



กรมการแพทย์
“ทำดีที่สุดเพื่อทุกชีวิต”

แนวทางและมาตรฐาน การดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน **HOME WARD** ฉบับที่ 2



แนวทางและมาตรฐาน การดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward)

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข



ชื่อหนังสือ :	แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) ฉบับที่ 2 กรรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข	
ที่ปรึกษา :	แพทย์หญิงอัมพร เบญจพลพิทักษ์	อธิบดีกรมการแพทย์
	นายแพทย์เจตต์ ธรรมธัชอารี	เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ (สปสช.)
บรรณาธิการ :	แพทย์หญิงปิยะธิดา หาญสมบูรณ์	ที่ปรึกษากกรมการแพทย์
กองบรรณาธิการ :	นายแพทย์มนต์ชัย ศิริบำรุงวงศ์	รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน
	นางอรุณี เลิศล้ำ	กองวิชาการแพทย์
	นางสาววิริยา ไทยประเสริฐ	สำนักที่ปรึกษากกรมการแพทย์

ฉบับที่ 2 : พฤษภาคม 2567

ISBN : 978-616-8322-73-4

คำนำ

การดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward) เป็นการรักษายาบาลผู้ป่วยที่บ้านที่มีมาตรฐาน การดูแลเทียบเคียงกับบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาล (IPD) โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered care) และคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญตามมาตรฐานการรักษาของแต่ละวิชาชีพ โดยมีความร่วมมือของญาติหรือผู้ดูแล (care giver) ในการช่วยประเมินอาการผู้ป่วยและสื่อสารกับทีมแพทย์ โดยเป้าหมายของ กรมการแพทย์ คือการเปลี่ยนแปลงเพื่อนำบริการทางการแพทย์ไปหาผู้ป่วยในลักษณะ การรักษาที่บ้าน (Home base) ทุกที่ทุกเวลา ซึ่งจะส่งผลดีต่อการลดความแออัดในโรงพยาบาลและเป็นทางเลือกให้กับผู้ป่วย ในการเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในบ้าน

ทางกรมการแพทย์ได้ร่วมกับภาคีเครือข่ายจัดทำ “แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward)” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติงานในสถานพยาบาลและหน่วยบริการทุกระดับ สามารถนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยไปปรับใช้ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการดูแลรักษามีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยได้จัดทำแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward) จำนวน 7 เรื่อง ในปี 2565 และในปี 2566 นี้ จึงได้จัดทำแนวทางและมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยในบ้านเพิ่มเติมจำนวน 4 เรื่อง ได้แก่ แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การดูแลรักษาผู้ป่วยระยะกำลังเสียชีวิตที่บ้าน การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคสะกดเจ็บประเภตผื่นหนาเฉพาะที่ และการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัด โดยสถานพยาบาลสามารถใช้คู่มือฉบับนี้เป็นแนวทางการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ

ขอขอบคุณผู้นิพนธ์ทุกท่านที่ได้สละเวลา แรงกาย แรงใจในการค้นคว้า รวบรวมองค์ความรู้ และประสบการณ์เพื่อเรียบเรียงให้เอกสารฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี



(แพทย์หญิงอัมพร เบญจพลพิทักษ์)

อธิบดีกรมการแพทย์

ผู้สมัคร

เดือนเพ็ญ ห่อรัตนารื่อง

พ.บ. (เกียรตินิยมอันดับ 2), ว.ว. วิสัณณูวิทยา

ว.ว. วิสัณณูวิทยาสำหรับเด็ก

นายแพทย์เชี่ยวชาญ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

กิตติมา บำงพัฒนาศิริ

พ.บ., ว.ว. อายุรศาสตร์

ว.ว. อายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินหายใจ

นายแพทย์เชี่ยวชาญ สถาบันโรคทรวงอก

ชญานุตม์ รัตตติลล

พ.บ., ว.ว. ศัลยศาสตร์ทั่วไป

ประกาศนียบัตรศัลยศาสตร์เต้านมและต่อมไร้ท่อ

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

วรพล เวชชาภินันท์

พ.บ., Ph.D. (Pharmaceutical technology), ป.บัณฑิต (อายุรศาสตร์)

ว.ว. ตจวิทยา, อ.ว. เวชศาสตร์ครอบครัว

ประกาศนียบัตร อนุสาขา ด้านเลเซอร์และหัตถการทางผิวหนัง แพทยสภา

Postdoctoral fellowship in Dermatologic Surgery, Department of Dermatology & Cutaneous Surgery, University of Miami Miller School of Medicine, Miami, FL, USA

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง

สารบัญ

หน้า

คำนำ

ก

สารบัญ

ค

บทที่ 1 แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
(COPD exacerbation) แบบ Home ward

1

บทที่ 2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะกำลังเสียชีวิตที่บ้าน
(Home ward for active dying patients)

7

บทที่ 3 แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินประเภทผื่นหนาเฉพาะที่
(Psoriasis Vulgaris) แบบ Home ward

15

บทที่ 4 แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดมะเร็งเต้านมแบบผ่าตัดวันเดียวกลับ
ด้วยโปรแกรมการดูแลตนเองที่บ้าน (One day surgery in breast cancer patients
with home recovery program; ODS BHR program)

25

ภาคผนวก

34

ก. แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโครงการผ่าตัดมะเร็งเต้านมแบบผ่าตัดวันเดียวกลับร่วมกับ
โปรแกรมการดูแลตนเองที่บ้าน (ODS BHR program)

35

ข. แนวทางในการดูแลผู้ป่วยในวันผ่าตัดโครงการผ่าตัดมะเร็งเต้านมแบบผ่าตัดวันเดียวกลับ
ร่วมกับโปรแกรมการดูแลตนเองที่บ้าน (ODS BHR program)

39

ค. Guideline discharge for ODS BHR Program

43

ง. ใบประเมินเกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการการผ่าตัดมะเร็งเต้านมแบบวันเดียวกลับบ้าน
ร่วมกับโปรแกรมการดูแลตนเองที่บ้าน (ODS BHR program)

47

จ. คำอธิบายเกี่ยวกับโรคและยินยอมเข้าร่วมโครงการ (inform consent) การผ่าตัดมะเร็งเต้านม
แบบวันเดียวกลับบ้านร่วมกับโปรแกรมการดูแลตนเองที่บ้าน (ODS BHR program)

51

ฉ. แบบบันทึกทางการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยระยะกำลังเสียชีวิต (active dying patients)

57

ช. รายชื่อคณะกรรมการการจัดทำมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward)

61

ด้วยแนวคิดการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) คือ
ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล
หากแต่ผู้ป่วยไม่สะดวกเข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาล
ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย
โดยที่บ้านมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นบางชนิด
และมีระบบสนับสนุนจากโรงพยาบาลที่เหมาะสม
สามารถให้การดูแลรักษาต่อที่บ้านได้

บทที่ 1

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

(COPD exacerbation) แอู Home ward

แพทย์หญิงกิตติมา บำรุงพัฒนาศิริ

ด้วยแนวคิดการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) คือ ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหากแต่ผู้ป่วยไม่สะดวกเข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาล ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย โดยที่บ้านมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นบางชนิดและมีระบบสนับสนุนจากโรงพยาบาลที่เหมาะสมสามารถให้การดูแลรักษาต่อที่บ้านได้

นิยาม

การกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Acute exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease; COPD exacerbation) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการทางระบบหายใจแย่ลงอย่างเฉียบพลัน เช่น เหนื่อยมากขึ้น ไอ มีเสมหะ ส่งผลให้ต้องได้รับการรักษาเพิ่มเติม

การแบ่งความรุนแรงของอาการกำเริบ

1. กลุ่มอาการน้อย (mild) รักษาด้วยยาพ่นขยายหลอดลมแบบออกฤทธิ์สั้น (short acting bronchodilators; SABD) เพียงอย่างเดียว
2. กลุ่มอาการปานกลาง (moderate) รักษาด้วยยาพ่นขยายหลอดลมแบบออกฤทธิ์สั้น (SABD) ร่วมกับยาต้านการอักเสบสเตียรอยด์ (systemic corticosteroids) และ/หรือยาปฏิชีวนะ (antibiotics)
3. กลุ่มอาการรุนแรง (severe) หมายถึง ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลหรือเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ซึ่งอาการกำเริบรุนแรงทำให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน

การประเมินความรุนแรงของการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD exacerbation) ตามแนวทาง Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) guideline 2023

1. กลุ่มอาการน้อย (mild)

- ค่าอาการหายใจลำบาก (dyspnea visual analogue score; VAS) น้อยกว่า 5
- * หมายเหตุ VAS 0-10; 0 คือ ไม่เหนื่อยเลย, 10 คือ เหนื่อยมากที่สุดไม่เคยเป็นมาก่อน
- อัตราการหายใจ น้อยกว่า 24 ครั้งต่อนาที (respiratory rate; RR)
- อัตราการเต้นของหัวใจหรือชีพจร น้อยกว่า 95 ครั้งต่อนาที (heart rate; HR)

- สถานะการหายใจปกติ ค่าออกซิเจนในเลือด (room air or patient's usual oxygen prescription; SpO₂) มากกว่าหรือเท่ากับ 92% และเปลี่ยนแปลงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3%
- การเจาะเลือดตรวจระดับโปรตีน (C-reactive protein; CRP) น้อยกว่า 10 มิลลิกรัมต่อลิตร (CRP < 10 mg/L)

2. กลุ่มอาการปานกลาง (moderate) (เข้าเกณฑ์ 3 ใน 5 ข้อ)

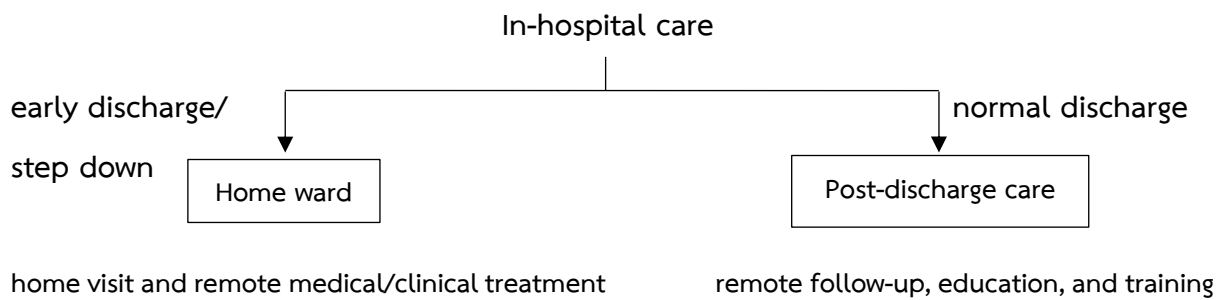
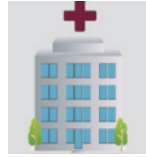
- ค่าอาการหายใจลำบาก (dyspnea visual analogue score; VAS) มากกว่าหรือเท่ากับ 5
- อัตราการหายใจ (respiratory rate; RR) มากกว่าหรือเท่ากับ 24 ครั้งต่อนาที
- อัตราการเต้นของหัวใจหรือชีพจร (heart rate; HR) มากกว่าหรือเท่ากับ 95 ครั้งต่อนาที
- สถานะการหายใจปกติ ค่าออกซิเจนในเลือด (room air or patient's usual oxygen prescription; SpO₂) น้อยกว่า 92% และ/หรือเปลี่ยนแปลงมากกว่า 3%
- การเจาะเลือดตรวจระดับโปรตีน (C-reactive protein; CRP) มากกว่าหรือเท่ากับ 10 มิลลิกรัมต่อลิตร
- * หมายเหตุ การตรวจก๊าซในเลือดแดง (arterial blood gas analysis; ABG) ควรมีค่าความดันย่อยของออกซิเจนในเลือด (PaO₂) น้อยกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือมีค่าความดันย่อยของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด (PaCO₂) มากกว่า 45 มิลลิเมตรปรอท แต่ไม่มีภาวะเลือดเป็นกรด (acidosis)

3. กลุ่มอาการรุนแรง (severe)

- ค่าอาการหายใจลำบาก (VAS), อัตราการหายใจ (RR), อัตราการเต้นของหัวใจ (HR), ค่าออกซิเจนในเลือด (SpO₂) และระดับโปรตีน CRP เหมือนกลุ่มอาการปานกลาง
- การตรวจก๊าซในเลือดแดง (ABG) จะแสดงให้เห็นอาการแรกเริ่มหรือการแย่งของภาวะการสะสมคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดและมีภาวะเลือดเป็นกรด โดยมีค่าความดันย่อยของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดมากกว่า 45 มิลลิเมตรปรอท และค่าความเป็นกรด-ด่าง (pH) น้อยกว่า 7.35

สาเหตุการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD exacerbation)

การกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อไวรัสและแบคทีเรียในทางเดินหายใจหรือมีปัจจัยต่าง ๆ จากสิ่งแวดล้อมเป็นตัวกระตุ้น เช่น มลพิษทางอากาศ การสัมผัสกับฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM 2.5) การติดเชื้อไวรัสที่พบได้บ่อยที่สุดคือ ไรโนไวรัส (Rhinovirus) หากการกำเริบพบเสมอเพิ่มขึ้น หรือเสมอเปลี่ยนสี อาจเกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยอาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

แนวทางการดูแล

รูปแบบการดูแล : การรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลก่อนและส่งกลับไปรักษาที่บ้าน (early discharge/step down) คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบ (COPD exacerbation) ที่เข้ารับการตรวจรักษาที่ห้องฉุกเฉิน (Emergency room; ER) เป็นกลุ่มที่แพทย์ประเมินความรุนแรงระดับกลุ่มอาการปานกลาง (moderate) มีข้อบ่งชี้เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยใน (In-Patient Department; IPD) จนกระทั่งอาการคงที่ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติอย่างน้อย 24 ชั่วโมง ไม่มีภาวะเลือดเป็นกรด (acidosis) ไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดปกตินรุนแรง ไม่มีปอดอักเสบร่วมด้วย ไม่มีปัญหาเรื่องการไอขับเสมหะ มีความจำเป็นที่ต้องรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในเพียงเพื่อให้ยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้น และยาแก้อักเสบ (systemic steroid) ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพร้อมที่จะรับการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน โดยมีแนวทางการปฏิบัติดังนี้

เกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วย

1. ประเมินผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อการรักษาเบื้องต้น ด้วยยาพ่นขยายหลอดลมแบบออกฤทธิ์สั้น (short-acting β_2 -agonists และ/หรือ short-acting anticholinergics) และยาต้านการอักเสบสเตียรอยด์ (systemic corticosteroid) แนะนำให้ Prednisolone 30-40 มิลลิกรัมต่อวัน หรือยาสเตียรอยด์ชนิดฉีดเข้าหลอดเลือดดำในวันแรก เช่น Dexamethasone 4 มิลลิกรัม ทุก 6-8 ชั่วโมง
2. ผู้ป่วยไม่มีอาการของโรคร่วมที่รุนแรง เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ
3. ผู้ป่วยไม่เคยมีประวัติอาการกำเริบรุนแรงต้องใส่ท่อช่วยหายใจ
4. มีความพร้อมที่จะรับการรักษาด้วยออกซิเจน และให้ยาสูดพ่นขยายหลอดลมที่บ้าน และมีการติดตามวัดค่าออกซิเจนปลายนิ้ว (oxygen saturation) ที่บ้านได้
5. จำหน่ายจากโรงพยาบาลภายใน 3 วัน หลังรับการรักษาในโรงพยาบาล

