กรมสุขภาพจิต
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

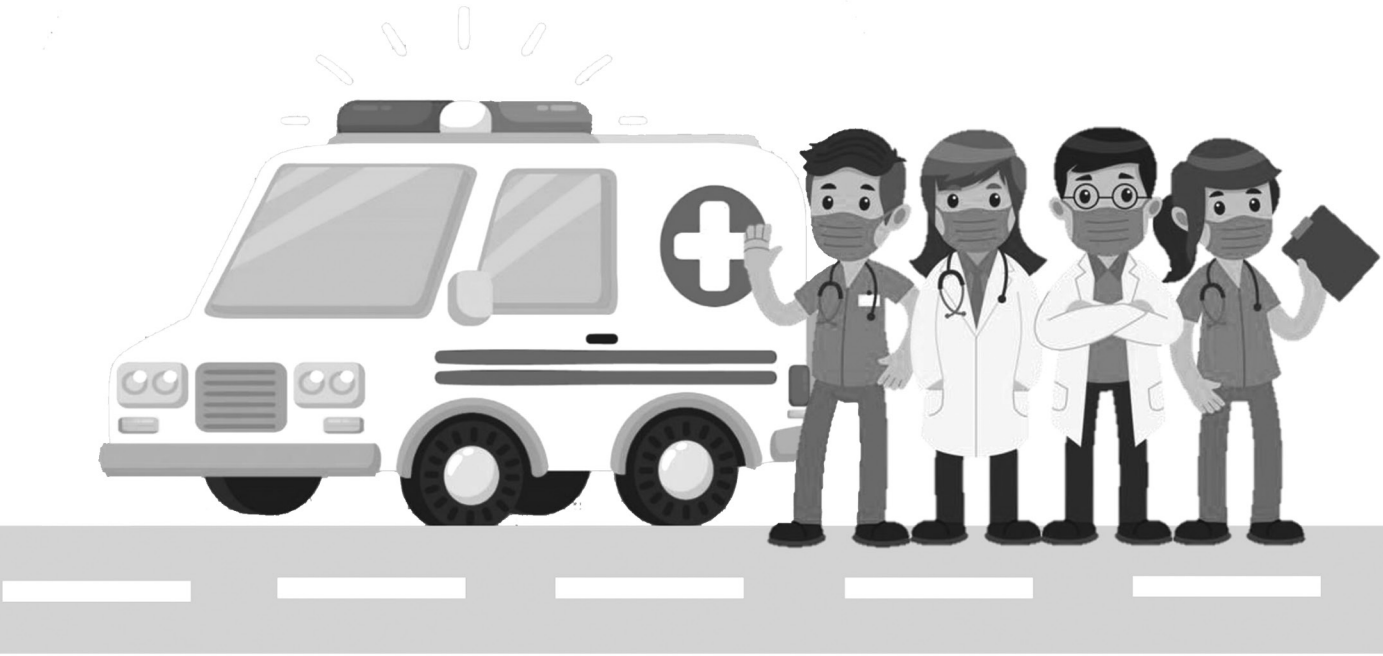
คู่มือแนวทาง/เกณฑ์การรับส่งต่อผู้ป่วย

ที่มีอาการทางจิตจากการใช้สุรา/ยา/สารเสพติด ในสถาบัน/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต

กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

กรมสุขภาพจิต
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

คู่มือ
แนวทาง/เกณฑ์การรับส่งต่อผู้ป่วย ที่มีอาการทางจิตจากการใช้สุรา/ยา/สารเสพติด ในสถาบัน/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต



กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ชื่อหนังสือ : คู่มือแนวทาง/เกณฑ์การรับส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้สุรา/ยา/สารเสพติด ในสถาบัน/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต

ที่ปรึกษา : นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ ผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
นายแพทย์พฤทธิ์ ทองเพ็งจันทร์ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลท่าศาลา และช่วยราชการกองบริหารการสาธารณสุข
นางกฤษณา จันทร์ตรี ที่ปรึกษาด้านวิชาการยาและสารเสพติด
นางธิดา จุลินธร ผู้ช่วยอำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
นางวีณา บุญแสง รองผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

บรรณาธิการ : นางสาวพนิดา สีนาเวช นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

บรรณาธิการร่วม :
นางศิริภรณ์ ชัยศรี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์
นายสัมพันธ์ พัฒศร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา
นางสาวศรีแพร หนูแก้ว นักวิชาการสถิติ กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
นางสาวกมลวรรณ จันทรโชติ นักวิเคราะห์นโยบายและแผน กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
นางสาวอุษา เขตรเขื่อน นักวิเคราะห์นโยบายและแผน กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

จัดทำโดย : กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

พิมพ์ครั้งที่ 1 : สิงหาคม 2564

จำนวนพิมพ์ : 100 เล่ม

ข้อมูลทางบรรณาณุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

คู่มือแนวทาง/เกณฑ์การรับส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้สุรา/ยา/สารเสพติด ในสถาบัน/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต.-- นนทบุรี : กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2564
96 หน้า.

1. การส่งต่อผู้ป่วย. I. ชื่อเรื่อง.

362.12
ISBN 978-974-296-931-8

พิมพ์ที่ : บริษัท ดีน่าดู มีเดีย พลัส จำกัด

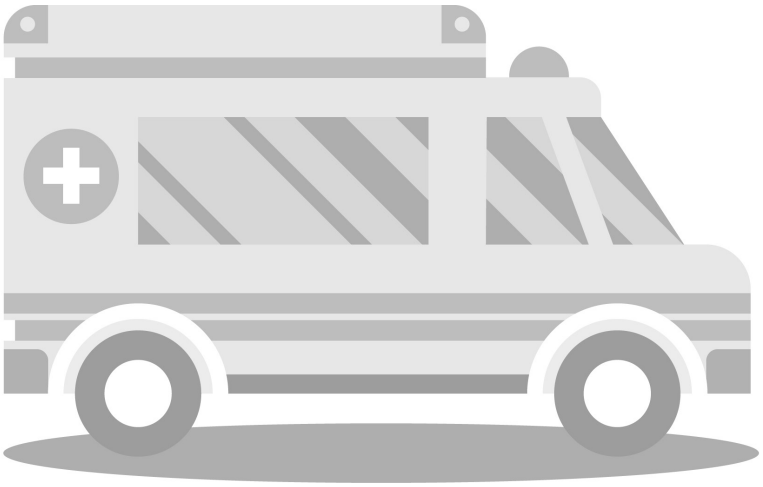
คำนำ

คู่มือแนวทาง/เกณฑ์การรับส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้สุรา/ยา/สารเสพติด ในสถาบัน/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานได้มีแนวทางในการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้สุรา/ยา/สารเสพติด เริ่มตั้งแต่ปฏิบัติการ การจำแนกระดับความรุนแรงของผู้ป่วย วิธีปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความปลอดภัย ได้รับการดูแลบำบัดรักษาในสถานบริการ และการดูแลช่วยเหลือหลังการบำบัดโดยสถานพยาบาลใกล้บ้าน และชุมชน

คณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือแนวทาง/เกณฑ์การรับส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้สุรา/ยา/สารเสพติดนี้ จะเป็นประโยชน์แก่ผู้ปฏิบัติงานใช้เป็นแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
บทนำ	ง
บทที่ 1 วัตถุประสงค์ นิยาม และมาตรฐาน	1
บทที่ 2 ระบบปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างโรงพยาบาล	9
บทที่ 3 การรับส่งต่อ (Refer In)	23
บทที่ 4 การส่งต่อไปรักษา (Refer Out)	31
บทที่ 5 การส่งกลับ (Refer Back)	39
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินจากยาเสพติดและสารเสพติด	44
ภาคผนวก ข หลักการดูแลรักษาภาวะขาดสุรา (Alcohol Withdrawal) สำหรับแพทย์ทั่วไป	49
ภาคผนวก ค แนวทางการใช้ยาในภาวะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย	55
ภาคผนวก ง แบบฟอร์มต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง	57
ภาคผนวก จ แบบประเมิน/คัดกรอง	67
บทเฉพาะกาล	75
รายนามคณะที่ปรึกษากิตติมาศักดิ์ ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ร่วมพัฒนาคู่มือ และคณะทำงาน	85
บรรณานุกรม	90



สารบัญผังไหล

		หน้า
ผังไหลที่ 1	ระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย (Referral System)	6
ผังไหลที่ 2	การรับส่ง-ต่อผู้ป่วยภายในพื้นที่เขตสุขภาพ และรับกลับ	7
ผังไหลที่ 3	ขั้นตอนการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาล	11
ผังไหลที่ 4	การส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติดและจิตเวช กรณีฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	17
ผังไหลที่ 5	การส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชกรณีฉุกเฉิน จากหน่วยบริการ A, S, M1 และ M2 มายังสถาบัน/โรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต	19
ผังไหลที่ 6	แนวทางส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจาการใช้สารเสพติด โดยครอบครัว/ชุมชน	21
ผังไหลที่ 7	แนวทางการรับส่งต่อผู้ป่วยกรณีจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด จากชุมชนถึงสถาบัน/โรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต	22
ผังไหลที่ 8	แนวทางการส่งต่อ (Refer In) ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้สารเสพติด จากหน่วยบริการระดับ A S M1 และ M2 ไปยังสถาบัน/โรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต	30
ผังไหลที่ 9	การส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้สุรา/ยา/สารเสพติดไปรักษาต่อ (Refer Out) โดยแผนกฉุกเฉิน (ER)	35
ผังไหลที่ 10	การส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้สุรา/ยา/สารเสพติดไปรักษาต่อ (Refer Out) โดยแผนกผู้ป่วยนอก (OPD)	36
ผังไหลที่ 11	การส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้สุรา/ยา/สารเสพติดไปรักษาต่อ (Refer Out) โดยแผนกผู้ป่วยใน (IPD)	37
ผังไหลที่ 12	แนวทางการประสานส่งต่อผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อยังสถานพยาบาลรับกลับ (Refer Back) โดยแผนกผู้ป่วยนอก (OPD)	41
ผังไหลที่ 13	การส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้สารเสพติดสุรา/ยา/สารเสพติด ส่งกลับ (Refer Back) โดยแผนกผู้ป่วยใน (IPD)	42
ผังไหลที่ 14	(ร่าง) แนวทาวการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงหรือติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สถาบัน/โรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต	80
ผังไหลที่ 15	แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงหรือติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สถาบัน/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และปริมณฑล	84

บทนำ

ปัญหาการใช้สารเสพติดเป็นปัญหาสำคัญระดับประเทศ ที่ยังคงมีการแพร่ระบาด และทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น โดยสถานการณ์ผู้ใช้สารเสพติดของประเทศไทย จากรายงานผลการสำรวจครัวเรือนเพื่อคาดประมาณจำนวนประชากรผู้ใช้สารเสพติดของประเทศไทย ปี 2562 พบผู้ใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่ง ใน 1 ปี มีจำนวน 1.9 ล้านคน แบ่งเป็นผู้ใช้สารเสพติด จำนวน 1.3 ล้านคน และเป็นผู้ติดสารเสพติด จำนวน 4.5 แสนคน (รศ.มานพ คณะโต และคณะ,2562) เข้าสู่ระบบการบำบัดของโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 24,196 คน จำแนกเป็นผู้ป่วยจิตเวชติดสารเสพติดรุนแรง จำนวน 5,757 คน เป็นผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) จำนวน 577 คน (กรมสุขภาพจิต,2562) ในผู้ป่วยที่มีเสพหนักเสพนาน ส่วนใหญ่มักมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิต ได้แก่ มีภาวะหวาดระแวง อาการหลงผิด ประสาทหลอน ซึ่งอาจจะนำไปสู่พฤติกรรมที่ใช้ความรุนแรง เช่น มีการทำร้ายตนเอง ทำร้ายบุคคลใกล้ชิด ทำลายทรัพย์สิน จากสถิติของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พบว่ามีผู้ป่วยกลุ่มฉุกเฉินบางรายมีอาการคลุ้มคลั่ง/ภาวะจิตประสาท/อารมณ์ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีจากข้อมูลการนำส่งด้วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ปี 2560-2563 จำนวน 16,131 ครั้ง 17,858 ครั้ง 18,690 ครั้ง และ 20,936 ครั้ง ตามลำดับ (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ,2563) และพบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังไม่มีมุมเฉพาะ/ห้องฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการอาละวาด คลุ้มคลั่ง สร้างความหวาดกลัวกับผู้ป่วยรายอื่น ญาติ และผู้ปฏิบัติงาน อีกทั้งโรงพยาบาลแต่ละแห่งมีแนวทาง/เกณฑ์ในการรับผู้ป่วยไว้รักษาแตกต่างกัน เกิดปัญหาหรือความล่าช้าในการส่งต่อผู้ป่วยถูกละเมิดสิทธิในการเข้าถึงบริการและอาจเกิดการร้องเรียนได้

จากผลการสำรวจสภาพปัญหาการรับส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชในเขตสุขภาพ ของกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต พบว่าสถาบัน/โรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต มีปัญหาและอุปสรรคในการรับส่งต่อผู้ป่วย เนื่องจากโรงพยาบาลในเขตสุขภาพแต่ละแห่งมีข้อจำกัดในด้านต่าง ๆ ประกอบด้วย ศักยภาพของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ ความพร้อมในการรับส่งต่อผู้ป่วยทั้งด้านบุคลากรและอุปกรณ์ในแต่ละระดับ จำนวนเตียงที่จะรับผู้ป่วย อัตรากำลังของบุคลากรทางการแพทย์ ศักยภาพของสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวชในการรักษาโรคทางกาย ด้านสิทธิการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะสิทธิประกันสังคมที่ยังไม่ครอบคลุมผู้ป่วยกลุ่มนี้ รวมทั้งความชัดเจนของเกณฑ์การรับส่งต่อผู้ป่วยในเขตสุขภาพมีความแตกต่างกัน ทำให้ต้องพัฒนาแนวทาง/เกณฑ์รับส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลได้อย่างทันท่วงทีมีความปลอดภัย และมีประสิทธิภาพในการรักษามากยิ่งขึ้น

กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต โดยกลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตยาและสารเสพติด จึงได้ประสานความร่วมมือกับสถาบัน/โรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต ในการพัฒนาเทคโนโลยี และจัดทำ “คู่มือแนวทาง/เกณฑ์การรับ-ส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้สุรา/ยา/สารเสพติดในสถาบัน/โรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต” ขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการรับส่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ ให้ผู้ปฏิบัติงานได้ใช้อ้างอิงในการปฏิบัติงาน เพื่อป้องกันความผิดพลาดหรือข้อร้องเรียน ตลอดจนสร้างความเข้าใจระหว่างผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานและในเขตสุขภาพ แสดงให้เห็นถึงจุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุดของกระบวนการ เพิ่มพูนองค์ความรู้ ความเข้าใจ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การรับส่งต่อผู้ป่วย ตลอดจนสามารถนำแนวทางฯไปปรับใช้ในการพัฒนาบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

1

วัตถุประสงค์ นิยาม และมาตรฐาน

1. วัตถุประสงค์ นิยาม และมาตรฐาน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานบริการรับส่งผู้ป่วยของสถาบัน/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต
2. เพื่อให้ผู้รับบริการ/ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการบริการได้อย่างเหมาะสมตามสิทธิของผู้ป่วย
3. เพื่อให้ผู้รับบริการ/ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปเข้ารับการรักษาอย่างเหมาะสมและมีคุณภาพเพื่อสร้างความพึงพอใจในระบบบริการรับส่งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

นิยามการรับส่ง

ระบบการรับส่งต่อ (Referral system) หมายถึง ระบบบริการสุขภาพที่จัดขึ้นเพื่อให้บริการรับส่งต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการได้รับบริการสุขภาพ บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขระหว่างสถานบริการสุขภาพตั้งแต่ก่อนการส่งต่อ ขณะส่งต่อ และการส่งต่อทั้งไปและกลับอย่างมีคุณภาพเหมาะสมกับขีดความสามารถของสถานบริการสุขภาพนั้น ๆ โดยผู้ป่วยได้รับบริการสุขภาพที่ต่อเนื่องในแนวทางเดียวกันตั้งแต่สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ และศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง (Excellent center) ซึ่งประกอบไปด้วย

ระบบรับ-ส่งต่อ (Referral System) ผู้ป่วย เป็นระบบที่มีความสำคัญในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างทั่วถึง (Accessibility) มีความต่อเนื่อง (Continuity) โดยใช้ดำเนินแบบเบ็ดเสร็จ(Comprehensive) และผสมผสาน (Integrated) เป็นกลไกสำคัญในการดูแลรักษาสุขภาพของประชาชน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งต้องพัฒนาระบบรับส่งต่อให้มีประสิทธิภาพ มีความสมานฉันท์และเอื้ออาทรต่อกัน ส่งผลให้ประชาชนได้รับการรักษาที่ดี มีการส่งต่อเพื่อการรักษาในระดับสูงที่เกินศักยภาพ และการวางแผนการส่งกลับเพื่อการดูแลรักษาต่อเนื่องอย่างมีระบบมีคุณภาพได้มาตรฐานและปลอดภัย เกิดความประหยัดลดค่าใช้จ่ายเนื่องจากมีการใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพของหน่วยบริการระดับต่าง ๆ ร่วมกัน

การจัดระบบบริการรับส่งต่อผู้ป่วย หมายถึง การจัดระบบบริการที่ครอบคลุมการให้บริการยานพาหนะพร้อมอุปกรณ์ด้านการแพทย์ในการรับส่งต่อผู้ป่วย บุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยระหว่างรับส่งต่อ กระบวนการดูแลผู้ป่วยรับส่งต่อ และค่าใช้จ่ายในการรับส่งต่อ

การส่งต่อผู้ป่วย (Refer) หมายถึง การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากสถานพยาบาลหนึ่งเพื่อไปรับการตรวจรักษาต่อที่สถานพยาบาลอื่นโดยโรงพยาบาลเป็นผู้นำส่ง

การรับย้ายผู้ป่วย (Refer In) หมายถึง การรับย้ายผู้ป่วยจากสถานพยาบาลต้นทางเพื่อมารับรักษาต่อหรือรับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม

การส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อ (Refer Out) หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรับการตรวจหรือรักษาต่อยังสถานพยาบาลระดับเดียวกันหรือสถานพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่าศักยภาพของตนเองหรือด้วยข้อกำจัดอื่น ๆ ที่จำเป็น เพื่อปรึกษาชันสูตรวินิจฉัยรักษาต่อหรือเพื่อการรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและมีความจำเป็นต้องใช้สถานพยาบาลที่มีเครื่องมือ อุปกรณ์ สถานที่ ที่มีศักยภาพที่เหมาะสมกับโรคและการเจ็บป่วย

การส่งกลับผู้ป่วย (Refer back) หมายถึง การส่งผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อยังสถานพยาบาลต้นทางหรือ รพ. ขนาดเล็กใกล้บ้าน เมื่อมีอาการที่พ้นระยะวิกฤตหรือมีอาการที่เหมาะสมกับศักยภาพของสถานพยาบาลขนาดเล็กใกล้บ้าน รวมถึงการส่งกลับไปรับการรักษาตามสิทธิการรักษาด้วย

การขอรับคำปรึกษาในการดูแลรักษาผู้ป่วย (Consultation) หมายถึง การจัดระบบบริการเพื่อให้คำปรึกษาในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยจากผู้เชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ ของโรงพยาบาลแม่ข่ายให้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลลูกข่าย ในกรณีที่ต้องขอรับคำปรึกษาในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยก่อนการส่งต่อ หรือต้องการเฉพาะคำแนะนำในการดูแลรักษาพยาบาลแต่ไม่ต้องการส่งต่อมารับการรักษา

มาตรฐานการบริการ

"มาตรฐานการบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน" คือ มาตรฐานเกี่ยวกับการบริการในการปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินนับแต่การรับรู้ถึงภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉินจนถึงการดำเนินการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการบำบัดรักษาให้พ้นภาวะฉุกเฉินซึ่งรวมถึงการประเมิน การจัดการ การประสานงาน การควบคุม ดูแลการติดต่อสื่อสาร การลำเลียงหรือขนส่ง การตรวจวินิจฉัย และการบำบัดรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน

เมื่อมีผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งหากปล่อยไว้เช่นนั้นจะเป็นอันตรายต่อชีวิตหรืออาการรุนแรงมากขึ้นเกิดการบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินได้ ให้สถานพยาบาลมีหน้าที่ดำเนินการตามหลักการดังนี้

1. ตรวจคัดแยกระดับความฉุกเฉินและจัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการบริการตามลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉิน
2. ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องได้รับการบริการฉุกเฉินจนเต็มขีดความสามารถของสถานพยาบาลนั้นก่อนการส่งต่อ เว้นแต่มีผู้ประกอบวิชาชีพให้การรับรองว่าการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินจะเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันการเสียชีวิต หรืออาการที่รุนแรงขึ้นจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้น
3. การให้บริการต่อผู้ป่วยฉุกเฉินต้องเป็นไปตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ฉุกเฉินโดยมิให้นำสิทธิการประกันการขึ้นทะเบียนสถานพยาบาล หรือความสามารถในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยฉุกเฉินหรือเงื่อนไขใด ๆ มาเป็นเหตุปฏิเสธผู้ป่วยฉุกเฉินให้ไม่ได้รับการบริการอย่างทันท่วงที

"มาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วย" ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2545) เรื่อง มาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วย ได้กำหนดการส่งต่อผู้ป่วยให้เป็นไปอย่างมีมาตรฐานและเพื่อประโยชน์ในการคุ้มครองผู้ป่วยให้พ้นอันตรายและมีความปลอดภัย ดังนี้

1. ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการสถานพยาบาลต้องส่งต่อผู้ป่วยด้วยยานพาหนะและวิธีการที่เหมาะสมปลอดภัยโดยคำนึงถึงโรค อาการ และความรุนแรงของโรค
2. การส่งต่อผู้ป่วยจากสถานพยาบาลหนึ่งไปยังสถานพยาบาลอีกแห่งหนึ่งต้องมีการสื่อสารประสานงานแจ้งสถานพยาบาลที่จะรับไว้ล่วงหน้าพร้อมข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ตลอดจนข้อมูลทางการแพทย์ที่จำเป็น
3. การส่งต่อผู้ป่วยที่ยังมีภาวะอาการของโรคที่ต้องอยู่ในความดูแลของผู้ประกอบวิชาชีพจากสถานพยาบาลต้องกระทำโดยสถานพยาบาล
4. ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการสถานพยาบาลต้องจัดให้มีผู้ประกอบวิชาชีพหรือบุคลากรที่มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับโรคและความรุนแรงของโรคไปพร้อมกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยในระหว่างการส่งต่อ

5. ยานพาหนะในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ต้องมีลักษณะดังนี้

5.1 มีเปลนั่งและนอนสำหรับใช้เคลื่อนย้ายผู้ป่วย

5.2 มีอุปกรณ์ช่วยชีพที่จำเป็น เช่น ชุดใส่ท่อหายใจ ชุดให้สารละลายทางโลหิต ชุดช่วยหายใจ เครื่องดูดเสมหะ ชุดให้ออกซิเจน เครื่องวัดความดันโลหิตและหูฟัง เวชภัณฑ์และเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็น เป็นต้น

5.3 มีอุปกรณ์สื่อสารกับสถานพยาบาลระหว่างการเดินทาง

5.4 มีขนาดพื้นที่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยและบุคลากรที่จะกระทำหัตถการได้ โดยสะดวกพอควร

5.5 ยานพาหนะจะต้องมีลักษณะและได้รับอนุญาตตามประกาศ และข้อกำหนดของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ

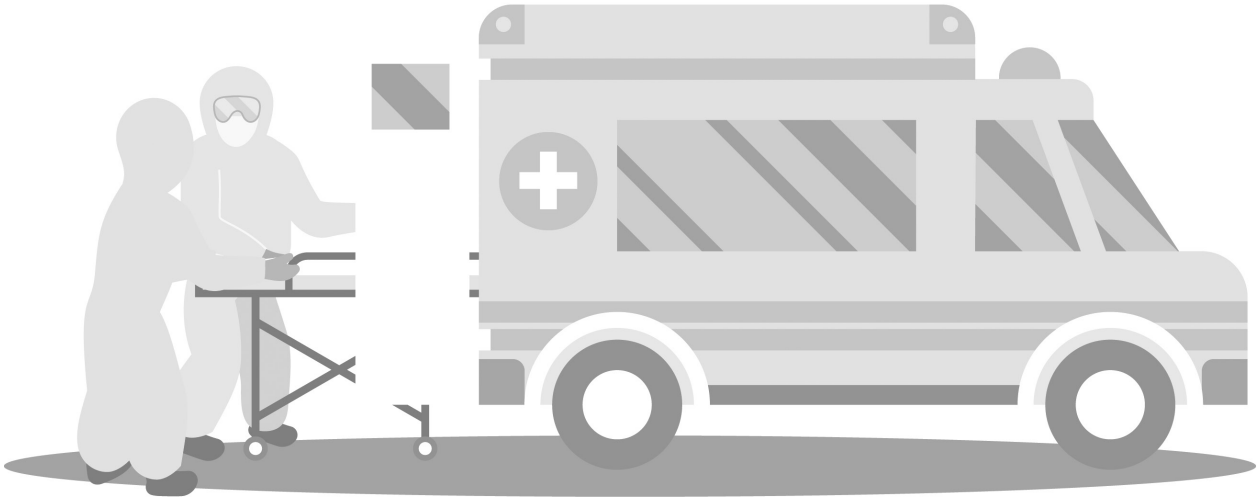
5.6 ยานพาหนะต้องมีความมั่นคงแข็งแรง และมีความสะดวกสบายต่อผู้ป่วยในการเดินทาง ไม่ทำให้โรคหรืออาการรุนแรงมากขึ้น

5.7 ยานพาหนะได้รับการบำรุงรักษาเหมาะสมกับการใช้งานได้อย่างปลอดภัยและมีการควบคุมการติดเชื้อ

6. ในการรับผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพอันตรายอยู่ในภาวะช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มีอาการเข้าสู่ภาวะวิกฤติ ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพ ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการ สถานพยาบาลต้องจัดให้มีผู้ประกอบวิชาชีพมาดูแลผู้ป่วยโดยทันที และต้องได้รับการรักษาที่เหมาะสมโดยเร็ว จะปฏิเสธการรับผู้ป่วยมิได้

7. ผู้ป่วยหรือญาติมีสิทธิเลือกสถานพยาบาล หรือสถานที่ที่ต้องการให้สถานพยาบาลนำส่ง รวมทั้งวิธีการนำส่ง เว้นแต่เป็นการเกินขีดความสามารถของสถานพยาบาลที่นำส่งหรือการนำส่งของสถานพยาบาลนั้นอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ให้สถานพยาบาลผู้ส่งสามารถเลือกสถานพยาบาลที่อื่นรวมทั้งวิธีการนำส่งที่เหมาะสมได้

8. ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการสถานพยาบาลต้องจัดให้มีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยหรือญาติ เกี่ยวกับเหตุผลและความจำเป็นในการส่งต่อ



นิยามผู้ป่วย

โรคจิตเวชที่สำคัญ ได้แก่ โรคจิตเภท (F20) โรคซึมเศร้า (F32) โรคอารมณ์แปรปรวน (F31) โรคกลุ่มอาการวิตกกังวล (F40-F48) โรคจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติดหรือสุรา (F10-F19) โรคสมองเสื่อมที่มีปัญหาสุขภาพจิต (F00-F09) โรคลมชักที่มีปัญหาสุขภาพจิต (G40) รวมทั้งภาวะจิตเวชฉุกเฉิน

ผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้เสพ (Abuse) หรือผู้ติด (Dependence) ที่มีอาการทางจิตจากโรคแทรกหรือโรคร่วมทางจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด

ผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดที่ได้รับการวินิจฉัยตาม ICD-10 ว่าเป็นผู้เสพ (Abuse) หรือผู้ติด (Dependence) ที่มีอาการทางจิตจากโรคแทรกหรือโรคร่วมทางจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด และมีลักษณะพฤติกรรมความรุนแรงตามเกณฑ์ (SMI-V) หากเข้าเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง ถือว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

1. มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต (รหัส 1B030)
2. มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้หวาดกลัว สะเทือนขวัญในชุมชน (รหัส 1B031)
3. มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย (รหัส 1B032)
4. เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง) (รหัส 1B033)

โรคจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด ที่สำคัญ ประกอบด้วย

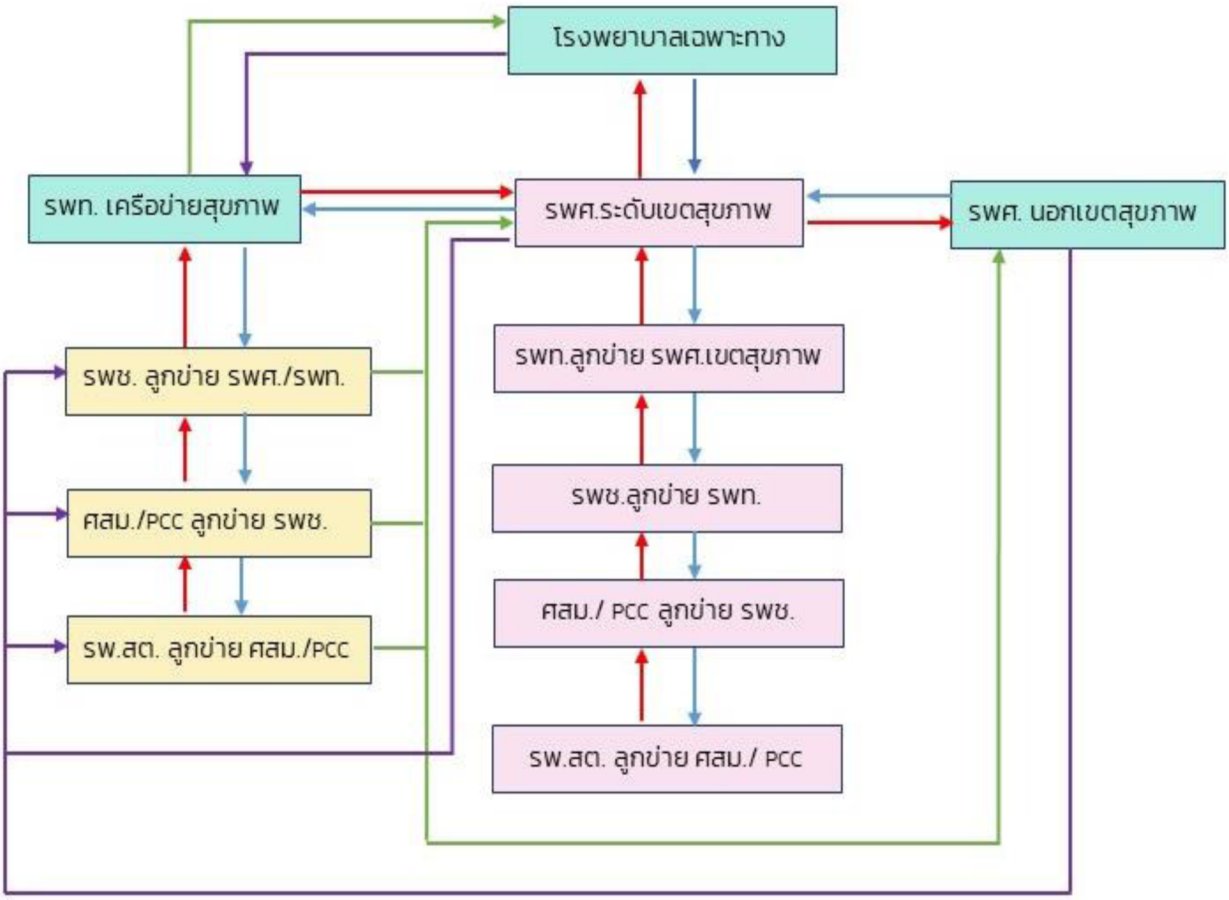
1. โรคแทรกทางจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด เช่น โรคจิตเวชจากการใช้สุรา/ยา/สารเสติด Substance/Alcohol induced psychosis (F1x.5)
2. โรคร่วมทางจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด เช่น โรคจิตเภทร่วมกับสุรา/ยา/สารเสพติด (F20.xx + (F10.xx - F19.xx)), กลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ Moods Disorder (F3x.xx), กลุ่มโรควิตกกังวล Anxiety Disorder (F40.xx-F48.xx)
3. ผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคแทรกทางจิตเวชหรือโรคร่วมทางจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด (F20.xx + (F10.xx - F19.xx)) + ลักษณะพฤติกรรมความรุนแรงตามเกณฑ์ SMI-V (รหัส 1B030-1B030-1B033)

ผังไหลที่ 1 ระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย (Referral System)

รายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติงานด้านการวางระบบ (Referral System)

1. ผู้รับผิดชอบงานระบบรับ-ส่งต่อผู้ป่วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบรับ-ส่งต่อผู้ป่วย ระดับจังหวัด
2. ผู้รับผิดชอบระบบรับ-ส่งต่อผู้ป่วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แจ้งแนวทางระบบรับส่งต่อผู้ป่วยของจังหวัด กรณีมีการเปลี่ยนแปลงหรือทบทวน
3. หากมีข้อเสนอที่ต้องเปลี่ยนแปลงแก้ไขในเชิงระบบให้ผู้รับผิดชอบงานระบบรับ-ส่งต่อผู้ป่วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำหน้าที่เลขานุการจัดประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบรับ-ส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด เพื่อพิจารณาและนำเข้าที่ประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผล เพื่อพิจารณาและประกาศเป็นนโยบายระดับจังหวัดตามลำดับต่อไป

ผังไหลที่ 2 การรับส่ง-ต่อผู้ป่วยภายในพื้นที่เขตสุขภาพ และรับกลับ



หมายเหตุ :

1. รพศ. หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์
2. รพท. หมายถึง โรงพยาบาลทั่วไป
3. รพช. หมายถึง โรงพยาบาลชุมชน
4. ศสม. หมายถึง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง
5. PCC หมายถึง คลินิกหมอครอบครัว
6. รพ.สต. หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

↑ ส่งไปรับการรักษาต่อ
↑ รับกลับมาดูแลต่อ
↑ ส่งข้ามไปรักษาต่อกรณีเกินศักยภาพแม่ข่าย
↑ รับกลับมาดูแลต่อกรณีที่ส่งข้ามแม่ข่าย

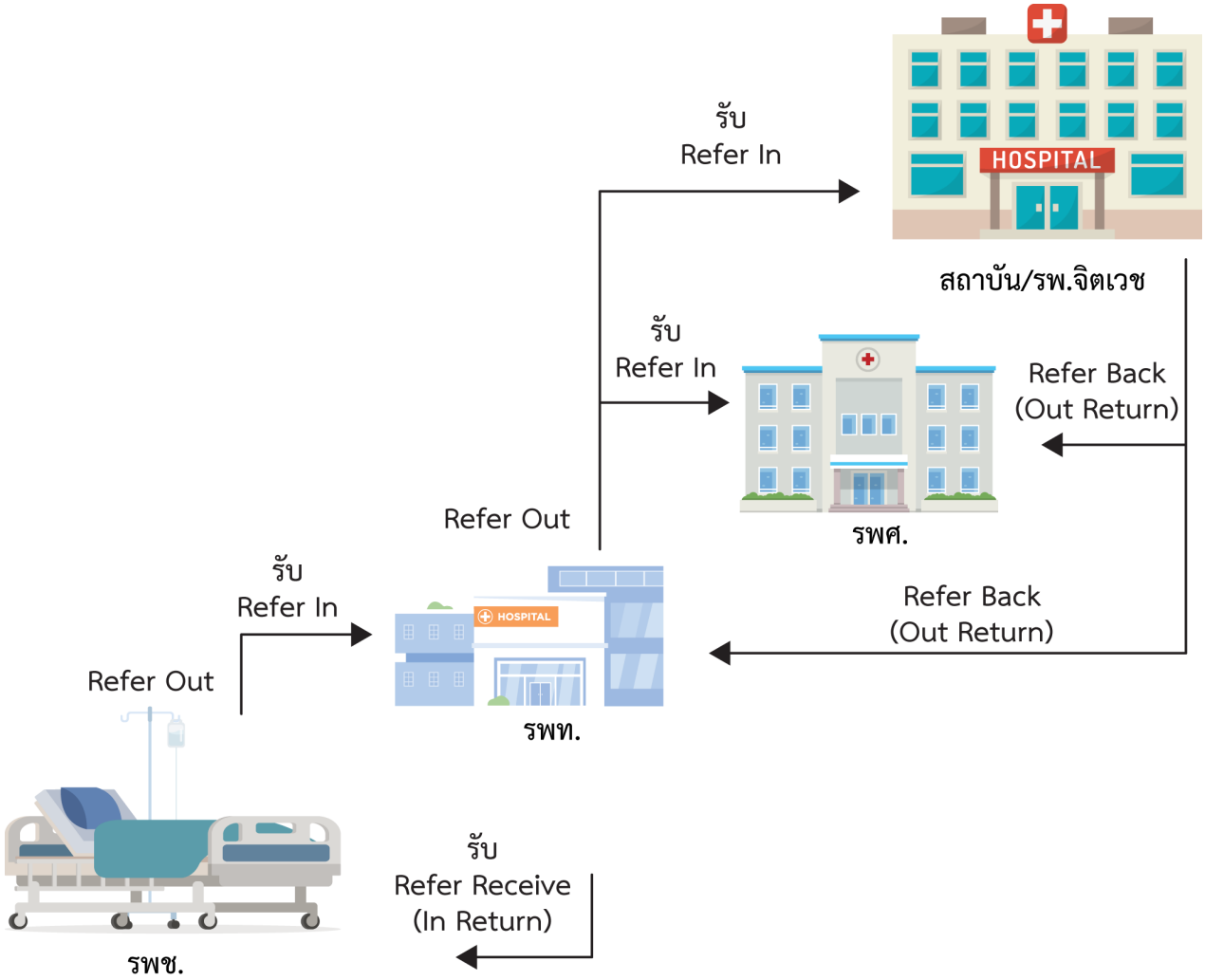
ที่มา : *คู่มือแนวทางการพัฒนาการพัฒนาระบบรับส่งต่อผู้ป่วย.กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กรกฎาคม 2562*

2

ระบบปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล

2. ระบบปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล

การปฏิบัติงานส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยงาน เป้าหมายสำคัญ คือ ความปลอดภัยของผู้ป่วยขณะเคลื่อนย้าย (Safe Transfer) โดยการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในการปฏิบัติงานส่งต่อนั้นมีกระบวนการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องตั้งแต่การเตรียมผู้ป่วยก่อนส่งต่อ การดูแลระหว่างการนำส่ง และการส่งมอบผู้ป่วยในการดำเนินงานการจัดระบบบริการรับส่งผู้ป่วยนั้น จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากบุคลากรทั้งทางด้านสุขภาพและที่เกี่ยวข้องกับระบบการบริการ เพื่อร่วมกันกำหนดทิศทางการพัฒนาการวางแผนและกำหนดแนวทางการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย การกำกับติดตามและประเมินผลการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้ระบบบริการเป็นไปตามวัตถุประสงค์



ภาพที่ 1 การปฏิบัติงานส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยงาน

ผังไหลที่ 3 ขั้นตอนการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาล

ระดับปฏิบัติการ	กระบวนการ
ก่อนส่งต่อ (Pre TRANSFER)	มีผู้ป่วยฉุกเฉินที่ต้องการส่งต่อ ↓ ประเมินระดับความเฉียบพลันของอาการผู้ป่วย ↓ ประสานการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินกับสถานพยาบาล ↓ สำเร็จ No → แจ้งศูนย์ประสานงานการส่งต่อ เพื่อประสานหาสถานพยาบาลปลายทาง Yes ↓ เตรียมความพร้อม -ผู้ป่วย/ญาติ -บุคลากร -อุปกรณ์ -ยานพาหนะ -เอกสาร ประสาน สถานพยาบาล ต้นทาง ประสานสถานพยาบาลอื่น และแจ้งสถานพยาบาลต้นทาง ดูแลผู้ป่วยตามความเหมาะสม
ระหว่างส่งต่อ (During Transfer)	1.ให้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินตามมาตรฐานวิชาชีพและรายโรค 2.ดูแล และเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยในแต่ละระดับความเฉียบพลันอย่างเหมาะสม 3.บันทึกข้อมลูการดูแล และเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยระหว่างส่งต่อ 4.หากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงระหว่างส่งต่อให้รายงานตามข้อตกลงของแต่ละพื้นที่ 5.รายงานสถานพยาบาลปลายทางเมื่อใกล้ถึงตามความเหมาะสม 6.ประเมินความพร้อมและความปลอดภัยของผู้ป่วย ก่อนการเคลื่อนย้ายลงจากรถ
หลังส่งต่อ (Post Transfer)	ส่งมอบผู้ป่วยฉุกเฉิน พร้อมเอกสารแก่สถานพยาบาล ↓ -สถานพยาบาลปลายทางรับมอบผู้ป่วยฉุกเฉิน และเอกสาร -ประเมินคุณภาพการส่งต่อ

ที่มา : *การปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล (Interfacility Patient Transfer) พฤศจิกายน 2557*

รายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาล

1. ก่อนส่งต่อ (Pre Transfer)

1. เมื่อสถานพยาบาลต้นทางประเมินผู้ป่วยแล้วมีความจำเป็นต้องส่งต่อแพทย์หรือพยาบาลประสานงานกับสถานพยาบาลปลายทาง โดยประเมินระดับความเฉียบพลันของอาการผู้ป่วยร่วมกันตามเกณฑ์เพื่อเตรียมทรัพยากรให้เหมาะสมกับระดับความเฉียบพลันและอาการของผู้ป่วยแต่ละราย

2. มีการประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยตามแนวทาง และขั้นตอนตามแต่ละระดับในพื้นที่

1) กรณีสถานพยาบาลต้นทางประสานสำเร็จ ให้เลือกวิธีการส่งต่อผู้ป่วย (Mode of Transportation) ที่เหมาะสมและเตรียมความพร้อมต่าง ๆ เช่น การเตรียมผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติ เอกสารตามข้อตกลงแนวปฏิบัติงานในการรับผู้ป่วยฉุกเฉิน หรือตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยรายโรค (Clinical Practice Guideline) รวมทั้งการบริหารทีมส่งต่อและทรัพยากร

2) กรณีสถานพยาบาลต้นทางประสานไม่สำเร็จ ให้แจ้งศูนย์ประสานการส่งต่อหรือประสานการส่งต่อสถานพยาบาลอื่น ๆ ต่อไปจนกว่าจะสำเร็จเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาในสถานพยาบาลปลายทางที่มีศักยภาพสูงกว่า หรือสถานพยาบาลที่มีศักยภาพในการดูแลรักษา กรณีประสานการส่งต่อสำเร็จให้แจ้งสถานพยาบาลต้นทางดำเนินการ (ตามข้อ 1) หากการประสานงานไม่สำเร็จศูนย์ประสานงานการส่งต่อแจ้งสถานพยาบาลต้นทางเพื่อให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยต่อ ณ สถานพยาบาลนั้น ๆ ต่อไป

3. บริหารทรัพยากร (บุคลากรยานพาหนะ เครื่องมือ อุปกรณ์ ยา สารน้ำ และเวชภัณฑ์) ให้เหมาะสมกับระดับความเฉียบพลันและอาการของผู้ป่วย

4. เตรียมความพร้อมผู้ป่วย/ญาติ เอกสารก่อนออกเดินทาง และรายงานสถานพยาบาลปลายทางเมื่อเริ่มออกเดินทาง

2. ระหว่างส่งต่อ (During Transfer)

2.1 ให้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินตามมาตรฐานวิชาชีพ และรายโรค

2.2 ดูแล และเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยในแต่ละระดับความเฉียบพลันอย่างเหมาะสม

2.3 บันทึกข้อมูลการดูแล และเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยระหว่างส่งต่อ

2.4 หากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงระหว่างส่งต่อให้รายงานตามข้อตกลงของแต่ละพื้นที่

2.5 รายงานสถานพยาบาลปลายทางเมื่อใกล้ถึงตามความเหมาะสม

2.6 ประเมินความพร้อม และความปลอดภัยของผู้ป่วยก่อนการเคลื่อนย้ายลงจากรถ

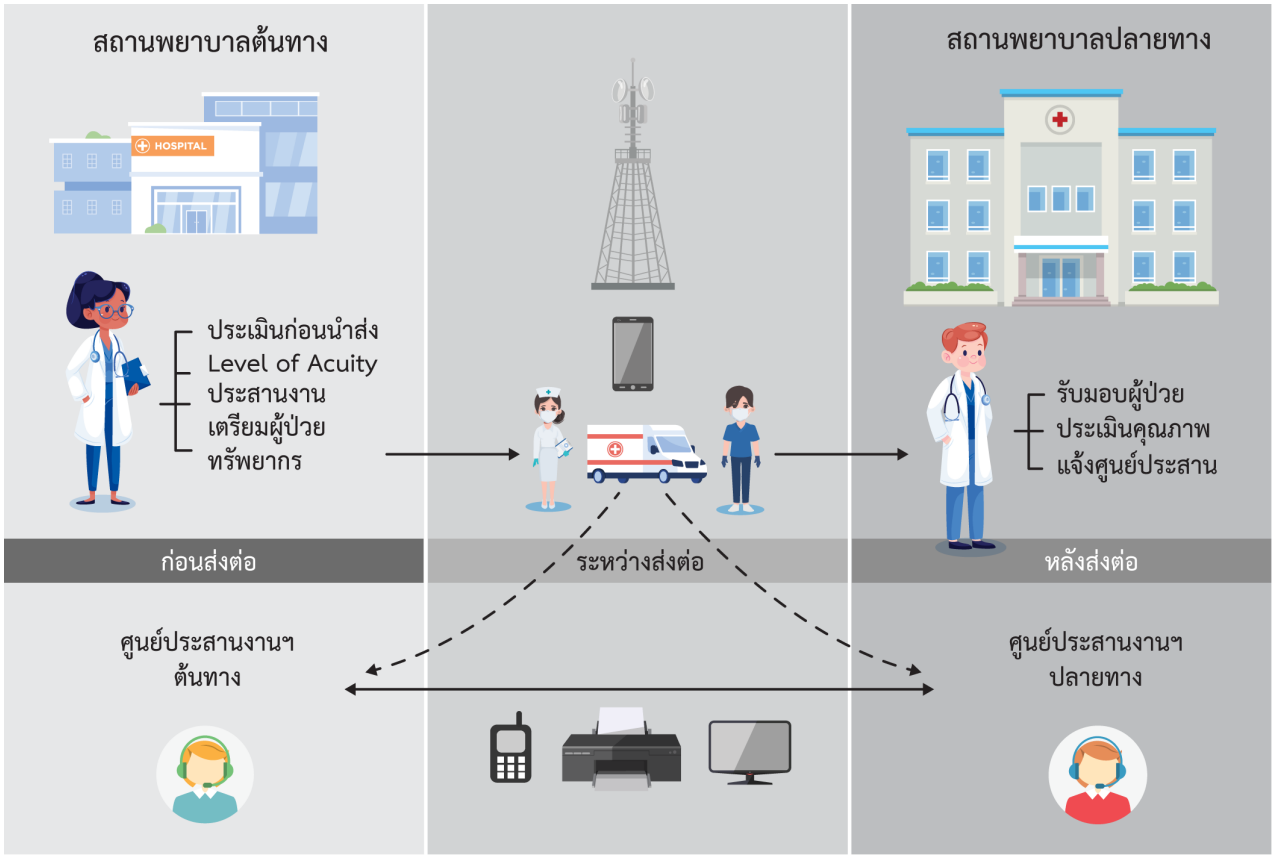
3. หลังส่งต่อ (Post Transfer)

3.1 เมื่อนำส่งผู้ป่วยถึงสถานพยาบาลปลายทาง ให้ส่งมอบผู้ป่วย พร้อมเอกสารแก่สถานพยาบาลปลายทางตามแนวปฏิบัติการรับและส่งต่อผู้ป่วย ณ สถานพยาบาลปลายทาง และตรวจเช็คอุปกรณ์เพื่อนำกลับ

3.2 สถานพยาบาลปลายทางรับมอบผู้ป่วยฉุกเฉิน และเอกสารตามแนวปฏิบัติการรับและส่งต่อผู้ป่วย ณ สถานพยาบาลปลายทาง

3.3 สถานพยาบาลปลายทางประเมินคุณภาพการส่งต่อ

การบริหารจัดการในการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างโรงพยาบาล



ภาพที่ 2 การบริหารจัดการในการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างโรงพยาบาล

บทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบของสถานพยาบาลผู้ส่ง และสถานพยาบาลผู้รับการส่งต่อ

การปฏิบัติงานส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล เป้าหมายสำคัญ คือ ความปลอดภัยของผู้ป่วยขณะเคลื่อนย้าย (Safe Transfer) โดยการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในการปฏิบัติงานส่งต่อนั้นมีกระบวนการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องตั้งแต่การเตรียมผู้ป่วยก่อนส่งต่อ การดูแลระหว่างการนำส่ง และการส่งมอบผู้ป่วย ซึ่งทั้ง 3 กระบวนการมีรายละเอียดในการปฏิบัติ ดังนี้

1. ก่อนการส่งต่อ (Pre Transfer)

กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
1.1) Identify ผู้ป่วย โดยสอบถามชื่อ–สกุล ผู้ป่วยทุกครั้งก่อนบันทึกข้อมูลผู้ป่วยลงใบ Refer และแบบบันทึกทางการพยาบาลเพื่อการส่งต่อที่ครบถ้วนพร้อมผลการตรวจพิเศษ เช่น ผล Lab / X–Ray / EKG	- แพทย์เจ้าของไข้ - พยาบาลทุกจุดบริการที่ส่งต่อ - พยาบาล Refer	ข้อมูลผู้ป่วยพร้อมผลการตรวจ/วินิจฉัย ถูกต้อง ครบถ้วน ครอบคลุม
1.2) ตรวจสอบรถพยาบาล อุปกรณ์/เวชภัณฑ์ให้พร้อมที่จะใช้งานระหว่างนำส่งผู้ป่วย	- พยาบาล Refer - พนักงานขับรถ	รถพยาบาล อุปกรณ์เวชภัณฑ์มีความพร้อมในการใช้งาน
1.3) ประสานงานสถานพยาบาลที่จะรับผู้ป่วยทางโทรศัพท์ก่อนที่จะส่งผู้ป่วย ได้แก่ ชื่อผู้ป่วย อายุ เพศ การวินิจฉัยโรค อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับ สาเหตุที่ Refer สิ่งที่จะต้องเตรียมรับผู้ป่วย	- พยาบาลทุกจุดบริการที่ส่งต่อ - พยาบาล Refer	มีการตอบรับ/พร้อมที่จะรับผู้ป่วย มีข้อมูลเพียงพอที่จะเตรียมการรับผู้ป่วย
1.4) ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยตามสภาพปัญหาก่อนการส่งต่อให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพพร้อม ที่จะ Refer	- แพทย์เจ้าของไข้ - พยาบาลทุกจุดบริการที่ส่งต่อ	ผู้ป่วยอยู่ในสภาพพร้อมที่จะส่งต่อ
1.5) ควรให้ผู้ป่วย/ญาติผู้มีอำนาจในการตัดสินใจลงนามยินยอมให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อยังสถานพยาบาลอื่น	- แพทย์เจ้าของไข้ - พยาบาลทุกจุดบริการที่ส่งต่อ	ผู้ป่วย/ญาติ ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ มีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

2. การดูแลผู้ป่วยขณะนำส่ง

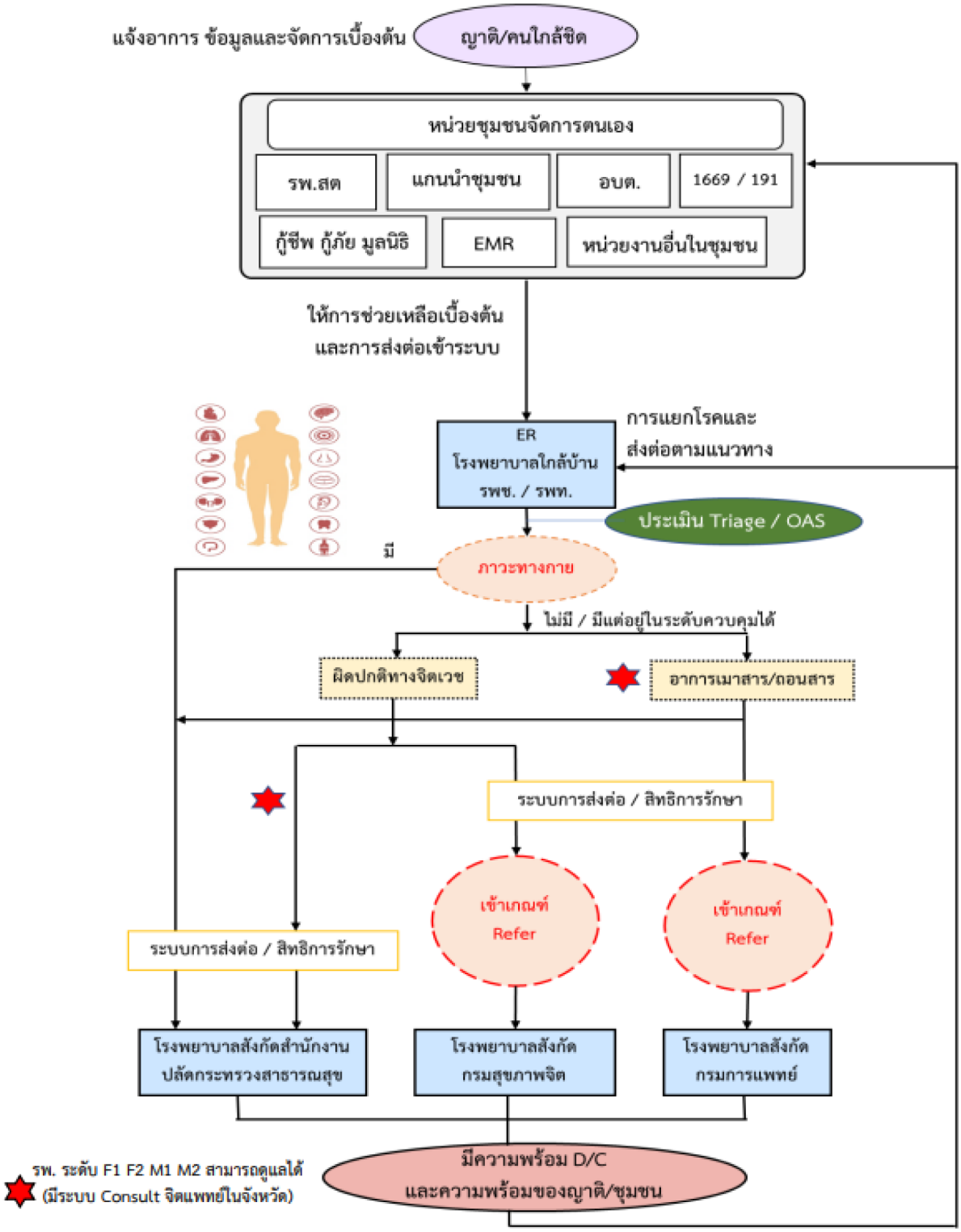
กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
2.1) วัดสัญญาณชีพทุก 5-10 นาที ในผู้ป่วยวิกฤตและผู้ป่วยอุบัติเหตุทางสมอง รวมถึง การประเมินอาการเปลี่ยนแปลงทางสมอง	- พยาบาล Refer	ผู้ป่วยได้รับการประเมินสัญญาณชีพตามเวลาที่กำหนด
2.2) ประเมินและบันทึกอาการผู้ป่วย ทุก 15 นาที หรือ 30 นาที ตามสภาพผู้ป่วย	- พยาบาล Refer	มีการบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
2.3) ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามสภาพปัญหาแต่ละราย ได้แก่ ทางเดินหายใจ สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การดาม และการห้ามเลือด รวมถึงการดูแลตามแนวทางของโรคต่างๆ ที่ได้กำหนดไว้ เป็นต้น	- พยาบาล Refer	ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ในปัญหาที่ป้องกันได้
2.4) กรณีผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ให้การช่วยเหลือในเบื้องต้นหรือขอความช่วยเหลือตามระบบเครือข่าย และนำส่งสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่สุด โดยประสานศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วย ประสานห้องฉุกเฉินที่ใกล้ที่สุดทราบ เพื่อเตรียมความพร้อมในการช่วยชีวิต	- แพทย์เจ้าของไข้ - พยาบาล Refer - พนักงานขับรถ - ศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยประจำจังหวัด	ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขเบื้องต้นที่เหมาะสม มีการประสานงานและการสนับสนุนในเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ
2.5) สรุปปัญหาการให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยระหว่างนำส่งและบันทึกข้อมูลเพื่อการส่งต่อ	- พยาบาล Refer	การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยระหว่างการนำส่งครบถ้วนสามารถใช้เป็นแนวทางการวางแผนการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
2.6) กรณีเสียชีวิตระหว่างส่งต่อ ควรส่งให้ถึงสถานพยาบาลที่ใกล้ที่สุด เพื่อให้แพทย์ลงความเห็น แล้วจึงนำกลับโรงพยาบาล	- แพทย์สถานพยาบาลที่ใกล้ที่สุด - พยาบาล Refer	ไม่มีข้อร้องเรียนในเรื่องของการรักษาพยาบาลและด้านกฎหมาย

3. การส่งมอบผู้ป่วย

กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
3.1) ส่งเวรให้แก่ สถานพยาบาลปลายทาง ได้แก่ ชื่อ เพศ อายุ ประวัติ/การวินิจฉัยโรค สาเหตุ ที่ Refer อาการขณะส่งต่อ	- พยาบาล Refer	ข้อมูลผู้ป่วยชัดเจนพอที่จะให้การรักษาผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสม
3.2) ช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเปล Refer (ใน ER) อย่างถูกวิธี	- พยาบาล Refer - พยาบาลที่รับผู้ป่วย - เวรเปล	ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการเคลื่อนย้าย
3.3) ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างนำส่งพร้อมเวชระเบียนและแบบบันทึกข้อมูลพร้อม ใบ Refer และผลการตรวจพิเศษ รวมทั้งทรัพย์สินและเอกสารสำคัญของผู้ป่วย (กรณีไม่มีญาติ)	- พยาบาล Refer - พยาบาลที่รับผู้ป่วย - แพทย์ผู้รับผู้ป่วย	เอกสารและการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยครบถ้วนถูกต้องเหมาะสม
3.4) ตรวจสอบเวชภัณฑ์/อุปกรณ์ที่จำเป็นต้องนำกลับ	- พยาบาล Refer	ไม่มีอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ตกค้าง
3.5) ประสานงานกับแพทย์หรือพยาบาลก่อนกลับและบันทึกปัญหาที่พบและข้อเสนอแนะร่วมกัน	- พยาบาล Refer - พยาบาลที่รับผู้ป่วย	การรับ–ส่งข้อมูลระหว่างผู้รับและผู้ส่งผู้ป่วยครบถ้วนถูกต้องเหมาะสม รวมถึงมีการอภิปรายและแก้ปัญหาร่วมกันทุก 1 เดือน
3.6) เมื่อกลับถึงสถานพยาบาลให้ทำความสะอาด และตรวจสอบอุปกรณ์/เวชภัณฑ์ ให้มีความพร้อมก่อนการส่งต่อครั้งต่อไป	- พยาบาล Refer	อุปกรณ์และเวชภัณฑ์สะอาดพร้อมในการใช้งานทันที

