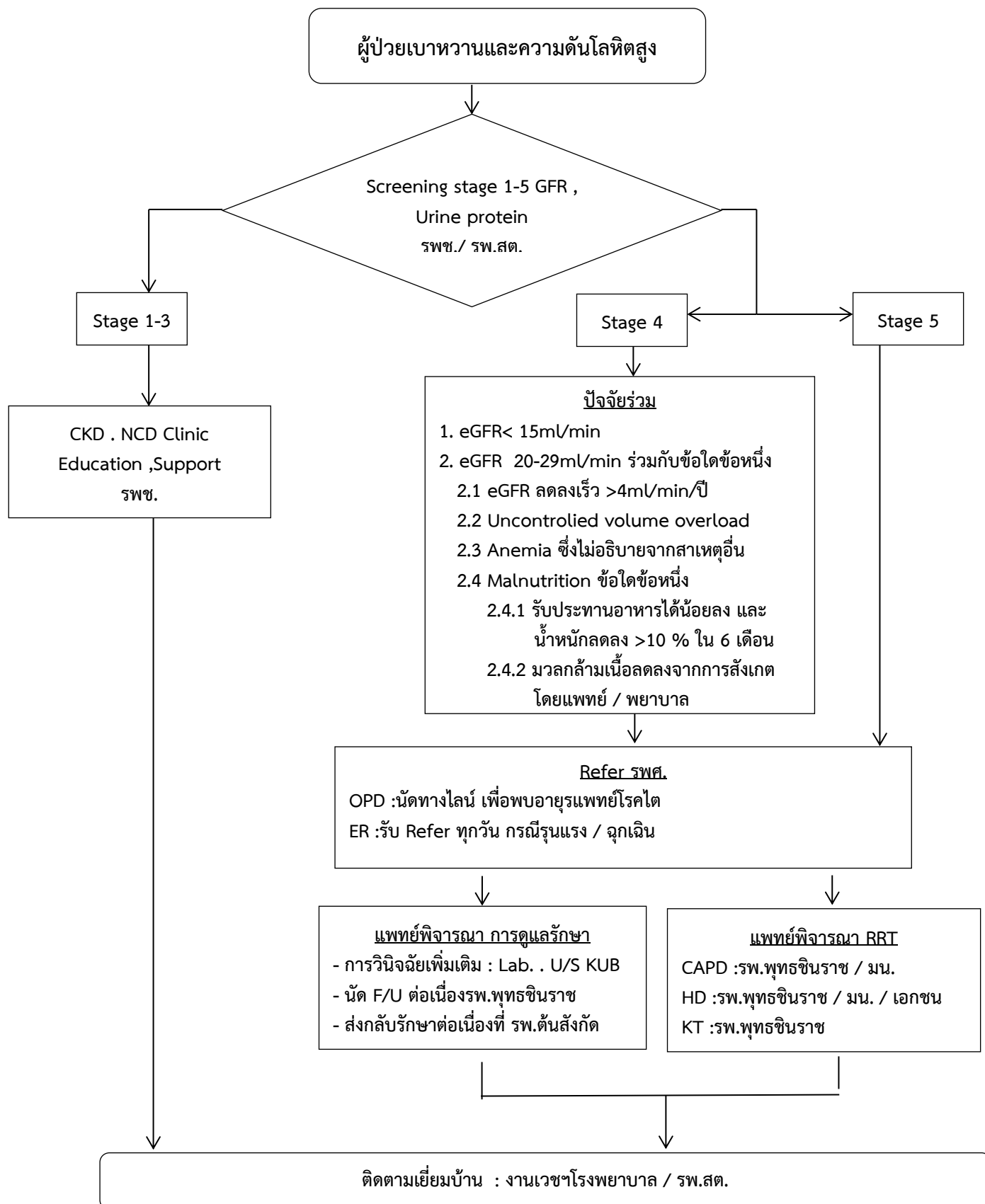


การคัดกรองโรคไตเรื้อรังในผู้ใหญ่



แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของ คปสอ.บางระกำ
(ดัดแปลงจากแนวทางของสมาคมไตแห่งประเทศไทย ปี 2558)