แนวทางการปฏิบัติ

1. ติดตามอาการ การวัดสัญญาณชีพและวัดค่าออกซิเจนปลายนิ้วแบบเยี่ยมบ้าน (Home visit) ในวันถัดมาหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลโดยพยาบาลวิชาชีพ และมีการติดตามอาการผ่านระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) โดยแพทย์ อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง
2. ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล รายงานสัญญาณชีพและวัดค่าออกซิเจนปลายนิ้ว 2-3 ครั้งต่อวัน ผ่านระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine)
3. ให้การรักษาด้วยยาสูดพ่นขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้น (short-acting β_2 -agonists หรือ short-acting anticholinergics) แบบยาพ่นสูดชนิดที่ใช้ก๊าซ (Metered dose inhaler; MDI) ร่วมกับอุปกรณ์ช่วยสูดยา (Spacer®) 2 ครั้ง ทุก 2-4 ชั่วโมง เมื่ออาการดีขึ้น สามารถลดยาเป็น 2 ครั้งทุก 6 ชั่วโมง
4. ให้ยาเพรดนิโซโลน (Prednisolone) ขนาด 30-40 มิลลิกรัมต่อวัน กินเป็นเวลา 5-7 วัน
5. ให้ยาปฏิชีวนะในกรณีที่มีการติดเชื้อแบคทีเรีย เช่น เสมหะมากขึ้น หรือ เสมหะเปลี่ยนสีไปจากเดิม การเลือกชนิดยาควรให้ครอบคลุมเชื้อที่สัมพันธ์กับการกำเริบของโรค เช่น *Hemophilus influenza*, *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis* และพิจารณาร่วมกับข้อมูลผลความไวต่อยาของเชื้อแบคทีเรียในแต่ละโรงพยาบาล โดยทั่วไปมักเริ่มการรักษาด้วยยาต้านแบคทีเรียกลุ่มเบต้า-แลคเทม (beta-lactam/beta-lactamase inhibitor) เช่น Amoxicillin/Clavulanate ขนาด 875/125 มิลลิกรัม ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หรือยาปฏิชีวนะที่ใช้รักษาการติดเชื้อแบคทีเรีย (Macrolide) เช่น Azithromycin ขนาด 250 มิลลิกรัม ครั้งละ 2 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หรือยาต้านเชื้อแบคทีเรียกลุ่ม Fluoroquinolone เช่น Levofloxacin ขนาด 750 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง ระยะเวลาในการรักษา 5-7 วัน
6. หากพบอาการหรืออาการแสดงที่แย่ลง เช่น การหอบเหนื่อยมากขึ้น ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ชีพจรเต้นเร็วมากกว่า 95 ครั้งต่อนาที หรือ อัตราการหายใจมากกว่า 24 ครั้งต่อนาที หรือ ระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท หรือไข้สูงมากกว่า 38.5 องศาเซลเซียส หรือ ค่าออกซิเจนปลายนิ้ว (SpO₂) น้อยกว่า 92% ให้ส่งตัวผู้ป่วยกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล
7. เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น ให้เข้ารับคำแนะนำเรื่องการทำกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอด โดยรับคำแนะนำจากนักกายภาพบำบัด หรือพยาบาลวิชาชีพ ร่วมกับประเมินและให้คำแนะนำเทคนิคการสูดพ่นยาที่ถูกต้องโดยเภสัชกรหรือพยาบาลวิชาชีพ และสามารถให้จำหน่ายจากระบบ Home ward และนัดติดตามอาการโดยแพทย์ภายใน 2-4 สัปดาห์

ตารางที่ 1 ยาปฏิชีวนะที่แนะนำในภาวะปอดอักเสบ

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

ตารางที่ 2 ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานในกรณีปรับเปลี่ยนจากยาฉีด

ยาปฏิชีวนะ	ขนาดและระยะเวลา (พิจารณาปรับต่อจากยาฉีดจนครบระยะ หรือ 7-10 วัน)
กลุ่ม Penicillins	
- Amoxicillin/clavulanate	675/125 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง
กลุ่ม Cephalosporins	
- Cefditoren	400 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง
- Cefdinir	300 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง
- Cepodoxime	200 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง
กลุ่ม Quinolones	
- Levofloxacin	750 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง
- Moxifloxacin	400 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง
- Sitafoxacin	50 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง

การวางแผนก่อนให้การรักษแบบ Home ward

1. ประเมินและทำความเข้าใจเกี่ยวกับตัวโรค การรักษาที่จำเป็น และการรักษาต่อเนื่องกับผู้ป่วยและญาติ
 2. ประเมินและสอนเทคนิคการใช้ยาพ่นสูดกับผู้ป่วยและญาติ
 3. ประเมินและสอนการรักษาด้วยออกซิเจน การวัดค่าออกซิเจนปลายนิ้ว ในรายที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยออกซิเจน
 4. สอนการติดตามอาการทางคลินิกที่เปลี่ยนแปลง เพื่อส่งตัวผู้ป่วยกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล
- อุปกรณ์ที่จำเป็น เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว (Oxygen Saturation)

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2565. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย 2565;2:1-168.
2. Alvar A, Bartolome RC, Gerard JC, David H, Antonio A, Peter B, et al. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2023 Report: GOLD Executive Summary. *Eur Respir J* 2023;61(4):1-10.
3. Clemante PM, Carrasco MP, Hernandez CM, Molina RM, Arvelo LA, Cadavid B, et al. Follow-up with Telemedicine in Early Discharge for COPD Exacerbations: Randomized Clinical Trial (TELEMEDCOPD-Trial). *COPD* 2021;18(1):62-69.

บทที่ 2

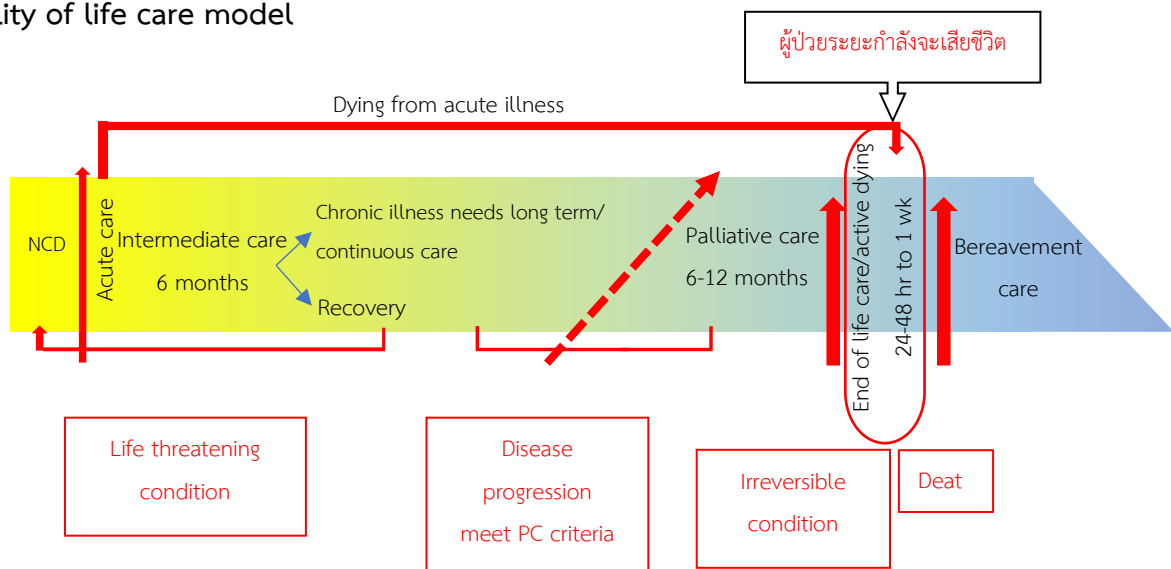
แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะกำลังเสียชีวิตที่บ้าน

(Home ward for active dying patients)

แพทย์หญิงเดือนเพ็ญ ห่อรัตนารื่อง

การจัดบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยระยะท้ายที่กำลังเสียชีวิต ตลอดจนครอบครัวของผู้ป่วยทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ให้สามารถดำเนินการดูแลแบบประคับประคองระยะท้ายที่บ้านต่อเนื่องจากการรับบริการในโรงพยาบาล (Step down from hospital to home) ในระยะกำลังเสียชีวิตได้อย่างมีคุณภาพแบบองค์รวม และผู้ป่วยสามารถเสียชีวิตที่บ้านได้ตามความประสงค์ ตามแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning; ACP) หรือ หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (advance directive or living will; ADL) ของผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้จัดทำไว้ ซึ่งเป็นไปตามสิทธิของบุคคลตามมาตรา 12 แห่ง พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

Quality of life care model



รูปที่ 1 แสดงการดำเนินโรคของผู้ป่วยระยะกำลังเสียชีวิต

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care) หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้และคาดว่าจะมีชีวิตเหลือน้อยกว่า 1 ปี การดูแลทางการแพทย์การพยาบาลทุกชนิดรวมถึงการดูแลทางด้านจิตใจ สังคม ตามความต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนการดูแลครอบครัวผู้ป่วยจากความโศกเศร้า เนื่องจากต้องสูญเสียผู้ป่วยไป

กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่กำลังเสียชีวิต (Active dying) เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะอวัยวะสำคัญต่อการมีชีวิตทำงานล้มเหลวอย่างต่อเนื่อง ทั้งระบบการหายใจ ระบบการไหลเวียนโลหิต ระบบประสาทส่วนกลาง หรือกล้ามเนื้อทำงาน โดยทั่วไปจะมีระยะเวลาหลังจากเริ่มต้นจนถึงเสียชีวิต ประมาณ 1 สัปดาห์ (รูปที่ 1) ซึ่งช่วงเวลานี้จำเป็นต้องได้รับการวางแผนการดูแลที่เหมาะสม เพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายหรือทุกข์ทรมานหากครอบครัวและผู้ดูแลพร้อมในการดูแลที่บ้านร่วมกับมีระบบสนับสนุนจากโรงพยาบาล จะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตระยะสุดท้ายของผู้ป่วย ตลอดจนเสริมพลังและลดผลกระทบด้านจิตใจจากการสูญเสียแก่ครอบครัว

การวินิจฉัยภาวะกำลังจะเสียชีวิต (Active dying)

ผู้ป่วยมีภาวะโรคที่มีโอกาสเสียชีวิตจากความรุนแรงของโรคสูง

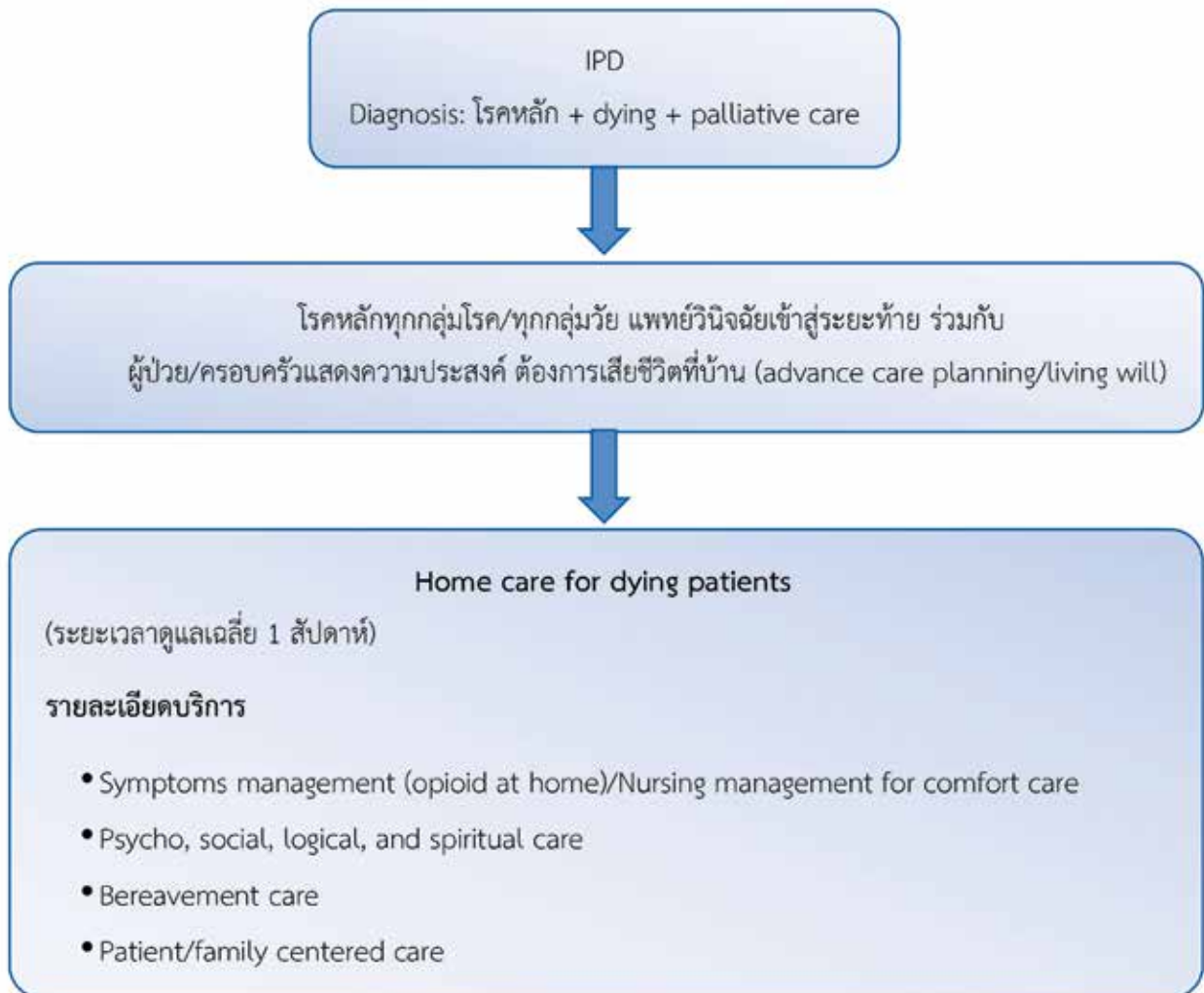
1. ผู้ป่วยมีค่าคะแนนแบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลประคับประคอง (Palliative Performance Score; PPS) (ตารางที่ 1) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30
2. มีอาการทางคลินิก (Clinical signs) ดังต่อไปนี้ (มากกว่า 2 อาการขึ้นไป)
 - 2.1 อาการตัวเขียวบริเวณส่วนปลาย (Peripheral cyanosis) เช่น ผิวลาย (Mottling), เลือดไหลเวียนช้าและมีลายซ้ำที่ผิวหนัง (Stasis)
 - 2.2 การตอบสนองต่อการมองเห็นลดลง (Decreased response to visual stimuli)
 - 2.3 ร่องแก้มและมุมปากหย่อนตัว (Drooping of the nasolabial fold)
 - 2.4 การเหยียดคอมากกว่าปกติ (Hyperextension of neck)
 - 2.5 หายใจเร็วซ้ำหยุด (Cheyne-Stokes breathing)
 - 2.6 ม่านตาไม่ตอบสนอง (Non-reactive pupils)
 - 2.7 การตอบสนองด้วยคำพูดน้อยลง (Decreased response to verbal stimuli)
 - 2.8 เสียงหายใจครืดคราดในลำคอ (Death rattle)
 - 2.9 การหายใจโดยมีการเคลื่อนไหวของกรามล่าง (Respiration with mandibular movement)
 - 2.10 ปัสสาวะน้อยลง (Decreased urine output)
 - 2.11 คลำชีพจรที่ข้อมือไม่ได้ (Pulselessness of radial artery)
 - 2.12 หลับตาไม่ได้ (Inability to close eyelids)
 - 2.13 การมีเสียงในคอ (Grunting of vocal cords)
 - 2.14 กลืนไม่ได้ (Unable to take oral fluids)

ตารางที่ 1 แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลประคับประคอง ฉบับสวนดอก
(Palliative Performance Scale for Adult Suandok; PPS - Adult Suandok)

