โรงพยาบาลวังเจ้า จังหวัดตาก

โรงพยาบาลวังเจ้า อำเภอวังเจ้า จังหวัดตาก

ระเบียบปฏิบัติ คู่มือการปฏิบัติงาน/วิธีการทำงาน/แนวทางเวชปฏิบัติ

ประเภทเอกสาร	แนวทางปฏิบัติ	
ชื่อเอกสาร	การดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward)	
รหัสเอกสาร	WP-PCD-001	
แผนกที่เกี่ยวข้อง	งานปฐมภูมิฯ ER IPD OPD	
วันที่ประกาศใช้	1 ตุลาคม 2566	
ผู้จัดทำ	ทีมดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน	สมฤทัย (นางสาวสมฤทัย สืบวงษ์) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ หน่วยงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
ผู้ทบทวน	ประธานคณะกรรมการจัดทำ คู่มือการบริการ	นายพิจารณ์ สารเสวก นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
ผู้อนุมัติ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังเจ้า	นายพิจารณ์ สารเสวก

ฉบับแก้ไขครั้งที่ 1

จำนวน 17 หน้า

โรงพยาบาลวังเจ้า	**หน้าที่ : 1/17**
วิธีปฏิบัติ: แนวทางปฏิบัติ	**ฉบับที่ 1**
เรื่อง : การดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward)	**วันที่ประกาศใช้ : 1 ตุลาคม 2566**
หน่วยงาน : งานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม	
ผู้จัดทำ : งานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม	**ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล**

1. วัตถุประสงค์ (Objectives)

1.1 เพื่อเป็นทางเลือกให้กับผู้ป่วยในการรับบริการแบบผู้ป่วยใน

1.2 เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนในการนอนโรงพยาบาล

1.3 ลดอัตราการครองเตียง ลดความความแออัด

2. ขอบเขต (Scope)

ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติงานของแพทย์ พยาบาล เภสัช และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ให้กับผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลวังเจ้า

3. คำจำกัดความ (Definition)

บริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Hospital Care at Home) หรือ Home ward เป็นการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยที่บ้าน ที่มีมาตรฐานการดูแลเทียบเคียงกับผู้ป่วยในโรงพยาบาล (IPD) โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient centered care) และคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญตามมาตรฐานการรักษา ของแต่ละวิชาชีพ โดยมีความร่วมมือของญาติหรือผู้ดูแล (care giver) ในการช่วยประเมินอาการผู้ป่วย และสื่อสารกับทีมแพทย์

4. หน้าที่ความรับผิดชอบ (Responsibilities)

หน่วยงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลวังเจ้า

5. ขั้นตอนการปฏิบัติหรือระเบียบปฏิบัติ (Procedure)

การประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ผู้ดูแล และที่พักอาศัยระหว่างการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน

1. ผู้ป่วย และผู้ดูแลได้รับข้อมูลแนวทางการรักษาด้วยการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านจากแพทย์อย่างครบถ้วน และให้คำยินยอมก่อนรับบริการ
2. ที่พักอาศัยระหว่างการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน ต้องมีความปลอดภัย
3. ที่พักอาศัยระหว่างการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน ควรอยู่ห่างจากสถานพยาบาลไม่เกิน 20 กิโลเมตร และเดินทางมาโรงพยาบาลได้สะดวก
4. ที่พักอาศัยระหว่างการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน สามารถเข้าถึงช่องทางสื่อสารทางโทรศัพท์ หรืออินเตอร์เน็ตได้
5. ได้รับการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ผู้ดูแล และที่พักอาศัย ตามแนวทางที่ราชวิทยาลัย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยกำหนด

โรงพยาบาลวังเจ้า	**หน้าที่ : 2/17**
วิธีปฏิบัติ: แนวทางปฏิบัติ	**ฉบับที่ 1**
เรื่อง : การดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward)	**วันที่ประกาศใช้ : 1 ตุลาคม 2566**
หน่วยงาน : งานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม	
ผู้จัดทำ : งานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม	**ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล**

เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยเข้าระบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน

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

รูปแบบการให้บริการ

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

แนวทางปฏิบัติในการให้การบริการ home ward

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

โรงพยาบาลวังเจ้า	**หน้าที่ : 3/17**
วิธีปฏิบัติ: แนวทางปฏิบัติ	**ฉบับที่ 1**
เรื่อง : การดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward)	**วันที่ประกาศใช้ : 1 ตุลาคม 2566**
หน่วยงาน : งานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม	
ผู้จัดทำ : งานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม	**ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล**

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะแบบ Home ward

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

<u>แนวทางการดูแล</u>

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 และพิจารณารับรักษาเป็นผู้ป่วยใน แต่หากสัญญาณชีพ (Vital signs) อยู่ในเกณฑ์ปกติ ปราศจากอาการหรืออาการแสดงของการติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis) สามารถรับประทานได้และพร้อมที่จะรับการดูแลแบบ Home ward

1. ส่งตรวจ Complete blood count (CBC), Blood urea nitrogen (BUN), Creatinine (Cr), Electrolyte และ urine analysis (UA) พร้อมส่งเพาะเชื้อจากเลือดและปัสสาวะ (Hemoculture and urine culture)

2. แพทย์พิจารณาว่าสามารถให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะในรูปแบบฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ที่สามารถให้วันละครั้ง เช่น Ceftriaxone เป็นต้น (กรณีที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อ การติดเชื้อดื้อยา: การติดเชื้อในโรงพยาบาล, ประวัติได้รับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนหน้านี้, ประวัติได้รับ การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะก่อนหน้านี้ หรือประวัติติดเชื้อดื้อยาหรือมีเชื้อดื้อยาเป็นเชื้อประจำถิ่น (Colonization) ผ่านทาง Heparin lock หรือ Saline lock * กรณีเป็น Uncomplicated UTI เลือกใช้ยานาน 7 - 10 วัน/กรณีเป็น Complicated UTI เลือกใช้ยานาน 10 - 14 วัน