อ้างถึง : *คู่มือแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตและสารเสพติด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2564*

ผังไหลที่ 4 การส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติดและจิตเวชกรณีฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



อ้างถึง : *คู่มือแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตและสารเสพติด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2564*

คำอธิบายผังไหลที่ 4 การส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติดและจิตเวชกรณีฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กระบวนการส่งต่อเริ่มตั้งแต่การแจ้งข้อมูล ญาติ หรือคนใกล้ชิด ไปยังหน่วยบริการในชุมชน เช่น หน่วยชุมชนจัดการตนเอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แกนนำชุมชน องค์การบริหาร ส่วนตำบล หมายเลขฉุกเฉิน 191/1669 กู้ชีพกู้ภัยต่างๆ หรือหน่วยงานอื่นในชุมชน เพื่อเข้าสู่กระบวนการช่วยเหลือเบื้องต้น และนำส่งผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการที่ห้องฉุกเฉิน ประเมินแยกโรคและเตรียมการส่งต่อตามแนวทาง ขั้นตอนนี้ มีรูปแบบ การประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน (Triage) 5 ระดับ และการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) 3 ระดับ เพื่อเป็นเครื่องมือช่วยประเมินพฤติกรรมความรุนแรงของผู้ป่วย เรื่องสำคัญสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับในการส่งต่อผู้ป่วย คือ การคัดแยกภาวะทางกาย หลังจากได้รับการคัดกรองโรคทางกายและประเมินความเสี่ยงโดยใช้ Triage/OAS

หากพบว่าผู้ป่วยมีภาวะทางกาย ซึ่งมีความจำเป็นต้องรับการส่งต่อมาที่โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีศักยภาพสูงขึ้น เช่น โรงพยาบาลชุมชนจำเป็นต้องส่งต่อมาที่โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลประจำจังหวัด กรณีผู้ป่วยไม่มีภาวะทางกายผิดปกติหรือมีแต่อยู่ในระดับที่ควบคุมอาการได้ อาจมีการประเมินความผิดปกติที่เกี่ยวข้อง เช่น การประเมินความผิดปกติทางจิตเวชอาการเมาสารหรือภาวะเป็นพิษจากยา หรือสารเสพติด หากผู้ป่วยมีความผิดปกติทางจิต โรงพยาบาลที่มีความพร้อมในการดูแล เช่น โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขสามารถรับผู้ป่วย (Admit) ในระยะสั้น

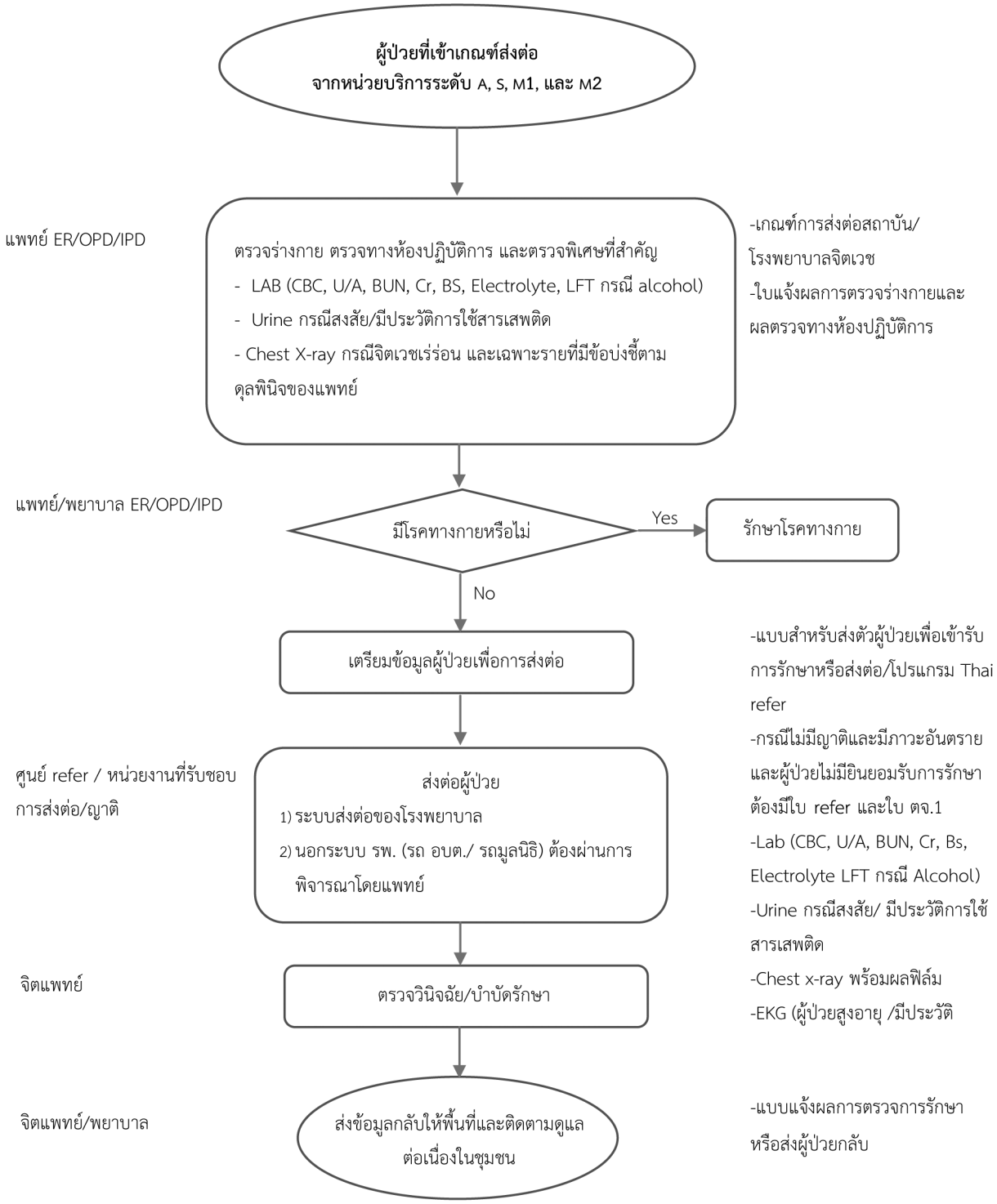
กรณีที่จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต โดยพิจารณาเกณฑ์ในการส่งต่อที่มีความจำเพาะในแต่ละเขตสุขภาพ หากเข้าเกณฑ์การส่งต่อสามารถประสานส่งข้อมูลที่จำเป็น เช่น ผลการคัดกรองภาวะทางกายไปยังศูนย์ส่งต่อของโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตที่เป็นโรงพยาบาลปลายทาง แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเมาสารหรือภาวะเป็นพิษจากยาหรือสารเสพติด อาจส่งไปที่โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป

หากมีความจำเป็นจะต้องส่งต่อผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ เช่น กลุ่มโรงพยาบาลธัญญารักษ์ โดยการประสานส่งต่อไปยังศูนย์ส่งต่อของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ ซึ่งส่วนใหญ่โรงพยาบาลในสังกัดของกรมการแพทย์สามารถให้การดูแลอาการเมาสารและถอนพิษผู้ป่วยที่มีหรือภาวะเป็นพิษจากยาหรือสารเสพติด

ก่อนการนำส่งผู้ป่วยควรได้รับการดูแลภาวะความผิดปกติทางกายให้เรียบร้อยก่อน เมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลจนอาการดีขึ้น ทั้งจากโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขสังกัดกรมการแพทย์หรือสังกัดกรมสุขภาพจิต จะมีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับ (Discharge) โดยมีการประสานงานจากโรงพยาบาลปลายทางกลับสู่โรงพยาบาลต้นทาง เพื่อตรวจสอบความพร้อมก่อนกลับ เช่น ครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้หรือไม่ เป็นต้น หากในพื้นที่ผู้ป่วยอยู่อาศัยยังไม่มีความพร้อม อาจมีการส่งข้อมูลกลับเพื่อยืดระยะเวลาในการรับการรักษา

ผังไหลที่ 5 การส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชกรณีฉุกเฉิน จากหน่วยบริการ A S M1 และ M2 มายังสถาบัน/โรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต

ผู้รับผิดชอบ | **เครื่องมือ/อุปกรณ์**



คำอธิบายผังไหลที่ 5 การส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชกรณีฉุกเฉิน จากหน่วยบริการ A, S, M1 และ M2 มายังสถาบัน/โรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต

1. ข้อตกลงก่อนส่งต่อ

1. ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินภาวะโรคทางกายจากแพทย์และได้รับการปรึกษาจากจิตแพทย์ในพื้นที่
2. แพทย์/จิตแพทย์ในพื้นที่ ประสานกับจิตแพทย์ของสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช

2. เกณฑ์การส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช

1. ผู้ป่วยโรคจิตที่ได้รับการประเมินว่าเป็นผู้ป่วยที่มีความรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อนในการรักษามีเกณฑ์การส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช ดังนี้

ผู้ป่วยโรคจิตที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกเป็นระยะเวลา 3 เดือน แล้วอาการยังไม่ดีขึ้น เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหา Resistance จากการใช้ยา เป็นต้น

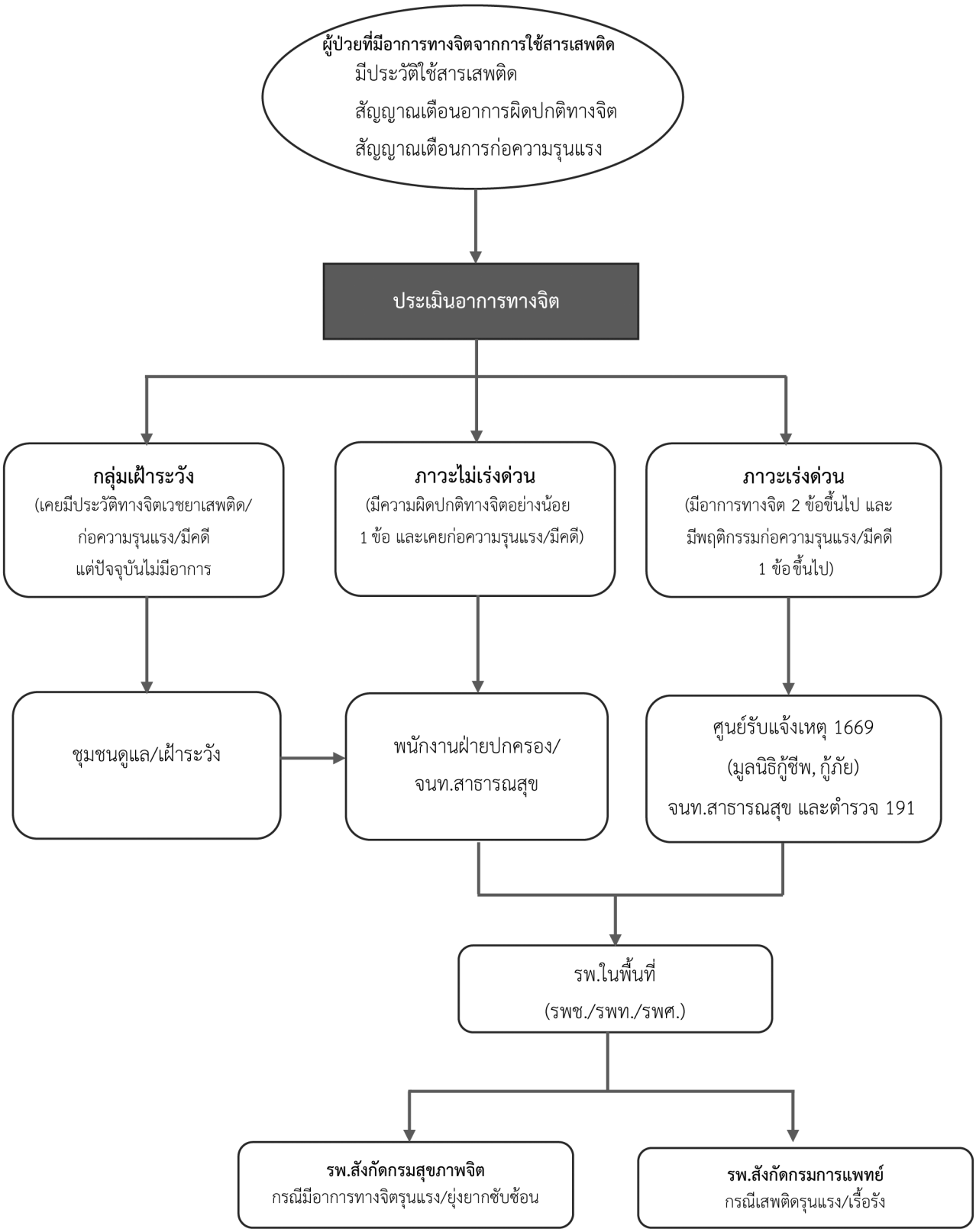
1.1 ผู้ป่วยโรคจิตที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence : SMI-V)

1.2 ผู้ป่วยโรคจิตที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วมทางกายที่รุนแรงในขณะนั้น

1.3 ผู้ป่วยโรคจิตตามเกณฑ์การส่งต่อของแต่ละเขตสุขภาพ

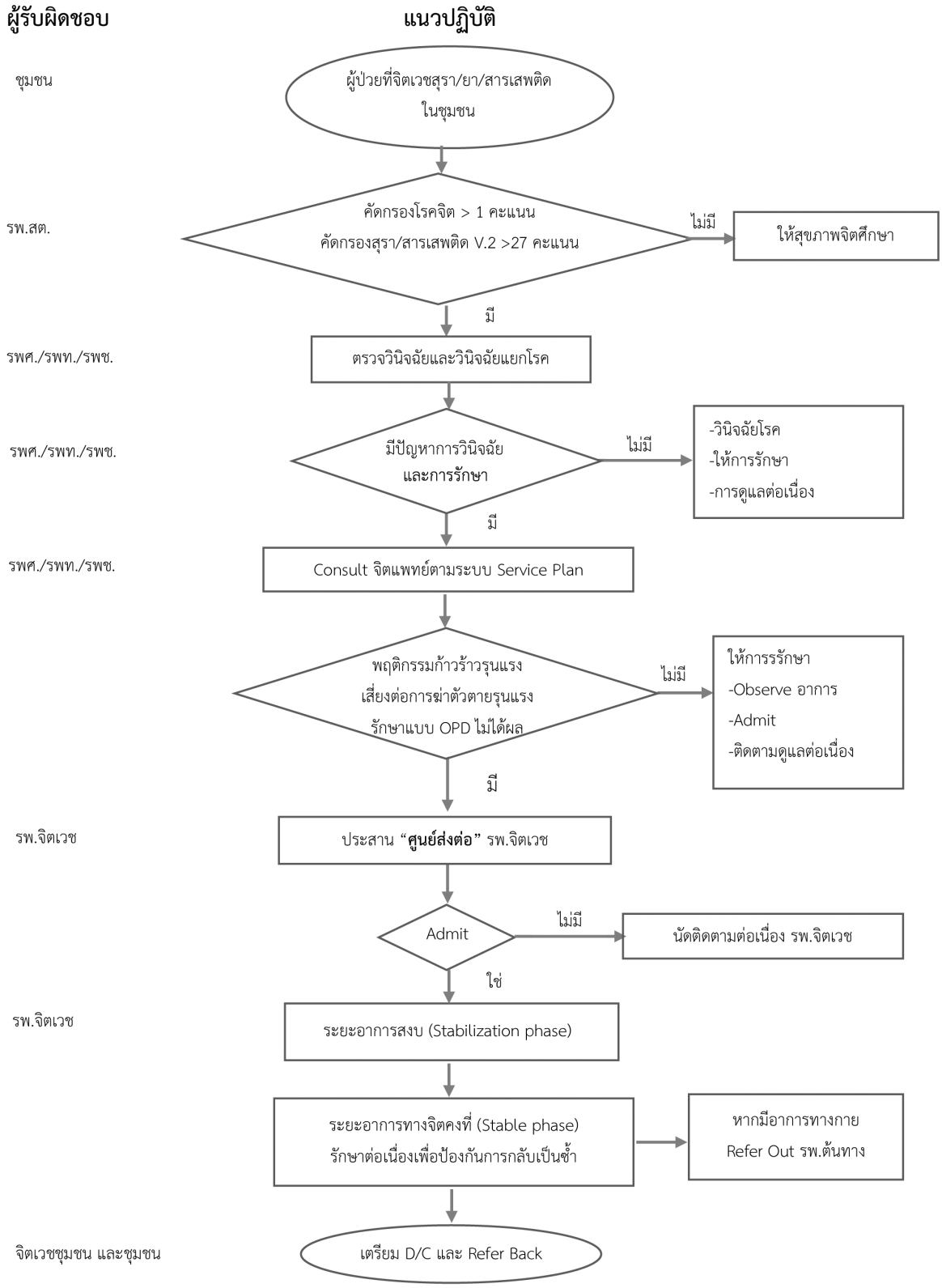
2. แพทย์ ER/OPD/IPD ตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการและตรวจพิเศษที่สำคัญ ได้แก่
   - Lab (CBC, U/A, BUN, Cr, BS, Electrolyte, LFT กรณี alcohol)
   - Urine กรณีสงสัย/มีประวัติการใช้สารเสพติด
   - Chest x-ray กรณีจิตเวชเร่ร่อนและเฉพาะรายที่มีข้อบ่งชี้ตามดุลพินิจของแพทย์
   - EKG เฉพาะรายที่มีข้อบ่งชี้ตามดุลพินิจของแพทย์ (ผู้ป่วยสูงอายุ/มีประวัติโรคหัวใจ/กินยาเกินขนาด)
   - Lab ที่เกี่ยวข้องกับอาการที่มีของโรคขณะนั้น เช่น โรคไทรอยด์ เพื่อแยกผู้ป่วยโรคทางกายเพราะต้องส่งรักษาทางกายก่อน
3. ถ้าไม่มีโรคทางกายเตรียมข้อมูลเพื่อการส่งต่อ ดังนี้
   - ใบ refer/โปรแกรม Thai refer ที่เขียนสมบูรณ์
   - กรณีไม่มีญาติและมีภาวะอันตรายและผู้ป่วยไม่ยินยอมรับการรักษาต้องมีใบ refer และใบ ตจ.1
   - แนบผล Lab (CBC, UA, BUN, Cr, BS, Electrolyte, LFT กรณี alcohol)
   - Urine กรณีสงสัย/มีประวัติการใช้สารเสพติด
   - Chest x-ray พร้อมผล
   - EKG (ผู้ป่วยสูงอายุ/มีประวัติโรคหัวใจ/กินยาเกินขนาด)
   - ยาโรคทางกายของผู้ป่วย
4. ศูนย์refer/หน่วยงานที่รับผิดชอบ/ญาติประสานส่งต่อข้อมูลและผู้ป่วยไปสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช
5. สถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช ตรวจวินิจฉัย/บำบัดรักษา
6. จิตแพทย์/พยาบาล นัดติดตามอาการและส่งข้อมูลกลับให้พื้นที่เพื่อให้การดูแลต่อเนื่องในชุมชน

ผังไหลที่ 6 แนวทางส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้สารเสพติด โดยครอบครัว/ชุมชน



ที่มา: *ถอดบทเรียนจากการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติและเกณฑ์การรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดของสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวชสังกัด กรมสุขภาพจิต ระหว่างวันที่ 17–19 สิงหาคม 2563*

ผังไหลที่ 7 แนวทางการรับส่งต่อผู้ป่วยกรณีจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด จากชุมชนถึงสถาบัน/โรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต



ที่มา: *ถอดบทเรียนจากการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติและเกณฑ์การรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด ของสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวชสังกัด กรมสุขภาพจิต ระหว่างวันที่ 17–19 สิงหาคม 2563*

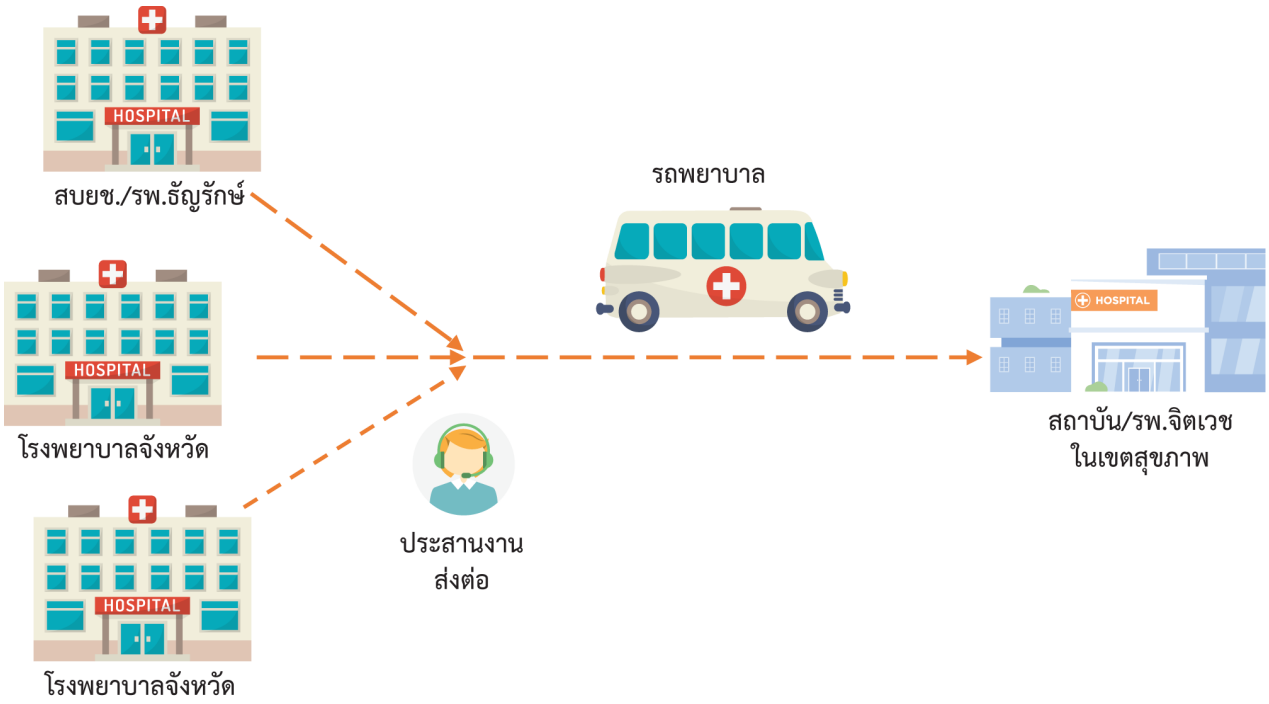
3

การรับส่งต่อผู้ป่วย (Refer In)

3. การรับส่งต่อผู้ป่วย (Refer In)

กระบวนการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยจากสถานพยาบาลแห่งใดแห่งหนึ่งที่ให้การดูแลรักษาขั้นต้น และมีความจำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าหรือสถานพยาบาลที่มีศักยภาพในการดูแลรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ได้มาตรฐานและปลอดภัย การตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก โดยเริ่มต้นตั้งแต่การเตรียมความพร้อมของสถานพยาบาลต้นทาง การประเมินระดับความเฉียบพลันของอาการผู้ป่วย การประสานงานและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลปลายทาง การบริหารทรัพยากรในการส่งต่อ การเตรียมผู้ป่วยและญาติการดูแลผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อ และการส่งมอบผู้ป่วยแก่สถานพยาบาลปลายทาง

การรับย้ายผู้ป่วยจากสถานพยาบาลต้นทางรับรักษาต่อ หรือรับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม



ภาพที่ 3 การรับย้ายผู้ป่วยจากสถานพยาบาลต้นทางรับรักษาต่อ หรือรับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม

เกณฑ์พิจารณารับส่งต่อ (Refer In) ผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สุรา/ยา/สารเสพติด

แบบผู้ป่วยนอก (OPD)	แบบผู้ป่วยใน (IPD)
1. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีโรคร่วมสุรา/ยา/สารเสพติด เป็นผู้เสพ จากการประเมิน (V.2 ระดับคะแนน 4-26) 2. ผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด ที่มีความยุ่งยากซับซ้อน (3S) ที่ต้องให้การบำบัดรักษาฟื้นฟู และดูแลต่อเนื่อง จากหน่วยบริการสังกัดกรมสุขภาพจิต 3. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีโรคร่วมสุรา/ยา/สารเสพติด ที่มีอาการ/อาการแสดงของโรคทางกายเกินศักยภาพของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต จำเป็นต้องส่งต่อ 4. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีโรคร่วมสุรา/ยา/สารเสพติด ที่มีปัญหาด้านนิติจิตเวช ที่ต้องการตรวจวินิจฉัยตามกฎหมาย (คดี ม.14, ม.56) ที่ไม่มีความจำเป็นต้องการรักษาแบบผู้ป่วยใน (IPD) หน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต 5. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีโรคร่วมสุรา/ยา/สารเสพติด ที่จำเป็นที่ต้องตรวจหรือบำบัดรักษาฟื้นฟูที่เฉพาะเจาะจง/จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า) ที่เกิดเกินศักยภาพของ รพท. และ รพศ. แต่ยังไม่ครบเกณฑ์การรักษาผู้ป่วยในของโรงพยาบาลต้นทาง	1. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีโรคร่วมสุรา/ยา/สารเสพติด เป็นผู้ติดจากการประเมิน (V.2 ระดับคะแนน > 27) 2. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีโรคร่วมสุรา/ยา/สารเสพติด ที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงตามเกณฑ์ SMI-V 2.1 มีประวัติฆ่าตัวตาย มุ่งหวังให้เสียชีวิต 2.2 มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน 2.3 มีอาการหลงผิด คิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต/มุ่งร้ายแบบเฉพาะเจาะจง 2.4 เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง) 3. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีโรคร่วมสุรา/ยา/สารเสพติด ที่ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอก เป็นเวลา 3 เดือน แต่อาการยังไม่ดีขึ้น 4. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีโรคร่วมสุรา/ยา/สารเสพติด ต้องการการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยวิธีเฉพาะเจาะจงและเข้มข้นแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า 5. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีโรคร่วมสุรา/ยา/สารเสพติด Readmitted ภายใน 28 วัน 6. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีโรคร่วมสุรา/ยา/สารเสพติด Admitted 3 ครั้งขึ้นไป ใน 1 ปี 7. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีโรคร่วมสุรา/ยา/สารเสพติดนิติจิตเวช (คดี 48)/พรบ. 2551 และ พ.ศ. 2562 (แก้ไขเพิ่มเติม)/ผู้ป่วยควบคุมตัว ตาม พ.ร.บ. ฟื้นฟูฯ 8. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีโรคร่วมสุรา/ยา/สารเสพติด ที่เกินศักยภาพของ รพท. และ รพศ. 9. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีโรคร่วมสุรา/ยา/สารเสพติด ที่ถูกล่ามขัง/โซ่ตรวน/เร่ร่อน

เกณฑ์คัดกรองจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง ที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงตามเกณฑ์ SMI-V (Serious Mental Illness with High Risk to Violence)

1. มีประวัติฆ่าตัวตาย มุ่งหวังให้เสียชีวิต
2. มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน
3. มีอาการหลงผิด คิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต/มุ่งร้ายแบบเฉพาะเจาะจง
4. เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)

โรงพยาบาลต้นทางประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกายก่อนส่งต่อ (Refer In) โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต

โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต มีความจำกัดทั้งในส่วนบุคลากรทางการแพทย์ อุปกรณ์ สถานที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดที่มีโรคแทรกซ้อนทางกายที่มีอาการไม่คงที่ เพื่อความปลอดภัย ประสิทธิภาพและความรวดเร็วในการให้บริการของผู้ป่วย จึงต้องได้รับการดูแลรักษาจนอาการคงที่ หรือผู้ป่วยสิ้นสุดกระบวนการรักษาทางกายก่อนส่งต่อการรักษาพร้อมผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้

ลำดับ	ประเภท/โรค	ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	หมายเหตุ
1	จิตเวชยาเสพติด รายเก่าที่กำเริบใหม่หรือเป็นจิตเวชยาเสพติดฉุกเฉิน	- CBC, E'lyte	กรณีผลผิดปกติควรแก้ไขอาการเบื้องต้นและควรแจ้งแผนการรักษาทางกายร่วมด้วย
2	จิตเวชยาเสพติดฉุกเฉินรายเก่าหรือรายใหม่ที่มีโรคทางกายร่วม เช่น DM HT	- CBC, E'lyte, DTX หรือ FBS	ถ้ามีภาวะ Hyper, Hypoglycemia, Hypertension ให้ Consult อายุรแพทย์ และขอให้ส่งต่อแผนการรักษาทางกายด้วย
3	จิตเวชยาเสพติดฉุกเฉินที่ใช้สุราร่วม	- CBC, E'lyte, LFT, BUN, Cr, DTX หรือ FBS	ถ้ามี Cirrhosis หรือ Hepatitis ให้ Consult อายุรแพทย์ และขอให้ส่งต่อแผนการรักษาทางกายด้วย
4	ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด Acute Psychosis หรือมีอาการทางจิตครั้งแรก	- CBC, E'lyte, LFT, BUN, Cr, DTX หรือ FBS - ตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด (หากแพทย์สงสัย)	กรณีผลผิดปกติควรแก้ไขอาการเบื้องต้นและหรือควรแจ้งแผนการรักษาทางกายร่วมด้วย
5	จิตเวชยาเสพติดฉุกเฉินรายเก่าหรือรายใหม่ที่มีการใช้สารพิษ เช่น รับประทานยาเกินขนาด ดมสารระเหยมาก	- CBC, E'lyte, LFT, BUN, Cr, FBS	Consult ศูนย์พิษวิทยาก่อน หรือส่งปรึกษาอายุรแพทย์ ให้รักษาทางกายก่อนจน**พ้นภาวะวิกฤต** และส่งต่อแผนการรักษาทางกายด้วย
6	ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีโรคทางกายร่วม เช่น Fracture, Trauma	- ส่ง X-Ray - ส่ง CT Brain กรณีได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง	รักษาตามปัญหาที่พบ เช่น เข้าเฝือก ประเมินบาดแผล เย็บแผล ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะวิกฤตทางกาย และส่งต่อแผนการรักษาทางกายให้ด้วย
7	ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดเร่ร่อน/อยู่เรือนจำ	- CBC, E'lyte, LFT, BUN, Cr, DTX หรือ FBS, Anti-HIV - ส่ง Chest X-ray	กรณีผลผิดปกติควรแก้ไขอาการเบื้องต้นและหรือควรแจ้งแผนการรักษาทางกายร่วมด้วย

อ้างอิงจาก : *การส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต*

ภาวะโรคทางกายที่มีอาการคล้ายผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วย 9 ระบบ 29 อาการ ดังนี้

โรคทางกาย ที่ต้องประเมิน	ภาวะโรคทางกายที่มีอาการคล้ายผู้ป่วยจิตเวช
1. ระบบหัวใจและหลอดเลือด	1. ผู้ป่วยหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Arrhythmia) มาด้วยหัวใจเต้นเร็วเกินปกติ/ช้ากว่าปกติ 2. ผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุเกิดเลือดออกเฉียบพลัน (Post traumatic acute bleeding) 3. ภาวะโรคหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง (Aortic Aneurysm)
2. ระบบประสาท	1. ภาวการณ์เพ้อเฉียบพลัน (Delirium) 2. ความชรา (Senility) 3. ภาวะขาดการนอนหลับ (Sleep Deprivation) 4. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) 5. โรคลมชัก (Epilepsy) 6. เส้นประสาทอักเสบ (Neuritis) 7. เยื่อหุ้มสมองอักเสบ (Meningitis) 8. สมองอักเสบ (Cerebritis) 9. ภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมอง (Post Stroke Depression : PSD)
3. ระบบทางเดินหายใจ	1. ภาวะติดเชื้อ (SIRS/Sepsis) 2. ภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxia/Dyspnea)
4. ระบบภูมิต้านทาน	1. โรคแพ้ภูมิตัวเอง (SLE) 2. โรคภูมิคุ้มกันต้านตัวเอง (Auto-Immune) 3. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (AIDs)
5. ระบบทางเดินอาหาร	1. การขาดแคลนอาหารอย่างรุนแรง (Severe malnutrition) 2. ภาวะไม่สมดุลเกลือแร่ในร่างกาย (Electrolyte imbalance)
6. ระบบทางเดินปัสสาวะ	1. ไตวายเฉียบพลัน (Acute Kidney Injury) 2. ความไม่สมดุลปริมาณของเสียในร่างกาย (Disequilibrium syndrome)
7. ระบบน้ำเหลือง/ระบบต่อมไร้ท่อ	1. มะเร็งลุกลาม (Metastasis) 2. โรคไฮเปอร์ไทรอยด์ (Hypo/Hyperthyroid) 3. ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ (Hypo/Hyperglycemia)
8. ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก	1. อาการปวดหลังผ่าตัด (Post OP pain) 2. ภาวะเพ้อสับสนหลังผ่าตัด (Post OP Delirium) 3. อาการร่างกายเคลื่อนไหวผิดปกติ (Movement Disorder)
9. ภาวะอื่นๆ	1. อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reaction) 2. ได้รับสารพิษ (Chemical intoxification/Toxin)

อ้างอิงจาก : *คู่มือแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตและสารเสพติด สำนักงานปลัดกระทรวงสารณะสุข, 2564*

การส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจาการการใช้สุรา/ยา/สารเสพติด โดยครอบครัว/ผู้นำชุมชน/ อสม./อสส.