คปสอ.บางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

คู่มือคุณภาพที่มนำทางคลินิก

เลขที่ CPG -PCT-013

เรื่อง แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก

	ชื่อ	ตำแหน่ง	วันที่
ผู้จัดทำ	คณะกรรมการที่มนำทางคลินิก		
ผู้ตรวจสอบ	นางสาวปริญ มั่นเข้มทอง	ประธานที่มนำทางคลินิก	1 ต.ค. 2566
ผู้อนุมัติ	นายภูวดล พลพวก	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	1 ต.ค. 2566

แก้ไขครั้งที่ 04

วันที่บังคับใช้ 1 ตุลาคม 2566

	พินำทางคลินิก	
	คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	
	☒ ควบคุม ☐ ไม่ควบคุม	ผู้รับผิดชอบ: พินำทางคลินิก
	วันที่บังคับใช้: 1 ต.ค.2566	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : PCU / รพ.สต.ในเครือข่าย คปสอ.บางระกำ
	แก้ไขครั้งที่ 4	ผู้อนุมัติ : นพ.ภูวตล พลพวง
แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก เลขที่ CPG-PCT-013		หน้า: 1 ของ 3 หน้า
1. วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกได้รับการวินิจฉัย และรักษาอย่างถูกต้อง รวดเร็ว และปลอดภัย 2. ขอบข่าย แนวทางการดูแลรักษาใช้กับผู้ป่วยรับบริการที่ รพ.สต.ในเครือข่าย คปสอ.บางระกำ 3. นิยามศัพท์ โรคไข้เดงกี (DF) มักเป็นในเด็กโตหรือผู้ใหญ่ โดยจะมีไข้สูงเฉียบพลัน ปวดศีรษะ ปวดรอบกระบอกตา ปวดกล้ามเนื้อ และปวดกระดูก ซึ่งอาจรุนแรงมาก จนเรียกกันว่า break bone fever อาจมีผื่นที่ผิวหนัง อาจมีจุดเลือดออกที่ผิวหนัง และทดสอบ "ทูร์นิเกต" ให้ผลบวก ผู้ป่วย DF บางรายอาจพบอาการเลือดออกมากได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะมีเม็ดเลือดขาวต่ำ บางรายอาจมีเกร็ดเลือดต่ำได้ ในผู้ใหญ่เมื่อหายแล้วมักมีอาการอ่อนเพลียอยู่นาน โดยทั่วไปแล้ว DF จัดเป็นโรคที่ไม่รุนแรงจนเสียชีวิต ซึ่งแตกต่างจาก DHF อย่างชัดเจน 4. เอกสารอ้างอิง แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกแดงก็ ฉบับเฉลิมพระเกียรติ สำหรับแพทย์สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ 5. นโยบาย ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาด้วยความรวดเร็ว และปลอดภัย 6. ความรับผิดชอบ แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานที่ รพ.สต.มีหน้าที่ให้การวินิจฉัย และส่งต่อผู้ป่วยมา รพ.บางระกำ ด้วยความรวดเร็ว ถูกต้องเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัย 7. วิธีปฏิบัติ เมื่อมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกมารับบริการ แพทย์และพยาบาลซักประวัติ ตรวจร่างกาย วินิจฉัยและพิจารณาให้การรักษาดังนี้		