ระดับ PPS ร้อยละ	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรม และการดำเนินโรค	การทำกิจวัตรประจำวัน	การรับประทาน อาหาร	ระดับความรู้สึกตัว
100	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ ไม่มีอาการของโรค	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
90	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ มีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
80	เคลื่อนไหวปกติ	ต้องออกแรงอย่างมากในการทำกิจกรรมตามปกติ และมีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
70	ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ และมีอาการของโรคอย่างมาก	ทำได้เอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
60	ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานอดิเรกหรืองานบ้านได้ และมีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความช่วยเหลือเป็นบางครั้ง / บางเรื่อง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดีหรือสับสน
50	นั่ง หรือ นอน เป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้เลย และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดีหรือสับสน
40	นอนอยู่บนเตียง เป็นส่วนใหญ่	ทำกิจกรรมได้น้อยมาก และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดีหรือ่วงซึม +/- สับสน
30	นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดีหรือ่วงซึม +/- สับสน
20	นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	จิบน้ำได้ เล็กน้อย	รู้สึกตัวดีหรือ่วงซึม +/- สับสน
10	นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	รับประทาน อาหารทางปากไม่ได้	่วงซึมหรือไม่รู้สึกตัว +/- สับสน
0	เสียชีวิต	-	-	-	-

หมายเหตุ : เครื่องหมาย +/- หมายถึง อาจมีหรือไม่มีอาการ แปรจาก Palliative Performance Scale version 2 ของ Victoria Hospice Society, ประเทศแคนาดา โดย คณะกรรมการ Palliative care ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เมื่อวันที่ 13 พฤษภาคม พ.ศ. 2551 "Copyright Victoria Hospice Society" PPS - Adult Suandok ใช้สำหรับผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่ 3 กลุ่ม ดังนี้ 1. กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง 2. กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดและมีอาการเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ (serious illness) 3. กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย (end of life)
https://ppi.psu.ac.th/upload/forum/7_Suandok_s_Palliative_care_model_5.60.pdf

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่กำลังเสียชีวิตที่บ้าน (Active Dying)



รูปที่ 2 กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะกำลังเสียชีวิตที่บ้าน

ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การดูแลผู้ป่วยระยะกำลังเสียชีวิตที่บ้าน (Home ward for active dying patients) ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลประคับประคอง/ระยะท้ายอยู่เดิมหรือผู้ป่วยที่เจ็บป่วยจากโรคหลักอื่นๆ ที่ได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล และการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะกำลังจะเสียชีวิต (active dying) ร่วมกับการแสดงเจตนาต้องการเสียชีวิตที่บ้านของผู้ป่วยและครอบครัว ผ่านการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning) หรือ หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (advance directive/living will) โดยจัดบริการในทุกกลุ่มโรค ทุกกลุ่มอายุ และไม่ขึ้นกับโรคหลักที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย

การรักษาตามอาการของผู้ป่วย

ตารางที่ 2 ตัวอย่างการจัดการอาการไม่สุขสบายในระยะกำลังเสียชีวิตที่บ้านสำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่

อาการ	การรักษาด้วยยา	การดูแลอื่นๆ
ปวด (Pain) อาการหายใจลำบาก (Dyspnea) ภาวะกระสับกระส่าย (agitation)	- Morphine (inj.) 10 mg + Midazolam (inj.) 10 mg +/- Hyoscine butylbromide 80 mg SC infusion in 24 hr - Lorazepam (0.5 mg) 1 tab SL prn q 2 hr	จัดทำให้สบาย อยู่ในสถานที่อากาศถ่ายเท ใช้ผ้าเย็นเช็ดบริเวณใบหน้า หลีกเลี่ยงการดูดเสมหะหรือกระตุ้น ที่ไม่จำเป็น
เสียงเสมหะพ่นคอ (Death rattle)	- Hyoscine butylbromide 20 mg SC q 4-6 hr หรือ infusion 20-120 mg per day หรือ - Glycopyrrolate 0.2 mg SC prn q 4-6 hr หรือ 0.1 mg SL prn q 6 hr หรือ - 1% Atropine eye drop 1-4 drops SL prn q 4 hr	ปรับเปลี่ยนท่าทางผู้ป่วยใน การนอน เช่น จัดทำให้ศีรษะผู้ป่วย สูงขึ้น และนอนตะแคงข้าง
หมายเหตุ: ชนิดและการบริหารยาปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม ในกรณีมีอาการไม่สุขสบายอื่นๆ สามารถปรึกษาทีมดูแลระดับประจักษ์ในโรงพยาบาลได้		

ตารางที่ 3 ตัวอย่างการจัดการอาการไม่สุขสบายในระยะกำลังเสียชีวิตที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเด็ก

อาการ	การรักษาด้วยยา	การดูแลอื่นๆ
ปวด (Pain) อาการหายใจลำบาก (Dyspnea) ภาวะกระสับกระส่าย (agitation)	- Morphine 10-20 mcg/kg/hr SC infusion +/- Midazolam 0.05-0.1 mg/kg/hr SC infusion (same syringe) - Lorazepam tab 25-50 mcg/kg SL prn q 1-2 hr	จัดทำให้สบาย อยู่ในสถานที่อากาศถ่ายเท ใช้ผ้าเย็นเช็ดบริเวณใบหน้า หลีกเลี่ยงการดูดเสมหะหรือ กระตุ้นที่ไม่จำเป็น
เสียงเสมหะพ่นคอ (Death rattle)	- Hyoscine butylbromide 50-100 mcg/kg/hr SC infusion หรือ - Glycopyrrolate 12-40 mcg/kg/24 hr SC infusion หรือ - 0.5-1% Atropine eye drop 1-2 drops SL prn q 4-6 hr	ปรับเปลี่ยนท่าทางผู้ป่วยใน การนอน เช่น จัดทำให้ศีรษะ ผู้ป่วยสูงขึ้น และนอนตะแคงข้าง
หมายเหตุ: ชนิดและการบริหารยาปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม ในกรณีมีอาการไม่สุขสบายอื่นๆ สามารถปรึกษาทีมดูแลระดับประจักษ์ในโรงพยาบาลได้		

คำแนะนำการจัดบริการ

ทีมโรงพยาบาล	ทีม Home ward
1. ให้การวินิจฉัยโรคหลัก การวินิจฉัยระยะท้าย (ให้รหัส ICD 10 โรคหลักและ Z51.5) และการวินิจฉัยระยะกำลังเสียชีวิต โดยแพทย์ในโรงพยาบาล 2. มีทีม palliative care ใน รพ. ร่วมดูแล และมีคำสั่งการรักษาสำหรับการจัดการอาการไม่สุขสบายที่บ้าน (symptom management for dying patient) 3. มีแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning) หรือ หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (advance directive or living will) โดยผู้ป่วยและครอบครัวแสดงเจตนาต้องการเสียชีวิตที่บ้าน (ICD 10-Z71.8) 4. เตรียมความพร้อมของการดูแลที่บ้าน จัดหาอุปกรณ์จำเป็น ได้แก่ เครื่องให้ยาทางชั้นใต้ผิวหนัง เตียงนอน ออกซิเจน ฯลฯ 5. ส่งต่อข้อมูลการดูแลแก่ทีม Home ward	1. ทีม Home ward ร่วมกับทีมปฐมภูมิ ให้การดูแลตามแนวทางการดูแล - Symptoms management: med, non-med - Psychosocial care - Spiritual care - Bereavement care 2. ติดตามเยี่ยมทุก 1-2 วัน 3. สามารถประสานงานปรึกษาผ่านระบบการแพทย์ทางไกล (Telehealth) 4. มีระบบการรับปรึกษากรณีฉุกเฉินนอกเวลา ราชการ 5. มีแบบบันทึกการดูแลทางการพยาบาลที่บ้าน จนผู้ป่วยเสียชีวิต

เอกสารอ้างอิง

1. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์) กรมการแพทย์.
https://www.dms.go.th/Content/Select_Content_Grid_PDF?contentCategoryId=29
2. คำแนะนำแนวทางการบริหารจัดการระบบยาในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. เข้าถึงได้จาก
http://dmsic.moph.go.th/dmsic/admin/files/userfiles/files/palliativecaredrugsystem2561_edited030562.pdf
3. ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2563. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 137, ตอนพิเศษ 261 (ลงวันที่ 6 พฤศจิกายน 2563)
4. ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง มาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย (Thai standards for advance care planning) พ.ศ. 2565 (ลงวันที่ 24 มกราคม 2565) [เข้าถึงเมื่อ 17 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก
https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A8-ACP.pdf
5. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (2550, 19 มีนาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 124 ตอนที่ 16 ก หน้า 1
6. พรพิสุทธิ์ เดชแสง. อาการและอาการแสดงของภาวะใกล้ตาย. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2562;2(3):16-24.
7. สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายและราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. Palliative care in COVID-19 pandemic. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2563
8. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 8. นนทบุรี: บริษัท สามดีพรินต์อิงค์วิปเม้นท์ จำกัด; 2561
9. Hui D, Santos R, Chisholm G, Bansal S, Crovador CS, Bruera E. Bedside clinical signs associated with impending death in patients with advanced cancer: preliminary findings of a prospective, longitudinal cohort study. *Cancer* 2015;121:960-967.
10. International children's palliative care network. Symptom control at the end-of-life in children with covid-19 infection [Internet]. 2021 [Cited 26 July 2021]. Available from: <http://globalpalliativecare.org/covid-19/uploads/briefing-notes/briefing-note-symptom-control-at-the-end-of-life-in-children-with-covid-19-infection.pdf>

11. Suandok's palliative care model [Internet]. [เข้าถึงเมื่อ 22 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก https://ppi.psu.ac.th/upload/forum/7_Suandok_s_Palliative_care_model_5.60.pdf
12. The association of paediatric palliative care medicine. The association of paediatric palliative medicine master formulary 2020 [Internet]. 5th ed. United Kingdom: APPM; 2020 [Cited 18 April 2023]. Available from: <https://www.togetherforshortlives.org.uk/app/uploads/2018/03/APPM-Master-Formulary-2020-protected.pdf>

บทที่ 3

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินประเภทผื่นหนาเฉพาะที่ (Psoriasis Vulgaris) แอู Home ward

นายแพทย์วรพล เวชชาภินันท์

นิยาม

โรคสะเก็ดเงิน เป็นโรคเรื้อรังเกิดจากความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันมีการอักเสบร่วมกับมีการแบ่งตัวของเซลล์ผิวหนังเร็วผิดปกติเกิดผื่นแดงหนา ขอบเขต ชัดเจน มีสะเก็ดหนาปกคลุม กระจายในบริเวณที่มีการเสียดสี เช่น หนังศีรษะ ลำตัว หลัง ก้น สะโพก แขนขา ข้อศอก เข่า หน้าแข้ง ข้อเท้า ฝ่ามือและฝ่าเท้า (รูปที่ 1) โดยมีเกณฑ์การวินิจฉัยตามประวัติและผลการตรวจร่างกาย (ตารางที่ 1)

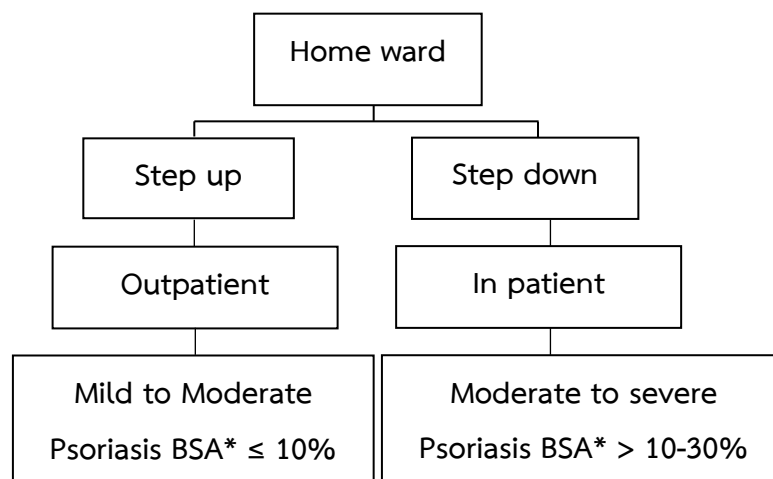


รูปที่ 1 ผื่นผิวหนังของโรคสะเก็ดเงิน

ตารางที่ 1 เกณฑ์การวินิจฉัย

ประวัติ
1. เป็นผื่นเรื้อรัง 2. อาจจะมีหรือไม่มีอาการคัน 3. บางรายมีประวัติครอบครัว 4. ผื่นอาจกำเริบได้ภายหลังภาวะติดเชื้อ ความเครียด หรือหลังได้รับยาบางชนิด เช่น Lithium, Anti-malaria, Beta-blocker, Non-steroidal Anti-inflammatory Drugs (NSAIDs) และ Alcohol
การตรวจร่างกาย
1. ผิวน้ำ มีผื่นหนาสีแดง ขอบชัดเด่นชัดด้วยขุยหนาขาวคล้ายสีเงิน ซึ่งสามารถขูดออกได้ง่าย และเมื่อขูดออกหมดจะมีจุดเลือดออกบนรอยผื่น (Auspitz's sign) ขุยขาวละเอียด ขุยสีเหลือง ผื่นสะเก็ดเงินอาจเกิดบนรอยแผลถลอกหรือรอยแผลผ่าตัด (Koebner phenomenon) 2. เล็บ พบมีหลุม (pitting) เล็บร่อน (onycholysis) ปลายเล็บหนามีขุยใต้เล็บ (subungual hyperkeratosis) หรือ จุดสีน้ำตาลใต้เล็บ (oil spot) 3. ข้อ มีการอักเสบของเอ็นและข้อซึ่งอาจเป็นได้ทั้งข้อใหญ่ ข้อเล็ก เป็นข้อเดียว หรือ หลายข้อ 4. โดยส่วนใหญ่การอักเสบที่ ข้อปลายนิ้ว (distal interphalangeal joint) ถือเป็นลักษณะจำเพาะของโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงินและอาจจะมีข้อพิการตามหลังการอักเสบเรื้อรัง

แนวทางการดูแล

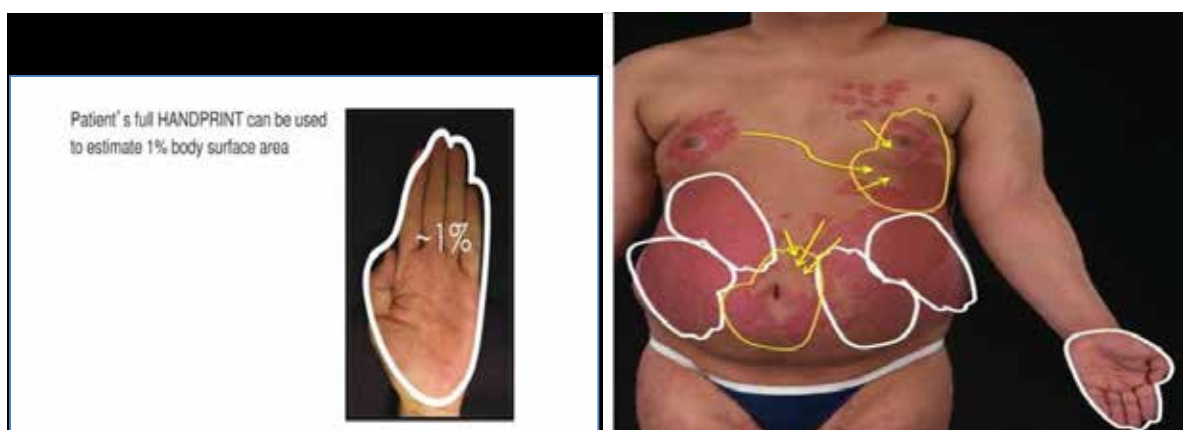


* BSA – Body Surface Area

รูปที่ 2 แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินประเภทผื่นหนาเฉพาะที่ (Psoriasis Vulgaris) แบบ Home ward