การเฝ้าระวังสังเกตอาการหรือสัญญาณเตือนญาติ คนใกล้ชิด ประชาชนทั่วไป ผู้นำชุมชน และอสม./อสส. “ต้องคอยเฝ้าระวัง สังเกตสัญญาณเตือนเหล่านี้ถ้ามีให้สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติทางจิต”

“6 สัญญาณเตือนอาการผิดปกติทางจิตจากการใช้ยาเสพติด”

ถ้ามี “สัญญาณเตือน” เหล่านี้ญาติหรือคนใกล้ชิด “ประเมินความรุนแรง สังเกตซ้ำ 1 เดือน” หากมีแนวโน้มรุนแรง “ต้องแจ้งเหตุและดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น และควรอยู่ห่าง 10 ก้าว”

1. แยกตัวจากสังคม
2. ประสาทหลอน
3. ไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา
4. พูดจาคนเดียว
5. ฉุนเฉียวหงุดหงิด
6. คิดหวาดระแวง

“7 สัญญาณเตือนก่อความรุนแรงผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต”

ถ้ามี “สัญญาณเตือน” เหล่านี้ญาติ ผู้ใกล้ชิด หรือผู้พบเหตุ “แจ้งชุดปฏิบัติการตำบล/กทม. ประเมินผู้ป่วยและสถานการณ์ เกลี้ยกล่อม พูดคุยให้สงบ” หากมีแนวโน้มรุนแรง “ประสาน 191 และ 1669 ควบคุมสถานการณ์ และให้การช่วยเหลือนำส่ง รพ.ใกล้บ้านต่อไป”

1. ขีดข่วนตัวเองเป็นรอยแผล
2. ข่มขู่จะทำร้ายผู้อื่น
3. ด่าหยาบคายรุนแรง
4. ทำร้ายผู้อื่นจนบาดเจ็บ
5. ทำลายสิ่งของแตกหัก
6. ขว้างปาข้าวของกระจัดกระจาย
7. พกพาอาวุธไม่สมเหตุ

เอกสารที่จำเป็นในการส่งต่อ (Refer In)

1. สำเนาบัตรประชาชน
2. แบบสำหรับส่งผู้ป่วยเข้ารับการตรวจหรือรักษาต่อ
3. แบบรายงานผลการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น (แบบ ตจ.1)
4. เอกสารการ Refer ที่เขียนสมบูรณ์/บันทึกโปรแกรม Thai Refer
5. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการตามอาการของโรค
6. ผลการตรวจร่างกาย และประวัติโรคทางกาย (ถ้ามี)
7. แบบรับแจ้งขอ Refer ผู้ป่วย
8. แบบรับ-ส่งผู้ป่วย
9. แบบอนุญาตใช้รถพยาบาล
10. เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น SMI-V, คดี

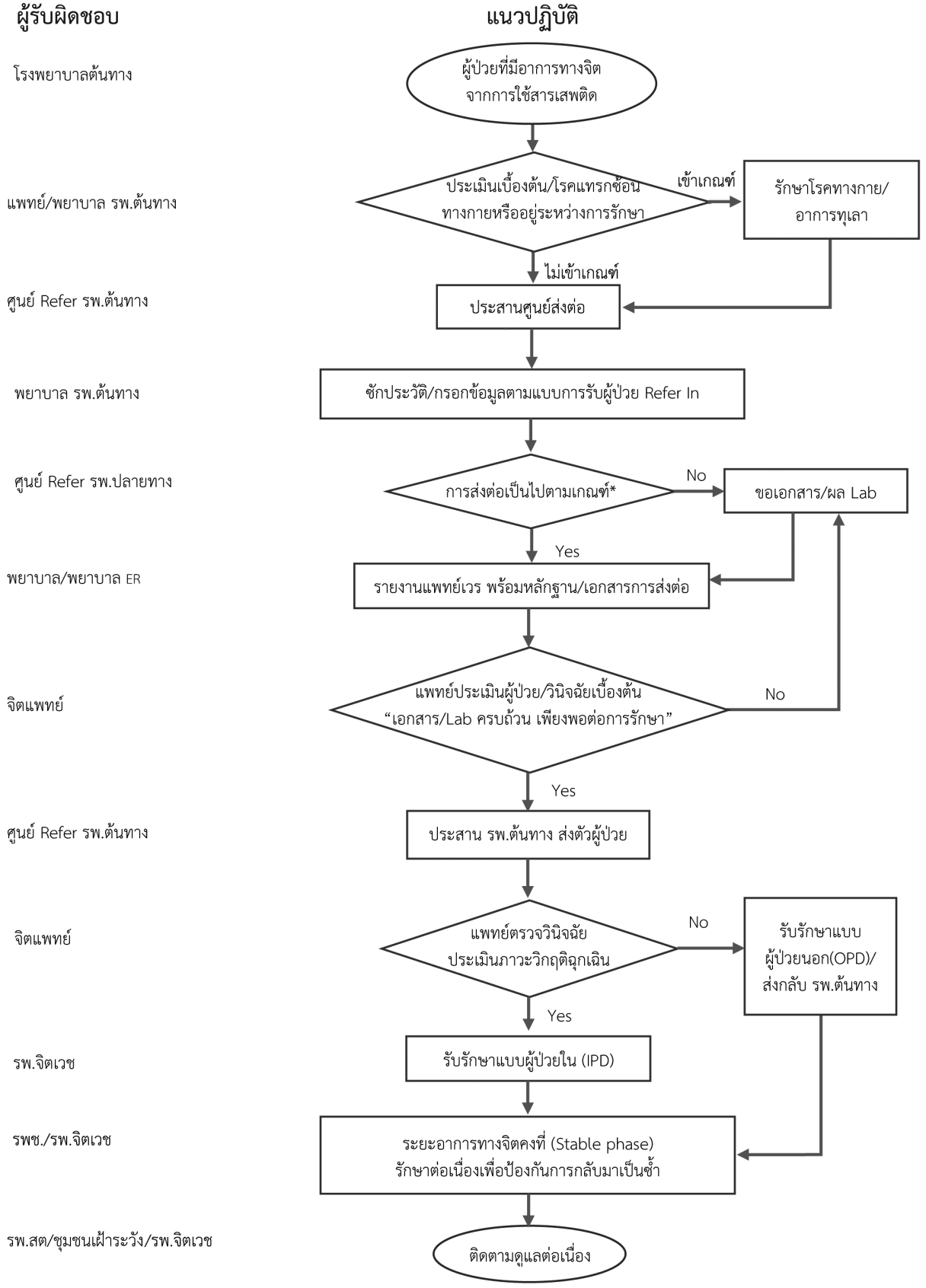
แบบประเมิน/คัดกรองที่เกี่ยวข้อง

1. แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก. กสธ.) V.2 : กรณีผู้ป่วยยาเสพติด
2. แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale : OAS)
3. แบบคัดกรองโรคจิต
4. แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS)
5. แบบประเมินสุขภาพผู้ป่วย (HoNOS)
6. แบบประเมินอาการทางจิตผู้ป่วยจิตเภท (Positive and Negative Syndrome Scale : PANSS)
7. แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) : กรณี ผู้ป่วยดื่มแอลกอฮอล์
8. แบบประเมินภาวะทางกายก่อนส่งต่อ

หมายเหตุ :

1. การส่งต่อผู้ป่วยบำบัดตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 จาก รพช./รพท./รพศ. ต้องมีเอกสาร Refer และแบบ ตจ.1 หากไม่มีให้ รพ.ต้นทาง ส่งตามมาโดยเร็วที่สุด
2. ใบ ตจ.1 ไม่สามารถเขียนย้อนหลังได้เนื่องจากเป็นเอกสารหลักฐานทางกฎหมาย

ผังไหลที่ 8 แนวทางการส่งต่อ (Refer In) ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้สุรา/ยา/สารเสพติด จากหน่วยบริการระดับ A, S, M1 และ M2 ไปยังสถาบัน/โรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต



ที่มา: *ถอดบทเรียนจากการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติและเกณฑ์การรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด ของสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวชสังกัด กรมสุขภาพจิต ระหว่างวันที่ 17–19 สิงหาคม 2563*

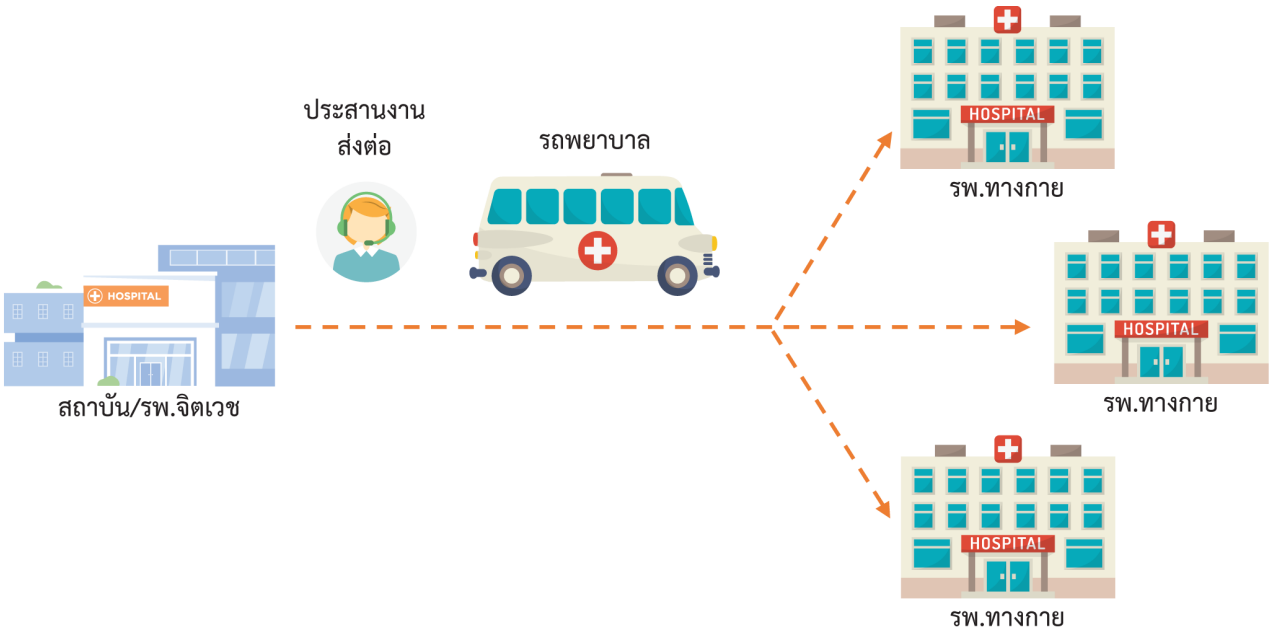
4

การส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อ (Refer Out)

4. การส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อ (Refer Out)

สถาบัน/โรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต มีความแตกต่างกันในเรื่องของสถานที่อุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมทั้งอัตรากำลังด้านบุคลากรในแต่ละหน่วยงาน ดังนั้น ศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะโรคทางกายที่เกินศักยภาพ และข้อจำกัดอื่นๆ ที่มีความจำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อ (Refer Out) ตามสาเหตุของโรคทางกาย เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

การส่งต่อผู้ป่วยเนื่องจากเกินศักยภาพ ไปรับการตรวจหรือรักษาต่อยังสถานพยาบาลอื่น (Refer Out)



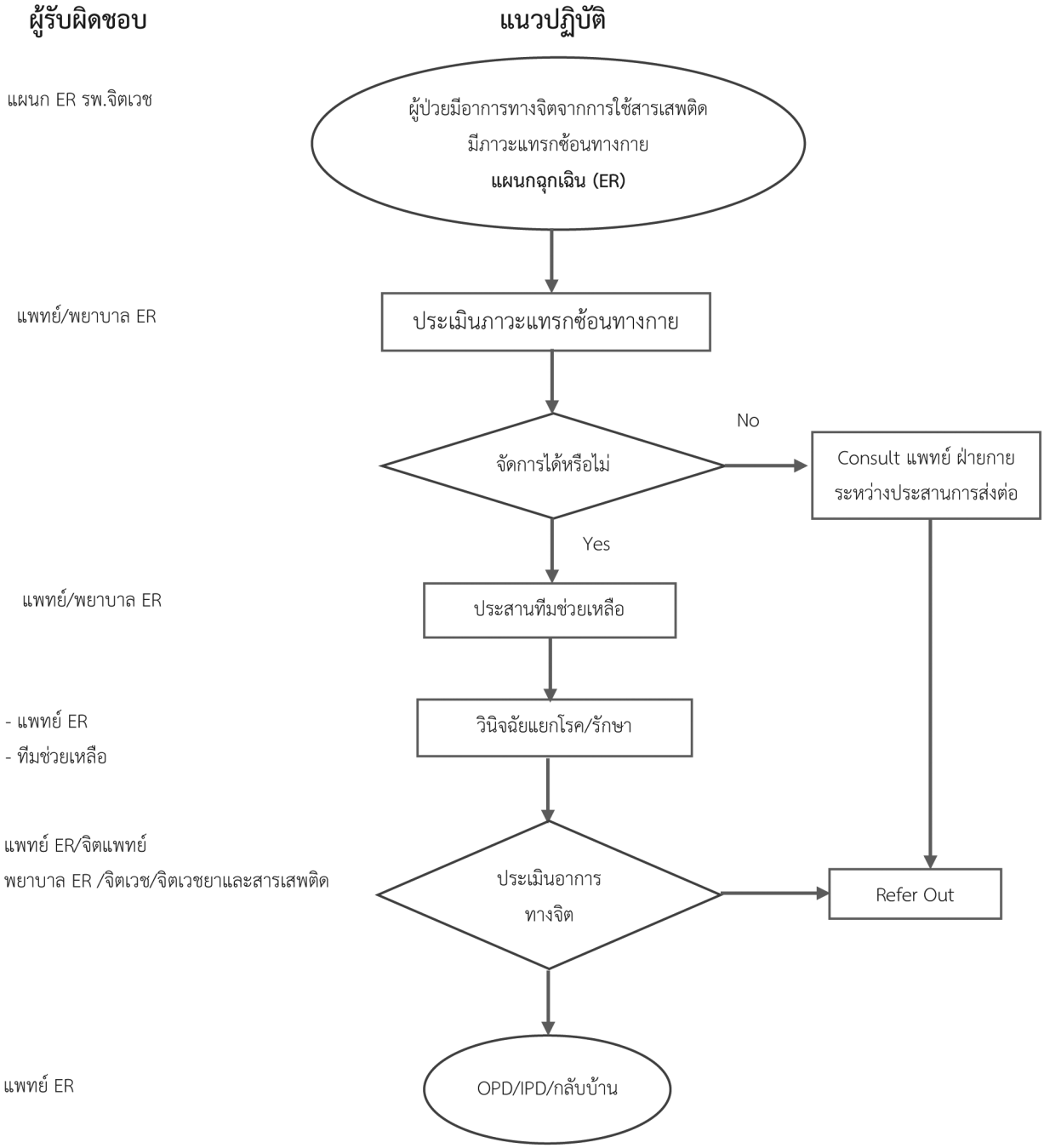
ภาพที่ 4 การรับย้ายผู้ป่วย เนื่องจากเกินศักยภาพ ไปรับการตรวจหรือรักษาต่อยังสถานพยาบาลอื่น

เกณฑ์พิจารณาส่งผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกายรักษาต่อ (Refer Out) ไปโรงพยาบาลฝ่ายกาย ตามระบบ Service Plan

ภาวะแทรกซ้อนทางกาย	เกณฑ์พิจารณา
1. Body Temperature	1. มีไข้ (Fever, Pyrexia) BT>38.5 °C ติดต่อกันมากกว่า 2 ครั้งใน 4-6 ชั่วโมง โดยไม่ทราบสาเหตุ หรือ 40 °C ไม่ว่าสาเหตุใดก็ตาม 2. มีภาวะ Hypothermia BT<35.5 °C **หมายเหตุ :** กรณีมีไข้ >39 °C แพทย์ต้องตรวจผู้ป่วยและให้ impression หรือ management สาเหตุของไข้ตามความเหมาะสม หรือแพทย์พิจารณา Refer ไปรักษาโรงพยาบาลทางกาย
2. Blood Pressure:	1. มีภาวะ Hypertension BP>/= 180/110 mmHg +TOD 2. มีภาวะ Hypotension BP<90/60 mmHg และมีภาวะภาวะความดันต่ำแตกต่างจาก Baseline เดิม **หมายเหตุ :** Target Oran Damage (TOD) เช่น ตามัว เจ็บหน้าอก/แขนซ้าย/กรามซ้าย ปวดศีรษะรุนแรง คลื่นไส้อาเจียน ชัก สับสน ปัสสาวะเป็นเลือด หายใจลำบาก
3. Pulse Rate :	1. มีภาวะ Tachycardia PR>120/min (ไม่วุ่นวาย) 2. มีภาวะ Bradycardia PR<50/min ยกเว้นกรณีที่ใกล้เคียง Baseline เดิม แต่ต้องอยู่ระหว่าง 50-150/min)
4. Respiratory Rate & Oxygen Saturation	1. มีภาวะ Bradypnea RR<12/min 2. มีภาวะ Tachypnea RR>24/min 3. มีภาวะพร่องก๊าซออกซิเจน O_2 set<95% 4. มีภาวะทางกาย เช่น หอบเหนื่อย Dyspnea หรือ Cyanosis
5. Electro Cardiogram	1. มี Abnormal EKG ที่ต้องการการรักษาอย่างรวดเร็ว เช่น ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Arrhythmia) 2. มี QTC > 460 ms. หรือร่วมกับมีอาการ เช่น เจ็บหน้าอก เหนื่อยใจสั่น
6. CBC	1. ความเข้มของเลือด (HCT) <25 หรือ >55 หรือมีอาการของ Anemia ยกเว้นมี Baseline เดิม (ค่าปกติ ผู้ชาย 40-45% ผู้หญิง 37-47%) 2. Platelet (PLT) count <80000 และมีอาการเลือดออกผิดปกติ กรณีที่มีไข้และไม่ทราบสาเหตุ ใช้เกณฑ์ WBC >12000 หรือ < 4000 กรณีที่ไม่มีไข้ ใช้เกณฑ์ WBC >18000 หรือ < 2500
7. Electrolytes	1. มีภาวะ Hyponatremia : sodium<125 mmole/l หรือ sodium> 130 mmole/ และมีภาวะ Hyponatremia : sodium<150 mmole/l 2. มีภาวะ Hypokalemia : potassium< 2.5 mmole/l ในผู้ป่วยทั่วไป 3. มีภาวะ Hypokalemia : potassium< 3 mmole/l ในผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป หรือมี EKG ผิดปกติ 4. มีภาวะ Hypokalemia : potassium< 5.5 mmole/l

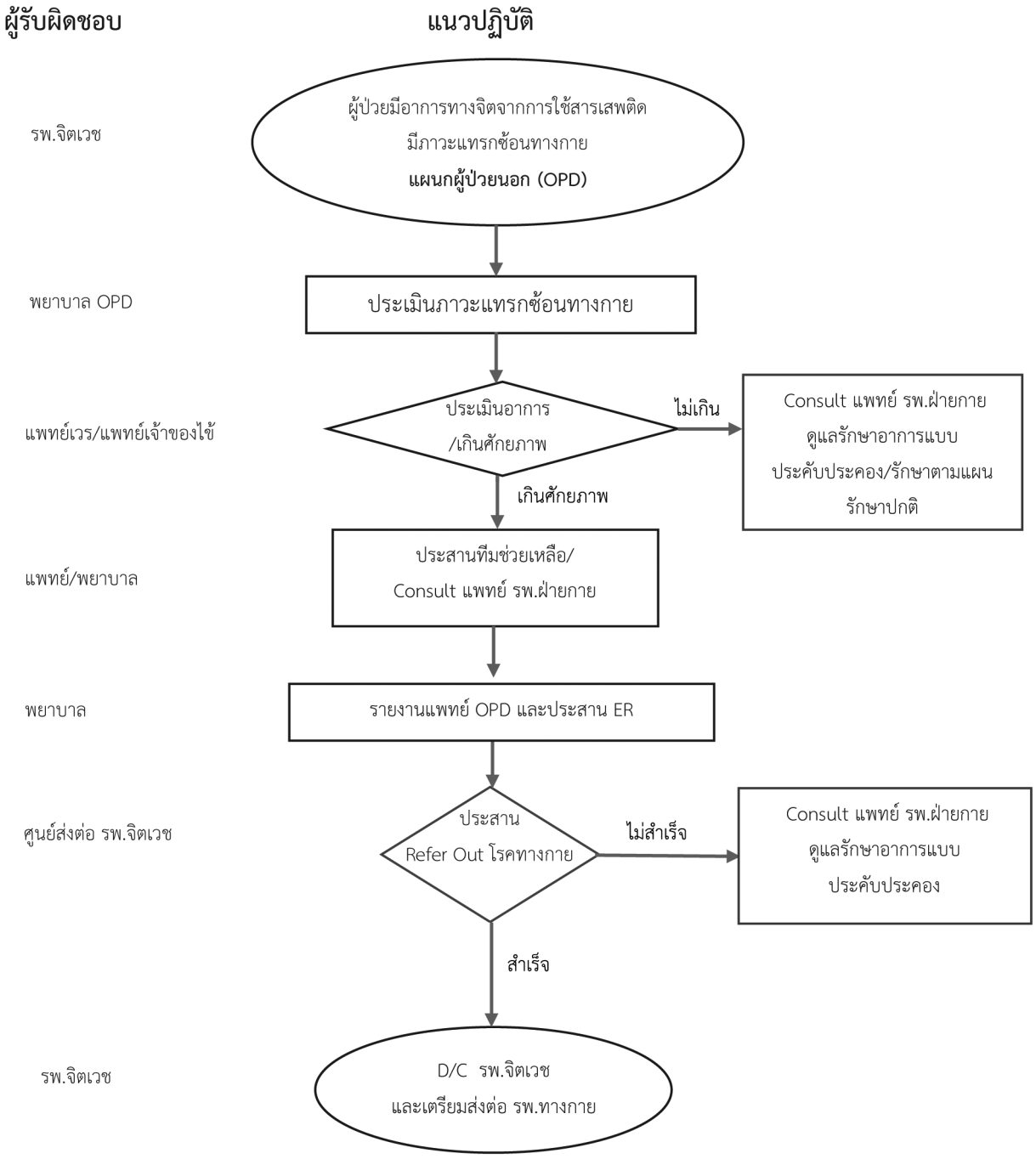
ภาวะแทรกซ้อนทางกาย	เกณฑ์พิจารณา
8. LFTs, Cr การทำงานของตับ Liver function tests และการทำงานของไต Creatinine	1. SGOT > 120 2. SGPT > 120 3. ALP > 350 4. BUN > 30 mg/dl 5. GFR stage 3 6. Urine output < 0.5 ml/kg/hr หรือ 600 ml/d
9. Drug Level	1. Li > 1.2 mmol/L 2. Carbamazepine > 12 ug/ml 3. Depakine > 100 ug/ml 4. Dilantin > 20 ug/ml
10. HEENT (Head Ear Eye Nose Throat)	Fx or active bleeding wound ที่ลึกถึง skull
11.Heart	Murmur, หัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ (Irregular HR)
12.Lung	Dyspnea, crepitation, wheezing, decreased breath sound
13.Abdomen	bruise, ecchymosis, guarding, ascites
14.Extremities	New deformity, edema
15.Skin	บาดแผลขนาดใหญ่เกินกว่าขีดความสามารถในการดูแล, แผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ระดับ 2 ขึ้นไป (บาดเจ็บในบริเวณชั้นหนังแท้)
16.โรคทางกายที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาในเวลารวดเร็ว	1. ภาวะชักต่อเนื่อง (Status epilepticus) 2. ไตวาย (Renal failure) 3. ตับวาย (Liver failure) 4. โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (Acute stroke) 5. ภาวะที่มีเลือดออกในเนื้อเยื่อ (Hematoma) 6. ภาวะติดเชื้อ (Sepsis) โรคทางกายอื่น ๆ
17.Suicide	ผู้ป่วยมีประวัติ Ingestion, hanging ต้อง work up และ observe อาการ 48 hr
18.Drug overdose	ประเมินจากปริมาณยา อาการทางคลินิก และระดับความรู้สึกตัว
19.ข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์ :	1. อายุครรภ์มากกว่า 24 Week 2. ฟัง FHS ไม่ได้ 3. เด็กไม่ดิ้น 4. ตั้งครรภ์ผิดปกติทุกกรณี
20.ข้อบ่งชี้ทางนรีเวช	1. ภาวะติดเชื้อแบบ Acute Pelvic Inflammatory 2. ภาวะถุงน้ำที่รังไข่ปิดขั้ว Twist ovarian cyst

ผังไหลที่ 9 การส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้สุรา/ยา/สารเสพติด ไปรักษาต่อ (Refer Out) โดยแผนกฉุกเฉิน (ER)