	ทีมนำทางคลินิก	
	คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	
	☒ ควบคุม ☐ ไม่ควบคุม	ผู้รับผิดชอบ: ทีมนำทางคลินิก
	วันที่บังคับใช้: 1 ต.ค.2566	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : PCU / รพ.สต.ในเครือข่าย คปสอ.บางระกำ
	แก้ไขครั้งที่ 4	ผู้อนุมัติ : นพ.ภูวตล พลพวง
แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก เลขที่ CPG-PCT-013		หน้า: 2 ของ 3 หน้า
แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก สำหรับรพ.สต. 1. ตรวจคัดกรองผู้ป่วยไข้เลือดออกตามแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกเชิงก กรมการแพทย์ 2. แจกยาทากันยุงให้ผู้ป่วยและผู้ป่วยสงสัยไข้เลือดออกทุกราย 3. จัดมุมให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก เช่น การป้องกันตนเองจากไข้เลือดออก การทำลายแหล่ง เพาะพันธุ์ยุงลาย แนะนำให้ผู้อยู่ร่วมบ้านฉีดสเปรย์กำจัดยุงและสำรวจเพื่อกำจัดลูกน้ำยุงลาย 4. ให้คำแนะนำอาการที่เป็นสัญญาณอันตรายที่ควรรีบมาพบแพทย์ - มีอาการเลงลงเมื่อไ้ลง หรือไ้ลงแล้วยังมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ปวดท้อง ซึมลง - เลือดออกผิดปกติ - อาเจียนมาก/ปวดท้องมาก - กระหายน้ำตลอดเวลา - ซึม ไม่ดื่มน้ำ - มีอาการช็อก หรือ impending shock คือ มือเท้าเย็น กระสับกระส่าย ร้องกวนมากในเด็กเล็ก ตัวเย็น เหงื่อออก ตัวลาย ปัสสาวะน้อยลง หรือไม่ปัสสาวะ 4-6 ชั่วโมง ความประพฤดิเปลี่ยนแปลง เช่น พูดไม่รู้เรื่อง เพ้อ เออะไววาย		



ทีมนำทางคลินิก

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)

☒ ควบคุม ☐ ไม่ควบคุม

ผู้รับผิดชอบ: ทีมนำทางคลินิก

วันที่บังคับใช้: 1 ต.ค.2566

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : PCU / รพ.สต.ในเครือข่าย
คปสอ.บางระกำ

แก้ไขครั้งที่ 4

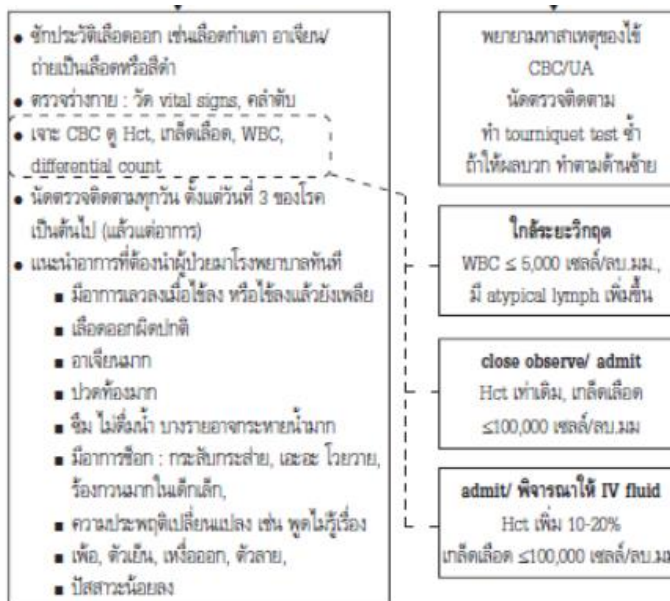
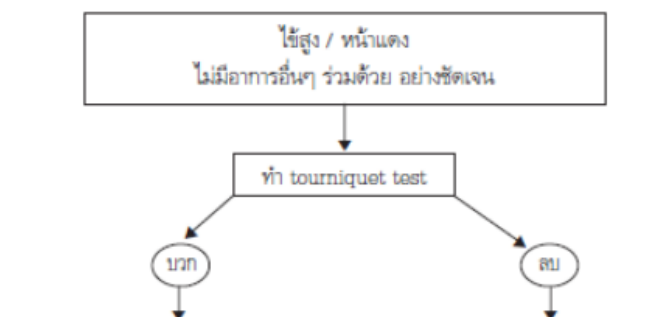
ผู้อนุมัติ : นพ.ภูวตล พลพวก