ตารางที่ 2 เกณฑ์ในการคัดเข้าและคัดออก

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้ารับการดูแลแบบ Home ward
1. สัญญาณชีพ (vital signs) อยู่ในเกณฑ์ปกติ 2. ผื่นลดลงหรือผื่นคงเดิม โดยมีขนาดพื้นที่ผิวที่มีผื่น (BSA) 10-30% 3. โรคร่วม (co-morbidity disease) อื่นๆ สามารถควบคุมได้
เกณฑ์ในการส่งต่อผู้ป่วยกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล
1. สัญญาณชีพ (vital signs) ผิดปกติ อุณหภูมิร่างกาย (temperature) มากกว่า 38.5 องศาเซลเซียส ชีพจร (pulse rate; PR) มากกว่า 120 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ (respiratory rate; RR) มากกว่า 24 ครั้ง/นาที 2. ผื่นมีขนาดพื้นที่ผิว (BSA) มากกว่า 30% หรือมีผื่นที่หน้าและอวัยวะเพศกำเริบมากขึ้น 3. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ● การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (complete blood count; CBC): 1. ฮีมาโทคริต (hematocrit; HCT) น้อยกว่า 30 mg% 2. ปริมาณเม็ดเลือดขาว (leukopenia white blood cell count; WBC) น้อยกว่า 4,000 3. ปริมาณเกล็ดเลือด (thrombocytopenia) น้อยกว่า 150,000 ● ตรวจการทำงานของตับ (liver function test; LFT): aspartate transaminase (AST), alanine transaminase (ALT) สูงกว่า upper limit 2.5 เท่า ● ไตรกลีเซอไรด์ (triglyceride) น้อยกว่า 500 mg/dl ● ค่าตรวจการตั้งครรภ์จากปัสสาวะ (urine pregnancy test; UPT): ผลบวก (Positive)



รูปที่ 3 การประเมินขนาดพื้นที่ผิวของโรคสะเก็ดเงิน กรณีที่มีขนาดประมาณฝ่ามือจะเท่ากับขนาดพื้นที่ผิวประมาณร้อยละ 1 และแสดงให้เห็นว่ามีขนาดพื้นที่ผิวประมาณร้อยละ 6

รูปแบบที่ 1 : Step up ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล ในแผนกผู้ป่วยนอกด้วยโรคผิวหนังเรื้อรัง โดยมีอาการแสดงที่สำคัญคือ ผื่นแดง นูน ขอบเขต ชัดเจน มีขุยหนาสีเงินปกคลุม บางรายเป็นตุ่มหนอง กระจายทั่วร่างกาย หนึ่งสัปดาห์ มีเล็บผิดปกติร่วมด้วย หากสัญญาณชีพ (vital signs) อยู่ในเกณฑ์ปกติไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ผิวหนัง การลุกลามของรอยโรคที่เพิ่มมากขึ้น และพร้อมที่จะรับการดูแลแบบผู้ป่วยในบ้าน (Home ward) มีแนวทางการปฏิบัติหลังการวินิจฉัยแล้ว ดังนี้

1. ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่

- ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนเข้ารับการรักษ ได้แก่ การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (complete blood count; CBC), ตรวจการทำงานของตับ (liver function tests; LFT), การตรวจค่าไต (blood urea nitrogen; BUN), Creatinine, และการตรวจไขมัน cholesterol และ triglyceride
- ถ้ามีตุ่มหนอง ส่งตรวจการย้อมสีแบคทีเรีย (gram stain), การเพาะเชื้อ (bacterial culture)
- กรณีที่ไม่มั่นใจในการวินิจฉัยพิจารณาตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิ (skin biopsy)
- กรณีที่พบร่วมกับอาการข้ออักเสบพิจารณาส่งตรวจพบสารรูมาตอยด์ (rheumatoid factor) เพื่อแยกจากโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (rheumatoid arthritis)
- ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง เฝียบปล้นและผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น มีประวัติมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้รับการป้องกัน มีหลายคู่นอน พิจารณาการส่งตรวจหาการติดเชื้อจาก ไวรัสเอชไอวี (human immunodeficiency virus infection; HIV), ไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) และ ไวรัสตับอักเสบซี (Anti-HCV)

2. การให้การรักษาด้วยยาทาภายนอก เช่น ยาทาประเภทสเตียรอยด์ และยากดภูมิแบบรับประทาน เช่น Methotrexate, Cyclosporine, Acitretin จะมีแนวทางในการติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ (ตารางที่ 3)

3. ติดตามสัญญาณชีพร่วมกับประเมินการรับประทานยา โดยพยาบาลวิชาชีพเน้นย้ำเรื่องการใช้ยาที่ถูกวิธี และติดตามผลข้างเคียงจากการใช้ยาที่อาจเกิดขึ้น โดยผลข้างเคียงจากการรับประทานยาที่พบบ่อย ได้แก่ ปวดศีรษะ ไข้ หนาวสั่น คันตามผิวหนัง ลมพิษ ผื่นร่วง มีแผลในปาก คลื่นไส้ อาเจียน การเกิดตับแข็ง ซึ่งสัมพันธ์กับปริมาณยาสะสม การกดไขกระดูก ทำให้มีโอกาสเกิดการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น ปัสสาวะเป็นเลือด กระเพาะปัสสาวะอักเสบ หากพบความผิดปกติทางใด ตับแข็ง หรือมีอาการหรืออาการแสดงที่แย่ง ให้ส่งตัวผู้ป่วยกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล

4. หลังใช้ยารับประทาน เช่น Methotrexate, Cyclosporine, Acitretin ติดตามส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ตารางที่ 3) และรายงานแพทย์เพื่อปรับการรักษา

5. เนื่องจากสะเก็ดเงินเป็นโรคผิวหนังเรื้อรัง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมโรคได้ โรคอาจมีความรุนแรงได้เป็นช่วงๆ และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการรักษาใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ควรหลีกเลี่ยง

ปัจจัยสิ่งกระตุ้นต่างๆ เช่น การดื่มเหล้า การสูบบุหรี่ การแกะ การเกา และการรบกวนผิวหนังในลักษณะต่างๆ ผิวไหม้แดงจากแสงแดด และความเครียด (stress) เพื่อไม่ให้โรคกำเริบ

6. แพทย์พิจารณาการจำหน่าย (discharge) จากระบบการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) เมื่อพื้นที่รอยโรคลดลงประเมิน BSA น้อยกว่า 10% และสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ตารางที่ 3 แนวทางในการติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ

ชื่อยาที่ใช้	ก่อนเริ่มรักษา	ระหว่างการรักษา
Methotrexate (MTX)	- ส่งเลือดตรวจ CBC, BUN, Cr, LFTs - ถ้ามีปัจจัยเสี่ยง ควรเจาะเลือดตรวจหาไวรัสตับอักเสบบีและซี (HBsAg, anti-HCV) และการตรวจหาเชื้อเอชไอวี (anti-HIV) - ตรวจการตั้งครรภ์จากปัสสาวะ (urine pregnancy test; UPT) ในผู้ป่วยหญิงวัยเจริญพันธุ์ - การเอกซเรย์ปอด (Chest X-ray; CXR) - ในผู้ป่วยที่มีโรคตับอักเสบพิจารณาปรึกษาอายุรแพทย์เพื่อทำการเจาะชิ้นเนื้อตับ (Liver biopsy) เพื่อตรวจหาพยาธิสภาพของตับ	- เจาะเลือดส่งตรวจ CBC, AST, ALT ทุก 1-2 สัปดาห์หลัง test dose จากนั้นเจาะทุก 1-3 เดือน หรือ ทุกครั้งที่มีการเพิ่มขนาดยา - BUN, Cr ทุก 6 เดือน - ตรวจการตั้งครรภ์จากปัสสาวะ (urine pregnancy test; UPT) ในผู้ป่วยหญิงวัยเจริญพันธุ์ - ผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคตับ ควรพิจารณาปรึกษาอายุรแพทย์เพื่อทำการเจาะชิ้นเนื้อตับ (Liver biopsy) หรือ การตรวจวัดความยืดหยุ่นของตับ (Liver stiffness) ด้วยวิธีตรวจไฟโบรสแกน (FibroScan®) เมื่อได้รับยา Methotrexate (MTX) สะสม (accumulative dose) ถึง 1-1.5 กรัม - สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาโรคตับ ควรพิจารณาปรึกษาอายุรแพทย์เพื่อทำการเจาะชิ้นเนื้อตับ (Liver biopsy) หรือ การตรวจวัดความยืดหยุ่นของตับ (Liver stiffness) ด้วยวิธีตรวจไฟโบรสแกน (FibroScan®) เมื่อได้รับยา Methotrexate (MTX) สะสม (accumulative dose) ถึง 3 กรัม

ชื่อยาที่ใช้	ก่อนเริ่มรักษา	ระหว่างการรักษา
Cyclosporine	- ส่งเลือดตรวจ CBC, BUN, Cr, LFT, Lipid profile, Potassium, Magnesium, uric acid, UA - ตรวจการตั้งครรภ์จากปัสสาวะ (urine pregnancy test; UPT) (ถ้ามีข้อบ่งชี้) - ถ้ามีปัจจัยเสี่ยง ควรเจาะเลือดตรวจไวรัสตับอักเสบบีและซี (HBsAg, anti-HCV) และการตรวจหาเชื้อไวรัสเอชไอวี (anti-HIV)	- ส่งเลือดตรวจ BUN, Cr ทุก 2 สัปดาห์ หลัง test dose และเจาะเลือดทุก 1-2 เดือน - ส่งเลือดตรวจ CBC, LFT, Potassium, Magnesium, Lipid profile, และ uric acid ทุก 3-6 เดือน - ตรวจการตั้งครรภ์จากปัสสาวะ (urine pregnancy test; UPT) (ถ้ามีข้อบ่งชี้)
Acitretin	- ส่งเลือดตรวจ CBC, LFT, BUN, Cr, Lipid profile - ตรวจการตั้งครรภ์จากปัสสาวะ (urine pregnancy test; UPT)	- ส่งเลือดตรวจ Cholesterol, Triglycerides, AST, ALT ทุก 1 เดือน - ส่งเลือดตรวจ CBC, BUN, Cr ทุก 6 เดือน - ตรวจการตั้งครรภ์จากปัสสาวะ (urine pregnancy test; UPT) ทุกเดือน ในกรณีที่ต้องให้ยาต่อเนื่อง

รูปแบบที่ 2 : Step down คือ ผู้ป่วยที่รับรักษาเป็นผู้ป่วยใน จนกระทั่งอาการผื่นคันที่และตอบสนองต่อแผนการรักษา ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ผิวหนัง ไม่มีการลุกลามของรอยโรคที่เพิ่มมากขึ้น สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่ยังคงต้องปรับแผนการรักษาให้เหมาะสมกับขนาดยาที่ใช้ ให้ครบระยะเวลาตามที่กำหนด แนวทางการดูแลแบบผู้ป่วยในบ้าน (Home ward) มีดังนี้

1. อาการของโรคสะเก็ดเงินตอบสนองต่อการรักษาของแพทย์ ผื่นรอยโรคคันที่ ไม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตอบสนองต่อขนาดยาที่ใช้ แพทย์พิจารณาแล้วผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้

2. ติดตามสัญญาณชีพและประเมินการรับประทานยา ร่วมกับการใช้ยาทาภายนอกโดยพยาบาล วิชาชีพ เน้นย้ำเรื่องการใช้ยาที่ถูกต้องวิธี และติดตามผลข้างเคียงจากการใช้ยาที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ปวดศีรษะ ใช้หนาวสั่น คันตามผิวหนัง ลมพิษ ผื่นร่วง มีแผลในปาก คลื่นไส้ อาเจียน ตับแข็ง ซึ่งสัมพันธ์กับปริมาณยา สะสมการกดไขกระดูก ทำให้มีโอกาสดเกิดการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น ปัสสาวะเป็นเลือด กระเพาะปัสสาวะอักเสบ พบความผิดปกติทางไต ตับแข็ง หากพบอาการหรืออาการแสดงที่แยกลง ให้ส่งตัวผู้ป่วยกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล

3. หลังใช้ยารับประทาน เช่น Methotrexate, Cyclosporine, Acitretin ติดตามส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและรายงานแพทย์เพื่อปรับการรักษา

4. เนื่องจากสะเก็ดเงินเป็นโรคผิวหนังเรื้อรัง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้แต่สามารถควบคุมโรคได้ โรคอาจมีความรุนแรงเป็นช่วงๆ ทีมพยาบาลเน้นย้ำการดูแลตนเองและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการรักษาใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ควรหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นต่างๆ เช่น การดื่มเหล้า การสูบบุหรี่ การแกะ เกา และรบกวนผิวหนังในลักษณะต่างๆ ผิวไหม้แดงจากแสงแดด และความเครียด (stress) เพื่อไม่ให้โรคกำเริบ

5. แพทย์พิจารณาจำหน่ายจาก Home ward เมื่อพื้นที่รอยโรคลดลง โดยประเมิน BSA น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10% และสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ตารางที่ 4 ยาที่ใช้ในการรักษา

ประเภท	ชื่อยาที่ใช้ในการรักษา
ยาทา	1. ยาสเตียรอยด์ชนิดที่ใช้ภายนอก (topical steroids) - 0.02% triamcinolone acetonide cream ที่ใบหน้า - 0.1% triamcinolone acetonide cream ที่ลำตัว - 0.1% betamethasone valerate cream 2. ยาทา Liguor Carbonis Detergents (LCD) - 5% coal tar cream ที่ลำตัว - 5% coal tar + 0.02% triamcinolone acetonide cream ที่ลำตัว - 5% coal tar + 0.1% betamethasone valerate cream ที่ลำตัว - 5% coal tar + 0.05% betamethasone valerate cream 3. ผลิตภัณฑ์ช่วยให้ผิวหนังนุ่มและชุ่มชื้น (emollients) - 10% urea cream ทาที่ตัวบริเวณผื่น - cream base, liquid paraffin 4. ยาสระศีรษะ ได้แก่ 20% coal tar shampoo, dermo shampoo, 0.02% triamcinolone acetonide cream, 0.25% desoximetasone 5. Vitamin D3 Analogue ได้แก่ calcipotriol (50 mcg/g) ointment (Daivonex®)
ยากิน	1. Methotrexate (MTX) ขนาด 2.5 มก. เริ่ม test dose 2.5-7.5 มก. กิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์เป็นเวลา 1-2 สัปดาห์ เพื่อให้แน่ใจว่าไม่มีผลต่อระบบโลหิต (hematologic toxicity) จึงเพิ่มขนาดยาขึ้น 2.5-5 มก. ต่อสัปดาห์ จนกระทั่งได้ dose ที่ต้องการ คือ 15-25 สัปดาห์ ปรับตามความรุนแรงของโรค โดยแบ่งให้สัปดาห์ละ 1-2 วัน, 3 ครั้ง ห่างกันทุก 12 ชั่วโมง