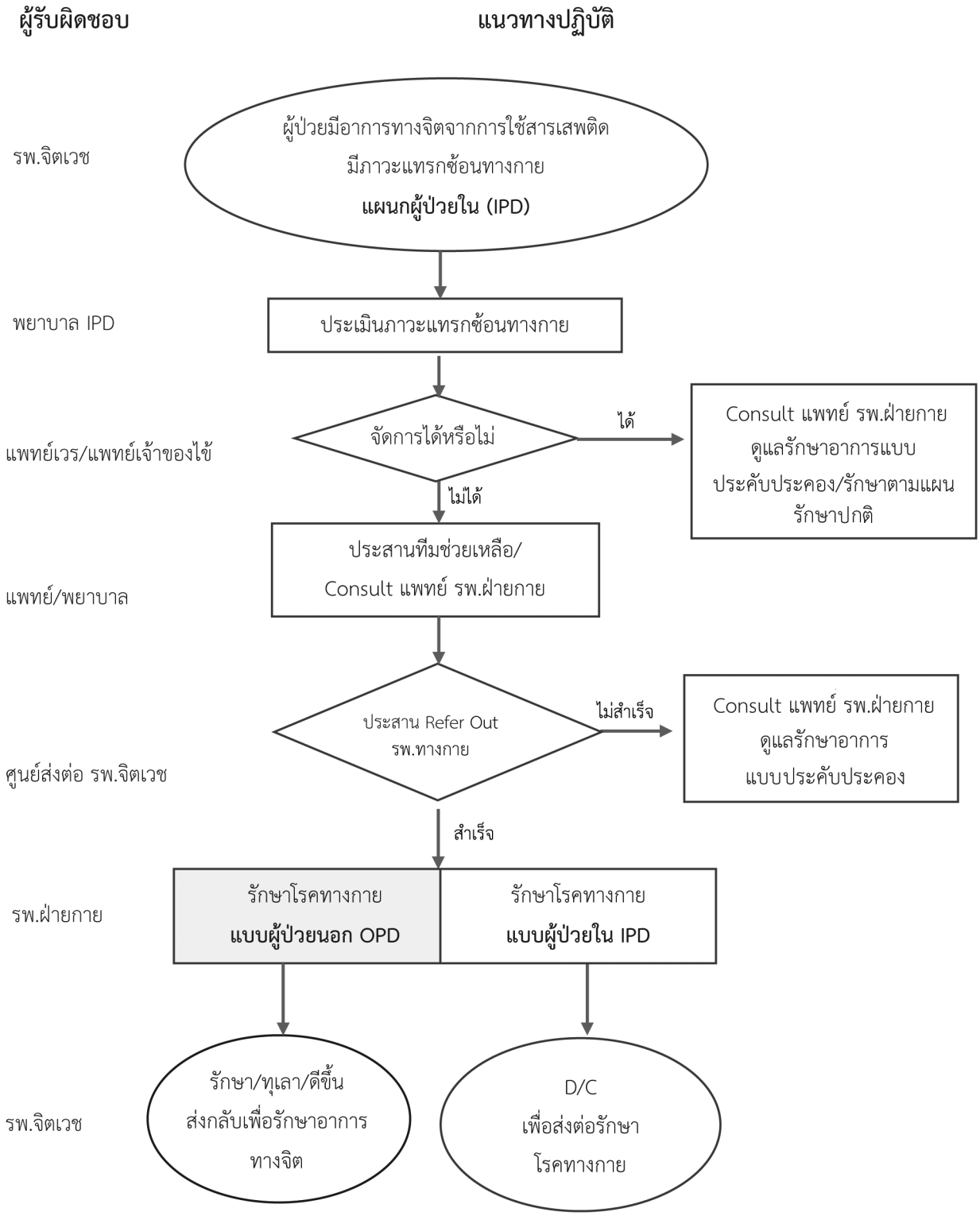
ที่มา : *ถอดบทเรียนจากการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติและเกณฑ์การรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด ของสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวชสังกัด กรมสุขภาพจิต ระหว่างวันที่ 17–19 สิงหาคม 2563*

ผังไหลที่ 10 การส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้สุรา/ยา/สารเสพติด ไปรักษาต่อ (Refer Out) โดยแผนกผู้ป่วยนอก (OPD)



ที่มา: *ถอดบทเรียนจากการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติและเกณฑ์การรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด ของสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวชสังกัด กรมสุขภาพจิต ระหว่างวันที่ 17–19 สิงหาคม 2563*

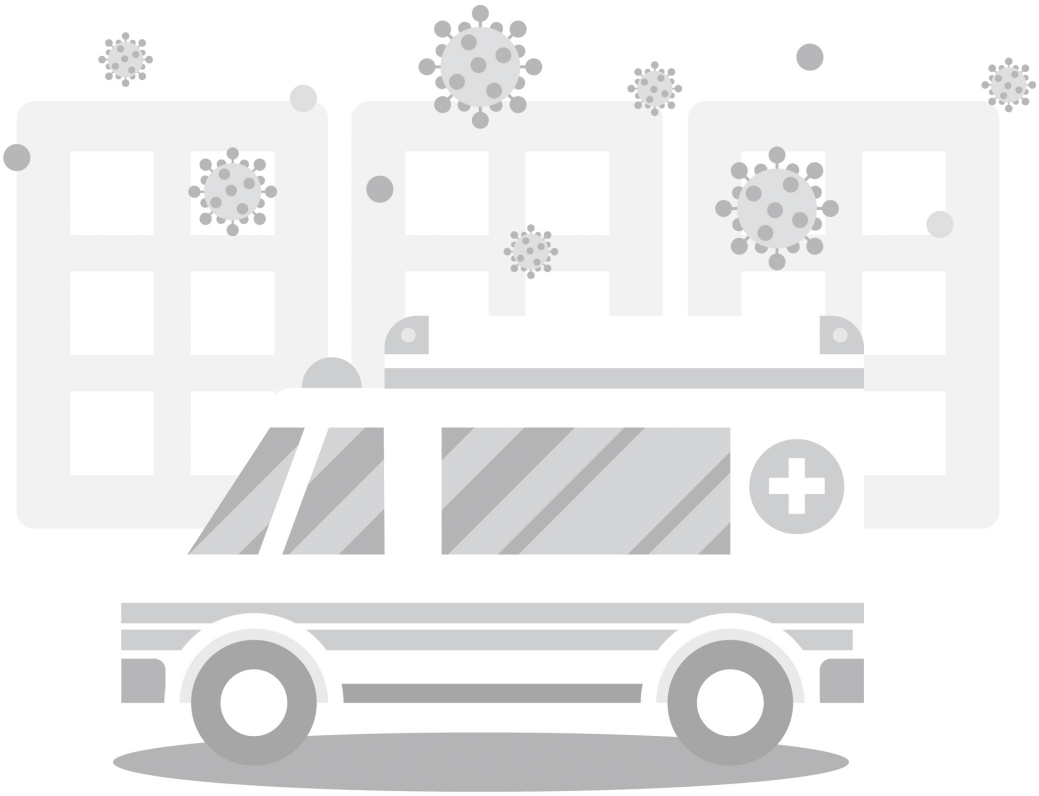
ผังไหลที่ 11 การส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้สุรา/ยา/สารเสพติด ไปรักษาต่อ (Refer Out) โดยแผนกผู้ป่วยใน (IPD)



ที่มา : *ถอดบทเรียนจากการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติและเกณฑ์การรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด ของสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวชสังกัด กรมสุขภาพจิต ระหว่างวันที่ 17–19 สิงหาคม 2563*

เอกสารที่จำเป็นในการส่งต่อ (Refer Out)

1. สำเนาบัตรประชาชน
2. แบบส่งผู้ป่วยเข้ารับการตรวจหรือรักษาต่อ
3. แบบรายงานผลการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้นบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (แบบ ตจ.1)
4. เอกสารการ Refer / โปรแกรม Thai Refer ที่เขียนสมบูรณ์
5. แบบรับแจ้งขอ Refer ผู้ป่วย
6. ขออนุญาตใช้รถพยาบาล
7. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ถ้ามี)
8. ยารักษาโรค (ถ้ามี)
9. แบบรับ-ส่งผู้ป่วย



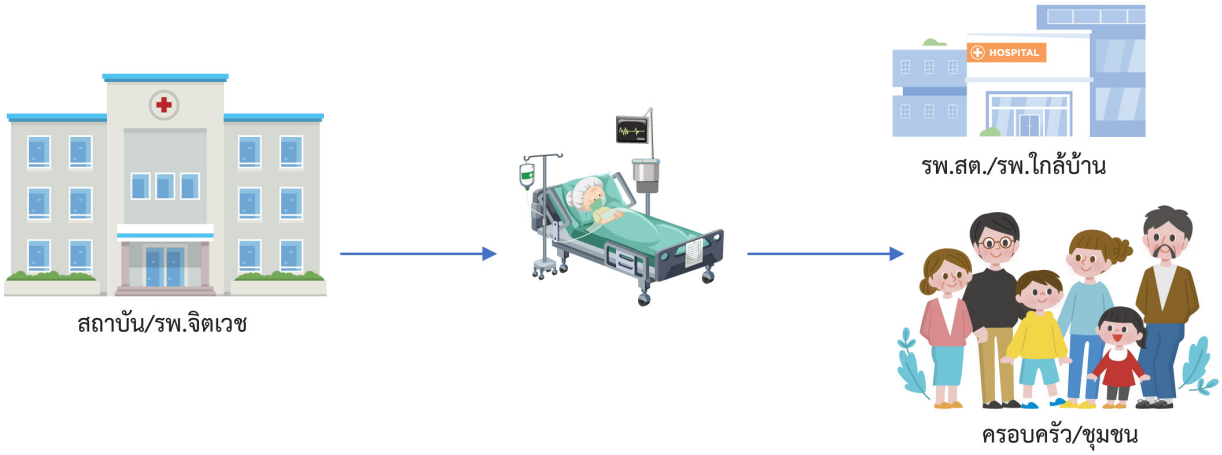
5

การส่งกลับ
(Refer Back)

5. การส่งกลับ (Refer Back)

การบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้สุรา/ยา/สารเสพติด เมื่อพ้นระยะวิกฤติแล้ว แพทย์พิจารณาการดูแลต่อเนื่องโดยชุมชน ดังนั้นการส่งกลับผู้ป่วย (Refer Back) เป็นเรื่องที่สำคัญไม่น้อย เพื่อส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ซึ่งต้องอาศัยสถานพยาบาลขนาดเล็กใกล้บ้าน เข้ามาช่วยในการดูแลต่อในส่วนนี้ ดังนั้นสถานบัน/โรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต จึงควรส่งกลับ (Refer Back) ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

การส่งต่อผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤต กลับไปรักษาต่อยังสถานพยาบาลต้นทางหรือสถานพยาบาลขนาดเล็กใกล้บ้าน



ภาพที่ 5 การส่งต่อผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อยังสถานพยาบาลต้นทางหรือสถานพยาบาลขนาดเล็กใกล้บ้าน (Refer Back)

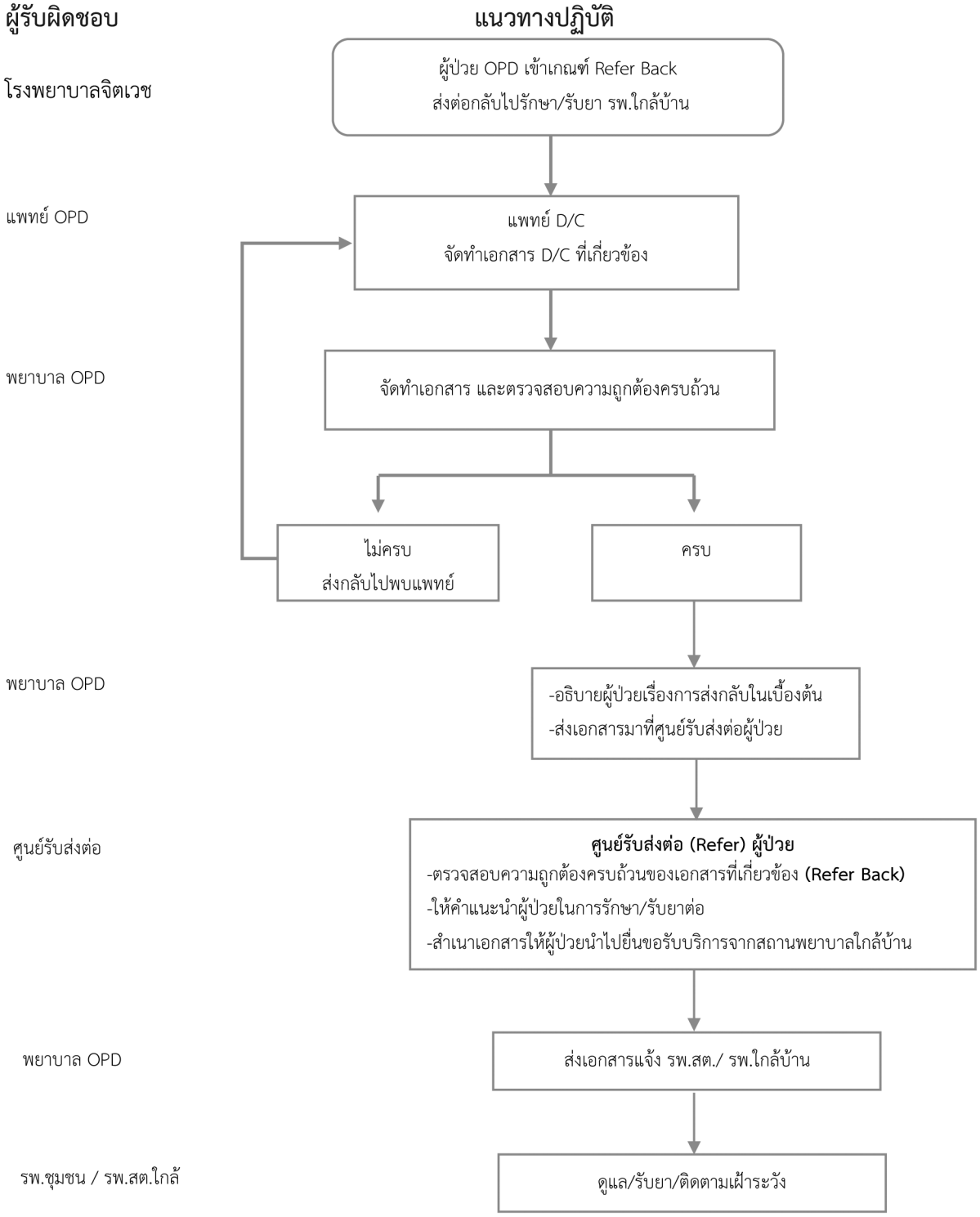
การพิจารณาการ Refer Back เบื้องต้น

1. แพทย์ประเมินเห็นควรให้ผู้ป่วยรับยาต่อเนื่องในสถานพยาบาลใกล้บ้าน
2. ผู้ป่วยที่มีสามารถควบคุมอาการได้ และสามารถช่วยเหลือตัวเองได้
3. ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดครบตามโปรแกรม

ขั้นตอนการ Refer Back

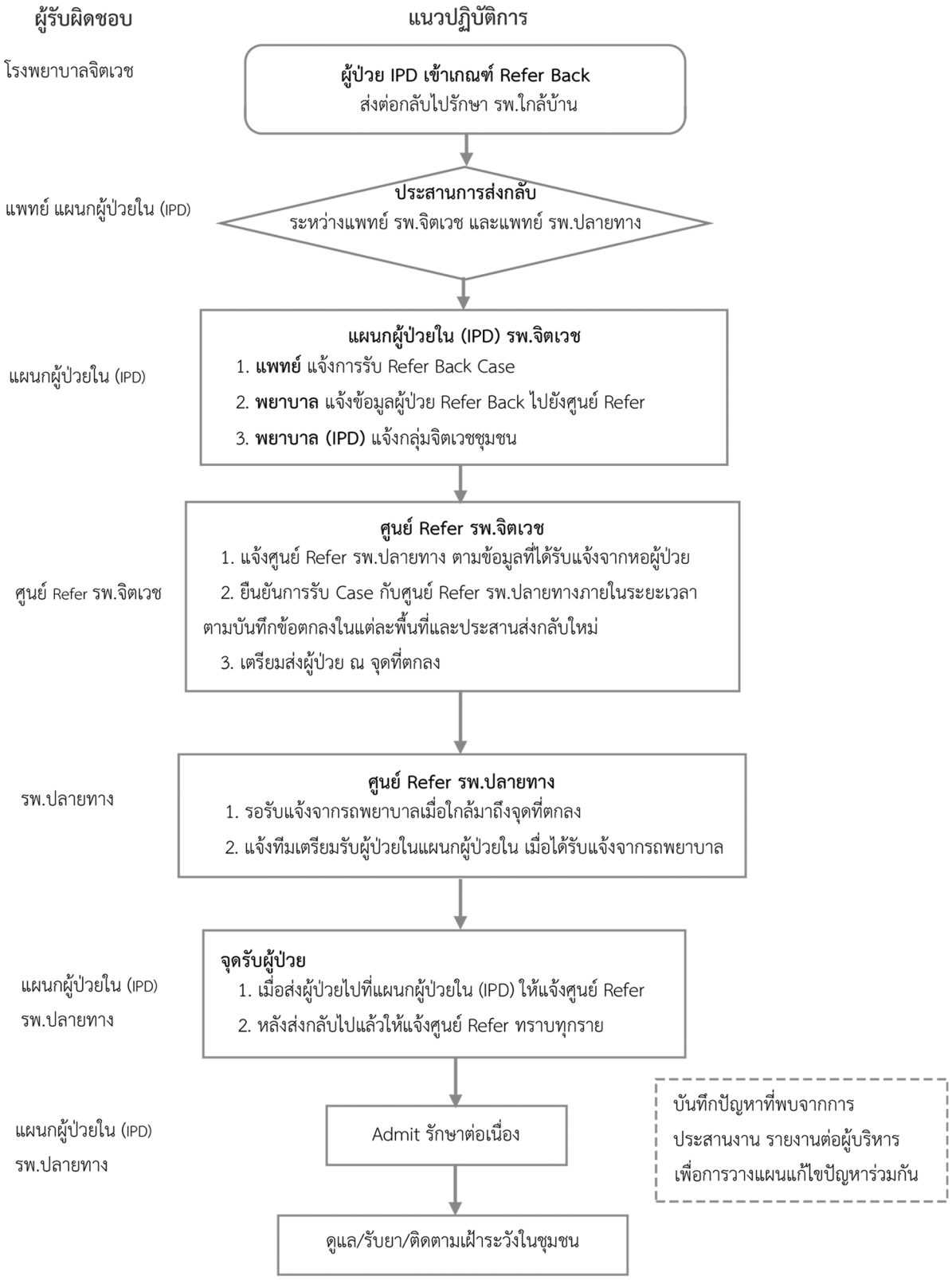
1. **ประเมิน :** จิตแพทย์เจ้าของไข้ประเมินจำหน่ายผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อในพื้นที่
2. **ประสานศูนย์รับส่งต่อใน รพ. :** แผนกผู้ป่วยใน (IPD) รพ.จิตเวช/สถาบัน ประสานเครือข่าย/รพ.ต้นสังกัด งานสุขภาพจิตยาและสารเสพติด ใน รพศ./รพท./รพทช. เพื่อส่งต่อผู้ป่วยฟื้นฟู และรับยาต่อเนื่องในพื้นที่
3. **ลงทะเบียน :** รพ.จิตเวช/สถาบัน ลงทะเบียนผู้ป่วยในระบบ COC และส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้สถานรับกลับ
4. **ประสานศูนย์รับส่งต่อ :** แจ้งศูนย์ส่งต่อ

ผังไหลที่ 12 แนวทางการประสานส่งต่อผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อยังสถานพยาบาลรับกลับ (Refer Back) โดยแผนกผู้ป่วยนอก (OPD)



ที่มา : *ถอดบทเรียนจากการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติและเกณฑ์การรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด ของสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวชสังกัด กรมสุขภาพจิต ระหว่างวันที่ 17–19 สิงหาคม 2563*

ผังไหลที่ 13 การส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้สารเสพติดสุรา/ยา/สารเสพติด ส่งกลับ (Refer Back) โดยแผนกผู้ป่วยใน (IPD)



ที่มา : *ถอดบทเรียนจากการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติและเกณฑ์การรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด ของสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวชสังกัด กรมสุขภาพจิต ระหว่างวันที่ 17–19 สิงหาคม 2563*

เอกสารที่จำเป็นในการส่งต่อ (Refer Back)

1. สำเนาบัตรประชาชน
2. ใบส่งต่อ (Refer Back)
3. ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง สำหรับญาติและผู้ป่วย
4. ยาและเวชภัณฑ์ สำหรับดูแลต่อเนื่อง

ภาคผนวก ก

คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินจากยาและสารเสพติด (substance-related acute care guidance)

คำแนะนำนี้เป็นแนวทางสำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์เพื่อการดูแลผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินจากยาเสพติดและสารเสพติดในสถานพยาบาล (acute care) ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วย และบุคลากรทางการแพทย์เกิดความเสี่ยงอันตรายน้อยที่สุด จากผลที่เกี่ยวข้องจากการใช้ยาเสพติดและสารเสพติด (substance-related harm to self and others) โดยคำนึงถึงความปลอดภัยจากการดูแลตามมาตรฐานทางการแพทย์เท่าที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องปัจจุบันของผู้ป่วยเป็นสำคัญ **คำแนะนำนี้มิใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติทางการแพทย์แต่อย่างใด**

การใช้งานคำแนะนำ

- คำแนะนำนี้เป็นแนวทางเบื้องต้นสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ มิได้เป็นข้อบังคับตามกฎหมาย ผู้ใช้จึงควรใช้ประกอบกับการพิจารณาอาการแสดงทางคลินิก บริบทแวดล้อม ทรัพยากร และองค์ความรู้ที่มีสำหรับตัดสินใจการดูแลรักษาเป็นรายกรณีไป
- คำแนะนำนี้เป็นการรวบรวมข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์เท่าที่มีอย่างเฉพาะกิจ (quick/narrative review) เนื้อหาจึงอาจไม่ครอบคลุมและสมบูรณ์เหมือนการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) หรือแนวเวชปฏิบัติ (clinical practice guideline: CPG)
- ในกรณีผู้ป่วยยุ่งยากซับซ้อน ควรใช้คำแนะนำนี้ประกอบกับการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านในพื้นที่ที่กำหนดไว้ในระบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดและจิตเวช อาทิ ระดับจังหวัด เขตสุขภาพ ระดับสถานพยาบาลเฉพาะทาง
- คำแนะนำนี้จัดเนื้อหาตามการออกฤทธิ์ของยาเสพติดและสารเสพติด อาทิกลุ่มกดประสาท กลุ่มกระตุ้นประสาท เป็นต้น โดยแบ่งย่อยเป็นการดูแลผู้ใช้สารเสพติดตามอาการหลักของการใช้ คือ การเมาสาร (intoxication) การถอนสาร (withdrawal) และการได้รับยาเกินขนาด (over dose)
- คำแนะนำนี้อาจไม่ครอบคลุมสารเสพติดทุกชนิด แต่มุ่งเน้นสารเสพติดที่พบได้บ่อย หากมีกรณีอื่น ๆ นอกเหนือคำแนะนำนี้ควรศึกษาเพิ่มเติมหรือปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ
- คำแนะนำนี้มุ่งเน้นการดูแลในช่วงวิกฤติฉุกเฉิน หากผู้ป่วยพ้นระยะดังกล่าว ควรปรึกษาส่งต่อแผนกที่ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดและจิตเวชของหน่วยงาน หรือส่งต่อสถานบำบัดเฉพาะทางเพื่อการดูแลฟื้นฟูต่อเนื่องตามมาตรฐานการบำบัดเป็นกรณีไป

กระบวนการดูแลผู้ป่วยตามคำแนะนำ

1. ประเมินภาวะที่อาจเกิดอันตรายถึงแก่ชีวิต (life threatening) และให้ความช่วยเหลือตามมาตรฐานการช่วยฟื้นคืนชีพ (basic life support, advance life support) เป็นกรณีไป
2. ประเมินความเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดอันตรายทั้งต่อตนเองและผู้อื่น (self-harm, harm to others) อย่างรอบด้านทั้งตัวผู้ป่วย ผู้อยู่ในเหตุการณ์ ทีมเข้าช่วยเหลือ รวมถึงสิ่งของที่อาจทำให้เกิดอันตรายหรือเป็นอาวุธได้ โดยดูแลตามมาตรการการเข้าถึงตัวผู้ป่วยของผู้ชำนาญในทีมที่เกี่ยวข้อง อาทิ การเจรจาต่อรองการเข้าจู่โจม
3. ควรรวบรวมประวัติ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด โดยอาจสอบถามจากผู้ใกล้ชิด การสืบค้นจากเวชระเบียน การสืบค้นจากระบบฐานข้อมูลสุขภาพหรือฐานข้อมูลยาเสพติดไปพร้อมกัน (collateral data)
4. ควรสังเกต ตรวจร่างกาย และส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการแก้ไขภาวะทางกายที่อาจเกิดขึ้น (physical condition) ก่อนเป็นลำดับแรก
5. หากเป็นไปได้ควรตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อทราบชนิดของสารเสพติด เพื่อนำมาใช้วางแผนการรักษาตามกลุ่มประเภทของสารเสพติดที่เฉพาะเจาะจง
6. การผูกยึด (Restrain) เท่าที่จำเป็นตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยผูกยึด โดยคำนึงถึงโอกาสในการเกิดการเปลี่ยนแปลงของอาการทั้งทางกายและทางจิตได้ตลอดเวลา
7. หากจำเป็นต้องใช้ยาเพื่อสงบอาการให้คำนึงถึงผลข้างเคียง ประโยชน์จากการให้ยา และอาจใช้ในปริมาณระยะเวลาช่วงวิกฤติฉุกเฉิน หลังอาการสงบให้พิจารณาหรือปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในเรื่องความจำเป็นของการใช้ยา ขนาดยา และระยะเวลาที่เหมาะสมเป็นกรณีไป
8. ควรประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวมหลังจากผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤติฉุกเฉิน และส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

กลุ่มสารกระตุ้นประสาท (stimulant psychotropic substance)

สารที่สำคัญในกลุ่มนี้ ได้แก่ methamphetamine (ยาบ้า), crystal methamphetamine (ไอซ์), cocaine (โคเคน) MDMA/ecstasy (ยาอี) และรวมถึงอนุพันธ์ชนิดใหม่ที่ดัดแปลงขึ้น (newer psychoactive substance : NPS) สารกลุ่มนี้ไม่มียาแก้ฤทธิ์จำเพาะ

1. การเมาสารกลุ่มสารกระตุ้นประสาท (stimulant intoxication)

มักเกิดจากฤทธิ์การกระตุ้นของสารสื่อประสาท ที่สามารถส่งผลให้เกิดการกระตุ้นทางระบบประสาทอัตโนมัติ (sympatric hyperactivity) การกระตุ้นที่มากเกินไปของระบบสารสื่อประสาทในสมองบางส่วน (psychotic mood aggression anxiety) คำแนะนำนี้จะกล่าวถึงยาที่มีใช้ และมีการใช้บ่อยในเวชปฏิบัติ

1.1 อาการทางจิตเวช (psychological symptom)

1.1.1 กลุ่มอาการโรคจิต และการรับรู้ที่เปลี่ยนไป (psychosis and cognitive symptom)

อาการแสดง	เป้าหมายการรักษา	ยาที่ใช้รักษา	ผลข้างเคียงหรือข้อควรระวัง
หวาดระแวง (paranoid) หลงผิด (delusion) หูแว่ว ภาพหลอน (hallucination) สับสน (confusion)	สงบอาการโรคจิต (psychosis) ทั้งหลงผิด (delusion) หวาดระแวง (paranoid) หูแว่วภาพหลอน (hallucination) ก้าวร้าวคลุ้มคลั่งจากตอบสนองอาการทางจิต	ยาต้านโรคจิต ● haloperidol 2-20 mg/day IM/IV oral แบ่งให้ทุก 6-8 ชม. ● risperidone 1-6 mg/day วันละ 1-2 ครั้ง ● quetiapine 25-400 mg/day วันละครั้ง ● olanzapine 2.5-10 mg/day (EPS น้อยกว่า)	● การใช้รักษาแบบฉุกเฉินพิจารณาให้ยาต้านโรคจิตขนาดเท่ากันหรือต่ำกว่าการรักษาโรคจิตเภท (schizophrenia) แต่ระยะเวลาในการใช้ให้สั้นที่สุดเท่าที่จำเป็นและพิจารณาปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อวินิจฉัยแยกโรค และปรับลดยาตามอาการ ● Extrapyramidal syndrome : EPS ได้แก่ - Acute dystonia คอแข็งเกร็ง กรามแข็ง กลืนลำบาก พูดลำบาก แก้ได้โดยใช้ benzhexol (2-10 mg/day) - Akathisia กระวนกระวาย กระสับกระส่าย ผุดลุกนั่ง แก้ได้โดยใช้ benzodiazepine เช่น diazepam 2-10 mg, clonazepam 0.5-2 mg, lorazepam 0.5-2 mg ทุก 2-8 ชม.เมื่อมีอาการ

1.1.2 กลุ่มอาการทางอารมณ์ (mood symptom)

อาการแสดง	เป้าหมายการรักษา	ยาที่ใช้รักษา	ผลข้างเคียงหรือข้อควรระวัง
ก้าวร้าว ครื้นเครงเกินปกติ	สงบอาการก้าวร้าว ครื้นเครงผิดปกติ เพิ่มการควบคุมตนเอง (impulsivity) สงบอาการซึมเศร้า หงุดหงิด	**ยาปรับอารมณ์** sodium valproate 200-1,000 mg/day (10-20 mg/kg/day) **ยาต้านเศร้า** - fluoxetine 20-60 mg/day วันละครั้ง - Sertraline 50-200 mg/day วันละครั้ง **ยาต้านโรคจิตใช้เสริมขนาดเท่ากันหรือต่ำกว่ารักษากลุ่มอาการโรคจิต**	● ให้ระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคตับอักเสบ ● ยาต้านเศร้าใช้เวลา 2-4 สัปดาห์ในการออกฤทธิ์ จึงแนะนำให้ใช้ยาคลายกังวล ยาปรับอารมณ์ ยาต้านโรคจิตขนาดต่ำร่วมไปก่อน

1.1.3 กลุ่มอาการวิตกกังวล (anxiety symptom)