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก

เลขที่ CPG-PCT-013

หน้า: 3 ของ 3 หน้า

แนวทางการตรวจติดตามผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะติดเชื้อไวรัสเด็งกีที่ติดผู้ป่วยนอก





คปสอ.บางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

คู่มือคุณภาพที่มนำทางคลินิก

เลขที่ CPG -PCT-014

เรื่อง แนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินพิษกัด

	ชื่อ	ตำแหน่ง	วันที่
ผู้จัดทำ	คณะกรรมการที่มนำทางคลินิก		
ผู้ตรวจสอบ	นายเจษฎา บุญญานุภาพพงศ์	ประธานที่มนำทางคลินิก	1 ต.ค. 2566
ผู้อนุมัติ	นายภูวดล พลพวก	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	1 ต.ค. 2566

แก้ไขครั้งที่ 04

วันที่บังคับใช้ 1 ตุลาคม 2566



	พืมนำทางคลินิก	
	คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	
	☒ ควบคุม ☐ ไม่ควบคุม	ผู้รับผิดชอบ: พืมนำทางคลินิก
	วันที่บังคับใช้: 1 ต.ค. 2566	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : PCC/PCU/รพ.สต./ OPD/NCD/ER/IPD
	แก้ไขครั้งที่ 4	ผู้อนุมัติ : นพ.ภูวดล พลพวง
แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ถูกงูพิษกัด เลขที่ CPG-PCT-014		หน้า: 2 ของ 6 หน้า
อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่ถูกงูพิษกัด		
	งูที่มีพิษต่อระบบประสาท	งูที่มีพิษต่อระบบเลือด
อาการเฉพาะที่	งูสามเหลี่ยม งูทับสมิงคลา : บวม เล็กน้อย งูเห่า งูจงอาง : บวม ปวด อักเสบ ชัดเจน อาจมีเนื้อเยื่อตาย (tissue necrosis)	งูแมวเซา : บวมเล็กน้อย งูกะปะและงูเขียวหางไหม้ : ปวด บวมชัดเจน ตั้งแต่รอยงูจนถึงมาก อาจพบผิวหนังพองเป็นถุงน้ำ (blister) และมีเลือดออกภายใน (hemorrhagic bleb) เลือดออกใต้ผิวหนังบริเวณที่ถูกกัด (ecchymosis) หรือมีเลือดซึมออกจากแผลรอยเขียว บางรายอาจพบเนื้อตาย ในผู้ป่วยที่ถูกงูเขียวหางไหม้กัด บางรายอาจพบ Lymphangitis หรือ thrombophlebitis
อาการ Systemic	กล้ามเนื้ออ่อนแรง ได้แก่ หนังตาตก พูดไม่ชัด กลืนลำบาก อัมพาต หายใจเองไม่ได้	เลือดออกผิดปกติ ได้แก่ เลือดออกตามไรฟัน เลือดออกตามผิวหนัง และใต้ชั้นผิวหนัง จากรอยเขียวที่ถูกกัด ในกล้ามเนื้อจากรอยเข็มเจาะเลือด ในทางเดินอาหาร ในทางเดินปัสสาวะ ในผู้ป่วยที่ถูกงูแมวเซากัด บางรายอาจเกิดภาวะไตวายได้