3. ติดตามสัญญาณชีพร่วมกับให้ยาปฏิชีวนะที่บ้านในรูปแบบฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำวันละครั้ง ที่บ้านโดยพยาบาลวิชาชีพ หากพบอาการหรืออาการแสดงที่แย่ลง เช่น คลื่นไส้อาเจียน รับประทานอาหาร ไม่ได้ หอบเหนื่อย ความรู้สึกเปลี่ยนแปลง ปลายมือปลายเท้าเย็น ชีพจรเต้นเร็วมากกว่าหรือเท่ากับ 100 ครั้ง ต่อนาที อัตราการหายใจมากกว่า 24 ครั้งต่อนาที ระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท หรือ ไข้สูงมากกว่า 38.5 องศาเซลเซียสหลังจากให้ยาครบ 48 ชั่วโมง ให้ส่งตัวผู้ป่วยกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล

4. พยาบาลวิชาชีพนำ Heparin lock หรือ Saline lock ออก เมื่อไม่ต้องให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำหรือให้ยาครบตามแผนการรักษา

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

1. ผลเพาะเชื้อจากเลือดและปัสสาวะ ตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะที่สามารถให้ได้วันละ 1 ครั้ง

2. แพทย์พิจารณาให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะในรูปแบบฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำที่ให้วันละครั้ง

3. ติดตามสัญญาณชีพร่วมกับให้ยาปฏิชีวนะที่บ้านในรูปแบบฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำวันละครั้ง โดยพยาบาลวิชาชีพ จนครบระยะเวลาที่กำหนด หากพบอาการหรืออาการแสดงที่แย่ลง เช่น คลื่นไส้อาเจียน รับประทานอาหารไม่ได้ หอบเหนื่อย ความรู้สึกเปลี่ยนแปลง ปลายมือปลายเท้าเย็น ชีพจรเต้นเร็วมากกว่าหรือเท่ากับ 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจมากกว่า 24 ครั้งต่อนาที ระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท หรือไข้สูงมากกว่า 38.5 องศาเซลเซียสหลังจากให้ยาครบ 48 ชั่วโมง ให้ส่งตัวผู้ป่วยกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล

4. เมื่อสามารถหยุดยาปฏิชีวนะที่ฉีดทางหลอดเลือดดำหรือให้ยาครบตามแผนการรักษา ให้พยาบาลวิชาชีพ นำ Saline lock ออก

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยปอดอักเสบ แบบ Home ward

ผู้ป่วยติดเชื้อปอดอักเสบจากเชื้อในชุมชน (Community acquired pneumonia) อาการมีตั้งแต่เล็กน้อย ได้แก่ ไข้ ไอมีเสมหะ ไปจนถึงอาการรุนแรง หายใจลำบาก และติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis) มักเกิดจากเชื้อ Streptococcus โดยความรุนแรงสัมพันธ์กับ ภาวะสูงวัย โรคร่วม เช่น 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) เป็นภาวะปอดอักเสบ ที่มักเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย และไม่มีลักษณะฝีในปอดหรือภาวะหนองในช่องเยื่อหุ้มปอด (Empyema) ร่วมด้วย แต่อาจพบน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (Parapneumonic effusion) ที่ปริมาณไม่มาก

โรงพยาบาลวังเจ้า	หน้าที่ : 5/17
วิธีปฏิบัติ: แนวทางปฏิบัติ	ฉบับที่ 1
เรื่อง : การดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward)	วันที่ประกาศใช้ : 1 ตุลาคม 2566
หน่วยงาน : งานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม	
ผู้จัดทำ : งานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม	ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ผู้ป่วยติดเชื้อปอดอักเสบแบบรุนแรง (Severe pneumonia) เป็นภาวะปอดอักเสบที่รุนแรง อาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจึงไม่เหมาะสมในการดูแลแบบ Home ward

<u>แนวทางการดูแล</u>

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

1. ส่งตรวจ Complete blood count (CBC) เพื่อประเมินความรุนแรงของโรค
2. พิจารณาส่งเพาะเชื้อจากเลือด (Hemoculture) ตามดุลพินิจของแพทย์ แนะนำให้ส่งในผู้ป่วยติดเชื้อปอดอักเสบแบบรุนแรง ที่ไม่เข้าเกณฑ์ในการรักษาแบบ home ward
3. พิจารณาส่งเพาะเชื้อจากเสมหะเพาะเชื้อแบคทีเรีย ในผู้ป่วยปอดอักเสบแบบรุนแรง หรือกรณีที่จำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะ 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 หรือประวัติติดเชื้อดื้อยาหรือมีเชื้อดื้อยา เป็นเชื้อประจำถิ่น (Colonization) หรือมีโรคร่วมที่คาดการณ์ว่าอาจมีโอกาสเกิดเชื้อดื้อยา เช่น โรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไต ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง และมะเร็งลุกลาม