อาการแสดง	เป้าหมายการรักษา	ยาที่ใช้รักษา	ผลข้างเคียงหรือข้อควรระวัง
กลัว กังวล ตื่นตระหนก กระสับกระส่าย	สงบอาการตื่นกลัว กังวล และลดอาการตื่นตัวของระบบประสาทอัตโนมัติ	**ยาคลายกังวล/ยานอนหลับ** diazepam 2-10 mg, lorazepam 0.5-2 mg, lorazepam 0.5-2 mg, midazolam 2.5-10 mg ทุก 2-8 ชม. เมื่อมีอาการ	ให้ในระยะสั้นเท่าที่จำเป็น หรือให้เสริมเมื่อมีอาการ ระวังการติดยา

1.2 อาการทางกาย (physical symptom)

1.2.1 กลุ่มอาการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเธติกมากเกินไป (sympatric hyperactivity)

อาการแสดง	เป้าหมายการรักษา	ยาที่ใช้รักษา	ผลข้างเคียงหรือข้อควรระวัง
หัวใจเต้นเร็ว ความดันสูง เหงื่อออกมาก ระบบทางเดินอาหารทำงานน้อยลง (ลำไส้บีบตัวลดลง)	ลดอาการตื่นตัวของระบบประสาทอัตโนมัติ ที่มีผลต่อระบบหัวใจ หลอดเลือดและการเคลื่อนไหวผิดปกติ	ยาที่ลดการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเธติก เช่น ให้ยาขยายหลอดเลือด (nitroprusside) ในขนาดปกติ เพื่อลดความดันโลหิตยาที่ลดการเต้นของหัวใจ ลดการเต้นผิดจังหวะ เช่น calcium channel blockers (verapamil, diltiazem) ในขนาดปกติ	ยาที่ลดการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเธติก เช่น ให้ยาขยายหลอดเลือด (nitroprusside) ในขนาดปกติเพื่อลดความดันโลหิต ยาที่ลดการเต้นของหัวใจ ลดการเต้นผิดจังหวะ เช่น calcium channel blockers (verapamil, diltiazem) ในขนาดปกติ

1.2.2 ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

อาการแสดง	เป้าหมายการรักษา	ยาที่ใช้รักษา	ผลข้างเคียงหรือข้อควรระวัง
supraventricular arrhythmias เช่น atrial fibrillation (AF) มีโอกาสพบหัวใจเต้นผิดจังหวะจาก cocaine ได้บ่อยกว่า	ลดผลแทรกซ้อนจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะโดยเฉพาะในรายที่สารขนาดสูงมากหรือเกินขนาด (over doses)	ยาลดการเต้นของหัวใจ และการเต้นผิดจังหวะ เช่น calcium channel blockers erapamil, diltiazem (ในขนาดปกติ) lidocaine (ในขนาดปกติ)	ความดันต่ำ หัวใจเต้นช้าลง

2. ภาวะถอนสาร (stimulant withdraw)

เมื่อหยุดใช้หรือภายหลังจากภาวะวิกฤติเฉียบพลัน อาจมีภาวะขาดสาร สื่อประสาทในสมอง อาจเกิดอารมณ์ไม่ดีหงุดหงิดง่าย ซึมเศร้า วิตกกังวล สั่น อ่อนเพลีย ง่วงนอน ฝันร้าย ปวดหัว เหงื่อออกมาก ปวดเกร็งกล้ามเนื้อและในช่องท้อง มีความอยากอาหารอย่างมากโดยมีอาการมากที่สุดช่วง 2-4 วันหลังหยุดยา และดีขึ้นใน 1 สัปดาห์ อาการที่รุนแรงมาก คือ อาการซึมเศร้า บางรายอาจมีความคิดฆ่าตัวตาย การถอนพิษยากลุ่มนี้ยังไม่มีการรักษาด้วยยาที่ได้ผลดีอาการมักไม่รุนแรง มักหายไปได้เอง แนะนำให้รักษาตามกลุ่มอาการที่พบ เช่น ยาต้านเศร้า ยาคลายกังวล ยาต้านโรคจิตขนาดต่ำระยะสั้น บางข้อมูลแนะนำให้ยาหรือ Vitamin C เพื่อให้ปัสสาวะเป็นกรด (acidify urine) เพื่อเร่งการขับสารกลุ่มแอมเฟตามีน

3. **ภาวะการได้รับยาเกินขนาด (stimulants overdose)**

การวินิจฉัยภาวะเป็นพิษจากสาร กลุ่ม amphetamine และ cocaine อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ซึ่งจะเข้าได้กับ “sympathomimetic toxidrome” กล่าวคือผู้ป่วยมักมีอาการใจสั่น เหงื่อออกมาก สับสนกระวนกระวาย ประสาทหลอน หรือรุนแรงจนถึงมีอาการชักเกร็งกระตุกไม่รู้สึกตัว และตรวจร่างกายพบอุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น ความดันโลหิตสูง ชีพจรเต้นเร็ว เหงื่อออกจากรูขุมขนทั่วร่างกาย ตรวจพบการเคลื่อนตัวของลำไส้มากกว่าปกติหรือน้อยกว่าปกติ ม่านตาขยาย มือสั่น หากได้รับขนาดสูงมาก อาจทำให้เกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะ acute arrythmia กลุ่ม atrial fibrillation (AF) ventricular fibrillation (VF) การทำงานของหัวใจมากเกินปกติจนเกิด aortic dissection โดยเฉพาะในกลุ่ม cocaine heavy use หรือพบภาวะกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติกลุ่ม cardiomyopathy ในกลุ่มผู้ใช้สารมานานต่อเนื่อง

การวินิจฉัยแยกโรคที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะถอนพิษสารกลุ่มกดประสาท เช่น alcohol หรือ benzodiazepine ภาวะอันไม่พึงประสงค์ของกลุ่มยาด้านจิตเวชที่เรียกว่า serotonin syndrome และ neuroleptic malignant syndrome รวมทั้งโรคไข้สมองอักเสบ และภาวะต่อมไทรอยด์เป็นพิษ กลุ่มอาการที่ใกล้เคียงกัน คือ anticholinergic toxidrome ซึ่งอาจเกิดจากภาวะเป็นพิษของยากลุ่ม antihistamine (ยาแก้แพ้ แก้หวัด) หรือ anticholinergic ยารักษาภาวะพาร์กินสัน ยา benzhexol ยาต้านเศร้าบางชนิด โดยเฉพาะชนิด TCA (tricyclic antidepressant เช่น amitriptyline) กลุ่มอาการเป็นพิษสองชนิดนี้ สามารถแยกออกจากกันได้ง่ายจากการตรวจร่างกายผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีภาวะ sympathomimetic toxidrome จะมีเหงื่อออกมาก แต่ผู้ป่วยที่เป็น anticholinergic toxidrome ผิวหนังแห้ง ปากแห้ง คอแห้ง ปัสสาวะคั่งท้องผูก สับสนเฉียบพลัน (confusion/acute brain and cognitive impairment)

การรักษารักษาตามอาการ พิจารณาเริ่มการรักษาคล้ายกับกลุ่มภาวะเมาสาร (stimulants intoxication) แต่มุ่งเน้นการรักษาอาการแทรกซ้อนทางกายที่อาจเกิดอันตรายถึงชีวิต ซึ่งมักพบต่อเนื่องหลังจากการเมาสาร (intoxication) ที่พบอาการทางจิตหรือพฤติกรรมได้บ่อย หรืออาจพบทันทีที่แผนกฉุกเฉินจากอาการเกินขนาด (over doses)

ภาคผนวก ข

หลักการดูแลรักษาภาวะขาดสุรา (Alcohol Withdrawal) สำหรับแพทย์ทั่วไป

1. **การดูแลรักษาภาวะขาดสุรา** สามารถทำได้ในโรงพยาบาลทั่วไป โดยมีแนวทางต่อไปนี้

ขั้นตอน	แนวปฏิบัติ
1. ประเมินผู้ป่วย	เมื่อแพทย์พบผู้ป่วยที่มีประวัติดื่มสุรามาเป็นเวลานานที่มารับการรักษาด้วยโรคหรือภาวะทั้งทางจิตเวชและทางกาย แพทย์ควรประเมินดูว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการขาดสุราหรือไม่ และความรุนแรงของอาการขาดสุราที่จะเกิดขึ้น อย่างไรก็ตามผู้ป่วยบางรายอาจจะเพิ่งดื่มสุราเข้าไป และยังมีอาการเมาสุราอยู่ ทำให้ยากต่อการตรวจดูอาการในกรณีเช่นนี้หรือในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการสับสนมาก มีความบกพร่องของระดับการนึกคิดและเข้าใจ หรืออาการโรคจิต การตรวจประเมินอย่างละเอียดอาจจะยังทำไม่ได้ ควรเฝ้าติดตามอาการ และตรวจดูอาการของการเมาสุรา อาการและอาการแสดงของภาวะขาดสุรา และตรวจดูปัญหาหรือโรคทางกายอื่น ๆ ที่อาจจะพบร่วมด้วย
2. ค้นหาปัจจัยเสี่ยงของภาวะขาดสุรารุนแรง ปัจจัยเสี่ยงของอาการขาดสุรารุนแรง หรือภาวะขาดสุราที่มีอาการเพ้อ	คลั่งและสั่นร่วมด้วย (delirium tremens: DTs) มีดังนี้ 1. อายุมากกว่า 60 ปี 2. มีประวัติดื่มสุราปริมาณมากในแต่ละครั้ง โดยดื่มมากกว่า 150 กรัมต่อวัน (ประมาณเท่ากับเหล้าขาวมากกว่าครึ่งขวดต่อวัน) ต่อเนื่องมานาน 3. ดื่มมานานหลายปี (มากกว่า 5 ปี) 4. เคยมีอาการ DTs มาก่อน ความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นเกือบ 4 เท่า 5. เคยมีอาการชักจากขาดสุรามาก่อน 6. มีอาการขาดสุรา ขณะที่ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดยังสูงอยู่ 7. มีปัญหาโรคทางกายหรือได้รับบาดเจ็บร่วมด้วย ความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นประมาณ 5 เท่า 8. มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงแต่ไม่มีอาการเมาสุรา 9. ใช้ยาเสพติดอื่น ๆ รวมถึงยากล่อมประสาทหรือยานอนหลับอย่างต่อเนื่อง
3. ให้การวินิจฉัยโรค	หลักเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะขาดสุรา ประกอบด้วยลักษณะดังต่อไปนี้ ก. หยุดหรือลดปริมาณการดื่มสุราลง หลังจากที่เคยดื่มหนักและเป็นเวลานานมาก่อน ข. มีอาการแสดงออกอย่างน้อยสองอาการเกิดขึ้นหลังลดหรือหยุดดื่ม (ตามเกณฑ์ข้อ ก) ภายในเวลาหลายชั่วโมงถึง 2-3 วัน ดังนี้ 1. ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากกว่าปกติ เช่น เหงื่อออกมาก ชีพจรเต้นเร็วเกิน 100 ครั้งต่อนาที 2. มือสั่น 3. นอนไม่หลับ 4. คลื่นไส้ หรืออาเจียน 5. เห็นภาพหลอน สัมผัสหลอน หรือหูแว่ว หรือประสาทลวงชั่วคราว 6. กระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง 7. วิตกกังวล 8. ชักเกร็งกระตุกทั้งตัว (grand mal seizures) ค. อาการดังกล่าวใน (ข้อ ข) ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานหรือความบกพร่อง ในอาชีพการงาน สังคมหรืออื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก ง. อาการดังกล่าวไม่ได้เกิดจากโรคทางกายหรือโรคทางจิตเวชอื่น ๆ

ขั้นตอน	แนวปฏิบัติ
4. ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะขาดสุรา	ภาวะขาดสุรา สามารถแบ่งตามระดับความรุนแรงของอาการ และผลกระทบทางคลินิกออกได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้ ● ระดับต่ำ หรือระยะที่ 1: มีอาการเกิดขึ้นหลังจากหยุดดื่มสุรา 6-36 ชั่วโมง ผู้ป่วยมักมีอาการมือสั่น วิตกกังวลเล็กน้อย หงุดหงิด ปวดมึนศีรษะ เหงื่อออก ใจสั่น ความดันโลหิตสูงขึ้นเล็กน้อย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ ผะอืดผะอม อาเจียน นอนไม่หลับ สภาพจิตมักเป็นปกติ ● ระดับปานกลางถึงรุนแรง หรือระยะที่ 2: มีอาการเกิดหลังจากหยุดดื่ม 24-72 ชั่วโมง ผู้ป่วยมักมีอาการกระสับกระส่ายมากขึ้น กระวนกระวาย ผุดลุกผุดนั่ง มือสั่นมาก ตัวสั่น เหงื่อออกมาก ไม่อยากอาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ชีพจรเต้นเร็วมากกว่า 120 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตสูงขึ้นมาก ตรวจสภาพจิต พบอาการ สับสน หงุดหงิดง่าย วิตกกังวลมาก ● ระดับรุนแรงมากถึงขั้นเพ้อคลั่งสั่นหรือ DTs หรือระยะที่ 3: มีอาการเกิดหลังจากหยุดดื่ม 48-96 ชั่วโมง ผู้ป่วยมักมีอาการกระสับกระส่ายมาก อยู่ไม่นิ่งเดินไปมา มือสั่น ตัวสั่นมาก ไม่รู้วันเวลาสถานที่ ไม่มีสมาธิ เหงื่อออกมาก ไข้สูง ชีพจรเร็ว เห็นภาพหลอน หูแว่ว หลงผิด หวาดระแวง กลัวมาก
5. ประเมินภาวะหรือโรคที่มักพบร่วมกับภาวะขาดสุรา	ประกอบด้วยการให้ยา การรักษาแบบประคับประคอง และการจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบปลอดภัย รวมเป็น 5 องค์ประกอบ “5S” ได้แก่ ● **Sedation:** การทำให้อาการสงบด้วยยาในกลุ่ม benzodiazepines รูปแบบการให้และขนาดยาควรพิจารณาตามระดับความรุนแรงของอาการขาดสุราของแต่ละบุคคล ● **Supportion:** การดูแลประคับประคอง และป้องกันอุบัติการณ์เสี่ยง เช่น การตกเตียง การทำร้ายตนเองหรือทำร้ายคนอื่นจากอาการประสาทหลอน การให้น้ำเกลือแร่ กรณีที่ผู้ป่วยมีโปแทสเซียมต่ำหรือโซเดียมต่ำให้อาหารเสริม เพิ่มวิตามินบี 1 โฟลิก และวิตามินรวม ปลอบใจผู้ป่วยให้ลดความหวาดกลัว และรับรู้สภาพความเป็นจริง ● **Supplement:** เป็นการเสริมด้วยยาที่จำเป็น กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการหวาดระแวงและประสาทหลอนรุนแรง หรือตอบสนองยาในกลุ่ม benzodiazepines ได้ไม่ดี ยาที่ใช้เสริมได้แก่ ยา haloperidol, carbamazepine, clonidine, propranolol หรือ baclofen เป็นต้น ● **Surrounding:** เป็นการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยให้กับผู้ป่วย เช่น การจัดเตียงให้อยู่ใกล้กับโต๊ะทำงานของพยาบาล จัดพยาบาลดูแลอย่างใกล้ชิด เปิดไฟหัวเตียง พูดคุยกับผู้ป่วยอย่างสุภาพนุ่มนวล ป้องกันการพลัดตกหกล้มหรือตกเตียง ● **Standard care:** เป็นการดูแลรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์ เพื่อค้นหาภาวะโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ทั้งทางกายและทางจิตเวช และรีบแก้ไข

2. แนวการปฏิบัติการดูแลตามระดับความรุนแรงของภาวะขาดสุรา

ระดับความรุนแรง	เวลาที่เกิดหลังดื่มครั้งสุดท้าย	รูปแบบการรักษา	ยาสงบอาการขาดสุรา
ระยะ 1 **ระดับเล็กน้อย** - มือสั่น วิตกกังวล เล็กน้อยหงุดหงิด ปวดมึนศีรษะ เหงื่อออก ใจสั่น ความดันสูงขึ้น เบื่ออาหารคลื่นไส้ ผะอืดผะอม อาเจียน นอนไม่หลับ สภาพจิตปกติ	6-36 ชั่วโมง	ดูแลแบบผู้ป่วยนอก (OPD) เน้นการประเมินภาวะโรคทางกายที่พบร่วม และรักษาแบบประคับประคองให้การบำบัดแบบย่อ อาจไม่จำเป็นต้องให้ยาสงบอาการขาดสุรา	- Diazepam 5 มก. หรือ - Lorazepam 1 มก. หรือ - Chlordiazepoxides 10 มก. รับประทานเฉพาะเวลามีอาการ
ระยะ 2 **ระดับปานกลางถึงรุนแรง** - กระวนกระวาย กระสับกระส่าย มากขึ้นผุดลุกผุดนั่ง มือสั่นมาก ตัวสั่น เหงื่อออกมาก ไม่อยากอาหาร คลื่นไส้อาเจียน ท้องเสีย ชีพจรเต้นเร็ว >120 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตสูง สภาพจิตปกติ	24-72 ชั่วโมง	ควรดูแลแบบผู้ป่วยใน (IPD) เน้นการประเมินอาการขาดสุราและภาวะแทรกซ้อน ให้ยารับประทานแบบ fixed dose หรือแบบ symptom trigger ให้การบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจ และนัดติดตามผล	- Diazepam 10 มก. หรือ - Lorazepam 2 มก. หรือ - Chlordiazepoxide 25 มก. ทุก 6 ชั่วโมงใน 2 วันแรกแล้วค่อย ๆ ลดลงร้อยละ 20 ต่อวัน ในวันที่ 4 - 7 จนหยุดยา

ระดับความรุนแรง	เวลาที่เกิดหลังดื่มครั้งสุดท้าย	รูปแบบการรักษา	ยาสงบอาการขาดสุรา
อาการชักจากการขาดสุรา - อาการชักลักษณะเกร็งกระตุกทั่วร่างกายพร้อมหมดสติ พบได้ประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยที่มีอาการขาดสุราและพบมากขึ้นในผู้ป่วยที่ดื่มมานานหลายปี มักมีอาการชักครั้งเดียว แต่สามารถเกิดเป็นชุด ชัก 2-3 ครั้งห่างกัน 5 นาที อาการชักแบบต่อเนื่องพบได้น้อยมาก (น้อยกว่าร้อยละ 3 ของผู้ป่วยที่ชักจากการขาดสุรา) ถ้าพบ ควรต้องหาสาเหตุอื่นด้วย	6-48 ชั่วโมง	เน้นการประเมินอาการชักว่ามีสาเหตุจากโรคอื่นหรือไม่ ให้ยากันชักที่สามารถสงบอาการขาดสุราและกันชักได้	Sodium valproate loading dose strategy 20 มก./กก./วัน แบ่ง 2 ครั้ง ให้ทุก 6-8 ชั่วโมง ในวันแรก, ต่อมาวันละ 2 ครั้งเป็นเวลา 4 วัน หรือ Carbamazepine 600-800 มก.ในวันแรกต่อมาค่อยๆ ลดเหลือ 200 มก. ในวันที่ 5 หรือ Ox carbamazepine 600 มก. ในวันแรก 900 มก. ในวันที่ 2-3 ต่อมาค่อยๆ ลดจนหยุดยาในวันที่ 4-5
อาการประสาทหลอนจากการขาดสุรา - ประสาทหลอนโดยผู้ป่วยทราบว่าอาการประสาทหลอนนั้นเป็นผลจากสุราและไม่ใช่ความจริง	12-48 ชั่วโมง	เน้นการประเมินภาวะโรคร่วมทางจิตเวช และให้ยาสงบอาการขาดสุราเสริมด้วยยารักษาโรคจิต และให้การบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจ และนัดติดตามผล	Diazepam และ Haloperidol 5 - 10 มก./ต่อวัน

ระดับความรุนแรง	เวลาที่เกิดหลังดื่มครั้งสุดท้าย	รูปแบบการรักษา	ยาสงบอาการขาดสุรา
ระดับรุนแรงมากถึงขั้นเพ้อคลั่งสั่น (Delirium tremens) - กระสับกระสายมาก อยู่ไม่นิ่ง เดินไปมา มือสั่น ตัวสั่นมากสับสน ไม่รู้วัน เวลา สถานที่ ไม่มีสมาธิ เหงื่อออกมาก ไข้สูง ชีพจรเร็ว เห็นภาพหลอน หูแว่ว หลงผิด หวาดระแวง กลัว	48-96 ชั่วโมง	ต้องดูแลแบบผู้ป่วยใน (IPD) เน้นการเฝ้าระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเพ้อคลั่ง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางกาย ภาวะโรคร่วมอื่น ๆ เช่น ติดเชื้อ บาดเจ็บทางสมอง ขาดน้ำ เกลือแร่และวิตามิน ปอดบวม เป็นต้น หลักการดูแล 5 ส คือ 1. สงบอาการด้วยยาระดับสูง (front loading regimen) 2. สกัดทุกข์ทางกาย 3. เสริมอาการวิตามินเกลือแร่ 4. สร้างบรรยากาศอบอุ่นปลอดภัย 5. สืบค้นภาวะแทรกซ้อนอื่นและแก้ไข	Diazepam 10-20 มก. หรือ Lorazepam 2-4 มก. IV ทุก 15-20 นาทีจนกว่าจะสงบสามารถให้ยาได้ถึง 500 มก. แต่ต้องคงยาระดับสูงของ diazepam 2 มก.ต่อวันในระยะ 2-3 วันแรก

อ้างอิงจาก : *สาวิตรี อัษณางค์กรชัย และ สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล. ปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุรา ความสำคัญและการดูแลรักษาในประเทศไทย. สงขลา : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2557*

ภาคผนวก ค

แนวทางการใช้ยาในภาวะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย

แนวทางการใช้ยาในภาวะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย

อาการ	Fist line drugs	Second line drugs
1. ชัก (Seizures) ควรตระหนักเรื่องภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ ควรตรวจ Neuroexamination	Diazepam 2.5-5 mg iv.bolus	Phenobarbitone 20 mg/kg/dose iv.
	Clonazepam 0.5 – 1 mg iv. Bolus	สงบอาการและควบคุมระบบหายใจ Thiopentione/Propofol
2. ระดับความรู้สึกตัวลดลง (Decreased Conscious lavel) ควรตระหนักเรื่องโซเดียมในเลือดต่ำ (hyponatremia)	ตรวจสอบว่าผู้ป่วยไม่ได้มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือเรื่องภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ (Exclude Hyponatremia)	
	เปิดทางเดินหายใจและส่ง CT-SCAN	
3. ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ (Hyponatremia)	หลีกเลี่ยงการให้สารน้ำทางเลือดดำที่เป็น Hypotonic จำกัดน้ำ ให้ 3% Saline ในรายที่มีอาการขาดโซเดียมรุนแรง (Na concentrate < 115 mmol/L)	
4. อุณหภูมิในร่างกายสูง (Hyperthermia)	Diazepam หรือ Clonazepam bolus	
	ประคบเย็นโดยใช้น้ำแข็งหรืออาบน้ำ	
	Neuromuscular blockade	
	5HT2 antagonist โดยรับประทานยา Cyproheptadine 12 mg.	
5. ภาวะกล้ามเนื้อลายสลาย (Rhabdomyolysis)	บันทึกสารน้ำเข้า-ออก	
	ทำให้ปัสสาวะเป็นด่างเพิ่มขึ้น	
6. ภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertension)	Diazepam หรือ Clonazepam bolus	
	Vasodiators : Glyceryl trinitrate 5 Ug/นาที และ titrate	
	Alpha-adrenegic antagonist : Prazosin 2-5 mg.	
	Phentolamine 5 mg Slow iv.	
7. หัวใจเต้นผิดจังหวะ (Dysrhythmias) หลีกเลี่ยงการให้ยากลุ่ม Beta-Blocker ที่ออกฤทธิ์ระยะยาว Sinus tachycardia	สังเกตอาการ และลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ให้ Benzodiazepines ถ้าสัมพันธ์กับอาการระบบประสาทส่วนกลางถูกกระตุ้น	
- หัวใจห้องบนเต้นผิดจังหวะ (Supraventricular tachycardia)	ให้การรักษาตาม Standard protocols	
- หัวใจห้องล่างเต้นผิดจังหวะ Ventricular Dysrhythmias	Adenosine 6 mg iv.bolus	
	Verapamil 5 mg iv.แต่ควรระวังภาวะความดันโลหิตต่ำ	
	Flecainide 2 mg/kg iv.	
	ทำ Electrical cardioversion	

อ้างอิง : *คำแนะนำการรักษาด้วยยา ผู้ป่วยสารเสพติด กลุ่มแอมเฟตามีนที่มีภาวะโรคจิต สำหรับแพทย์โรงพยาบาลจิตเวช*

ภาคผนวก ง

แบบฟอร์มบันทึกที่สำคัญ
สำหรับการส่งต่อ

แบบสำหรับส่งผู้ป่วยเข้ารับการตรวจหรือรักษาต่อ

เลขที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เบอร์โทร.....

จาก.....

ถึง.....

พร้อมหนังสือนี้ ขอส่งผู้ป่วยชื่อ.....เพศ.....

อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

สถานที่ใกล้เคียง คือ.....จังหวัด.....

☐ รับไว้รักษาต่อเนื่อง ☐ ตรวจชันสูตร ☐ คุมสังเกต ☐ ขอทราบผล

1. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต และประวัติครอบครัว.....

.....

2. ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน.....

.....

3. ผลการตรวจชันสูตรทางห้องทดลองที่สำคัญ.....

.....

4. การวินิจฉัยโรคขั้นต้น.....

.....

5. การรักษาพยาบาลที่ได้ให้ไว้แล้ว.....

.....

6. สาเหตุที่ส่ง.....

.....

7. รายละเอียดอื่น ๆ.....

.....

ถ้าเป็นโรคติดต่อ ☐ แจ้งความแล้ว ☐ ยังไม่ได้แจ้ง

ลงชื่อ.....

วันที่...../...../.....

แบบประเมินภาวะทางกายก่อนส่งต่อ

ชื่อผู้ป่วย.....ส่งมาจาก รพ. .....

( ) ผู้ป่วยใหม่ ( ) ผู้ป่วยจิตเวชเก่าที่.....

ประวัติที่ควรสงสัยภาวะอันตรายทางกาย (ให้ทำเครื่องหมาย X ในวงเล็บ หากมีโปรดระบุรายละเอียดด้านล่าง)

( ) ไม่มี ( ) มีได้รับอุบัติเหตุที่รุนแรงโดยเฉพาะอุบัติเหตุที่ศีรษะ

( ) ไม่มี ( ) มีทำร้ายตัวเอง เช่น แขวนคอ กระโดดจากที่สูง จมน้ำ

( ) ไม่มี ( ) มีกินยาเกินขนาด หรือกินสารพิษ

( ) ไม่มี ( ) มีถูกผู้อื่นทำร้ายด้วยวิธีทีรุนแรง

( ) ไม่มี ( ) มีอาการทางระบบประสาท เช่น ปวดศีรษะ อาเจียน เห็นภาพซ้อน ช้า แขนขาอ่อนแรง เซ ปัสสาวะ/อุจจาระราด

( ) ไม่มี ( ) มีอาการของระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น เจ็บหน้าอก หอบเหนื่อย

( ) ไม่มี ( ) มีอาการของระบบการหายใจ เช่น หายใจลาบาก หายใจมีเสียงวี้ด ไอเป็นเลือด

( ) ไม่มี ( ) มีอาการของระบบทางเดินอาหาร เช่น ปวดท้องมาก อาเจียน กินไม่ได้อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายเป็นเลือดถ่ายดำ

( ) ไม่มี ( ) มีอาการของภาวะติดเชอ เช่น มีไข้หนาวสนรายละเอีย

การตรวจร่างกาย (หากผิดปกติ โปรดระบุรายระเอียด)

1. ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ - Vital signs: BP, T, RR, PR.....
2. ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ - General Appearance.....
3. ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ - HEENT.....
4. ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ - Heart.....
5. ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ - Lungs.....
6. ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ - Abdomen.....
7. ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ - Extremities.....
8. ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ - บาดแผลภายนอกทีตรวจพบ.....

การตรวจทางระบบประสาท (หากผิดปกติ โปรดระบุรายละเอียด)

1. ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ - Consciousness.....
2. ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ - Orientation to time, place, person.....
3. ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ - Pupil /Nystagmus.....
4. ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ - Motor power.....
5. ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ - Gait.....
6. ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ - Meningeal sign.....

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทีสำคัญ (หากผิดปกติ โปรดระบุรายละเอียด)

1. ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ - BUN.....
2. ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ - Creatinine.....
3. ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ - CBC.....
4. ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ - Electrolyte.....
5. ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ - Random blood glucose.....
6. ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ ( ) ไม่สามารถตรวจได้- Liver function test.....
7. ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ - ผลตรวจอื่นๆ ที่พิจารณาร่วมกับประวัติการตรวจร่างกาย แล้วบ่งชี้ว่ามีภาวะอันตรายทางกาย.....

แพทย์/ผู้ประเมิน.....

หากพบประวัติการตรวจร่างกาย หรือผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่น่าสงสัยว่าอาจมีภาวะอันตรายทางกาย

โปรดให้แพทย์ทางกายทำการตรวจรักษาโรคทางกายให้ปลอดภัยก่อนส่งผู้ป่วยมารักษาทางจิตเวช

แบบรับแจ้งขอ Refer ผู้ป่วย
โรงพยาบาล.....

วันที่รับแจ้ง.....เวลา.....หน่วยงานที่ขอ Refer.....

ชื่อ-นามสกุล ผู้ป่วย.....อายุ.....ปี

ID ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **วันที่ admit**.....

โรค.....

อาการสำคัญที่มา รพ. .....

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต.....

.....

อาการปัจจุบัน.....

.....

.....

เหตุผลที่ขอ Refer

☐ ญาติต้องการ ☐ เกินศักยภาพ ☐ สิทธิต้นสังกัด ☐ สิทธิแรงงานต่างด้าว รพ. .....