ประเภท	ชื่อยาที่ใช้ในการรักษา
	2. Cyclosporine A (CSA) เริ่มด้วยขนาด 2.5-5 มก./กก./วัน แบ่งให้ 2 ครั้งต่อวัน ถ้าไม่ดีขึ้นภายใน 1-3 เดือน สามารถเพิ่มขนาดยาได้ แต่ไม่ควรเกิน 5 มก./กก./วัน (ถ้าใช้ CSA 5 มก./กก./วัน เป็นเวลานาน 6 สัปดาห์ แล้วยังไม่ดีขึ้นให้พิจารณาการให้ยาตัวอื่นร่วมด้วย) ถ้าดีขึ้นสามารถลดยาลงครั้งละ 0.5-1 มก./กก. จนกระทั่งให้ขนาด 2.5-3 มก./กก./วัน อาจให้เป็นช่วง interventional therapy หรือให้ต่อเนื่องระยะเวลาไม่ควรเกิน 1-2 ปี เพราะอาจเกิดผลกระทบท่อไตถาวร (irreversible nephrotoxicity) 3. Acitretin ใช้ขนาดยา 0.5-1 มก./กก./วัน หรือ 10-50 มก./วัน ให้กินครั้งเดียว หลังอาหารมื้อหลัก เมื่ออาการดีขึ้นให้ลดขนาดลงเหลือ 0.25-0.5 มก./กก./วัน ให้ยาต่ออีก 3 เดือน หลังจากนั้นควรพิจารณาหยุดยา

กำหนดกิจกรรมที่บ้าน (แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ)

กิจกรรมแพทย์

สามารถเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน หรือ เยี่ยมผ่านโทรเวชกรรม (Telemedicine) อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง

1. ประเมินระดับความรุนแรงของผื่นโรคสะเก็ดเงิน (Psoriasis Area and Severity Index; PASI)
2. ปรับแผนการรักษา กรณีมีผื่นขึ้นใหม่ มีภาวะแทรกซ้อน
3. บันทึกความก้าวหน้าตามแผนการรักษา
4. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

PASI Meter (Thai Version)

The Thai Version of Psoriasis Area Severity Index

	คะแนน 0	คะแนน 1	คะแนน 2	คะแนน 3	คะแนน 4	คะแนน	พื้นที่ ผื่น	mm	ลำตัว	หัว
ความแดง						ความแดง (แดง)				
						ความแดง (สี)				
						ความแดง (สี)				
						รวม 1 = สี+แดง				
						คะแนนผื่น (ผ)				
ความบวม						รวม 2 = สี+ผ+บ				
						ลำตัว (ผ)	x 0.1	x 0.2	x 0.3	x 0.4
						PASI แต่ละส่วน = รวม 2 x ส				
						PASI รวม = ผลรวมของ PASI แต่ละส่วน				
						พื้นที่ผื่น				
ความหนา						ไม่มีผื่น				
						1-9%	ผื่นเล็กน้อย			
						10-29%	ผื่นเล็กน้อย			
						30-49%	ผื่นเล็กน้อย			
						50-69%	ผื่นเล็กน้อย			
ความหนา						70-89%	ผื่นเล็กน้อย			
						90-100%	ผื่นเล็กน้อย			

อ้างอิงจาก : Fredriksson T, Pettersson U. Severe psoriasis - oral therapy with a new retinoid. Dermatologica 1978; 157: 238-244.

รูปที่ 4 ประเมินระดับความรุนแรงของผื่นโรคสะเก็ดเงิน (Psoriasis Area and Severity Index; PASI)

กิจกรรมการพยาบาล

1. ติดตามสัญญาณชีพ ทุก 12 ชั่วโมง ผ่านโทรเวชกรรม (Telemedicine) กรณีมีสัญญาณชีพที่ผิดปกติ ควรติดตามสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง
2. เยี่ยมบ้านวันละ 1 ครั้ง เพื่อประเมินรอยโรค ตำแหน่ง โดยบันทึกกระบวนลงรูปภาพ ควรเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง ประเมินสภาพผิวหนัง ขนาดผื่น หากพบผื่นขึ้นใหม่รายงานแพทย์เพื่อปรับแผนการรักษา
3. ติดตามเรื่องการใช้ยา ทั้งยาทาภายนอกและยารับประทานตามแผนการรักษา
4. ติดตามให้คำแนะนำ ค้นหาปัจจัยกระตุ้นให้ผื่นเห่อ เช่น การแกะเกาขัดถูบริเวณผิวหนัง เกิดอุบัติเหตุที่ผิวหนัง ความเครียด การอดนอน การรับประทานยา เป็นต้น
5. จัดสถานที่สิ่งแวดล้อมให้สะอาด อากาศถ่ายเท ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ
6. ติดตามภาวะโภชนาการให้ได้รับสารอาหารที่เพียงพอ เน้นอาหารโปรตีนสูง
7. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคแก่ผู้ป่วยและญาติ (Education)
 - 7.1 โรคสะเก็ดเงินเป็นโรคเรื้อรัง ที่มีอาการเด่นทางผิวหนังอักเสบ ไม่สามารถรักษาหายขาดได้ แต่สามารถควบคุมโรคได้ ในบางกรณีอาจมีผื่นตลอดชีวิต และโรคอาจมีการกำเริบเป็นช่วงๆ ได้
 - 7.2 โรคสะเก็ดเงินเป็นโรคไม่ติดต่อ
 - 7.3 ควรหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นให้โรคกำเริบเช่น การดื่มเหล้า การสูบบุหรี่ การแกะ เกา และรบกวนผิวหนังในลักษณะต่างๆ ผิวไหม้แดงจากแสงแดด และความเครียด (Stress)
 - 7.4 การติดเชื้อทำให้โรคกำเริบขึ้นได้
 - 7.5 ยาบางชนิด เช่น ยาต้านมาลาเรีย ยาลดความดันโลหิตกลุ่ม Beta-Blocker, ยา Lithium สามารถกระตุ้นให้โรคกำเริบได้
 - 7.6 มีวิธีการรักษาโรคหลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีมีข้อดี ผลข้างเคียง ประสิทธิภาพ และข้อควรระวังแตกต่างกัน

กิจกรรมเภสัชกร

สามารถเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน หรือ เยี่ยมผ่านโทรเวชกรรม (Telemedicine)

1. ประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากยา (adverse drug reaction; ADR) กรณีผู้ป่วยแพ้ยา
2. ประเมินการใช้ยาในผู้ป่วยแต่ละราย
3. ติดตามวิธีการใช้ยา

1. Asawanonda P, Chularojanamontri L. et al. Clinical Practice Guideline for Psoriasis. *Thai Dermatol* 2022.
2. Jiamton S, Suthipinittharm P, Kulthanan K, Chularojanamontri L, Wongpraparut C, Silpa-Archa N, et al. Clinical characteristics of Thai patients with psoriasis. *J Med Assoc Thai* 2012;95(6):795-801.
3. Rajatanavin N, Wongpraparut C, Rattanaekmakorn P, Chularojanamontri L, Pongcharoen P, Pattamadilok B, et al. Expert opinion on Psoriasis Management, 2020 and Beyond. *Thai J Dermatol* 2022;38:1-16.
4. Menter A, Gelfand JM, Connor C, Armstrong AW, Cordoro KM, Davis DMR, et al. Joint American Academy of Dermatology-National Psoriasis Foundation guidelines of care for the management of psoriasis with systemic nonbiologic therapies. *J Am Acad Dermatol* 2020;82(6):1445-1486.
5. Chiowchanwisawakit P, Wattanamongkolsil L, Srinonprasert V, Petcharat C, Siriwanarangsun P, Katchamart W. Developing the Thai Siriraj Psoriatic Arthritis Screening Tool and validating the Thai Psoriasis Epidemiology Screening Tool and the Early Arthritis for Psoriatic Patients questionnaire. *Rheumatol Int* 2016;36(10):1459-1468.
6. นภดล นพคุณ, ญัฐฐา รัชตะนาวิณ, ป่วน สุทธิพิณิจธรรม, พรทิพย์ ภูวบัณฑิตสิน, รัชนี อัครพันธุ์, ชนิษฐา ตู้อินดา, เปรมจิต ไวยาวังมัย, สุธินี รัตน์, พูลเกียรติ รัตน์. (2554). Clinical Practice Guideline for Psoriasis 2011. เข้าถึงจาก www.iod.go.th/clinical-practice-guideline-for-psoriasis-2011-2
7. คลินิกโรคสะเก็ดเงิน รพ.ศิริราช. (2565). Psoriasis Handbook. สืบค้นจาก <http://shorturl.at/boHU5>
8. สถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). โรคสะเก็ดเงิน Psoriasis. เข้าถึงจาก https://www.iod.go.th/wp-content/uploads/2020/10/news_29.pdf
9. สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย. (2565). แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน (Clinical Practice Guideline for Psoriasis). สืบค้นจาก www.dst.or.th

บทที่ 4

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดมะเร็งเต้านม แบบผ่าตัดวันเดียวกลับด้วยโปรแกรมการดูแลตนเองที่บ้าน

(One day surgery in breast cancer patients with home recovery program;
ODS BHR program)

แพทย์หญิงชฎานันท์ รัตติติก

บทนำ

มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้หญิงไทย ซึ่งปัจจุบันวิธีการวินิจฉัยและการรักษามะเร็งเต้านม มีการพัฒนาและมีความหลากหลายมากขึ้น ทั้งด้านการให้การรักษาด้วยการผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด การให้ยาพุ่งเป้า การให้ยาด้านฮอร์โมน รวมไปถึงการรักษาด้วยรังสีรักษา และการผ่าตัดมะเร็งเต้านมภายใต้ระบบบริการการผ่าตัดวันเดียวกลับ

นิยาม

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมภายใต้ระบบบริการการผ่าตัดวันเดียวกลับ หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม และมีแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดที่ไม่ซับซ้อน เช่น การผ่าตัดแบบสงวนเต้า (breast conserving surgery; BCS), การผ่าตัดเต้านมทั้งหมด (mastectomy), การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองเซนติเนล (sentinel lymph node biopsy; SLNB) และการเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออกทั้งหมด (axillary lymph node dissection; ALND) และผู้ป่วยได้รับการประเมินความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโดยศัลยแพทย์และทีมสหวิชาชีพ และผู้ป่วยจะได้รับการประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด โดยคลินิกประเมินก่อนการผ่าตัดของวิสัญญีแพทย์ (pre-anesthesia clinic; PAC) ตามแนวทางของ American Society of Anesthesiologists (ASA classification) ที่มีระดับ ASA 1-3 ได้รับการให้คำแนะนำก่อนการผ่าตัด และมีระบบการติดตามดูแลต่อเนื่องหลังการผ่าตัดกับผู้ป่วยและญาติที่ร่วมดูแลหลังการผ่าตัดโดยทีมพยาบาลให้การดูแลหลังการผ่าตัดวันเดียวกลับ (ODS BHR team) และเป็นการให้บริการในโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมิน การให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับตามมาตรฐานกรมการแพทย์ หลังผ่าตัดมีการจำหน่ายผู้ป่วยจากหน่วยผ่าตัดวันเดียวกลับ ตามเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัยของทางวิสัญญีแพทย์และทีมแพทย์ผ่าตัดในระบบบริการการผ่าตัดวันเดียวกลับ มีระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดใน 24, 48, 72 และ 120 ชั่วโมง รวมถึงช่องทางในการติดต่อโรงพยาบาลที่ให้บริการหลังการผ่าตัดกรณีฉุกเฉิน รวมถึงภาวะแทรกซ้อนจากรักษาได้ตลอด 24 ชั่วโมงหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 70 ปี และมีคะแนน Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) 0-1
2. ผู้ป่วยมี ASA class I-II
3. ผู้ป่วยมี ASA class III ที่สามารถควบคุมโรคประจำตัวได้ดี เช่น
 - Well controlled Diabetes: Blood sugar น้อยกว่า 250 mg/dl
 - Well controlled Hypertension: Blood Pressure น้อยกว่า 160/100 mmHg
4. ผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัวที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต หรือไม่มีโรคประจำตัวที่ไม่สามารถควบคุมได้ดี เช่น มะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดมัยอีลอยด์ (Acute myeloid leukemia; AML), โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease; COPD), ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (Chronic heart failure; CHF) และโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)
5. ผู้ป่วยไม่มีภาวะอ้วน (morbid obesity) หรือ ค่าดัชนีมวลกาย (Body mass index; BMI) น้อยกว่า 35 kg/m²
6. ผู้ป่วยไม่มีประวัติการใช้สารเสพติดหรือยาทางจิตเวช เช่น ยาด้านเซร่ากลุ่มเอมเอโอไอ (Monoamine oxidase inhibitors; MAOIs) ประกอบด้วย Paraglyline, Tranlycypromine
7. ผู้ป่วยไม่มีประวัติแพ้ยาที่ใช้ระงับความรู้สึกระหว่างผ่าตัด และผ่านการประเมินจากแพทย์
8. ผู้ป่วยมีญาติหรือผู้ดูแลในวันที่มีการผ่าตัดและหลังผ่าตัด

เกณฑ์ของผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการ

1. ผู้ป่วยตั้งครรภ์ (Pregnancy)
2. ผู้ป่วยมีประวัติการเป็น Malignant Hyperthermia ทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว
3. ผู้ป่วยมีภาวะทางหายใจยาก (no difficult ventilation/intubation)
4. ผู้ป่วยมีภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (Obstructive Sleep Apnea; OSA) หรือการใช้เครื่องอัดแรงดันอากาศแรงดันบวก (Continuous Positive Airway Pressure; CPAP)
5. ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อมาตรฐานทางเดินหายใจภายใน 2-4 สัปดาห์ เช่น ไข้หวัด ปอดติดเชื้อ
6. ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวที่รุนแรง (multiple co-morbidity)

แนวทางการดูแล

การประเมินก่อนการผ่าตัด

ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินเตรียมความพร้อมวางแผนการผ่าตัด และการอธิบายขั้นตอนการผ่าตัด วิธีการให้ยาระงับความรู้สึก ข้อดี-ข้อเสีย และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นให้ผู้ป่วยเข้าใจและรับทราบ โดยทีมศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ และสหวิชาชีพ (ODS BHR team)

หลังการผ่าตัด

ผู้ป่วยจะถูกส่งให้พักฟื้นที่ห้องสังเกตอาการ เพื่อประเมินอาการต่าง ๆ ในกรณีผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหรือผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและปฏิเสธในการเข้าร่วมโครงการ จะมีการเตรียมความพร้อมของหอผู้ป่วยปกติ และในกรณีผู้ป่วยตรงตามเกณฑ์จะทำการสังเกตอาการนาน 1-2 ชั่วโมง จึงย้ายผู้ป่วยไปพักฟื้นต่อที่หอผู้ป่วยจนครบ 24 ชั่วโมงก่อนการดูแลต่อที่บ้าน

ก่อนกลับบ้าน

ทีมพยาบาลจะเตรียมเอกสารแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดและคอยติดตามอาการ หากพบว่ามีภาวะแทรกซ้อนหรือมีข้อสงสัยเพิ่มเติมสามารถติดต่อผ่านช่องทางระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine)

การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home ward)

เมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดดังนี้

1. เรื่องทั่วไป

หลังการผ่าตัดผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตและทำงานได้ตามปกติ เลือกรับประทานอาหารที่ปรุงสุกสะอาด และมีคุณค่าทางอาหารครบถ้วน ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันปกติได้ และสามารถอาบน้ำและฟอกสบู่ ส่วนล่างของร่างกายได้ตามปกติ แต่ในส่วนบนของร่างกายหากแผลผ่าตัดเป็นการปิดแผลด้วยวัสดุกันน้ำ สามารถอาบน้ำได้ปกติแค่ให้น้ำผ่าน ถ้าหากแผลผ่าตัดไม่ได้เป็นการปิดแผลด้วยวัสดุกันน้ำ ผู้ป่วยจะสามารถทำความสะอาดร่างกายส่วนบนด้วยการเช็ดตัว

2. แผลผ่าตัด

เนื่องจากเป็นแผลผ่าตัดด้วยไหมละลายและปิดแผลไว้เรียบร้อยแล้ว หากแผลผ่าตัดนั้นไม่มีการซึมหรือเปื้อนผู้ป่วยไม่ต้องทำการเปลี่ยนแผลใด ๆ แต่ถ้าหากแผลผ่าตัดมีเลือดซึมออกมาด้านนอกหรือเปียกน้ำ ต้องทำแผลใหม่ รวมไปถึงหากแผลผ่าตัดบวมตึง หรือมีภาวะอักเสบบวมแดงร้อน ผู้ป่วยจะต้องทำการติดต่อทีมพยาบาล