5. ติดตามสัญญาณชีพและการวัดค่าออกซิเจนปลายนิ้วร่วมกับให้ยาปฏิชีวนะที่บ้านในรูปแบบฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำวันละครั้ง โดยพยาบาลวิชาชีพ และแพทย์สามารถติดตามอาการผ่านระบบ telemedicine จากผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ซึ่งควรมีการรายงานสัญญาณชีพ และวัดค่าออกซิเจนปลายนิ้ว 3 - 4 ครั้งต่อวัน หากพบอาการหรืออาการแสดงที่แย่ลง เช่น คลื่นไส้อาเจียน รับประทานอาหารไม่ได้หอบเหนื่อย ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ปลายมือปลายเท้าเย็น มีอาการเปลี่ยนแปลงทรุดลงอย่างรวดเร็ว หรือชีพจรเต้นเร็วมากกว่า 120 ครั้งต่อนาที หรือ อัตราการหายใจมากกว่า 24 ครั้งต่อนาที หรือระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท หรือไข้สูงมากกว่า 38.5 องศาเซลเซียส หลังจากให้ยาครบ 48 ชั่วโมง หรือ ค่าออกซิเจนปลายนิ้วมีระดับ ≤95% ขณะได้รับออกซิเจน (oxygen supplement) ตั้งแต่ 3 L/min ขึ้นไป ให้ส่งตัวผู้ป่วยกลับ เข้ามารักษาในโรงพยาบาล

6. ในกรณีที่ผู้ป่วยดีขึ้นหรือคงตัว ไม่มีอาการการเปลี่ยนแปลงที่แสดงการทรุดลงของปอดอักเสบ ให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำต่อเนื่องจนครบระยะเวลาที่แนะนำ หรือเปลี่ยนยาปฏิชีวนะเป็นรูปแบบรับประทานจนครบระยะเวลาที่แนะนำ

7. พยาบาลวิชาชีพนำ saline lock ออก เมื่อไม่ต้องให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ

8. การรักษาเน้นครอบคลุมเชื้อ Streptococcus pneumoniae และ atypical pathogen

รูปแบบที่ 2 Step-down คือผู้ป่วยติดเชื้อปอดอักเสบที่รับรักษาเป็นผู้ป่วยใน (In-patient department, IPD) จนกระทั่งอาการคงที่ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติมีความจำเป็นที่ต้องรับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน เพียงเพื่อให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำครบระยะเวลาตามที่กำหนด และพร้อมที่จะรับการดูแลแบบ Home ward มีแนวทางการปฏิบัติหลังจากให้การวินิจฉัยแล้วดังนี้คือ

1. ผลเพาะเชื้อจากเลือดและเสมหะ (ถ้าได้รับการตรวจ) ตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะที่สามารถให้ได้วันละ 1 ครั้ง อาการดีขึ้น ไอลดลง เสมหะเปลี่ยนสีจางลง และสัญญาณชีพแสดงลักษณะดีขึ้น หรือปกติ เช่น ไม่มีไข้ระดับความดันโลหิตมากกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจน้อยกว่า 24 ครั้งต่อนาทีชีพจรน้อยกว่า 120 ครั้งต่อนาทีได้รับการติดตามเอกซเรย์ปอด 48 - 72 ชั่วโมงหลังการรักษา และพบภาพเอกซเรย์คงที่หรือดีขึ้น

2. แพทย์พิจารณาให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะในรูปแบบฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำที่สามารถให้วันละครั้ง ผ่านทาง Heparin lock หรือ saline lock

3. ติดตามสัญญาณชีพร่วมกับให้ยาปฏิชีวนะที่บ้านในรูปแบบฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำวันละครั้ง โดยพยาบาลวิชาชีพ จนครบระยะเวลาที่กำหนด หากพบอาการหรืออาการแสดงที่แย่ลง เช่น คลื่นไส้อาเจียน รับประทานอาหารไม่ได้ หอบเหนื่อย ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ปลายมือปลายเท้าเย็น ชีพจรเต้นเร็ว อัตรา

การหายใจมากกว่า 24 ครั้งต่อนาที ระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท หรือไข้สูงมากกว่า 38.5 องศาเซลเซียส หลังจากให้ยาครบ 48 ชั่วโมง ให้ส่งตัวผู้ป่วยกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล

4. เมื่อสามารถหยุดยาปฏิชีวนะที่ฉีดทางหลอดเลือดดำ ให้พยาบาลวิชาชีพนำ saline lock ออก

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแผลกดทับ (pressure ulcer management) แบบ Home ward

ผู้ป่วยแผลกดทับ คือ ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บเฉพาะที่ของผิวหนังหรือเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังโดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูกหรือบริเวณที่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์กดทับซึ่งเป็นผลมาจากแรงกด หรือแรงกดร่วมกับแรงเฉือน แผลกดทับมีหลายระดับขึ้นอยู่กับระดับความลึกของแผล ซึ่งแบ่งตามความลึกของการบาดเจ็บบริเวณที่กดทับดังนี้

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

ระดับที่ 2 สูญเสียผิวหนังบางชั้น/ มองเห็นชั้นหนังแท้ พื้นแผลยังทำหน้าที่ได้ มีสีชมพูหรือสีแดงชุ่มชื้นและอาจเห็นเป็นตุ่มน้ำใสที่ผิวหนัง ยังคงสภาพหรือที่แตกแล้ว จะมองไม่เห็นชั้นไขมันและเนื้อเยื่อที่ลึกกว่า ไม่เห็นเนื้อเยื่องอกขยายใหม่ เนื้อตายเปื่อยยุ่ย และเนื้อตายติดแข็ง

ระดับที่ 3 สูญเสียผิวหนังทุกชั้นซึ่งมองเห็นถึงชั้นไขมันในแผล มักพบเนื้อเยื่องอกขยายใหม่ และขอบแผลที่ม้วนเข้า อาจพบเนื้อตายเปื่อยยุ่ยและหรือเนื้อตายติดแข็ง

ระดับที่ 4 สูญเสียชั้นผิวหนังทั้งหมดและชั้นเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง มองเห็นพังผืด กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกอ่อน หรือกระดูกในบริเวณแผลได้

<u>แนวทางการดูแล</u>

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 และพิจารณารับเข้ารักษาเป็นผู้ป่วยใน แต่หากสัญญาณชีพ (Vital signs) อยู่ในเกณฑ์ปกติปราศจากอาการหรือ

อาการแสดงของการติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis)สามารถรับประทานได้และพร้อมที่จะรับการดูแลแบบ Home ward มีแนวทางการปฏิบัติหลัง จากให้การวินิจฉัยแล้ว ดังนี้ คือ

1. การทำความสะอาดแผล เพื่อกำจัดสิ่งสกปรก แบคทีเรียที่อยู่บนพื้นแผล ประกอบด้วย

1.1 อุปกรณ์ที่ใช้ในการทำแผล ได้แก่

- ชุดทำความสะอาดแผลปลอดเชื้อ
- กระบอกฉีดยาขนาด 10,20 ซีซี สำหรับฉีดล้างแผล
- ถุงมือสะอาด
- พลาสเตอร์เทปติดผ้าก๊อซ
- ถุงขยะ
- น้ำเกลือปราศจากเชื้อในการล้างแผล (ห้ามใช้ยาแดง)
- 70% แอลกอฮอล์

1.2 วัสดุปิดแผลตามลักษณะของแผล ได้แก่

- แผ่นตาข่ายที่เคลือบด้วยสารที่ให้ความชุ่มชื้น เช่น วาสลีน ซิลิโคน

2. แพทย์พิจารณาว่าสามารถให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะในรูปแบบรับประทานในกรณีติดเชื้อ โดยครอบคลุมเชื้อแบคทีเรียกรัมบวกบริเวณผิวหนัง เช่น ยากลุ่ม Penicillin ในกรณีที่แพ้ยา Penicillin พิจารณาให้ยากลุ่ม Macrolides หรือ Clindamycin)

3. พลิกตะแคงตัวบ่อย ๆ อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง โดยใช้ผ้ารองยกตัวหลีกเลี่ยงการลากดึง ร่วมกับยกส้นเท้าลอยจากพื้นผิวเตียงโดยใช้หมอนหรือผ้ารองใต้น่อง ถ้านอนตะแคงให้จัดท่ากึ่งหงายเพื่อหลีกเลี่ยงแรงกดโดยตรงกับปุ่มกระดูกบริเวณไหล่และสะโพก

4. การดูแลด้านอาหารเพื่อส่งเสริมการหายของแผล (Nutrition support) ต้องมีการประเมินภาวะโภชนาการ ความต้องการพลังงานและได้รับสารอาหารเพียงพอ เหมาะสม และควรได้รับน้ำอย่างน้อย 2 – 3 ลิตรต่อวัน (ถ้าไม่มีข้อจำกัด)

5. ติดตามสัญญาณชีพร่วมกับการดูแลแผลและการให้ยาปฏิชีวนะที่บ้าน โดยพยาบาลวิชาชีพ ในแผลระดับ 1 สามารถให้การดูแลโดยให้คำแนะนำและสอนผู้ดูแลผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง จัดท่าให้ถูกต้อง ดูแลผิวหนังให้แห้งสะอาด ส่วนในแผลระดับ 2 หรือระดับ 3 ที่ขนาดไม่เกิน 5 เซนติเมตรและไม่มีเนื้อตาย ทำความสะอาดแผลด้วยน้ำเกลือปราศจากเชื้อและปิดแผลด้วยผ้าก๊อซ (gauze) หรือ transparent dressing, hydrocolloid dressing, foam ที่บ้านโดยพยาบาลทุกวัน หรือแพทย์ติดตามแผลโดยรูปถ่ายผ่านระบบสื่อสารกับผู้ดูแลผู้ป่วยได้ หากพบอาการหรืออาการแสดงที่แย่ลง เช่น มีไข้ ชีพจรเต้นเร็วมากกว่าหรือเท่ากับ 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจมากกว่า 24 ครั้งต่อนาที ระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท หรือ

ไข้สูงมากกว่า 38.5 องศาเซลเซียสหลังจากให้ยาครบ 48 ชั่วโมง แผลมีขนาดใหญ่ขึ้น บวม แดง ร้อน หรือ มีเนื้อตายมากขึ้น ให้ส่งตัวผู้ป่วยกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล

6. เมื่อแผลผู้ป่วยหายแล้ว พยาบาลให้คำแนะนำการดูแลแก่ผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ เช่น การพลิกตะแคงตัว การสังเกตเมื่อเกิดแผลบริเวณที่มีความเสี่ยง เช่น ปุ่มกระดูก และให้กำลังใจผู้ดูแล

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

1. ผลเพาะเชื้อจากเลือดและบริเวณแผล ตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะที่สามารถให้ได้วันละ 1 ครั้งหรือสามารถเปลี่ยนเป็นรูปแบบรับประทานได้

2. แพทย์พิจารณาให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะในรูปแบบฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำที่สามารถให้วันละ 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 จัดท่าให้ถูกต้อง ดูแลผิวหนังให้แห้งสะอาด ส่วนในแผลระดับ 2 หรือระดับ 3 ที่ขนาดไม่เกิน 5 เซนติเมตรและไม่มีเนื้อตาย ทำความสะอาดแผลด้วยน้ำเกลือปราศจากเชื้อและปิดแผลด้วยผ้าก๊อซ (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 หรือมีเนื้อตายมากขึ้นไม่สามารถกำจัดด้วยวัสดุทำแผลได้ ให้ส่งตัวผู้ป่วยกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล

6. เมื่อแผลผู้ป่วยหายแล้ว พยาบาลให้คำแนะนำ การดูแลแก่ผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ เช่น การพลิกตะแคงตัว การสังเกตเมื่อเกิดแผลบริเวณที่มีความเสี่ยงเช่นปุ่มกระดูก และให้กำลังใจผู้ดูแล