☐ สิทธิประกันสังคม รพ. ..... ☐ สิทธิประกันสุขภาพ รพ. .....

☐ ปัญหาค่ารักษา ☐ กองทุนทดแทน ☐ พรบ.รถยนต์ ☐ อื่นๆ .....

ชื่อผู้ติดต่อ..... เบอร์โทรศัพท์..... เบอร์ Fax.....

ประเภทผู้ป่วย ☐ Emergency ☐ Urgent ☐ Non urgent

แพทย์ผู้รับปรึกษา 1. ..... 2. ..... 3. .....

ผลการ Refer ☐ ไม่รับ เพราะ.....

☐ รอจองเตียงที่.....

☐ รับ/ส่งผู้ป่วยที่.....

☐ อื่นๆ.....

หมายเหตุ.....

.....

ผู้ประสานงาน..... (ศูนย์รับ-ส่งต่อผู้ป่วย) ผู้รับเรื่องของ ER/OPD/IPD.....

บันทึกการติดตาม.....

.....

.....

แบบรายงานผลการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น (แบบ ตจ.1)

วันที่..... เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อสถานพยาบาลหรือสถานบำบัดรักษา.....

ชื่อผู้รับการตรวจ นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

อายุ.....ปี เลขที่คนไข้ทั่วไป (Hospital number).....

แพทย์ได้ตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....

แหล่งที่มาของข้อมูล (เช่น หนังสือนำส่งจากเจ้าหน้าที่ตำรวจ)

.....

.....

ปัญหาอันเป็นเหตุให้นำตัวมาพบแพทย์

.....

.....

ประวัติความเจ็บป่วย (ถ้ามี)

.....

.....

การตรวจทางร่างกาย

.....

.....

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ถ้ามี)

.....

.....

การตรวจสภาพจิต

สภาพร่างกาย การแต่งกายและพฤติกรรมภายนอก (general appearance)

.....

.....

อารมณ์และความรู้สึกที่แสดงออก (mood and affect)

.....

.....

ลักษณะของคำพูด (pattern of speech)

.....

.....

การรับรู้และประสาทหลอน (perception and hallucination)

.....

.....

ความคิดหลงผิด (delusion)

.....

.....

ความคิดหวาดระแวงและพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อผู้อื่น (paranoid)

.....

.....

ความสามารถในการควบคุมตนเอง (impulsive control)

.....

.....

ความสามารถในการรับรู้กาลเวลา สถานที่ บุคคล (orientation)

.....

.....

ความคิด และพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย (attempted suicide)

.....

.....

อื่น ๆ .....

การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น.....

ความเห็นที่ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการโดยละเอียด

☐ มีภาวะอันตรายหรือมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา (โปรดระบุสิ่งที่ตรวจพบและเหตุผล)

☐ เห็นควรส่งต่อสถานบำบัดรักษา (ระบุชื่อหน่วยงาน)

☐ ไม่มีภาวะอันตรายและไม่มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา การบำบัดรักษาเบื้องต้น

.....

.....

หมายเหตุ

1. การประเมินอาการเบื้องต้น ดังกล่าวต้องไม่เกิน 48 ชั่วโมงนับแต่เวลาที่บุคคลนั้นมาถึงถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา
2. การประเมินอาการเบื้องต้นตามมาตรา 28 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ให้ลงนามเฉพาะแพทย์ผู้ตรวจ

ลงนาม.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

ลงนาม.....

(.....)

พยาบาลผู้ตรวจ

แบบสำหรับส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจหรือรักษาต่อ

รพ. .....

หน่วยงานที่ส่ง..... ส่งถึง.....
โทรศัพท์.....โทรสาร..... โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ชื่อ-สกุล ( ) นาย ( ) นาง ( ) น.ส. ( ) ด.ช. ( ) ด.ญ. .....อายุ.....ปี.....เดือน
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทร.....
<u>การวินิจฉัยโรคขั้นต้น</u>.....
<u>ประวัติ</u>.....
.....
.....
<u>อาการ</u>.....
.....
.....
<u>ผลการตรวจชันสูตรทางห้องทดลอง</u>.....
.....
.....
<u>การรักษาที่ให้ไว้แล้ว</u>.....
.....
.....
<u>ความต้องการในการส่งต่อครั้งนี้</u>.....
.....

<u>หมายเหตุ</u> ถ้าเป็นโรคติดต่อ ( ) แจ้งความแล้ว ( ) ยังไม่ได้แจ้งความ

จึงเรียนมาเพื่อทราบและกรุณาดำเนินการตามความเหมาะสมต่อไป

ชื่อผู้ส่ง.....
(.....)
วันที่.....

ตามที่ท่านได้ส่งผู้ป่วยมาเพื่อดำเนินการตามประสงค์นั้น ขอส่งรายละเอียดเพื่อทราบ ดังนี้

(1) ผลการชันสูตรที่สำคัญ.....
(2) การวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้าย.....
(3) การรักษา ที่ให้.....
(4) ขอให้ดำเนินการต่อ ดังนี้.....

ลงชื่อ.....
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

แบบบันทึกการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย

โรงพยาบาล.....

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

Dx .....HN.....สิทธิ.....

พยาบาลผู้ ☐ รับ ☐ ส่ง.....ประจำหน่วยงาน.....โทร.....

รับ-ส่ง ผู้ป่วยที่ รพ. .....ตึก/หอ.....อาคาร.....ชั้น.....

ออกรถวันที่.....เวลา.....ถึง รพ.ที่ ☐ รับ ☐ ส่ง เวลา.....กลับถึง รพ. เวลา.....

ประวัติการเจ็บป่วย.....

.....

.....

สภาพผู้ป่วยปัจจุบัน

ระดับความรู้สึกตัว ☐ รู้สึกตัวดี ☐ ไม่รู้สึกตัว ☐ อื่นๆ.....

Neuro sign E..... V..... M..... **pupil: RT**.....☐ + ☐ - **LT**.....☐ + ☐ - **Motor** ┼

บาดแผล ☐ ไม่มี ☐ มี (ลักษณะ/บริเวณ).....

respiration ☐ room air ☐ on TT. Tube ☐ on ET. Tube No.....ลึก.....

ออกซิเจน ☐ T-piece.....lit/min ☐ canula.....lit/min ☐ mask.....lit/min

☐ box.....lit/min ☐ Ventilator setting.....

อุปกรณ์อื่นๆ **ICD** ☐ yes ☐ no **F/C** ☐ yes ☐ no **NG** ☐ yes ☐ no อื่นๆ.....

ยาและสารน้ำที่ให้ในปัจจุบัน.....

อุปกรณ์ 1. เสื้อผ้า 2. Ventilator 3. Defibrilator 4. Bedside 5. Pulse Oximeter 6. BP digital 7. O_2 mobile 8. Suction 9. กล่องยา CPR 10. กระเป๋า airway 11. Crib/ตู้อบเด็ก 12. infusion pump (baxter - terumo) 12. อื่นๆ.....

เวลา	BP	P	R	GCS (E,V,M)	O_2 sat	Nurse note	ผู้บันทึก

มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นระหว่างเคลื่อนย้ายดังนี้

1. ไม่มี
2. เกิด cardiac arrest
3. cardiac failure
4. hypovolemic shock
5. cardiogenic shock
6. RE-MI
7. dislocation of ETT.
8. hypothermia (T<36.5)
9. hyperthermia (T37.5)
10. hypoglycemia
11. hyperglycemia
12. pulmonary edema
13. pneumothorax
14. Eclampsia
15. มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพที่วิกฤติ
16. มีการเปลี่ยนแปลงระดับกำลังกล้ามเนื้อ
17. มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึก
18. Coma score ลดลงจาก.....เป็น.....
19. คลอดระหว่างส่งต่อ วันที่.....เวลา.....
20. การมีเลือดออกซ้ำ (Re bleeding)
21. อื่นๆ.....

หมายเหตุ .....

ติดต่อ Case ไว้กับคุณ.....**ผู้ส่ง**.....**ผู้รับ**.....

แบบแจ้งผลการตรวจ การรักษาหรือส่งผู้ป่วยกลับ

เลขที่.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

จาก.....

ถึง.....

ตามที่ท่านได้ส่งผู้ป่วยชื่อ.....

อายุ.....ปี HN.....เลขบัตรประชาชน.....

มาเพื่อดำเนินการตามประสงค์นั้น ขอส่งรายละเอียดมาเพื่อทราบดังนี้

1. ผลการชันสูตร ที่สำคัญ

.....

.....

2. การวินิจฉัยขั้นสุดท้าย

.....

.....

3. การรักษา/การดำเนินการ

.....

.....

.....

.....

4. ขอให้ดำเนินการ ดังนี้

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....

ผู้ให้ข้อมูล

ขออนุญาตใช้รถพยาบาล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน (ผู้มีอำนาจสั่งใช้รถ).....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
ประจำหน่วยงาน ..... ขออนุญาตใช้รถพยาบาลประเภทรถ ☐ นอน ☐ นั่ง
ในวันที่.....เวลา.....น. เพื่อ ☐ รับ ☐ ส่ง ผู้ป่วยชื่อ.....
HN.....สิทธิ ☐ ประกันสังคม ☐ ประกันสุขภาพ ☐ ต้นสังกัด ☐ อื่นๆ .....
อุปกรณ์ที่ใช้ 1. เสื้อผ้า 2. Ventilator 3. Defibrilator 4. Bedside 5. Pulse Oximeter 6. BP digital 7. O_2 mobile 8. Suction 9. กล่องยา CPR 10. กระเป๋า airway 11. Crib/ตู้อบเด็ก 12. infusion pump (baxter - terumo) 12. อื่นๆ.....

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต
...../...../.....

(ลงนามผู้มีอำนาจสั่งใช้รถ).....
...../...../.....

บันทึกการใช้รถ

รถหมายเลขทะเบียน..... **พนักงานขับรถชื่อ**.....
<u>ออกเดินทาง</u> วันที่..... **เวลา**.....
ระยะ กม./ไมล์ เมื่อรถออกเดินทาง.....
<u>กลับถึงโรงพยาบาล</u> วันที่..... **เวลา**.....
ระยะ กม./ไมล์ เมื่อรถกลับถึงโรงพยาบาล.....
รวมระยะทาง.....
<u>หมายเหตุ</u>.....

ภาคผนวก จ

แบบประเมิน/คัดกรองที่เกี่ยวข้อง

แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2

แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2

ชื่อ-สกุล.....อายุ ☐☐ ปี เลขประจำตัวประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....ซอย/ถนน.....หมู่บ้าน/ชุมชน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ภูมิลำเนาเดิม (จังหวัด).....อาชีพ.....

ยาและสารเสพติดหลักที่ใช้<u>ใน 3 เดือนที่ผ่านมา</u> (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) วันที่คัดกรอง.....**สถานที่คัดกรอง**.....

☐ ยาบ้า ☐ ไอซ์ ☐ ยาอี ☐ กัญชา ☐ กระท่อม ☐ สาระเหย ☐ เฮโรอีน ☐ ฝิ่น ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

ยาและสารเสพติดหลักที่ใช้และคัดกรองครั้งนี้ คือ..... ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	**ไม่เคย**	**เพียง 1-2 ครั้ง**	**เดือนละ 1-3 ครั้ง**	**สัปดาห์ละ 1-4 ครั้ง**	**เกือบทุกวัน (สัปดาห์ละ 5-7 วัน)**
1. คุณใช้.....บ่อยเพียงใด	0	2	3	4	6
2. คุณมีความต้องการ หรือมีความรู้สึกอยากใช้.....จนทนไม่ได้บ่อยเพียงใด	0	3	4	5	6
3. การใช้.....ทำให้คุณเกิดปัญหาสุขภาพ ครอบครัว สังคมกฎหมาย หรือการเงินบ่อยเพียงใด	0	4	5	6	7
4. การใช้.....ทำให้คุณสามารถรับผิดชอบหรือทำกิจกรรมที่คุณเคยทำตามปกติได้บ่อยเพียงใด	0	5	6	7	8

ในช่วงเวลาที่ผ่านมา	**ไม่เคย**	**เคยแต่ก่อน 3 เดือนที่ผ่านมา**	**เคยในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา**
5. ญาติ เพื่อน หรือคนที่รู้จักเคยว่ากล่าวตักเตือน วิพากษ์วิจารณ์ จับผิด หรือแสดงท่าทีสงสัยว่าคุณเกี่ยวข้องกับการใช้.....หรือไม่	0	3	6
6. คุณเคยลด หรือหยุดใช้.....แต่ไม่ประสบผลสำเร็จ หรือไม่	0	3	6
รวมคะแนน	.....		

ระดับคะแนน	**ระดับผลกระทบจากการใช้**	**คัดกรองใช้ร่วมหรือโรคอื่นๆ ที่สำคัญ**
2-3	ต่ำ*	● การคัดกรองโรคที่ต้องรับยาต่อเนื่อง เช่น ลมชัก เบาหวาน หัวใจ ความดัน ● การคัดกรองโรคติดต่อในระยะติดต่อ เช่น วัณโรค สุกใส งูสวัด ● การคัดกรองการเจ็บป่วยทางจิตใจ - โรคซึมเศร้า (2Q, 9Q) - ความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8Q) - โรคจิต (แบบคัดกรองโรคจิต) ● การคัดกรองความเสี่ยงการเกิดภาวะถอนพิษยารุนแรง - ใช้ยาเสพติดประเภทเฮโรอีนในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา - ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา - ใช้ยานอนหลับเป็นประจำในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา
4-26	ปานกลาง**	
27*	สูง***	
คุณเคยใช้สารเสพติดชนิดฉีดหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย		**ข้อแนะนำ**
ถ้า**เคย**, ภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา คุณใช้บ่อยเพียงใด ☐ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือน้อยกว่า 3 วันติดต่อกัน ☐ มากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือมากกว่า 3 วันติดต่อกัน		● ให้การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention) ● ให้บริการลดอันตรายจากการใช้ยา 10 ชุดบริการ ● ประเมินเพิ่มเติม วางแผนและให้การบำบัดรักษาแบบเข้มข้นรายบุคคล

หมายเหตุ *อนุมานว่าเป็นผู้ใช้ **อนุมานว่าเป็นผู้เสพ ***อนุมานว่าเป็นผู้ติด

ลงชื่อ.....**ผู้สัมภาษณ์**

(.....)

แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale :OAS)

คำแนะนำ: แบบประเมินชุดนี้ ใช้สำหรับการประเมินลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยต่อตนเอง หรือต่อผู้อื่นที่แสดงออกมาทั้งคำพูดและการกระทำหรือต่อทรัพย์สิน โดยให้พยาบาลทำการประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออกขณะปัจจุบันตามรายการที่ระบุไว้ในแบบประเมินและให้คะแนนตามระดับที่ประเมินได้

ลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง	พฤติกรรม/ระดับความก้าวร้าวรุนแรง		
	3. ฉุกเฉิน (Emergency) OAS = 3 คะแนน	2. เร่งด่วน (Urgency) OAS = 2 คะแนน	1. กึ่งเร่งด่วน (Semi-urgency) OAS = 1 คะแนน
1. พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเอง	ทำร้ายตนเองรุนแรง เช่น มีรอยช้ำมีรอยกรีดลึก เลือดออก หรือมีการบาดเจ็บของอวัยวะภายใน หรือหมดสติ ฯลฯ	ขีดข่วนผิวหนัง ตีตนเอง ดึงผม โขกศีรษะ กรีดตัวเองเป็นรอยขนาดเล็ก	
2. พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อผู้อื่นทั้งทางคำ พูดและการแสดงออก	พูดข่มขู่จะทำร้ายผู้อื่นชัดเจน เช่น ฉันจะฆ่าแก ฯลฯ ทำร้ายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บ เช่น ช้ำเคล็ด บวม เกิดบาดแผลกระดูกหัก หรือเกิดการบาดเจ็บของอวัยวะภายใน หรือหมดสติฯลฯ	ด่าคำ หยาบคายใช้คำรุนแรง แสดงท่าทางคุกคาม เช่น ถลกเสื้อผ้า ทำท่าต่อยลมหรือกระชากคอเสื้อผู้อื่นพุ่งชน เตะ ผลัก หรือดึงผมผู้อื่นแต่ไม่ได้รับบาดเจ็บ	หงุดหงิด ส่งเสียงดัง ตะโกนด้วยความโกรธ หรือตะโกนด่าผู้อื่นด้วยถ้อยคำไม่รุนแรง
3. พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อทรัพย์สิน	ทำสิ่งของแตกหัก กระจัดกระจาย เช่น ทุบกระจก ขว้างแก้ว จาน มีดหรือสิ่งของที่เป็นอันตรายหรือจุดไฟเผา ฯลฯ	ขว้างปา เตะ ทุบวัตถุหรือสิ่งของ	ปิดประตูเสียงดัง รื้อข้าวของกระจัดกระจาย

การแปลผลคะแนน :

การตัดสินระดับความก้าวร้าวรุนแรงจะพิจารณาใช้คะแนนสูงสุดตามที่ประเมินได้ตามลักษณะพฤติกรรมเพียงคำเดียวเท่านั้น และคะแนนระดับความรุนแรงที่ประเมินได้มีความหมายดังนี้

กึ่งเร่งด่วน (Semi-Urgency) หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ยังสามารถรับฟังคำ เตือนแล้วสงบลงได้ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มปานกลาง (moderate) ต้องจัดการภายใน 24 ชั่วโมง

เร่งด่วน (Urgency) หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เริ่มควบคุมตนเองไม่ได้มีท่าทีที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มหนัก ต้องจัดการภายใน 2 ชั่วโมง

ฉุกเฉิน (Emergency) หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้จนเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น หรือทรัพย์สิน ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มหนักมาก ต้องจัดการทันที

อ้างอิง : *คู่มือแบบประเมินคัดกรองโรคจิตและปัญหาสุขภาพจิต.โรงพยาบาลสวนสราญรมณ์, 2561*

แบบคัดกรองโรคจิต

พบเห็น	จากการสัมภาษณ์ญาติ	
	ไม่มี (0)	มี (1)
1. พูดเพ้อเจ้อ		
2. แต่งกายที่มีลักษณะแปลกไม่เหมาะสม		
3. ก้าวร้าว วุ่นวาย ทำร้ายผู้อื่น		
4. แยกตัวออกจากสังคม ไม่สุงสิงกับใคร		
5. หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล		
6. คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษมากกว่าคนอื่น		
7. หูแว่วหรือเห็นภาพหลอน		
8. มีพฤติกรรมอื่นๆที่ผิดจากคนทั่วไป		
คะแนนรวม		
อาการที่พบเห็น	**จากการสัมภาษณ์คนไข้**	
	ไม่มี (0)	**มี (1)**
1. หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล		
2. คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา		
3. หูแว่วหรือเห็นภาพหลอน		
คะแนนรวม		
คะแนนรวมทั้งหมด 1-11		

โดยได้คะแนน 1 คะแนนขึ้นไปให้สงสัยว่าเป็นโรคจิต ควรแนะนำให้ไปรับบริการ ณ โรงพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อเป็นการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก

อ้างอิง : *คู่มือแบบประเมินคัดกรองโรคจิตและปัญหาสุขภาพจิต.โรงพยาบาลสวนสราญรมณ์, 2561*

แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)

คำชี้แจง: ให้วงกลมรอบระดับคะแนน ตามระดับความรุนแรงของแต่ละอาการ

ไม่มีอาการ	= 1 คะแนน	มีอาการค่อนข้างรุนแรง	= 5 คะแนน
มีอาการขั้นต่ำสุด	= 2 คะแนน	มีอาการรุนแรง	= 6 คะแนน
มีอาการเล็กน้อย	= 3 คะแนน	มีอาการรุนแรงมาก	= 7 คะแนน
มีอาการปานกลาง	= 4 คะแนน		

เนื้อหาความคิดที่แสดงออกระหว่างการสัมภาษณ์	ระดับคะแนน						
1. ความกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย (Somatic concern)	1	2	3	4	5	6	7
2. อาการวิตกกังวล (Anxiety)	1	2	3	4	5	6	7
3. ความรู้สึกผิด (Guilt feeling)	1	2	3	4	5	6	7
4. ความคิดว่าตนเองมีความสามารถเกินความจริง (Grandiosity)	1	2	3	4	5	6	7
5. อารมณ์ซึมเศร้า (Depressive mood)	1	2	3	4	5	6	7
6. ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (Hostility)	1	2	3	4	5	6	7
7. ความรู้สึกหวาดระแวง (Suspiciousness)	1	2	3	4	5	6	7
8. อาการประสาทหลอน (Hallucination)	1	2	3	4	5	6	7
9. เนื้อหาความคิดผิดปกติ (unusual thought content)	1	2	3	4	5	6	7
10. อาการไม่รู้เวลา สถานที่ บุคคล (Disorientation)	1	2	3	4	5	6	7
11. ความคิดสับสน (Conceptual disorientation)	1	2	3	4	5	6	7
12. การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotional withdrawal)	1	2	3	4	5	6	7
13. ความตึงเครียด (Tension)	1	2	3	4	5	6	7
14. ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Mannerism and posturing)	1	2	3	4	5	6	7
15. การเคลื่อนไหวเชื่องช้า (Motor retardation)	1	2	3	4	5	6	7
16. การไม่ร่วมมือ (Uncooperativeness)	1	2	3	4	5	6	7
17. การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect)	1	2	3	4	5	6	7
18. อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (Excitement)	1	2	3	4	5	6	7

ข้อ 1-10 ให้คะแนนตามที่ผู้ป่วยบอก ข้อ 11-18 ให้คะแนนจากการสังเกตผู้ป่วย

คะแนนรวม.....คะแนน

คะแนนรวมทั้งหมด 18-126 คะแนน

คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน มีอาการระดับน้อย

คะแนนมากกว่า 36 คะแนน มีอาการระดับมาก

อ้างอิง: *คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต, 2561*

แบบประเมินสุขภาพผู้ป่วย (HoNOS)

ชื่อ.....HN.....ตึก.....

หัวข้อการประเมิน	วันที่..... ผู้ประเมิน..... ระดับความรุนแรง.....			
ประเมินสุขภาพผู้ป่วย (Thai HoNOS)	1	2	3	4
1. ปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมที่มากเกินควร หรือจากพฤติกรรม ก้าวร้าว รบกวนผู้อื่น หรือวุ่นวาย (Violence)				
2. มีความคิด หรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย มีการทำร้ายตนเองที่ไม่ได้ เกิดจากอุบัติเหตุ (Suicide)				
3. ปัญหาดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติด				
4. ปัญหาด้านพุทธิปัญญาเกี่ยวกับความจำ การรู้เวลา สถานที่ บุคคลและความเข้าใจในเรื่องต่าง ๆ				
5. ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยหรือพิการทางร่างกาย				
6. ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับอาการประสาทหลอนและหลงผิด				
7. อารมณ์ซึมเศร้า (สูญเสียความมีคุณค่าในตัวเอง และความรู้สึกผิด ไม่ว่าจะถูกวินิจฉัยโรคอะไรก็ตาม)				
8. ปัญหาทางจิตและพฤติกรรมอื่นๆ				
9. ปัญหาในการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมในเชิงเกื้อหนุนกับผู้อื่น				
10. ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันการไร้ความสามารถ โดยรวม				

อ้างอิง : *คู่มือแบบประเมินคัดกรองโรคจิตและปัญหาสุขภาพจิต.โรงพยาบาลสวนสราญรมณ์, 2561*

แบบประเมินอาการทางจิตผู้ป่วยจิตเภท (Positive and Negative Syndrome Scale: PANSS)

ชื่อผู้ป่วยหรือ ID.....ผู้ประเมิน.....วันที่.....

○ P1. อาการหลงผิด
○ P2. ความคิดสับสน
○ P3. อาการประสาทหลอน
○ P4. อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย
○ P5. ความคิดว่าตนมีความสามารถเกินความเป็นจริง
○ P6. ความรู้สึกระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย
○ P7. ความรู้สึกไม่เป็นมิตร
○ N1. การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ
○ N2. การแยกตัวทางอารมณ์
○ N3. มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง
○ N4. อาการแยกตัวจากสังคม
○ N5. มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม
○ N6. การสนทนาไม่เกิดขึ้นเองอย่างเป็นธรรมชาติ และไม่ลื่นไหลอย่างต่อเนื่อง
○ N7. การคิดอย่างตายตัว
○ G1. ความกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย
○ G2. อาการวิตกกังวล
○ G3. ความรู้สึกผิด
○ G4. ความตึงเครียด
○ G5. ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ
○ G6. อาการซึมเศร้า
○ G7. การเคลื่อนไหวเชื่องช้า
○ G8. การไม่ร่วมมือ
○ G9. เนื้อหาความคิดผิดปกติ
○ G10. อาการไม่รู้เวลา สถานที่ และบุคคล
○ G11. อาการสมาธิและความสนใจเสีย
○ G12. การตัดสินใจและการหยั่งรู้ตนเองเสีย
○ G13. การไม่สามารถควบคุม ตัดสินใจ หรือริเริ่มสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง
○ G14. ความสามารถควบคุมแรงผลักดันไม่ดี
○ G15. ความคิดหมกมุ่น
○ G16. การหลีกเลี่ยงการเข้าสังคม
○ S1. ความรู้สึกโกรธ
○ S2. อดใจรอการตอนสนองความต้องการไม่ได้
○ S3. อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย

ระดับความรุนแรงของความผิดปกติทางจิต

1 = ไม่มีอาการ 2 = มีอาการขั้นต่ำสุด
3 = มีอาการเล็กน้อย 4 = มีอาการปานกลาง
5 = มีอาการค่อนข้างรุนแรง 6 = มีอาการรุนแรง
7 = มีอาการรุนแรงมาก

อ้างอิง : *คู่มือแบบประเมินคัดกรองโรคจิตและปัญหาสุขภาพจิต.โรงพยาบาลสวนสราญรมณ์, 2561*

แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT)

ชื่อ.....**เพศ** ☐ ชาย ☐ หญิง **อายุ**.....ปี

วันที่ประเมิน .....เลขที่.....