3. สายระบายและขวดระบายน้ำเหลือง

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและมีการใส่สายระบายน้ำเหลืองหลังการผ่าตัดร่วมด้วย หากแผลมีการระบายน้ำเหลืองผ่านสายได้ดี ไม่มีน้ำเหลืองซึม ผู้ป่วยไม่ต้องทำการเปลี่ยนแผลใด ๆ และผู้ป่วยจะต้องทำการจดบันทึกปริมาณน้ำเหลืองที่ไหลออกมาในขวดระบายน้ำเหลือง 1-2 ครั้งต่อวัน และสังเกตการทำงานของขวดระบายน้ำเหลืองว่าทำงานได้ตามปกติ รวมไปถึงสังเกตลักษณะและสีของน้ำเหลือง หากสีน้ำเหลืองเป็นสีแดงเข้มหรือมีปริมาณมาก หรือขวดระบายน้ำเหลืองไม่ทำงาน จะต้องทำการติดต่อทีมพยาบาล

4. อาการปวด

หลังการผ่าตัดผู้ป่วยอาจมีอาการชาหรือปวดตึงที่แผลผ่าตัดได้เป็นปกติ ซึ่งผู้ป่วยสามารถรับประทานยาบรรเทาปวดตามคำแนะนำของแพทย์ และผู้ป่วยควรจะประเมินความเจ็บปวดผ่านระบบการติดตาม

หลังการรักษาเพื่อแจ้งให้ทีมดูแลทราบในแต่ละวัน วันละ 2 ครั้ง หากผู้ป่วยมีอาการปวดมากผิดปกติ หรือมีอาการตามข้อบ่งชี้ในการติดต่อกลับมารักษาที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยสามารถติดต่อทีมพยาบาลได้ที่

5. การบริหารข้อไหล

ผู้ป่วยสามารถบริหารข้อไหลข้างที่ผ่าตัดได้ตามคำแนะนำปกติ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด เช่น ภาวะข้อไหลติด ซึ่งผู้ป่วยสามารถบริหารข้อไหลข้างที่ผ่าตัดตามคำแนะนำของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยไม่ต้องกังวลใจเรื่องแผลผ่าตัดแยก และผู้ป่วยต้องคอยสังเกตภาวะข้อไหลติด หากผู้ป่วยเกิดความผิดปกติของการขยับข้อไหล หรือเกิดภาวะข้อไหลติดสามารถขอคำปรึกษาเพิ่มเติมจากการติดต่อทีมพยาบาลหน่วยผ่าตัดวันเดียวกัน

อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์

1. มีไข้หรืออาการหนาวสั่น
2. แผลที่ผ่าตัดบวมแดง หรือมีเลือดออก หรือมีน้ำเหลือง หรือหนองซึมออกมาจากผ้าปิดแผล
3. ลักษณะน้ำเหลืองจากสายระบายมีปริมาณออกมากหรือเป็นสีแดงเข้ม
4. สายน้ำเหลืองมีการเลื่อนหรือหลุด
5. ขวดยระบายน้ำเหลืองไม่ทำงานตามปกติ
6. ปวดแผลผ่าตัดมากขึ้น
7. คลื่นไส้ อาเจียน
8. ไอมาก เหนื่อย หายใจเร็ว
9. อาการอื่นใดที่ผู้ป่วยรู้สึกผิดปกติ และอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตได้

การติดตามอาการของผู้ป่วย

1. ทีมพยาบาลหน่วยผ่าตัดวันเดียวกัน (ODS Clinic) ติดตามอาการผู้ป่วยผ่านทางระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ติดตามอาการ 24, 48, 72 และ 120 ชั่วโมง หลังการผ่าตัด ได้แก่ สัญญาณชีพ เช่น วัดไข้ ค่าออกซิเจนในเลือด อัตราการเต้นของหัวใจ ลักษณะของแผลผ่าตัด ลักษณะสีและปริมาณของน้ำเหลือง ตำแหน่งของสายระบายและการทำงานของขวดยระบายน้ำเหลือง มุมขององศาของข้อไหลข้างที่ได้รับการผ่าตัด

2. การให้อาหาร หลังการผ่าตัดในวันแรก หากผู้ป่วยตื่นรู้สึกตัวดี ผู้ป่วยสามารถทานอาหารตามปกติ
3. การดูแลเรื่องความเจ็บปวดหลังการผ่าตัด รับประทานยาบรรเทาปวดตามคำแนะนำของทีมพยาบาล
4. การดูแลแผลผ่าตัด ไม่จำเป็นต้องเปิดทำแผล หากแผลผ่าตัดนั้นไม่ซึม
5. ข้อบ่งชี้ในการติดต่อกลับมารักษาที่โรงพยาบาล ได้แก่ มีไข้ แผลผ่าตัดบวมแดงหรือมีเลือดซึมออก

ลักษณะน้ำเหลืองจากสายระบายมีปริมาณมากหรือเป็นสีแดงเข้ม สายน้ำเหลืองมีการเลื่อนหรือหลุด เกิดการปวดแผลผ่าตัดมากขึ้น คลื่นไส้ อาเจียน ไอมาก เหนื่อย และหายใจเร็ว

6. ควรมีเอกสารคำแนะนำในการดูแล (instruction sheet) ที่มีรายละเอียดจำเป็นเกี่ยวกับ วัน เวลาที่เข้ารับการผ่าตัด ชื่อแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด (หรือเลขทะเบียนอ้างอิงของหน่วย ODS) หมายเลขและบุคคลที่ติดต่อได้ของหน่วย ODS ที่ผู้ป่วยใช้บริการ คำแนะนำการดูแลทั่วไป และคำแนะนำในการดูแลเฉพาะต่อโรคและหัตถการ (specific instruction) ที่ศัลยแพทย์ต้องการสื่อเป็นการเฉพาะในบางรายที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ

การให้ยาระงับปวดหลังการผ่าตัด (Post-operative pain control at home)

1. พาราเซตามอล (Paracetamol) ขนาด 500 mg จำนวน 1 เม็ด ทุก 6 ชั่วโมง เมื่อมีอาการปวดและหากประเมินคะแนนความปวด (pain score) มากกว่า 3
2. ยาต้านอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ (Non-steroidal anti-inflammatory drugs; NSAID) เช่น
Etoricoxib (Arcoxia®) ขนาด 90 mg จำนวน 1 เม็ด หลังอาหาร วันละครั้ง นาน 3-5 วัน หรือ
Celecoxib (Celebrex®) ขนาด 400 mg จำนวน 1 เม็ด หลังอาหาร วันละครั้ง นาน 3-5 วัน หรือ
Ibuprofen ขนาด 400 mg จำนวน 1 เม็ด หลังอาหารทุกมื้อ นาน 3-5 วัน

แนวทางการดูแลแผลผ่าตัด สายระบายน้ำเหลือง และขวดระบายน้ำเหลือง

หลังผ่าตัดเต้านมผู้ป่วยอาจจะมีสายระบายน้ำเหลืองต่อกับขวดระบายน้ำเหลือง ซึ่งจะต้องใส่สายระบายดังกล่าวไว้ประมาณ 1-2 สัปดาห์ โดยแพทย์จะพิจารณาถอดออกเมื่อปริมาณของเหลวออกน้อยลง

การดูแลแผลผ่าตัด เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

1. แผลผ่าตัดจะถูกปิดด้วยพลาสติกกันน้ำ ควรหลีกเลี่ยงไม่ให้แผลสัมผัสกับน้ำจนกว่าจะได้รับการถอดสายระบายออก โดยปกติใช้เวลาประมาณ 7-14 วัน



รูปที่ 1 การปิดแผลผ่าตัดด้วยพลาสติกกันน้ำ

2. กรณีมีการกดห้ามเลือดด้วยก้อนส ให้แกะออกหลังผ่าตัดตามคำแนะนำหากมีเลือดซึมหรือน้ำเข้าแผล ควรไปพบแพทย์ที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน



รูปที่ 2 การกดห้ามเลือดด้วยผ้าก๊อชปิดแผล

3. ควรบันทึกปริมาณน้ำเหลืองที่ออกทุกวัน และนำข้อมูลการบันทึกปริมาณน้ำเหลืองที่ออกในแต่ละวัน มาให้แพทย์พิจารณา
4. งดใช้แขนข้างที่ผ่าตัด งดยกของหนัก และหลีกเลี่ยงการกระทบกระแทก
5. รับประทานยาตามแพทย์สั่ง รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ งดอาหารประเภทหมักดอง และงด เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ขวดระบายน้ำเหลืองแบบขวดแจ๊คสัน (Jackson Drain)

วิธีการดูแลขวดระบายน้ำเหลือง

1. สังเกตสีและจำนวนของน้ำเหลืองที่ออก
2. ดูการทำงานของขวดให้ยังคงเป็นสุญญากาศตลอด โดยดูจากขวดระบายน้ำเหลืองนั้นต้องแฟบอยู่ตลอด ถ้าขวดระบายน้ำเหลืองเริ่มโป่งขึ้น แสดงว่าขวดนั้นเป็นสุญญากาศน้อย ไม่ทำงาน ให้ปฏิบัติดังนี้
 - 2.1 ใช้สำลีสับแอลกอฮอล์เช็ดบริเวณผาจากที่อยู่ด้านบนขวด แล้วเปิดจุกออก (ตามรูปที่ 3)
 - 2.2 เทน้ำเหลืองที่อยู่ในขวดออกจนหมดและบันทึกปริมาณน้ำเหลือง
 - 2.3 ปีบขวดระบายน้ำเหลืองที่ด้านข้างให้แฟบลง เพื่อให้ขวดเป็นสุญญากาศ แล้วปิดจุกด้านบนขวด (ตามรูปที่ 4)



รูปที่ 3 ขวดระบายน้ำเหลืองโป่งไม่ทำงาน



รูปที่ 4 ขวดระบายน้ำเหลืองแฟบทำงานปกติ

หลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลกลับมาพักรักษาตัวที่บ้าน ผู้ป่วยจะต้องบันทึกปริมาณน้ำเหลืองที่ออกในแต่ละวัน เพื่อให้แพทย์พิจารณาถอดท่อระบายน้ำเหลืองออก ในกรณีที่เป็ขขวดระบายน้ำเหลืองแบบขวดแจ็กสัน (Jackson Drain) เมื่อผู้ป่วยเห็นปริมาณน้ำเหลืองออกน้อยลงประมาณ 30-50 ซีซีต่อวัน โดยผู้ป่วยสามารถเทออกได้โดยไม่ต้องจดเวลา แต่ต้องจดจำนวนแล้วสรุปรวมปริมาณน้ำเหลืองในแต่ละวัน

ขวดระบายน้ำเหลืองแบบขวดเรดิแวก (Radivac Drain)

วิธีการดูแลขวดระบายน้ำเหลือง

1. สังเกตสีและจำนวนของน้ำเหลืองที่ออก
2. ดูการทำงานของขวดให้ยังคงเป็นสุญญากาศตลอด โดยดูจากลูกด้านบนขวดระบายน้ำเหลืองนั้นต้องแฟบอยู่ตลอด (ตามรูปที่ 5) หากขวดระบายน้ำเหลืองมีปริมาณน้ำเหลือง 3/4 ขวดหรือลูกขวดระบายน้ำเหลืองโป่งไม่ทำงาน (ตามรูปที่ 6) ให้เปลี่ยนขวดระบายขวดใหม่ตามคำแนะนำ



รูปที่ 5 ลูกขวดน้ำเหลืองที่ทำงานปกติ



รูปที่ 6 ลูกขวดน้ำเหลืองที่ทำงานผิดปกติ

หลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลกลับมาพักฟื้นตัวที่บ้าน ผู้ป่วยจะต้องบันทึกปริมาณน้ำเหลืองที่ออกในแต่ละวัน เพื่อให้แพทย์พิจารณาถอดท่อระบายน้ำเหลืองออก ในกรณีที่ เป็นขวดระบายน้ำเหลืองแบบ ขวดเรดิแวก (Radivac Drain) ท่านสามารถจดปริมาณน้ำเหลืองในแต่ละวันโดยดูจากขีดวัดปริมาณข้างขวด และไม่ต้องเทน้ำเหลืองออกจากขวด

การออกกำลังกายบริหารข้อไหล่หลังผ่าตัด



ท่าที่ 1 ท่าไต่ฝาผนังด้านหน้า

- ยืนหันหน้าเข้าฝาผนังห่างผนัง 1 ช่วงแขน
- เหยียดแขนตรงใช้นิ้วมือค่อยๆไต่ผนังขึ้นไปเรื่อยๆ พร้อมกับเดินเข้าผนังจนรู้สึกตึงยึดค้างไว้ 10 วินาที
- ค่อยๆ ทำจนสามารถเหยียดแขนได้สุด



ท่าที่ 2 ท่าไต่ฝาผนังด้านข้างเริ่มบริหารได้หลังผ่าตัดครบ 24 ชั่วโมง

- ยืนหันด้านที่ไหล่ติดเข้าหาฝาผนังยืนห่างผนัง 1 ช่วงแขน
- กางแขนเหยียดตรงใช้นิ้วมือค่อยๆไต่ผนังขึ้นไปเรื่อยๆ พร้อมกับเดินเข้าหาผนังจนรู้สึกตึง ยึดค้างไว้ 10 วินาที
- ค่อยๆ ทำจนสามารถเหยียดแขนได้สุด

เอกสารอ้างอิง

1. Noguchi M, Morioka E, Ohno Y, Nakano Y, Kosaka T. The changing role of axillary lymph node dissection for breast cancer. *Breast Cancer* 2012;20:41-46.
2. Park HS, Chae BJ, Song BJ, Jung SS, Han W, Nam SJ, et al. Effect of axillary lymph node dissection after sentinel lymph node biopsy on overall survival in patients with T1 or T2 node-positive breast cancer: report from the Korean Breast Cancer Society. *Ann Surg Oncol* 2013;21:231-236.

3. Feig BD, Fuhrman GM. Anderson surgical oncology handbook. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
4. Meretoja TJ, Audisio RA, Fleikkila PS, Bori R, Sejben I, Regitnig p, et al. International multicenter tool to predict the risk of four or more tumor-positive axillary lymph nodes in breast cancer patients with sentinel node macrometastases. *Breast Cancer Res Treat* 2013;138:817-827.
5. Nakamura S. Axillary lymph node dissection in sentinel node positive breast cancer: is it necessary. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2013;25:1-7.
6. Bafford A, Gadd M, Gu X, Lipsitz S, Golshan M. Diminishing morbidity with the increased use of sentinel node biopsy in breast carcinoma. *Am J Surg* 2010;200:374-377.
7. Bakeer MA, Coker c, Atamian E, MS, Yoo D, Torabi R, et al. A single institution case series of outpatient same day mastectomy: implementation of a quality improvement project and initiative for enhanced recovery after surgery. *Ochsner journal* 2020; 20:388-393.
8. Vuong B, Dusendang JR, Chang SB, Mentakis MA, Shim VC. Outpatient mastectomy: factors influencing patient selection and predictors of return to care. *J Am Coll Surg* 2021:232-235.