โรงพยาบาลวังเจ้า	**หน้าที่ : 10/17**
วิธีปฏิบัติ: แนวทางปฏิบัติ	**ฉบับที่ 1**
เรื่อง : การดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward)	**วันที่ประกาศใช้ : 1 ตุลาคม 2566**
หน่วยงาน : งานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม	
ผู้จัดทำ : งานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม	**ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล**

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่บ้าน

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

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

Isolated office hypertension หรือ white-coat hypertension หมายถึง ระดับ ความดันโลหิ ต จากการวัดที่สถานพยาบาล อยู่ในเกณฑ์สูงผิดปกติ (SBP ≥ 140 มม.ปรอท และ/หรือ DBP ≥ 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 ≥ 135 มม.ปรอท และ/หรือ DBP ≥ 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 เพื่อยืนยัน การวินิจฉัยความดันโลหิตสูง

Grade 3 Hypertension ระดับความดันโลหิต >180/>110 มม.ปรอท ในส่วน High normal blood pressure (ระดับความดันโลหิตในเกณฑ์เกือบสูง) ค่าระดับความดันโลหิต ระหว่าง 130 – 139/85 - 89 มม. ปรอท สามารถวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงด้วยเช่นกัน หากพบภาวะอย่างใด อย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

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

<u>แนวทางการดูแล</u>

กลุ่มผู้ป่วยที่สามารถให้บริการผู้ป่วยที่บ้านได้ เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลมาก่อนและได้กลับบ้าน (step down จากผู้ป่วยใน) หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่พบความดันโลหิตสูง มีแนวทางการรักษาความดันโลหิตให้ได้เป้าหมายตามกลุ่มโรคพื้นฐาน

กลุ่มอายุ	เป้าหมายค่าระดับความดันโลหิต ซิสโตลิค(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 ไดแอสโตลิค (DBP) ต่ำกว่า 80 มม.ปรอท ทุกกลุ่ม				

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

**TIA=Transient Ischemic Attack

ที่มา : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home ward) กรมการพแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข*. นนทบุรี: ม.ป.พ.

<u>การให้ยาเพื่อลดความดันโลหิต</u>

ยาลดความดันโลหิตมีหลายกลุ่มหลายกลไกการออกฤทธิ์ แต่ที่สำคัญ มีอยู่ 4 กลุ่มใหญ่ คือ

• Angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEIs) แ ล ะ Angiotensin receptor blockers (ARBs)

• Calcium-channel blockers (CCBs)

• Diuretics (Thiazides และยาขับปัสสาวะที่ใกล้เคียงกับ thiazides ได้แก่ chlorthalidone และ Idapamides)

• Beta-blockers

การพิจารณาเลือกใช้ยามีความแตกต่างกันบ้างตามภาวะโรคร่วม และภาวะอาการข้างเคียงของยานั้น แต่หากจะเลือกยาเริ่มต้นในการรักษาความดันโลหิตสูงเพียงชนิดเดียวก็เลือกยาใดก็ได้ ตามความเหมาะสม

คำแนะนำ	กรณีพิจารณา
เริ่มยา 1 ชนิด ชนิดใดก็ได้ในกลุ่มยาดังกล่าวข้างต้น	เริ่มให้ยาเพียง 1 ชนิด ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ดังนี้ ● ระดับความดันโลหิตไม่สูงมา SBP < 150mmHg. ● ผู้ป่วยสูงอายุ ≥ 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

ที่มา : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home ward) กรมการพแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข*. นนทบุรี: ม.ป.พ.

<u>การติดตามผู้ป่วย</u> 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 อาทิภาวะหัวใจล้มเหลว กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่อาการดีขึ้นแล้ว ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ พิจารณาติดตามอาการอย่างใกล้ชิด เพราะระดับความดันโลหิตอาจมีการเปลี่ยนแปลงง่าย รวมถึงหากมีการให้ยาขับปัสสาวะ หรือยาในกลุ่ม ACEIs/ ARBs ด้วยแล้ว ต้องมีการติดตามผลเลือด การทำงานของไต และเกลือแร่ โดยประมาณ 1-2 สัปดาห์

กลุ่มยา	ข้อควรพิจารณา และข้อควรระวัง
Beta-blockers	- พิจารณาให้ได้ในผู้ป่วยดังต่อไปนี้ • ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว, หลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย, โรคหลอดเลือดหัวใจ, โรคหัวใจห้องบนเต้นผิดจังหวะแบบพริ้วไหว • ผู้หญิงอายุน้อยที่วางแผนตั้งครรภ์ - หลีกเลี่ยงในกลุ่มผู้ป่วยหลอดลมอุดกั้นรุนแรง - หลีกเลี่ยงในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นช้า <60 ครั้งต่อนาที หรือ high-grade sinoatrial or atrioventricular block
Diuretics (Thiazides/ Thiazide-likes)	-อาจทำให้เกิดภาวะโรคเก๊าท์ -ระดับเกลือแร่ผิดปกติ
ACEIs/ARBs	- สามารถชะลอความเสื่อมของไต ลดภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะได้ จึงเป็นกลุ่มยาที่เป็นทางเลือกอันดับแรกๆ ในผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวาน โรคไต proteinuria - ข้อห้ามในหญิงตั้งครรภ์ ดังนั้นในหญิงวัยเจริญพันธ์ที่วางแผนจะมีบุตรจึงควรหลีกเลี่ยง - พบภาวะ hyperkalemia - ข้อห้ามใน bilateral renal artery stenosis
Calcium antagonists (dihydropyridines)	- อาจทำให้เกิดขาบวม พิจารณาให้ร่วมกับยากลุ่ม ACEIs/ARBs - อัตราการเต้นหัวใจเร็วขึ้น
Calcium antagonists (Non- dihydropyridines eg. Verapamil, diltiazem)	- หลีกเลี่ยงในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการบีบตัวของหัวใจน้อย (LV Ejection fraction <40%) - หลีกเลี่ยงในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นช้า <60 ครั้งต่อนาที หรือ high-grade sinoatrial or atrioventricular block
Alpha-blockers	- ใช้เป็นยาร่วมชนิดหลัง เมื่อพิจารณายาลดความดันในกลุ่มหลักแล้ว - ในการรับประทานครั้งแรกอาจทำให้ความดันโลหิตต่ำรุนแรง (first dose effect) ค่อย ๆ ปรับเพิ่มยา
Methyldopa	- นิยมใช้ในขณะตั้งครรภ์จนคลอดบุตร แต่จะงดเมื่ออยู่ในภาวะหลังคลอด เพราะอาจส่งผลภาวะเครียด วิตกกังวลหลังคลอดบุตรได้

ที่มา : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home ward) กรมการพแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข*. นนทบุรี: ม.ป.พ.

การดูแลภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ในการดูแลภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ในผู้ป่วยเบาหวาน ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีพลาสมากลูโคสขณะอดอาหาร มากกว่า 300 มก./ดล. หรือ A1C > 11 % ควรได้รับการประเมินภาวะแทรกซ้อน แบบเฉียบพลัน คือ Diabetic Ketoacidosis (DKA) และ Hyperosmolar Hyperglycemic State (HHS) โดยการซักประวัติและตรวจร่างกาย

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

ที่มา : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home ward) กรมการพแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข*. นนทบุรี: ม.ป.พ.

ข้อแนะนำในการรักษาแบบ Home ward

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

การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

1. ส่งผู้ป่วยพบผู้ให้ความรู้ (Diabetes education) ก่อนการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ในการดูแลตนเองตาม seven habits diabetes self-management education and support
2. ในกรณีที่มีการรับไว้ในโรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำตาลต่ำหรือสูง ควรได้รับการให้ความรู้เพิ่มเติมเพื่อป้องกันการรับไว้ในโรงพยาบาลซ้ำด้วยอาการเดิม
3. ในกรณีที่ใช้ยาอินซูลินไม่มากน้อยกว่า 0.6 Units/kg อาจจะสามารถปรับใช้ยาชนิดรับประทานได้ หรือกรณีที่ใช้ยาชนิดรับประทานเดิมและควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี พิจารณาใช้ยาชนิดรับประทาน ชนิดและปริมาณยาลดน้ำตาลก่อนการจำหน่ายกลับบ้านขึ้นกับยาเดิม ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และระดับ HbA1c

4. กรณีที่ใช้อินซูลินมากกว่า 0.6 Units/kg หรือมีข้อบ่งห้ามในการใช้ยาชนิดรับประทาน หรือก่อนรับไว้ในโรงพยาบาล ใช้ยารับประทานตั้งแต่ 3 ชนิด และยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเป้าหมาย พิจารณาใช้อินซูลินต่อหลังกลับบ้านพร้อมสนับสนุนให้มีการตรวจน้ำตาลและมีการปรับขนาดยา

5. นัดการติดตามระดับน้ำตาล ภายใน 1 สัปดาห์

แนวทางปฏิบัติในการให้คำแนะนำผู้ป่วยและการจัดบริการผู้ป่วยโควิด-19

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

<u>แนวทางหลักในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19</u>

ผู้ที่อยู่ในช่วงระยะที่แพร่เชื้อได้ มีความจำเป็นที่จะต้องให้ผู้ป่วยแยกจากคนอื่นในบ้านตามคำแนะนำ ดังนี้

1. ผู้ป่วยโควิด-19 ที่วินิจฉัยใหม่ตามเกณฑ์ การวินิจฉัย และแพทย์เห็นว่าสามารถดูแลรักษาที่บ้านได้
2. ผู้ป่วยโควิด-19 ที่ step down หลังเข้ารับการรักษาที่สถานที่รัฐจัดให้หรือโรงพยาบาล อย่างน้อย 7 วัน และจำหน่ายกลับบ้าน โดยวิธี Home Isolation

<u>ข้อควรปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยโรคโควิด-19</u> ในระหว่างแยกตัว ควรปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ดังนี้

1. ไม่ให้บุคคลอื่นมาเยี่ยมที่บ้านระหว่างแยกตัวและงดการออกจากบ้านในระหว่างแยกตัว
2. อยู่ในห้องส่วนตัวตลอดเวลา หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับบุคคลอื่นในที่พักอาศัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ เด็กเล็ก ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ หากยังมีอาการไอจามต้องสวมหน้ากากอนามัยแม้ขณะที่อยู่ในห้องส่วนตัว โดยแนะนำให้สวมหน้ากากอนามัย ไม่ให้ใช้หน้ากากผ้า
3. หากจำเป็นต้องเข้าใกล้ผู้อื่นต้องสวมหน้ากากอนามัยและอยู่ห่างอย่างน้อย 1 เมตร หรือประมาณหนึ่งช่วงแขน หากไอจามไม่ควรเข้าใกล้ผู้อื่นหรืออยู่ห่างอย่างน้อย 2 เมตร และให้หันหน้าไปยังทิศทางตรงข้ามกับตำแหน่งที่มีผู้อื่นอยู่ด้วย
4. หากไอจามขณะที่สวมหน้ากากอนามัย ไม่ต้องเอามือมาปิดปากและไม่ต้องถอดหน้ากากอนามัยออก เนื่องจากมืออาจเปรอะเปื้อน หากไอจามขณะที่ไม่ได้สวมหน้ากากอนามัยให้ใช้ต้นแขนด้านในปิดปากและจมูก

5. ถูมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ หรือล้างมือด้วยสบู่และน้ำเป็นประจำ (หากมือเปรอะเปื้อนให้ล้างด้วยสบู่และน้ำ) โดยเฉพาะภายหลังสัมผัสน้ำมูก น้ำลาย เสมหะ ขณะไอ 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, คลอรอกซ์) โดยใช้ 5% โซเดียมโซเดียมไฮโปคลอไรท์ 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 แล้วไปนำอาหาร เข้าบ้าน ไม่รับอาหารโดยตรงจากผู้ส่งอาหาร
11. ซักเสื้อผ้า ผ้าปูเตียง ผ้าขนหนู ฯลฯ ด้วยน้ำและสบู่หรือผงซักฟอกตามปกติ หากใช้เครื่องซักผ้าให้ใช้ผงซักฟอก และ น้ำยาปรับผ้านุ่มได้
12. การทิ้งหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้วและขยะที่ปนเปื้อนสารคัดหลั่งให้ใส่ถุงพลาสติก และปิดปากถุงให้สนิท ก่อนทิ้งขยะที่ฝาปิดมิดชิด และทำความสะอาดมือ ด้วยแอลกอฮอล์ หรือ น้ำ และสบู่ทันที

<u>คำแนะนำเพิ่มเติมสำหรับผู้ป่วยในการสังเกตอาการตนเอง</u>

- ให้สังเกตอาการตนเอง วัดอุณหภูมิและ oxygen saturation ทุกวัน
- หากมีอาการแย่ลง คือ มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ เช่น ไข้สูงมากกว่า 39 องศาเซลเซียส หายใจ หอบเหนื่อย วัดค่าออกซิเจนปลายนิ้วได้น้อยกว่า 94% หรือไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ ให้รีบโทรติดต่อโรงพยาบาลที่ท่านรักษาอยู่
- เมื่อจะต้องเดินทางไปโรงพยาบาลให้ใช้รถยนต์ส่วนตัวหรือรถที่โรงพยาบาลมารับ ไม่ใช้รถสาธารณะ ให้ทุกคนในรถใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาที่เดินทาง หากมีผู้ร่วมยานพาหนะมาด้วย ให้เปิดหน้าต่างรถ เพื่อเพิ่มการระบายอากาศ