	พินำทางคลินิก	
	คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)	
	☒ ควบคุม ☐ ไม่ควบคุม	ผู้รับผิดชอบ: พินำทางคลินิก
	วันที่บังคับใช้: 1 ต.ค. 2566	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : PCC/PCU/รพ.สต./ OPD/NCD/ER/IPD
	แก้ไขครั้งที่ 4	ผู้อนุมัติ : นพ.ภูวตล พลพวก
แนวทางการดูแลผู้ป่วยถูกงูพิษกัด เลขที่ CPG-PCT-014		หน้า: 3 ของ 6 หน้า
การวินิจฉัย การวินิจฉัยผู้ป่วยที่ถูกงูพิษกัด อาศัยประวัติ การตรวจร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันว่าถูกงูพิษกัด เป็นชนิดใดและได้รับพิษเข้าสู่ร่างกายหรือไม่ ตลอดจนประเมินความรุนแรง การบ่งชี้ว่าถูกงูพิษกัด โดยการตรวจพบอย่างใด อย่างหนึ่งต่อไปนี้ - พบรอยเขี้ยว (fang mark) ระเบียบปฏิบัติ โรงพยาบาลก้นดง - มีอาการแสดงของการถูกงูพิษกัด (ตารางที่ 1) การแยกชนิดของงูพิษ โดย - ซากงูที่ผู้ป่วยนำมาด้วย หรือผู้ป่วยหรือผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์รู้จักชนิดของงู - กรณีที่ไม่ได้นำซากงูมาด้วย ต้องอาศัยข้อมูลทางระบาดวิทยา ข้อบ่งชี้การให้เซรุ่ม - สำหรับงูที่มีพิษต่อระบบประสาท ให้เมื่อมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงเริ่มแรก คือ หนังตาตก (ptosis) - สำหรับงูที่มีพิษต่อระบบเลือด ให้เมื่อมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือ VCT นานกว่า 30 นาที - ภาวะไตวายเฉียบพลัน ในรายที่ถูกงูแมวเซากัด - สำหรับงูทะเลกัด ควรให้เซรุ่มแก่พิษงูทุกราย แต่ขณะนี้ในประเทศไทยยังผลิตเซรุ่มพิษงูทะเลไม่ได้ - การป้องกันผลข้างเคียงจากเซรุ่ม โดยทำ Skin test ทำโดยผสมเซรุ่มใน Normal saline 1:10 และฉีด 0.1 ml เข้าชั้นใต้ผิวหนัง ถ้ามี Wheal และ Flare ขนาดเกิน 10 ml แสดงว่าให้ผลบวก วิธีบริหารเซรุ่ม การให้เซรุ่มปริมาณตาม Protocol (ในเด็กไม่ขึ้นกับน้ำหนักเด็ก) - เซรุ่มแก้พิษงูเห่าขนาดที่ใช้ 10 Vial ผสมใน 0.9% NSS 100 ml drip 30 นาที – 1 ชั่วโมง - เซรุ่มแก้พิษงูกะปะ ให้ครั้งละ 3 – 5 Vial ผสมใน 0.9% NSS 100 ml หรือ 5% D/W 100 ml drip 30 นาที – 1 ชั่วโมง ทุก 6 ชั่วโมงจนกระทั่ง VCT ปกติ การดูแลบาดแผล 1. การให้ยาปฏิชีวนะ ถ้ามีไข้หรือบาดแผลมีลักษณะสงสัยมีการติดเชื้อ ควรให้ยาปฏิชีวนะที่คลุมทั้ง gram negative และ anaerobic bacteria 2. Prophylactic antibiotics ในกรณีงูเห่า งูกะปะ งูแมวเซา จะมีเนื้อตายได้มากจึงอาจพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะตั้งแต่นาน 3. การฉีด dT ผู้ที่ถูกงูกัดที่ไม่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยักใน 5 ปี ควรได้รับ tetanus toxoid 0.5 ml im ก่อนกลับบ้าน (นัดมาฉีด dT อีก 1 สัปดาห์)		



ทีมนำทางคลินิก

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)