ภาคผนวก

- ก. แนวทางการคัดกรองผู้ป่วย โครงการผ่าตัดมะเร็งเรื้อรังเต้านมแบบผ่าตัดวันเดียวกลับบ้านร่วมกับโปรแกรมการดูแลตนเองที่บ้าน (ODS BHR program)
- ข. แนวทางในการดูแลผู้ป่วยในวันผ่าตัดโครงการผ่าตัดมะเร็งเรื้อรังเต้านมแบบผ่าตัดวันเดียวกลับบ้านร่วมกับโปรแกรมการดูแลตนเองที่บ้าน (ODS BHR program)
- ค. Guideline discharge for ODS BHR Program
- ง. ใบประเมินเกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ การผ่าตัดมะเร็งเรื้อรังเต้านมแบบวันเดียวกลับบ้านร่วมกับโปรแกรมการดูแลตนเองที่บ้าน (ODS BHR program)
- จ. คำอธิบายเกี่ยวกับโรคและยินยอมเข้าร่วมโครงการ (inform consent) การผ่าตัดมะเร็งเรื้อรังเต้านมแบบวันเดียวกลับบ้านร่วมกับโปรแกรมการดูแลตนเองที่บ้าน (ODS BHR program)
- ฉ. แบบบันทึกทางการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยระยะกำลังเสียชีวิต (active dying patients)
- ช. รายชื่อคณะกรรมการการจัดทำมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward)

ภาคผนวก ก

แนวทางการคัดกรองผู้ป่วย โครงการผ่าตัดมะเร็งเต้านมแบบผ่าตัดวันเดียวกลับร่วมกับ
โปรแกรมการดูแลตนเองที่บ้าน (ODS BHR program)

แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโครงการผ่าตัดมะเร็งเต้านมแบบผ่าตัดวันเดียวกลับร่วมกับ

โปรแกรมการดูแลตนเองที่บ้าน (ODS BHR program)

คัดกรองผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ ODS BHR program

หัตถการที่สามารถเข้าร่วมโครงการ ODS BHR program

1. Sentinel lymph node biopsy
2. Axillary lymph node dissection
3. Breast conserving therapy
4. Total mastectomy
5. Breast conserving therapy with Sentinel lymph node biopsy
6. Breast conserving therapy with axillary lymph node dissection
7. Total mastectomy with sentinel lymph node biopsy
8. Total mastectomy with lymph node dissection

ตรงตามข้อบ่งชี้ด้านหัตถการ

ไม่ตรงตามข้อบ่งชี้ด้านหัตถการ

คัดออกจากโครงการ ODS BHR program

ข้อบ่งชี้ของผู้ป่วยที่สามารถเข้าร่วมโครงการ ODS BHR program

1. ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 70 ปี และ ECOG 0-1
2. ผู้ป่วยมี ASA class HI หรือมี ASA class III ที่อยู่ในเกณฑ์ดังต่อไปนี้ : Well controlled DM : BS < 250 mg/dl, Well controlled HT : BP < 160/100 mmHg ตามดุลยพินิจของศัลยแพทย์และวิสัญญีแพทย์เห็นสมควร
3. ผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัว หรือมีโรคประจำตัวแต่สามารถควบคุมได้ดี
4. ผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัวที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต หรือไม่มีโรคประจำตัวที่ไม่สามารถควบคุมได้ดี เช่น Acute Myeloid leukemia, COPD/asthma exacerbation, active cardiac disease, stroke
5. ผู้ป่วยไม่มีภาวะอ้วน (morbid obesity) ค่า BMI < 35 kg/m²
6. ผู้ป่วยไม่มีประวัติการใช้สารเสพติดหรือยาทางจิตเวช เช่น MAOI (เช่น Paraglyline, Tranylcypromine)
7. ไม่มีประวัติแพ้ยาที่ใช้ระงับความรู้สึกระหว่างผ่าตัด
8. ผู้ป่วยมีญาติหรือผู้ดูแลในวันที่มีการผ่าตัดและหลังผ่าตัด
9. ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี และมีความยินยอมที่จะเข้าโครงการ ODS BHR program
10. ผู้ป่วยได้รับการประเมินจากแพทย์ว่าผู้ป่วยสามารถเข้าร่วม ODS BHR program ได้อย่างปลอดภัยมาตรฐาน

ข้อห้ามทางวิสัญญีของผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการ ODS BHR program

1. ผู้ป่วยมีประวัติการเป็น malignant hyperthermia ทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว
2. ผู้ป่วยมีการระดมหายใจยาก (no difficult ventilation/intubation)
3. ผู้ป่วยมีภาวะ OSA หรือ ใช้เครื่อง CPAP
4. ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อมาก่อนผ่าตัด
 - ผู้ป่วยมีประวัติติดเชื้อมาก่อนผ่าตัดส่วนบนภายใน 2 สัปดาห์ (เช่น ไข้หวัด)
 - ผู้ป่วยมีประวัติติดเชื้อมาก่อนผ่าตัดส่วนบนภายใน 4 สัปดาห์ (เช่น ปอดติดเชื้อ)

ไม่ตรงตามข้อบ่งชี้ของผู้ป่วย

ตรงตามข้อบ่งชี้ของผู้ป่วย

คัดออกจากโครงการ ODS BHR

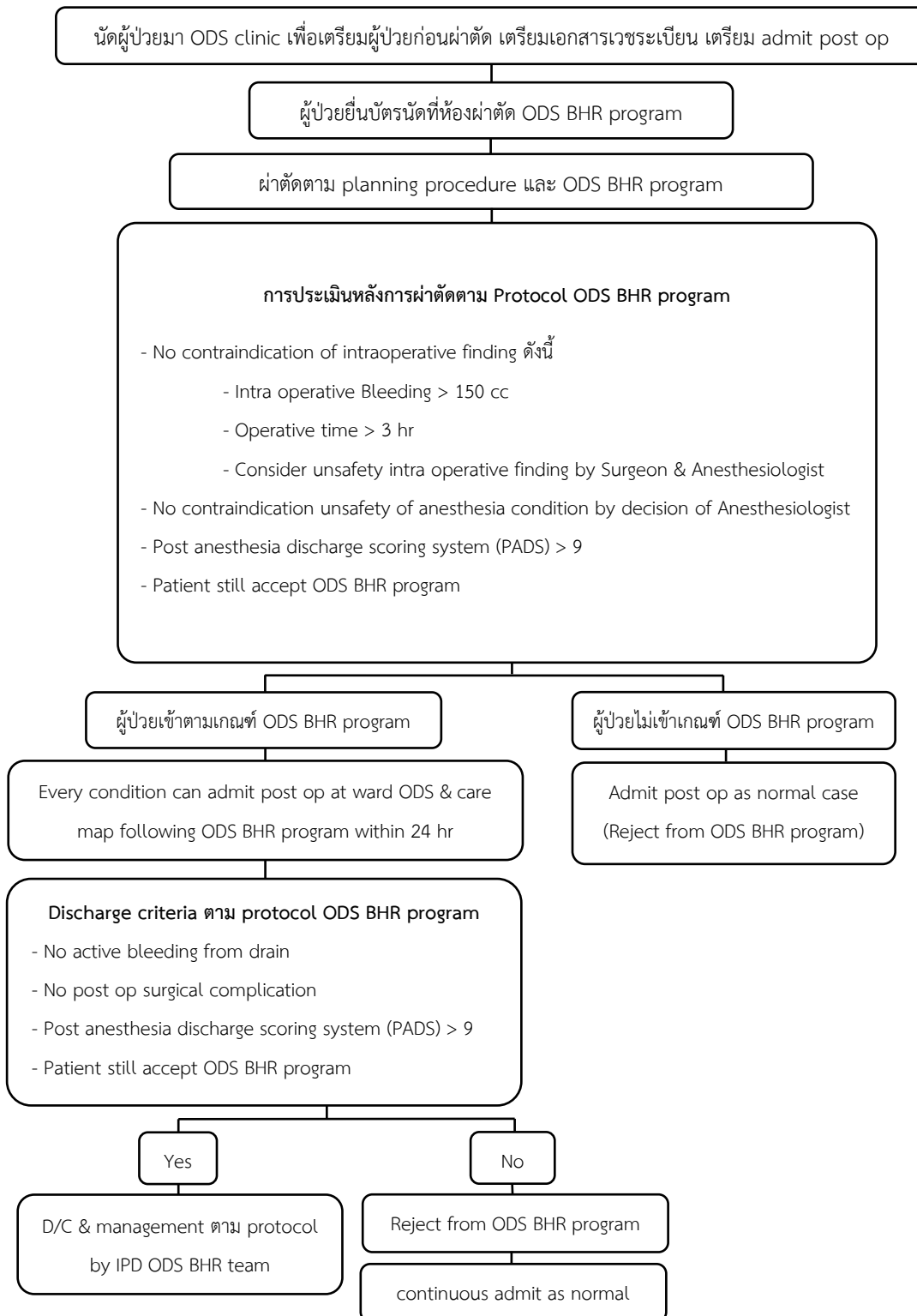
ผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมโครงการ ODS BHR

ส่งพบศัลยแพทย์และวิสัญญีแพทย์เพื่อประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด

ภาคผนวก ข

แนวทางในการดูแลผู้ป่วยในวันผ่าตัดโครงการผ่าตัดมะเร็งเต้านมแบบผ่าตัดวันเดียวกลับร่วมกับ
โปรแกรมการดูแลตนเองที่บ้าน (ODS BHR program)

แนวทางในการดูแลผู้ป่วยในวันผ่าตัดโครงการผ่าตัดมะเร็งเรื้อรังเต้านมแบบผ่าตัดวันเดียวกลับบ้านร่วมกับ
โปรแกรมการดูแลตนเองที่บ้าน (ODS BHR program)



ภาคผนวก ค

Guideline discharge for ODS BHR Program

Guideline discharge for ODS BHR Program

- ผู้ป่วยต้องสามารถ
 - รู้จักบุคคล สถานที่ และเวลา
 - สามารถดื่มน้ำได้
 - สามารถปัสสาวะเองได้
 - สามารถแต่งตัวเองได้
 - สามารถเดินเองได้โดยไม่ต้องมีผู้ช่วย
- ผู้ป่วยต้องไม่มีอาการ ดังต่อไปนี้
 - คลื่นไส้อาเจียนมาก (Nausea & Vomiting (NV) มากกว่า grade 2)
 - ปวดแผลมาก (Pain score มากกว่า 4)
- เลือดออกจากแผลผ่าตัดหรือจากสายระบายมาก ตามดุลยพินิจของแพทย์
- ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องได้รับเลือด และสามารถระงับอาการปวดหลังผ่าตัดได้ด้วยยารับประทาน
- ผู้ป่วยต้องได้รับความเห็นชอบจากแพทย์ และต้องได้รับคำอธิบายการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน และหากมีปัญหาเกิดขึ้นผู้ป่วยหรือญาติสามารถติดต่อโรงพยาบาลได้ตลอดเวลา
- ผู้ป่วยต้องมีผู้ที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ ทั้งขณะกลับบ้านและเมื่อพักฟื้นอยู่บ้าน

หมายเหตุ Post anesthesia discharge scoring system (PADS) คือ

Post-anesthesia Discharge Scoring System (PADS)	Score
Vital signs	
● Vital signs must be stable and consistent with age and pre-operative baseline	
- Blood pressure and pulse within 20% of pre-operative baseline	2
- Blood pressure and pulse 20-40% of pre-operative baseline	1
- Blood pressure and pulse >40% of pre-operative baseline	0
Activity level	
● Patient must be able to ambulate at pre-op level	
- Steady gait, no dizziness, or meets pre-op level	2
- Requires assistance	1
- Unable to ambulate	0
Nausea and vomiting	
● Patient should have minimal nausea and vomiting before discharge	
- Minimal: successfully treated with or medication	2
- Moderate: successfully treated with intramuscular medication	1

Post-anesthesia Discharge Scoring System (PADS)	Score
- Severe: continues after repeated treatment	0
Pain	
● Patient should have minimal or no pain before discharge	
● The level of pain that the patient has should be acceptable to the patient	
● Pain should be controllable by oral analgesics	
● The location, type, and intensity of pain should be consistent with anticipated post-op discomfort	
- Pain acceptable	2
- Pain not acceptable	1
Surgical bleeding	
● Post-operative bleeding should be consistent with expected blood loss for the procedure	
- Minimal: does not require dressing change	2
- Moderate: up to two dressing changes required	1
- Severe: more than three dressing changes required	0

ภาคผนวก ง

ใบประเมินเกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ การผ่าตัดมะเร็งเต้านมแบบวันเดียวกลับบ้าน
ร่วมกับโปรแกรมการดูแลตนเองที่บ้าน (ODS BHR program)

ใบประเมินเกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ การผ่าตัดมะเร็งเต้านมแบบวันเดียวกลับบ้าน
ร่วมกับโปรแกรมการดูแลตนเองที่บ้าน (ODS BHR program)

แพทย์ที่ผ่าตัด..... วันที่ผ่าตัด.....

ชนิดของหัตถการที่สามารถเข้าร่วมโครงการ

- ☐ Sentinel lymph node biopsy
- ☐ Axillary lymph node dissection
- ☐ Breast conserving therapy
- ☐ Total mastectomy
- ☐ Breast conserving therapy with Sentinel lymph node biopsy
- ☐ Breast conserving therapy with Axillary lymph node dissection
- ☐ Total mastectomy with sentinel lymph node biopsy
- ☐ Total mastectomy with Axillary lymph node dissection

ข้อบ่งชี้ของผู้ป่วยที่สามารถเข้าร่วมโครงการได้

- ☐ ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 70 ปี และ ECOG 0-1
- ☐ ผู้ป่วยมี ASA class I-II หรือผู้ป่วยมี ASA class III ที่อยู่ในเกณฑ์ดังต่อไปนี้
 - ☐ Well controlled Diabetes: Blood sugar < 250 mg/dl
 - ☐ Well controlled Hypertension: Blood Pressure < 160/100 mmHg
 - ☐ ตามดุลยพินิจของศัลยแพทย์และวิสัญญีแพทย์เห็นสมควร
- ☐ ผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัว หรือมีโรคประจำตัวอื่น ๆ แต่สามารถควบคุมได้ดี ระบุ.....
- ☐ ผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัวที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต หรือไม่มีโรคประจำตัวที่ไม่สามารถควบคุมได้ดี เช่น acute MI, COPD/asthma exacerbation, active cardiac disease, stroke
- ☐ ผู้ป่วยไม่มีภาวะ morbid obesity (BMI < 35 kg/m²)
- ☐ ผู้ป่วยไม่มีประวัติการใช้สารเสพติดหรือยาทางจิตเวช เช่น MAOI (เช่น Paraglyline, Tranlylcypromine)
- ☐ ผู้ป่วยไม่มีประวัติแพ้ยาที่ใช้ระงับความรู้สึกระหว่างผ่าตัด
- ☐ ผู้ป่วยมีญาติหรือผู้ดูแลในวันที่มีการผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้
- ☐ ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี และยินยอมที่จะเข้าร่วมโครงการ ODS BHR program
- ☐ ผู้ป่วยได้รับการประเมินจากแพทย์ว่าเข้าร่วมโครงการ ODS BHR program ได้อย่างปลอดภัยและมีมาตรฐาน

ผู้ประเมิน.....

ภาคผนวก จ

คำอธิบายเกี่ยวกับโรคและยินยอมเข้าร่วมโครงการ (inform consent) การผ่าตัดมะเร็งเต้านม
แบบวันเดียวกลับบ้านร่วมกับโปรแกรมการดูแลตนเองที่บ้าน (ODS BHR program)

**คำอธิบายเกี่ยวกับโรคและยินยอมเข้าร่วมโครงการ (inform consent) การผ่าตัดมะเร็งเต้านม
แบบวันเดียวกลับบ้านร่วมกับโปรแกรมการดูแลตนเองที่บ้าน (ODS BHR program)**

วันที่.....