การดำเนินการของโรงพยาบาล

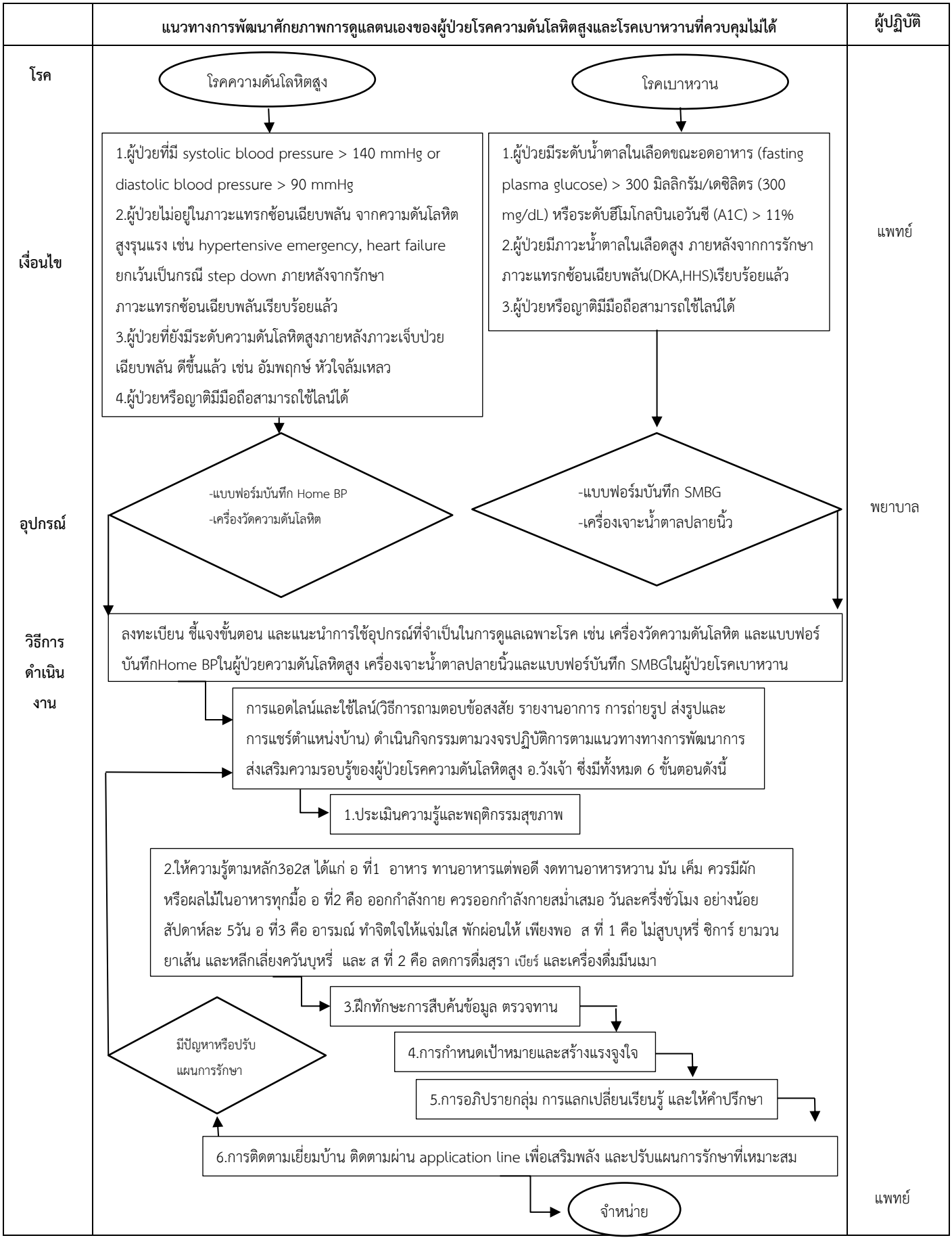
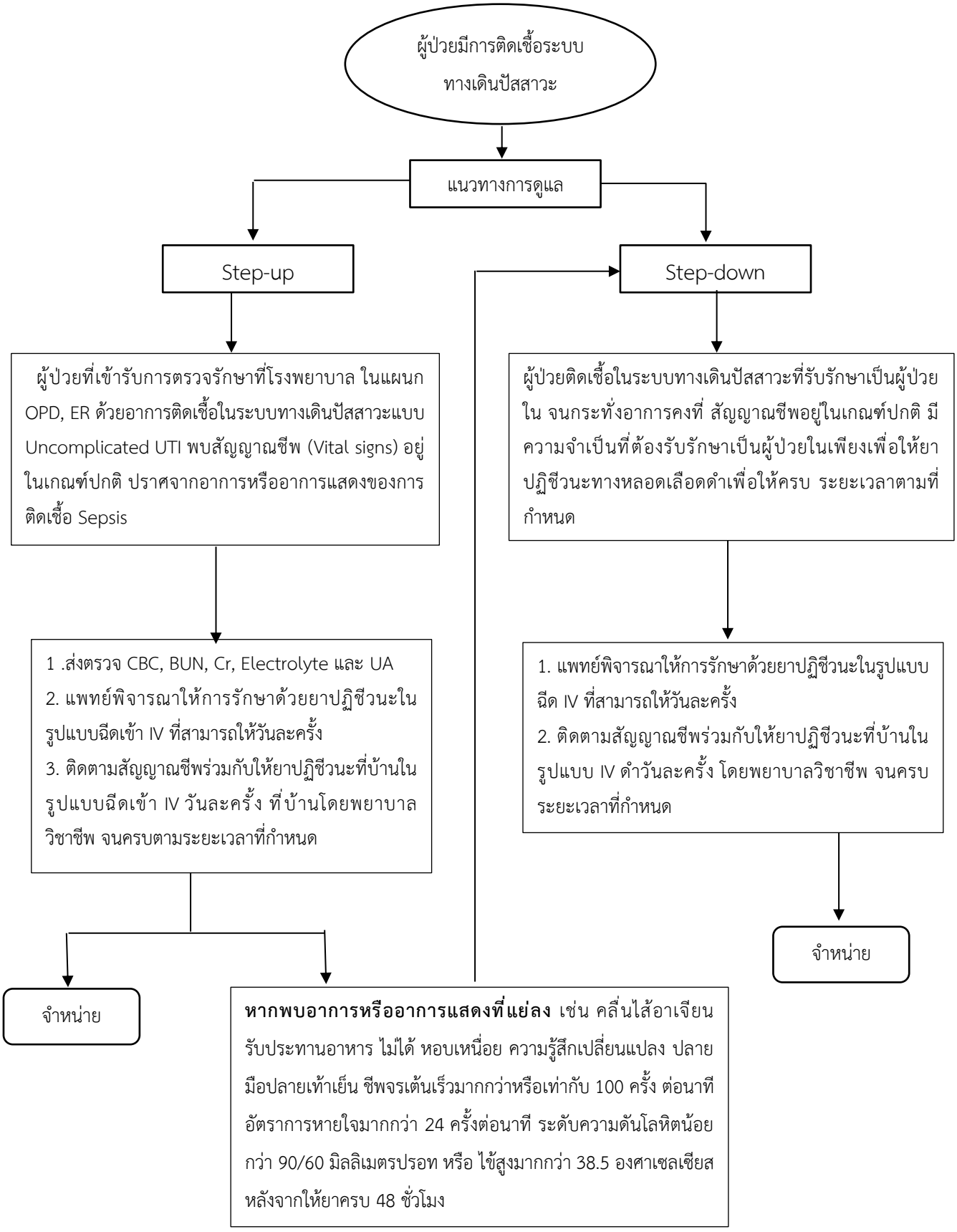
1. ให้ดำเนินการติดต่อกลับผู้ป่วยให้เร็วที่สุดภายใน 6 ชั่วโมง หลังผู้ป่วยลงทะเบียน
2. ประเมินความเหมาะสมสำหรับผู้ติดเชื้อตามดุลยพินิจของแพทย์
3. ลงทะเบียนผู้ติดเชื้อที่เข้าเกณฑ์แยกกักตัวที่บ้าน
4. แนะนำการปฏิบัติตัวที่บ้านให้กับผู้ติดเชื้อ
5. ติดตามและประเมินอาการผู้ติดเชื้ออย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หรือ ตามดุลยพินิจของแพทย์โดยให้ผู้ติดเชื้อ วัดอุณหภูมิ และวัดระดับออกซิเจนในเลือดทุกวัน ผ่านระบบการสื่อสาร
6. เมื่อผู้ติดเชื้อมีอาการมากขึ้นให้มีระบบนำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล
7. ทั้งนี้ระหว่างติดตามอาการของผู้ป่วย แพทย์อาจพิจารณาให้การรักษาตามความเหมาะสม ตามแนวทาง เวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะมีการปรับปรุง เป็นระยะตามข้อมูลและสถานการณ์ โดยมีระบบการจัดส่งยา การแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานยา การสังเกตผลข้างเคียง ที่เหมาะสม ตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล และรับผู้ป่วยมารักษาในโรงพยาบาล

6. เอกสารอ้างอิง (Reference Document)

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home ward) กรมการพแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข*. นนทบุรี: ม.ป.พ.

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home ward) กรมการพแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 2*. นนทบุรี: ม.ป.พ.

Flow Chart : การพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ในระบบ Home Ward โรงพยาบาลวังเจ้า



Flow Chart : การพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยผู้ป่วยติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะในระบบ Home Ward โรงพยาบาลวังเจ้า