☒ ควบคุม ☐ ไม่ควบคุม

ผู้รับผิดชอบ: ทีมนำทางคลินิก

วันที่บังคับใช้: 1 ต.ค. 2566

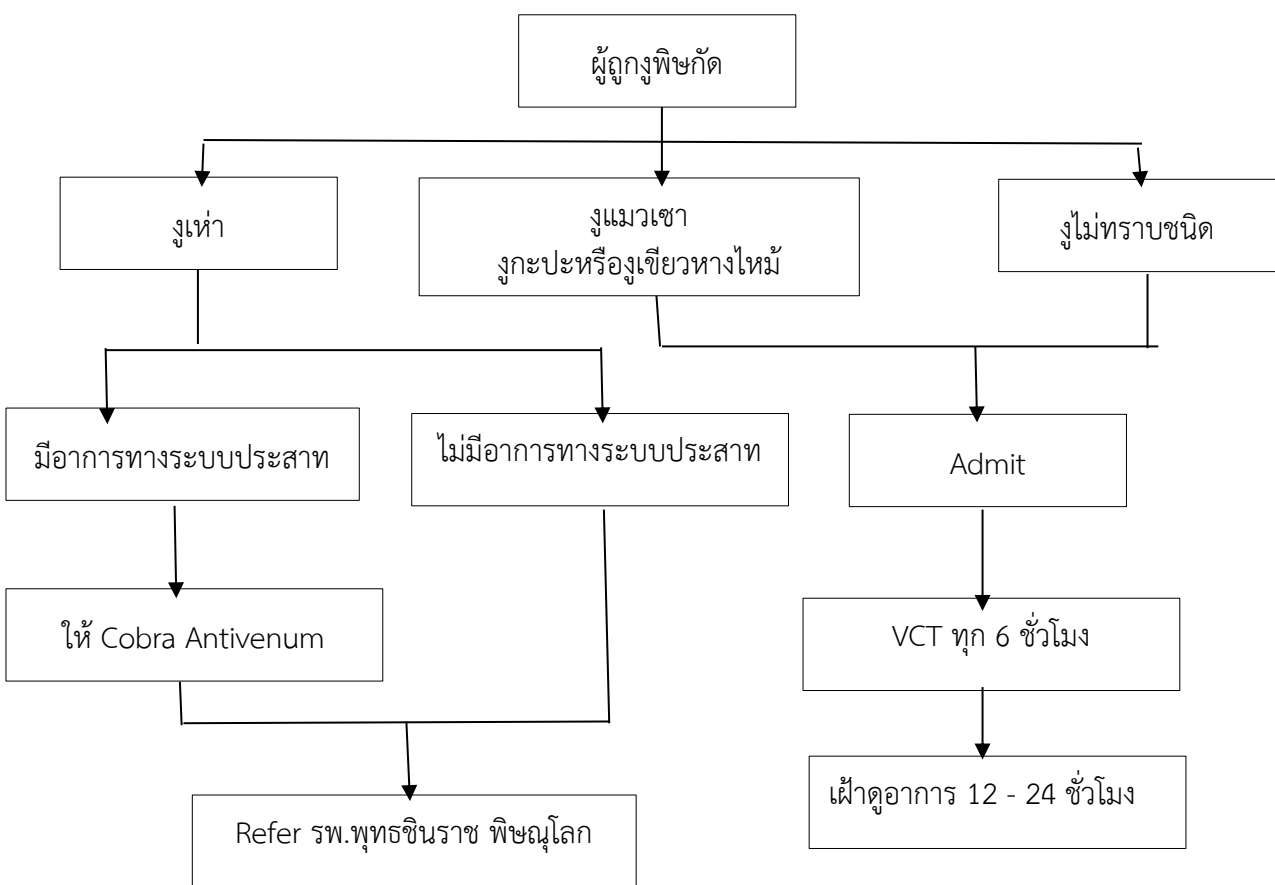
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : PCC/PCU/รพ.สต./
OPD/NCD/ER/IPD

แก้ไขครั้งที่ 4

ผู้อนุมัติ : นพ.ภูวดล พลพวง

แนวทางการดูแลผู้ป่วยถูกงูพิษกัด
เลขที่ CPG-PCT-014

หน้า: 4 ของ 6 หน้า





ทีมนำทางคลินิก

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)

☒ ควบคุม ☐ ไม่ควบคุม

ผู้รับผิดชอบ: ทีมนำทางคลินิก

วันที่บังคับใช้: 1 ต.ค. 2566

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : PCC/PCU/รพ.สต./
OPD/NCD/ER/IPD