ข้าพเจ้าขอแสดงความยินยอมโดยสมัครใจและตกลงให้คณะแพทย์และพนักงานของ
ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ดูแลรักษาอาการของผู้ป่วย ซึ่งป่วยจากโรคมะเร็งเต้านม O ขวา O ซ้าย O อื่น ๆ ระบุ.....
ผู้ลงนามให้คำยินยอมเข้าร่วมโครงการการผ่าตัดมะเร็งเต้านมแบบวันเดียวกลับบ้านร่วมกับโปรแกรมการดูแลตนเองที่บ้าน
(One day surgery in breast cancer patients with home recovery care program; ODS BHR) และทราบข้อมูล ดังนี้

1. หัตถการชื่อ การผ่าตัดมะเร็งเต้านมและต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้

การผ่าตัด	วิธีการผ่าตัด	ข้อดี	ข้อเสีย
เต้านม (Breast)	การผ่าตัดเต้านมออก ทั้งหมด (Mastectomy)	- อาจไม่จำเป็นต้องได้รับการฉายรังสี หลังผ่าตัด - พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็น ระยะเวลาสั้น - อัตราการเป็นซ้ำร้อยละ 2-3 ใน 10 ปี	- สูญเสียเต้านมข้างดังกล่าว - ต้องมีสายระบายน้ำเหลือง คาอยู่ - ขาหรือปวดกล้ามเนื้อบริเวณ ที่ผ่าตัดได้
	การผ่าตัดอนุรักษ์เต้านม ร่วมกับการฉายรังสี (Breast co-conserving surgery with radiation)	- สามารถอนุรักษ์เต้านมเอาไว้ได้ และมีรูปลักษณะของเต้านม ใกล้เคียงก่อนผ่าตัด - พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็น ระยะเวลาสั้น - ไม่ต้องมีสายระบายน้ำเหลือง คาอยู่	- ต้องได้รับการฉายรังสีหลังการ ผ่าตัด - ในกรณีที่ยังมีเซลล์มะเร็งหลง เหลืออยู่อาจต้องได้รับการ ผ่าตัดซ้ำ โดยอาจผ่าตัดเนื้อเต้านม เพิ่มเติม หรือตัดเต้านมออก ทั้งหมด - อัตราการเป็นซ้ำร้อยละ 10 ใน 10 ปี
ต่อมน้ำเหลือง รักแร้ (Axillary lymph node)	การฉีดสีเลาะตัดต่อม น้ำเหลืองออกบางส่วนเพื่อ ส่งตรวจหาเซลล์มะเร็ง (Sentinel lymph node biopsy)	- สามารถบอกพยากรณ์โรคได้ เทียบเท่ากับการผ่าตัดเลาะต่อม น้ำเหลืองออกหมด - ไม่ต้องมีสายระบายน้ำเหลืองคา อยู่นาน - เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการ ผ่าตัดต่อมน้ำเหลือง เช่น แขน บวม ชาได้ทั้งแขน ข้อไหล่ติด ฯลฯ ได้น้อยกว่าการผ่าตัดเลาะ ต่อมน้ำเหลืองออกทั้งหมด	- มีโอกาสแพ้สารที่ฉีดได้ร้อยละ 1-2 - อาจต้องได้รับการผ่าตัดต่อม น้ำเหลืองเพิ่มเติม หากมี เซลล์มะเร็งหลงเหลือ

การผ่าตัด	วิธีการผ่าตัด	ข้อดี	ข้อเสีย
	การผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองรักแร้ออกทั้งหมดที่ระดับ 1 และ 2 (Axillary lymph node dissection)	- สามารถบอกพยากรณ์โรคได้ดีที่สุด - สามารถควบคุมมะเร็งที่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองรักแร้ได้	- ต้องมีสายระบายน้ำเหลืองคาอยู่ยาวนาน - อาจมีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดได้ เช่น ชาใต้ท้องแขน กล้ามเนื้อฝ่อ ข้อไหล่ติด แขนบวม ฯลฯ ซึ่งพบได้ร้อยละ 25-30

2. เหตุผล / ความจำเป็นในการทำหัตถการ เพื่อการรักษามะเร็งเต้านมและประเมินระยะของโรค

3. วิธีการทำหัตถการ ท่านจะได้คำแนะนำเกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการการผ่าตัดมะเร็งเต้านมแบบวันเดียวกลับบ้านร่วมกับโปรแกรมการแนะนำดูแลผู้ป่วยตัวเองที่บ้าน (ODS BHR program) รวมไปถึงการปฏิบัติตัวเตรียมตัวก่อนและหลังผ่าตัด โดยทีมผู้ดูแลสหสาขาวิชาชีพตามแผนของโครงการ โดยวิธีการผ่าตัดนั้นแพทย์จะทำการผ่าตัดมะเร็งเต้านมข้างดังกล่าวออกทั้งหมด และทำการฉีดสีบริเวณลานนม เพื่อตรวจหาต่อมน้ำเหลืองที่บริเวณรักแร้ ซึ่งเป็นต่อมน้ำเหลืองหน้าด่านที่ติดสี หรือเรียกว่าต่อมน้ำเหลืองเซนทิเนล หลังจากนั้นจะทำการเลาะต่อมน้ำเหลืองที่ติดสีไปส่งตรวจหาเซลล์มะเร็งขณะผ่าตัด โดยหากผลตรวจไม่พบว่ามีการกระจายเซลล์มะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองดังกล่าว จะไม่มีการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองเพิ่มเติม แต่หากตรวจพบต่อมน้ำเหลืองเซนทิเนลที่ติดสี หรือผลตรวจพบว่ามีกระจายของเซลล์มะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองดังกล่าว แพทย์จะทำการเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ที่ระดับ 1 และ 2 ออกทั้งหมด และเมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัด ท่านจะได้รับการดูแลและให้คำแนะนำโดยทีมสหสาขาวิชาชีพตามแผนงานของโครงการ และเมื่อท่านกลับบ้านแล้วจะมีทีมสหสาขาวิชาชีพของโครงการติดต่อสอบถามอาการหลังผ่าตัดของท่านผ่านทางระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) รวมไปถึงหากท่านมีข้อสงสัยหรือกังวลใจสามารถติดต่อสอบถามได้ที่เบอร์โทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง นอกจากนี้หากท่านรู้สึกกังวลใจ สามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา

4. ระยะเวลาในการทำหัตถการประมาณ ☐ 1-3 ชั่วโมง ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

5. การให้ยาระงับความรู้สึก ☐ ไม่ใช้ ☐ ใช้ ☐ แบบระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ☐ แบบระงับความรู้สึกเฉพาะที่

6. ทางเลือก ข้อดี/ข้อเสีย

7. ผลการรักษา ☐ อาการเจ็บป่วยดีขึ้น ทุเลา ☐ ประคับประคอง ☐ วางแผนส่งต่อ ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

8. ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

8.1 ผลจากการผ่าตัดโดยตรง เช่น เสียเลือดมาก แผลแยกติดเชื้อ มีเลือด/น้ำเหลืองคั่ง เนื้อเยื่อตาย ชาบริเวณใต้ท้องแขน กล้ามเนื้อหน้าอกฝ่อหรืออ่อนแรง ข้อไหล่ติด แขนบวม

8.2 ผลจากการใช้ยาต่าง ๆ ระหว่างการผ่าตัด เช่น ยาดมสลบ ยาปฏิชีวนะ และยาอื่น ๆ รวมทั้งสิ่งที่ใช้ในการฉีดเพื่อหาต่อมน้ำเหลือง ซึ่งสามารถมีอาการได้ตั้งแต่อาการแพ้เล็กน้อย เช่น ผื่นแดง ไปจนถึงอาการแพ้รุนแรงจนความดันโลหิตต่ำและเสียชีวิตได้

ผู้ลงนามให้คำยินยอมเข้าใจดีว่าไม่มีการรับประกันผลการรักษาในครั้งนี้แต่อย่างใดและยอมรับการดำเนินการ
บริการต่าง ๆ ที่จำเป็นในการรักษา เช่น การผ่าตัดหรือหัตถการเพิ่มเติม การให้ยาสลบ การให้เลือด การให้สารทดแทน
การตรวจรังสีวิทยา และการตรวจทางพยาธิวิทยา และยินยอมให้แพทย์ดำเนินการต่อชิ้นส่วนของเนื้อเยื่อที่เกิดขึ้นจากการ
ผ่าตัดรักษา ถ้าการดำเนินการนั้นเหมาะสมและเป็นประโยชน์ต่อการรักษา **ข้าพเจ้าได้มีโอกาสซักถามข้อสงสัย และได้รับ
คำอธิบายจนเข้าใจดี จึงตัดสินใจ** ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม เพื่อรับการรักษาดังกล่าวข้างต้น ทั้งนี้ได้ลงนามไว้เป็น
หลักฐาน เพื่อแพทย์และ/หรือคณะแพทย์จะได้ให้การดูแลตรวจรักษาต่อไป

กรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่อาจให้ความยินยอมได้ตามปกติ โปรดระบุเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเซ็นยินยอม
เพื่อรับการรักษาด้วยตนเองได้ ☐ เด็กอายุไม่เกิน 20 ปีบริบูรณ์ ☐ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

..... ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

☐ ผู้ป่วย ☐ กรณีไม่ใช่ผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คือ.....

..... ผู้ให้ข้อมูล

(.....)

ตำแหน่ง แพทย์/พยาบาล

..... พยาน (ผู้ป่วย)

(.....)

ระบุความสัมพันธ์.....ของผู้ป่วย

☐ ผู้ป่วยมาคนเดียว ไม่มีพยานฝ่ายผู้ป่วย

..... พยาน (เจ้าหน้าที่)

(.....)

ตำแหน่ง แพทย์/พยาบาล

ภาคผนวก จ

แบบบันทึกทางการแพทย์การดูแลผู้ป่วยระยะกำลังเสียชีวิต (active dying patients)

แบบบันทึกทางการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยระยะกำลังเสียชีวิต (active dying patients)

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

อาการสำคัญ.....

ประวัติปัจจุบัน.....

ว/ด/ป	การวินิจฉัยทางการพยาบาล/ ข้อมูลสนับสนุน	จุดมุ่งหมาย/ เกณฑ์การประเมินผล	การพยาบาล	การประเมินผล	ผู้ดูแล

ภาคผนวก ช

รายชื่อคณะกรรมการการจัดทำมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward)

สำเนาฉบับ

คำสั่งกรรมการแพทย์

ที่ ๕๖๐ /๒๕๖๖

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward)

จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยใน (หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและครอบครัว) รวมทุกการวินิจฉัยโรค จำแนกตามเพศและโรค/กลุ่มโรค ๒๕๕ โรค ตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ซึ่งจะเห็นได้ว่า มีอัตราการเข้ารับการรักษายาบาลค่อนข้างสูง ประกอบกับจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ก่อให้เกิดผลกระทบต่อประชาชนผู้ป่วย จึงได้มีการถอดบทเรียนต่างๆ ขึ้นอย่างมากมายในด้านการแพทย์วิถีใหม่ กรรมการแพทย์ในฐานะกรรมาธิการที่มีการปฏิบัติงานหนึ่งด้านกำหนด รับรอง พัฒนามาตรฐานทางการแพทย์ ในการพัฒนาและยกระดับการให้บริการทางการแพทย์ตามมาตรฐานสากลโดยทิศทางการแพทย์จะก้าวไปสู่การแพทย์วิถีถัดไป (The Next Normal Medical Services) โดยการมีส่วนร่วมจากเครือข่าย อาทิ ราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้องกับโรค/หัตถการผู้ป่วยใน เครือข่ายโรงพยาบาลของกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHOSNET) หน่วยบริการปฐมภูมิ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช)

กรรมการแพทย์ จึงได้จัดทำและขับเคลื่อนมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward) สู่การปฏิบัติโดยการเสนอแนะเชิงนโยบายให้กับผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข และเพื่อให้การดำเนินงานดังกล่าวเป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพ และบรรลุตามวัตถุประสงค์ ฉะนั้นอาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๒ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม จึงมีคำสั่งดังนี้

๑. แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward)

๑.๑ องค์ประกอบ

- | | |
|--|-----------|
| (๑) นายธงชัย กิตติหัตถยากร | ที่ปรึกษา |
| อธิบดีกรรมการแพทย์ | |
| (๒) รองอธิบดีกรรมการแพทย์ ที่ได้รับมอบหมาย | ที่ปรึกษา |
| (๓) นางปิยะธิดา หาญสมบูรณ์ | ประธาน |
| ที่ปรึกษากรรมการแพทย์ | |
| (๔) นายมนต์ชัย ศิริบำรุงวงศ์ | รองประธาน |
| นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขาอายุรกรรม | |
| โรงพยาบาลเลิดสิน | |
| (๕) นายกิตติวัฒน์ มะโนจันทร์ | กรรมการ |
| ผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์ | |
| (๖) นายสรายุทธ์ บุญชัยพานิชวัฒนา | กรรมการ |
| ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ | |
| บรมราชชนนี | |
| (๗) นายชาญชัย... | |

(๗) นายชาญชัย ธงพานิช ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น	กรรมการ
(๘) นางสาวเดือนเพ็ญ ห่อรัตนเรือง นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขาวิสัญญีวิทยา สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	กรรมการ
(๙) นางสาวกิตติมา บำรุงพัฒนาศิริ นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขาอายุรกรรม สถาบันโรคทรวงอก	กรรมการ
(๑๐) นางธรรษ ทิพย์วงษ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรมป้องกัน กองวิชาการแพทย์	กรรมการ
(๑๑) นายโกเมนทร์ ทิวทอง รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
(๑๒) นายวิบูลย์ ภัณฑะภิรักษ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขาศัลยกรรม โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา	กรรมการ
(๑๓) นายนิธิวัตร แสงเรือง ผู้เชี่ยวชาญหน่วยปฏิบัติการเฉพาะกิจ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการ และเลขานุการ
(๑๔) นางอรุณี เลิศล้ำ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล โรงพยาบาลแม่เรืงชลบุรี ปฏิบัติราชการที่กองวิชาการแพทย์	กรรมการ และเลขานุการ
(๑๕) นางสาววิริยา ไทยประเสริฐ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โรงพยาบาลราชวิถี ปฏิบัติราชการที่สำนักที่ปรึกษากรรมการแพทย์	กรรมการ และเลขานุการ
(๑๖) นางสาววิษยาภา เอี่ยมสว่าง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ด้านส่งเสริมพัฒนา กองวิชาการแพทย์	กรรมการ และผู้ช่วยเลขานุการ
(๑๗) นางสาวเมธพร สุวรรณกลาง นักวิชาการสาธารณสุข สำนักที่ปรึกษากรรมการแพทย์	กรรมการ และผู้ช่วยเลขานุการ

๑.๒ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

- (๑) วางแผนกำหนดรูปแบบมาตรฐาน สำหรับจัดทำแนวทางการให้บริการผู้ป่วยใน
ที่บ้าน (Home ward)
- (๒) จัดทำแนวทางการให้บริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) และคู่มือมาตรฐาน
การดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward)

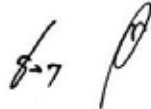
(๓) วางแผน...

(๓) วางแผนพัฒนาการดำเนินงาน ประสานงานกับเครือข่าย และผู้เกี่ยวข้อง
(๔) ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานให้บริการผู้ป่วยในบ้าน (Home ward)
รวมทั้งแก้ไขปัญหา อุปสรรค เพื่อให้ผลการดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์

- (๕) รายงานผลการดำเนินงานต่อผู้บริหาร
(๖) ปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๔ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๖



(นายธงชัย กิริติหัตถยากร)
อธิบดีกรมการแพทย์

.....ร่าง
.....พิมพ์
.....ทาน
.....ตรวจ

หนังสือแนวทางและมาตรฐาน การดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (HOME WARD) ฉบับที่ 2



QR CODE DOWNLOAD

หนังสือแนวทางและมาตรฐาน
การดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (HOME WARD) ฉบับที่ 2





กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

สำนักที่ปรึกษา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

กรมการแพทย์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000