แก้ไขครั้งที่ 4

ผู้อนุมัติ : นพ.ภูวดล พลพวก

แนวทางการดูแลผู้ป่วยถูกงูพิษกัด
เลขที่ CPG-PCT-014

หน้า: 5 ของ 6 หน้า

แนวทางการรักษาผู้ป่วยถูกงูมีพิษต่อระบบประสาทกัด (Neurotoxin)
(งูเห่า งูจงอาง งูสามเหลี่ยม งูทับสมิงคลา)

ประเมินอาการ

- Ptosis
- การอ้าปาก การพูด
- การหายใจ
- การเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อ
- Peak flow < 200 LPM

ไม่มีอาการ

Refer

มีอาการ

ให้ Antivenum

Respiratory support

Refer



ทีมนำทางคลินิก

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)

☒ ควบคุม ☐ ไม่ควบคุม

ผู้รับผิดชอบ: ทีมนำทางคลินิก

วันที่บังคับใช้: 1 ต.ค. 2566

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : PCC/PCU/รพ.สต./
OPD/NCD/ER/IPD

แก้ไขครั้งที่ 4

ผู้อนุมัติ : นพ.ภูวดล พลพวก

แนวทางการดูแลผู้ป่วยถูกงูพิษกัด
เลขที่ CPG-PCT-014

หน้า: 6 ของ 6 หน้า

แนวทางการรักษาผู้ป่วยถูกงูมีพิษต่อระบบโลหิต (Hematotoxin)
(งูกะปะ งูเขียวหางไหม้ งูแมวเซา)

ประเมินความรุนแรงของอาการ

-CBC , Platelet count
-VCT

ข้อบ่งชี้ในการให้เซรุ่ม

-Systemic bleeding
-VCT > 30
-Platelet count >< 100,000 และ VCT > 15

มีข้อบ่งชี้

ให้ Antivenum

-VCT q 6 hr
-BUN Cr U/A Intake /Output กรณีงูแมวเซา
-VCT < 15 Or Platelet > 150,000
-หรือ VCT < 30

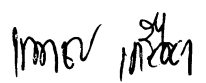
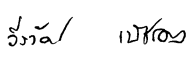
-Discharge
-นัด VCT OD อีก 2 วัน (ครบ 72 ชม.)
-นัดมาฉีด dT อีก 1 สัปดาห์
-ประเมินตามข้อบ่งชี้

ไม่มีข้อบ่งชี้

-VCT q 6 hr
-BUN Cr U/A Intake /Output กรณีงูแมวเซา
-VCT < 15 Or Platelet > 150,000
-หรือ VCT < 30

-Discharge
-นัดมาฉีด dT อีก 1 สัปดาห์
-ประเมินตามข้อบ่งชี้

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการโรงพยาบาลบางระก้า
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน ปีงบประมาณ 2567
สำหรับหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก	
ชื่อหน่วยงาน : โรงพยาบาลบางระก้า ตำบลบางระก้า อำเภอบางระก้า จังหวัดพิษณุโลก วัน/เดือน/ปี : ...14 ธันวาคม 2566... (ระยะเวลาที่ต้องการเผยแพร่กรณีต้องการให้ข้อมูลแสดงอยู่ตลอดไม่ต้องระบุวันสิ้นสุด) หัวข้อ : MOIT 2 หน่วยงานมีการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารที่เป็นปัจจุบัน รายละเอียดข้อมูล : 1.คู่มือการปฏิบัติงานตามภารกิจหลักและภารกิจสนับสนุนของหน่วยงาน Link ภายนอก : ผ่านเว็บไซต์โรงพยาบาลบางระก้า https://brkhosp.moph.go.th หมายเหตุ :	
ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล  (นายมนูญ เรืองนาม) ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป วันที่...14.....เดือน...ธันวาคม...พ.ศ.2566....	ผู้อนุมัติรับรอง  (นายเกิดชัย เครือยา) ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพและสารสนเทศ วันที่...14.....เดือน...ธันวาคม...พ.ศ.2566....
ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่  (นายวีรวัฒน์ เพ็ชรคง) ตำแหน่ง เจ้าพนักงานเภสัชกรรมชำนาญงาน วันที่...14.....เดือน...ธันวาคม...พ.ศ.2566....	