หมายเลขประจำตัวประชาชน ☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐

คำชี้แจง : คำถามแต่ละข้อต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์ดื่มสุราในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โดยสุรา หมายถึง เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิด ได้แก่ เบียร์ เหล้า สาโท กระแช่ วิสกี้ สปายไวน์ เป็นต้น ขอให้ตอบตามความเป็นจริง

ข้อคำถาม	0	1	2	3	4	คะแนน
1. คุณดื่มสุราบ่อยเพียงไร	ไม่เคยเลย	เดือนละครั้ง หรือน้อยกว่า	2-4 ครั้งต่อเดือน	2-3 ครั้ง ต่อสัปดาห์	4 ครั้งขึ้นไป ต่อสัปดาห์	
2. เลือกตอบเพียงข้อเดียว เวลาที่คุณดื่มสุรา โดยทั่วไปแล้วคุณดื่มประมาณเท่าไรต่อวัน หรือ	1-2 ดื่มมาตรฐาน	3-4 ดื่มมาตรฐาน	5-6 ดื่มมาตรฐาน	7-9 ดื่มมาตรฐาน	ตั้งแต่ 10 ดื่มมาตรฐาน ขึ้นไป	
ถ้าโดยทั่วไปดื่มเบียร์เช่น สิงห์ ไฮเนเกน ลีโอ เชียร์ ไทเกอร์ ช้าง ดื่มประมาณเท่าไร ต่อวัน หรือ	1-1.5 กระป๋อง/ 1/2-3/4 ขวด	2-3 กระป๋อง/ 1 -1.5 ขวด	3.5-4 กระป๋อง/ 2 ขวด	4.5-7 กระป๋อง/ 3 -4 ขวด	7 กระป๋อง/4 ขวดขึ้นไป	
ถ้าโดยทั่วไปดื่มเหล้า เช่น แม่โขง หงส์ทอง หงส์ ทิพย์ เหล้าขาว 40 ดีกรี ดื่มประมาณเท่าไรต่อวัน	2-3 ฝา	1/4 แบน	1/2 แบน	3/4 แบน	1 แบนขึ้นไป	
3. บ่อยครั้งเพียงไรที่คุณดื่มตั้งแต่ 6 ดื่มมาตรฐานขึ้นไป หรือเบียร์ 4 กระป๋องหรือ 2 ขวดใหญ่ขึ้นไป หรือเหล้าวิสกี้ 3 เป๊กขึ้นไป	ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน	
4. ในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว มีบ่อยเพียงไรที่คุณพบว่า คุณไม่สามารถหยุดดื่มได้ หากคุณได้เริ่มดื่มไปแล้ว	ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน	
5. ในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว มีบ่อยเพียงไรที่คุณไม่ได้ทำ สิ่งที่คุณควรจะทำตามปกติเพราะคุณมัวแต่ไปดื่ม สุราเสีย	ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน	
6. ในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว มีบ่อยเพียงไรที่คุณต้องรีบดื่มสุราทันทีในตอนเช้า เพื่อจะได้ดำเนินชีวิต ตามปกติหรือถอนอาการเมาค้างจากการดื่มหนัก ในคืนที่ผ่านมา	ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน	
7. ในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว มีบ่อยเพียงไรที่คุณรู้สึกไม่ดี โกรธหรือเสียใจ เนื่องจากคุณได้ทำบางสิ่งบางอย่างลงไปขณะที่คุณดื่มสุราเข้าไป	ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน	
8. ในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว มีบ่อยเพียงไรที่คุณไม่สามารถจำได้ว่าเกิดอะไรขึ้นในคืนที่ผ่านมา เพราะรู้ว่าคุณ ได้ดื่มสุราเข้าไป	ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน	
9. ตัวคุณเองหรือคนอื่น เคยได้รับบาดเจ็บซึ่งเป็นผล จากการดื่มสุราของคุณหรือไม่	ไม่เคยเลย		เคย แต่ไม่ได้ เกิดขึ้นในปีที่แล้ว		เคย เกิดขึ้นในช่วง 1 ปีที่แล้ว	
10. เคยมีแพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์หรือ เพื่อนฝูงหรือญาติพี่น้องแสดงความเป็นห่วงเป็นใย ต่อการดื่มสุราของคุณหรือไม่	ไม่เคยเลย		เคย แต่ไม่ได้ เกิดขึ้นในปีที่แล้ว เคย		เกิดขึ้นในช่วง 1 ปีที่แล้ว	
					คะแนนรวม	

อ้างอิง : *คู่มือ AUDIT แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา แนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2/2562*

บทเฉพาะกาล

"การส่งต่อผู้ป่วยวิกฤติสุขภาพจิต
และสารเสพติดในสถานการณ์การแพร่ระบาด
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)"

แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤติสุขภาพจิตและสารเสพติด ที่มีความเสี่ยงหรือติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เพิ่มความยากลำบาก โดยเฉพาะแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตและสารเสพติด ซึ่งการจัดการผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงและยุ่งยากซับซ้อน ประกอบกับต้องระมัดระวังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) การส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตและสารเสพติด แบ่งเป็น 2 รูปแบบ ตามความพร้อมของเขตสุขภาพ ดังนี้

1. การส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เขตสุขภาพบางแห่งมีโรงพยาบาลที่มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตและสารเสพติดได้ โดยการส่งต่อผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งพิจารณาตามผลตรวจ Real-time PCR 4 รูปแบบดังนี้

ซึ่งพิจารณาตามผลตรวจ Real-time PCR 4 รูปแบบดังนี้

1.1 กรณีผลตรวจลบ (Swab Negative)

1.2 กรณีไม่สามารถตรวจได้ (Can’t Swab)

1.3 กรณีอยู่ระหว่างรอผลตรวจ (Pending)

1.4 กรณีผลตรวจบวก (Swab Positive

1.1 กรณีผลตรวจลบ (Swab Negative)

กรณีตรวจไม่พบการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สามารถรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยจิตเวช โดยสามารถปรึกษาจิตแพทย์โรงพยาบาลปลายทาง เพื่อดูแลผู้ป่วยเป็นลักษณะของผู้ป่วยวิกฤตตามปกติ ซึ่งมีระยะเวลาการรักษาประมาณ 10-14 วัน หลังจากอาการดีขึ้น จะได้รับการจำหน่ายกลับสู่ชุมชน การส่งต่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตและสารเสพติด

1.2 กรณีไม่สามารถตรวจได้ (Can’t Swab)

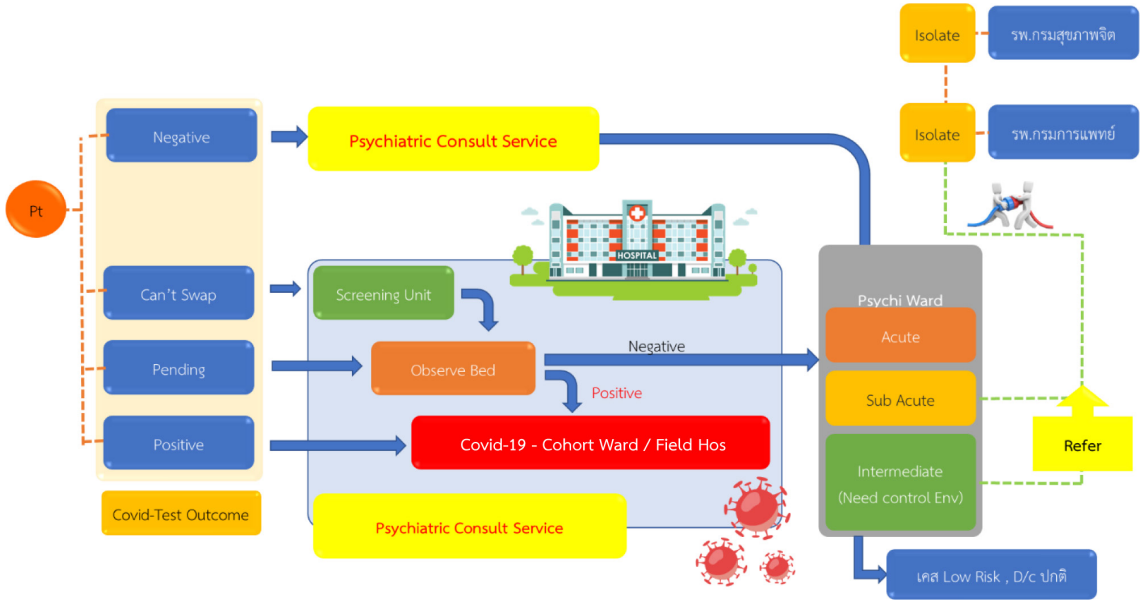
กรณีผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ หรือได้รับการตรวจเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) แล้ว ยังไม่ได้รับการยืนยันผลกลับ อาจมีความจำเป็นต้องส่งต่อโรงพยาบาลสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีพื้นที่รองรับ ซึ่งมีความพร้อมสำหรับการคัดกรองโดยมีจิตแพทย์ให้คำปรึกษาที่ห้องฉุกเฉิน มีระบบการให้คำปรึกษาในการเก็บสิ่งส่งตรวจและการใช้ยาช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการสงบ เช่น การให้ยาเพื่อเตรียมในการตรวจ Real-time PCR

1.3 กรณีอยู่ระหว่างรอผลตรวจ (Pending)

กรณีอยู่ระหว่างรอผลตรวจเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สามารถรับผู้ป่วยไว้ที่เตียงสังเกตอาการ หากผู้ป่วยตรวจไม่พบเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สามารถย้ายผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยจิตเวชได้ตามปกติ เมื่ออาการดีขึ้นสามารถวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยและตรวจสอบความพร้อมก่อนส่งผู้ป่วยกลับชุมชน

1.4 กรณีผลตรวจเป็นบวก (Swab Positive)

กรณีผู้ป่วยตรวจพบเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และมีอาการสัมพันธ์กับอาการทางจิตและสารเสพติด สามารถรับผู้ป่วยเข้ารักษาที่หอผู้ป่วย covid-19 หรือ cohort ward การดูแลในส่วน cohort ward ซึ่งมีแพทย์ระบบทางเดินหายใจเป็นผู้ให้การรักษา และมีจิตแพทย์ให้คำปรึกษาเพื่อพิจารณาการให้ยาควบคุมอาการในระหว่างกระบวนการรักษาทั้งโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์โดยมีบริการตลอด 24 ชั่วโมง



2. การส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตและสารเสพติด กรณีส่งระหว่างโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ไปยังโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์และกรมสุขภาพจิต

ซึ่งพิจารณาตามผลตรวจ Real-time PCR 3 รูปแบบดังนี้

2.1 กรณีผลตรวจลบ (Swab Negative)

2.2 กรณีผลตรวจบวก (Swab Positive)

2.3 กรณีไม่สามารถตรวจได้ (Can't Swab) หรือกรณีอยู่ระหว่างรอผลตรวจ (Pending)

2.1 กรณีผลตรวจลบ (Swab Negative)

กรณีตรวจไม่พบเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กระบวนการส่งต่อสามารถใช้ตามแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะปกติ ซึ่งโรงพยาบาลต้นทางสามารถปรึกษากับจิตแพทย์ผู้ให้คำปรึกษา เช่น จิตแพทย์ที่โรงพยาบาลทั่วไป จิตแพทย์ที่โรงพยาบาลศูนย์ เพื่อช่วยในการประสานการส่งต่อผู้ป่วยผ่านศูนย์ส่งต่อโรงพยาบาลปลายทาง

2.2 กรณีผลตรวจบวก (Swab Positive)

กรณีตรวจพบเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีความจำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการดูแลที่สูงกว่า โดยการส่งต่อผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำเป็นต้องประเมินระดับความรุนแรงอาการผู้ป่วย ซึ่งแบ่งแยกความรุนแรงเป็น 3 ระดับ ดังนี้

อาการผู้ป่วย COVID 19 แบ่งอาการ 3 ระดับ

ระดับที่ 1 สีเขียว ระดับที่ 2 สีเหลือง ระดับที่ 3 สีแดง

ระดับแรก (สีเขียว)

คือ อาการเบื้องต้นของผู้ป่วยที่เริ่มติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีอาการเหมือนเป็นไข้หวัดปกติหรือไม่มีอาการ

- ไข้ หรือวัดอุณหภูมิได้ตั้งแต่ 37.5 องศาขึ้นไป
- ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ ไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส ตาแดง ผื่น
- ถ่ายเหลว
- ไม่มีปอดอักเสบ
- ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรง/โรคร่วมสำคัญ

ระดับสอง (สีเหลือง)

คือ ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เริ่มจะมีอาการ มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรง หรือโรคร่วมที่สำคัญ

- แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก
- หายใจเร็ว หายใจเหนื่อย เวลาไอแล้วเหนื่อย
- อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ หน้ามืด วิงเวียน
- ปอดอักเสบ ถ่ายเหลวมากกว่า 3 ครั้ง/วัน

ระดับสาม (สีแดง)

คือ ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อาการหนัก

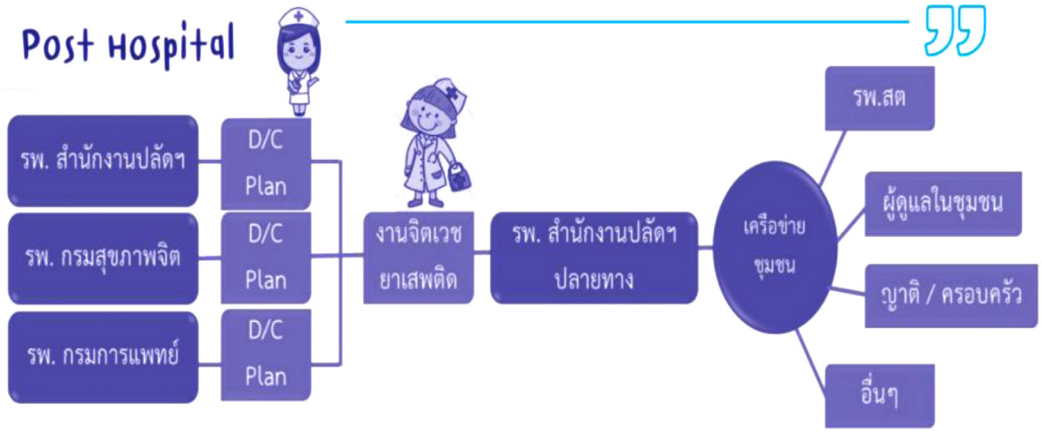
- หอบเหนื่อย พูดไม่เป็นประโยคขณะสนทนา
- แน่นหน้าอกตลอดเวลา หายใจแล้วเจ็บหน้าอก
- ซึม เรียกไม่รู้สึกตัว หรือตอบสนองช้า
- ปอดบวมที่มี Hypoxic หรือภาวะพร่องออกซิเจน

หากจำเป็นจะต้องส่งต่อผู้ป่วยระดับสีเขียว คือกลุ่มอาการปกติ ไปยังโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ หรือกรมสุขภาพจิต จำเป็นต้องประสานโรงพยาบาลปลายทางเพื่อประสานจิตแพทย์ผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งอาจเป็นจิตแพทย์ที่ดูแลในจังหวัดนั้น ให้เป็นผู้ช่วยในการประสานส่งต่อผู้ป่วยไปยังศูนย์ส่งต่อของโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์หรือกรมสุขภาพจิตปลายทาง เพื่อเตรียมการสำหรับการรับผู้ป่วยที่โรงพยาบาลปลายทาง

กรณีผู้ป่วยระดับสีเหลืองและสีแดง ควรส่งต่อผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีแพทย์ระบบทางเดินหายใจร่วมกับมีบริการให้คำปรึกษา โดยมีจิตแพทย์ผู้ให้คำแนะนำในการปรับยาเพื่อควบคุมอาการระหว่างการรักษา และในกรณีผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เกิดอาการเปลี่ยนแปลงหากผู้ป่วยรักษาอยู่ในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์หรือกรมสุขภาพจิต มีความจำเป็นต้องถูกส่งต่อกลับมาที่โรงพยาบาลสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยทั้งนี้โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์และกรมสุขภาพจิตมีแนวทางในการส่งต่อกลับไปยังโรงพยาบาลคู่สัญญา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทางกายที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย

2.3 กรณีไม่สามารถตรวจได้ (Can't Swab) หรือ กรณีอยู่ระหว่างรอผลตรวจ (Pending)

กรณีที่ไม่สามารถตรวจเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้หรือตรวจได้แต่อยู่ในระหว่างการรอผลตรวจ หากโรงพยาบาลต้นทาง ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมหรือความรุนแรงของผู้ป่วยหรือไม่สามารถรอที่โรงพยาบาลต้นทางได้จำเป็นต้องส่งต่อ ซึ่งแพทย์โรงพยาบาลต้นทางสามารถประสานขอคำปรึกษาจากจิตแพทย์ผู้ให้คำปรึกษาภายในเขตสุขภาพในการประสานการส่งต่อข้อมูลไปยังโรงพยาบาลปลายทาง เพื่อเตรียมความพร้อมในการส่งต่อ โดยประสานข้อมูลไปยังศูนย์ส่งต่อของโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์และกรมสุขภาพจิต ตามแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของพื้นที่ เพื่อเตรียมพื้นที่สำหรับสังเกตอาการ โดยสามารถส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาก่อนและส่งผลการตรวจตามไปภายหลัง ซึ่งในกรณีนี้ในระหว่างการส่งต่อควรมีมาตรการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อเป็นอย่างดี



กระบวนการจำหน่ายผู้ป่วย (Post Hospital) ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น โรงพยาบาลปลายทางวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน โดยประสานกลับมาที่โรงพยาบาลต้นทางเพื่อตรวจสอบความพร้อมก่อนส่งกลับ เช่น ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ญาติผู้ป่วยอยู่ในระหว่างกักกันตัว หรือครอบครัวขาดความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย

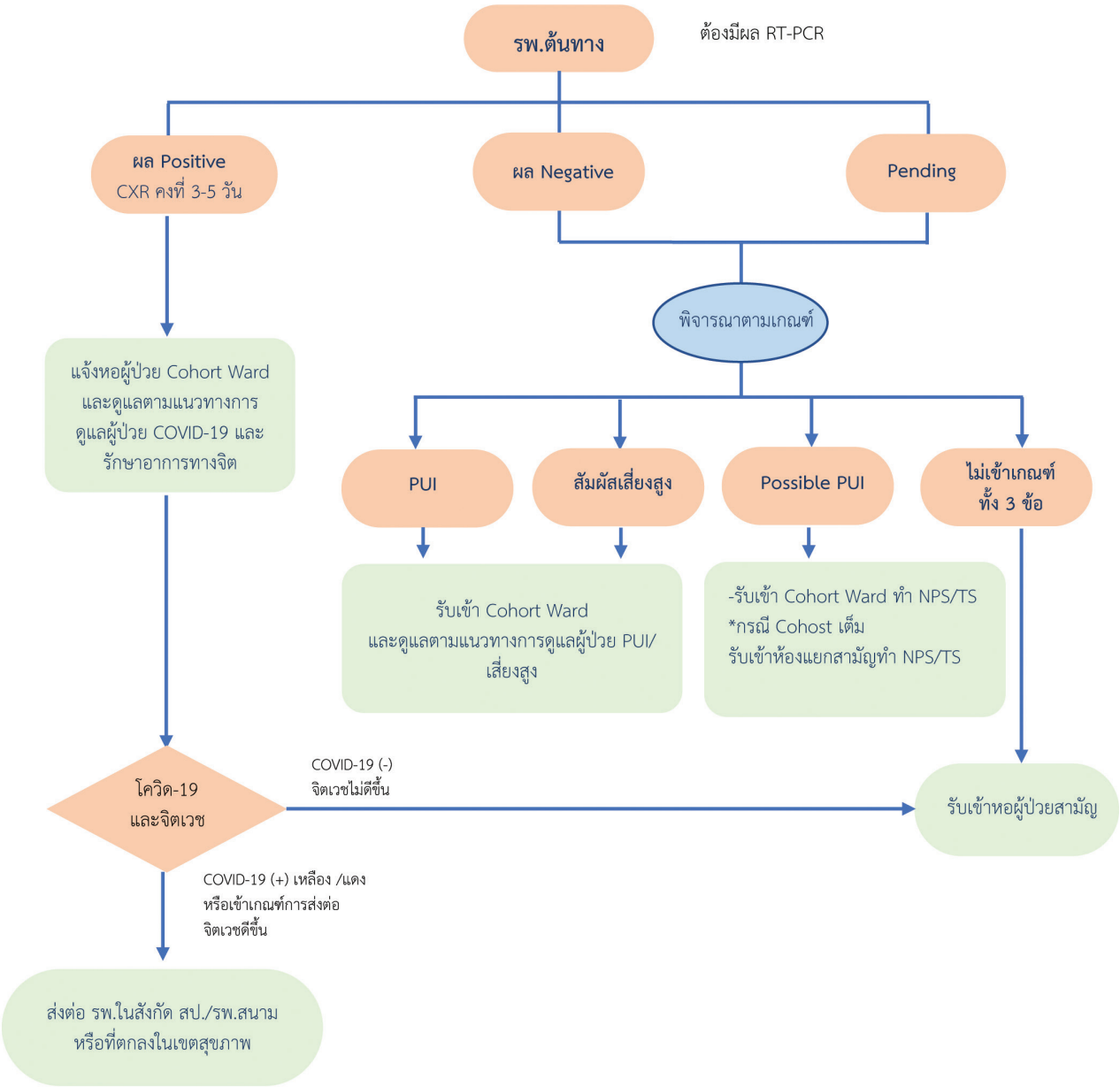
กรณีพบว่า มีความพร้อมสามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ตามปกติ โดยมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง

กรณีตรวจพบว่ายังไม่มีความพร้อม เช่น พื้นที่ที่ผู้ป่วยอาศัยมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือมีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพ อาจมีการส่งข้อมูลผู้ป่วยกลับ เพื่อยืดระยะเวลาในการรับการรักษา

ข้อสังเกต/สิ่งที่ต้องประเมินก่อนส่งผู้ป่วยกลับบ้าน

1. ประเมินความพร้อมของครอบครัว ญาติ คนใกล้ชิด ในการดูแลผู้ป่วยโรคทางจิตเวช
2. สถานการณ์ปัญหาการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) บริเวณที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลถูกกักตัวหรือไม่

ผังไหลที่ 14 (ร่าง) แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงหรือติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สถาบัน/โรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต



ที่มาจาก : *จากการถอดบทเรียนประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อยกระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดวิกฤติฉุกเฉิน (Acute Care) ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) กรมสุขภาพจิต และทางไกลผ่านระบบ Cisco WebEx Meetingsระหว่างวันที่ 20 – 21 กรกฎาคม 2564*

(ร่าง) แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงหรือติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สถาบัน/โรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต

สถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เพิ่มความยากลำบาก ในการรับผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัดรักษามากกว่าภาวะปกติ การจัดการผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยง ยุ่งยาก ซับซ้อน ที่ต้องเพิ่มความระมัดระวังในการให้บริการผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและเจ้าที่หน้าที่ผู้ให้บริการ ประกอบกับต้องระมัดระวังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มายังสถาบัน/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ดังนี้

โรงพยาบาลต้นทาง ที่มีความต้องการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงหรือติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต้องมีผลตรวจ Real-time PCR มาพร้อม พิจารณาตามผลตรวจ Real-time PCR 3 รูปแบบดังนี้

1. กรณีผลตรวจบวก (Swab Positive)
2. กรณีผลตรวจลบ (Swab Negative)
3. กรณีอยู่ระหว่างรอผลตรวจ (Pending)

1. กรณีผลตรวจบวก (Swab Positive)

กรณีผู้ป่วยผลตรวจเป็นผลบวก (Swab Positive) ผลตรวจรังสีปอด (X-Ray) คงที่ 3-5 วัน และมีอาการสัมพันธ์กับอาการทางจิต พิจารณารับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในสถาบัน/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต แจ้งหอผู้ป่วย Cohort Ward และดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย COVID-19 และรักษาอาการทางจิต

พิจารณาหากรักษาครบตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย COVID-19

1.1 อาการของ COVID-19 ดีขึ้น หรือผลตรวจ COVID-19 เป็นลบ แต่อาการทางจิตไม่ดีขึ้น พิจารณาส่งผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยสามัญ เพื่อรักษาอาการทางจิต

1.2 อาการของ COVID-19 เข้าเกณฑ์เหลือง/แดง หรือเข้าเกณฑ์การส่งต่อเกินศักยภาพ อาการทางจิตเวชดีขึ้น พิจารณาประสานส่งต่อ รพ.ในสังกัด สป./รพ.สนามหรือที่ตกลงในเขตสุขภาพ

2. กรณีผลตรวจลบ (Swab Negative) หรือ กรณีอยู่ระหว่างรอผลตรวจ (Pending)

กรณีผู้ป่วยผลตรวจเป็นผลลบ (Swab Negative) หรือ กรณีอยู่ระหว่างรอผลตรวจ (Pending) และมีอาการสัมพันธ์กับอาการทางจิต พิจารณาตามเกณฑ์ดังนี้

1. กรณีผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ PUI /สัมผัสเสี่ยงสูง พิจารณารับเข้า Cohort Ward และตรวจวิธี Real-time PCR ที่หอผู้ป่วย
2. กรณีผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ Possible PUI พิจารณารับเข้า Cohort Ward และตรวจวิธี Real-time PCR ที่หอผู้ป่วย
3. กรณีไม่เข้าเกณฑ์ข้อ 1 และข้อ 2 พิจารณาตรวจ Real-time PCR หรือ RAPID ANTIGEN TEST ที่ ER
   3.1 กรณีผลเป็นบวก พิจารณารับเข้า Cohort Ward
   3.2 กรณีผลเป็นลบ พิจารณารับรักษา (Admit) ที่โซนแรกรับของหอผู้ป่วยทั่วไป

เกณฑ์การรับรับส่งต่อ
สำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงอาการจิตรุนแรง และติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

คำจำกัดความ

ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงอาการจิตรุนแรง คือ

- ผู้ป่วยที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตายตลอดเวลา/ทำร้ายตนเองและผู้อื่น
- ผู้ป่วยได้รับการ Treat ด้วยยา จากโรงพยาบาลต้นทางด้วย Haloperidol 5 mg *3 dose IM ติดต่อกัน 1 วัน แล้วอาการไม่ดีขึ้น

1. เกณฑ์การรับ (Refer In) จากโรงพยาบาลเครือข่าย

1. ผู้ป่วย COVID-19 (Positive) ที่มีอายุ 15-60 ปี
2. ไม่มีอาการ (Asymptomatic) หรือมีอาการเล็กน้อย คือ

- BT > 35 °C และ/หรือ < 38 °C
- SBP ระหว่าง 90-160
- DBP ระหว่าง 60-100
- HR ระหว่าง 60-120
- RR ระหว่าง 14-20
- O_2 sat RA ≥ 97%
- เดินข้างเตียงแล้ว RA O_2 sat ลดลง ไม่น้อยกว่า 3% จากเดิม

3. ไม่มีโรคประจำโรคแทรกซ้อนทางกายที่คุมไม่ได้ เช่น เบาหวาน โรคหัวใจ โรคระบบประสาท แขนขาอ่อนแรง หน้าเบี้ยว โรคปอดเรื้อรัง โรคไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวเกิน 90 กิโลกรัม หรือ BMI > 30 mg/ม^2, Thyroid Disease Old CVA ใส่ Pacemaker เป็นต้น

4. มีภาพถ่ายรังสีทรวงอกคงที่ ในช่วงวันที่ 3-5
5. เกณฑ์แทรกซ้อนทางกาย

CBC	- WBC > 12,000 ร่วมกับมีไข้ หรือ WBC < 4,000 หรือ > 15,000 -Hct < 30% หรือ ต่ำ/สูง จาก Baseline เกิน 3% -Platelet < 100,000
Electrolyte	- Na < 130 หรือ > 150 - K < 2.5 หรือ 5.5
Creatinine	>1.5 หรือ GFR < 60
LFT ในผู้ป่วยที่ใช้ Alcohol	- AST > 400 หรือ ALT > 550 -total bilirubin > 7.5 หรือ Direct bilirubin > 1.5

6. ภายใน 48 ชั่วโมง Film ซ้ำ Infiltration ไม่เพิ่มขึ้น CxR (D3, D5 และ D7)

2. เกณฑ์การส่งต่อ (Refer Out) ไปยังโรงพยาบาลฝ่ายกาย

หากประเมินอาการผู้ป่วยแล้ว พบมีข้อใดข้อหนึ่งพิจารณาส่งต่อ

1. การตรวจร่างกาย
   - ปอดอักเสบ (Pneumonia)
   - Sudden CVA โดยมีอาการนอนหมดสติ ไม่รู้ตัว แขนขาอ่อนแรง หรือพูดไม่ได้ หรือหน้าเบี้ยวเมื่อยิ้ม หรือยิงฟัน
2. Vital Sign อย่างใดอย่างหนึ่ง
   - มีไข้ BT > 38 °C ห่างกันอย่างน้อย 4 ชั่วโมง (New onset of fever)
   - อัตราการหายใจ > 20 ครั้ง/นาที หรือหายใจ < 14 ครั้ง/นาที
   - O_2 sat RA < 96% หรือ O_2 sat ลดลง > 3% เพื่อ exercise
   - BP >160/100 mmHg หรือ BP Drop < 90/60 mmHg
3. ผลทางห้องปฏิบัติการ

   3.1 CBC
   - Hct : < 25% หรือ >54% เว้นแต่ baseline เดิมและต้องไม่มีอาการทางกาย
   - WBC : <4,000 หรือ > 12,000
   - Plt : < 100,000 และมีเลือดออก หรือ < 50,000

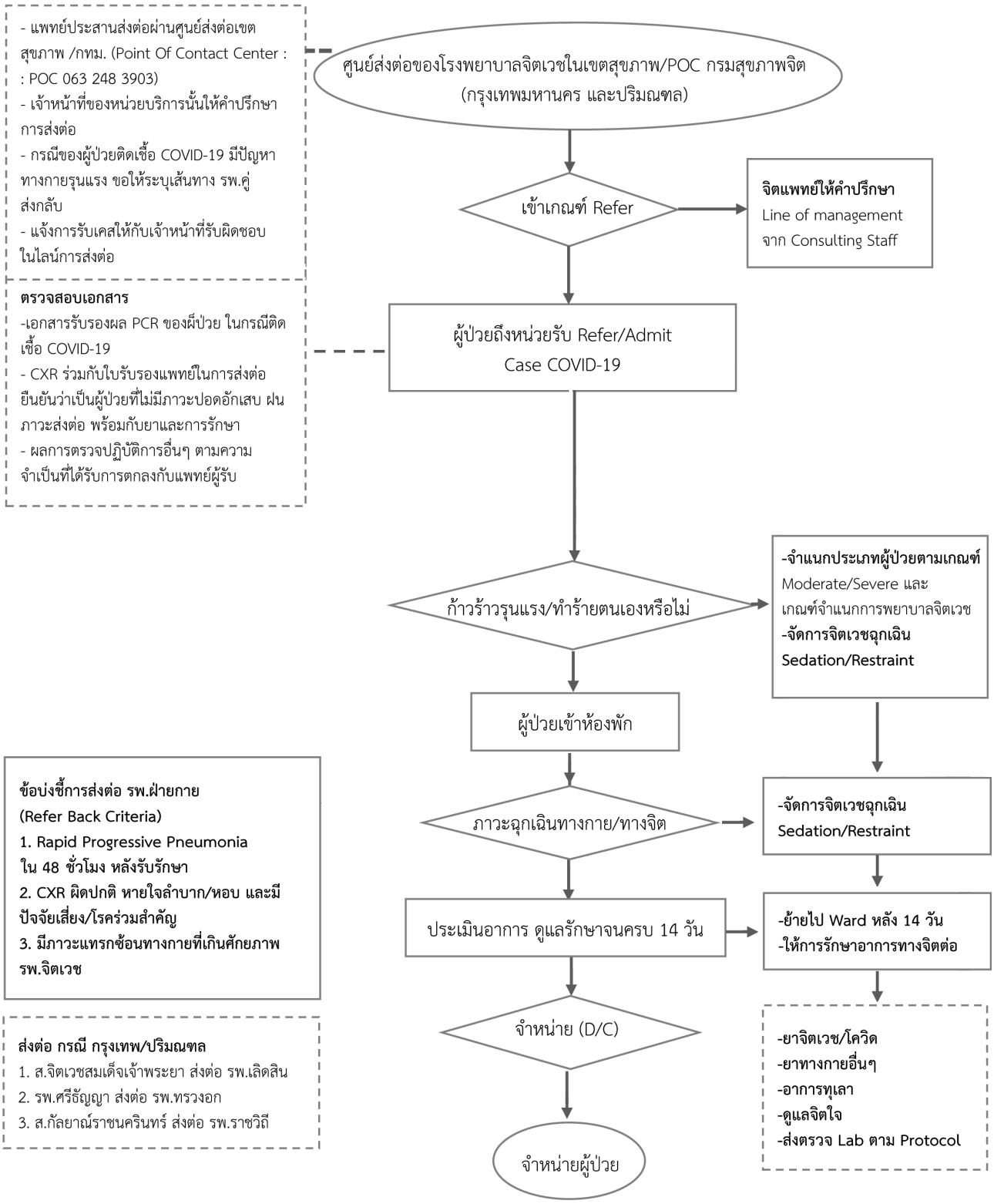
   3.2 Electrolyte
   - Na : < 120 หรือ < 130 แต่มีอาการแสดงของ Hyponatremia
   - Na : > 150
   - K : < 2.5 หรือ >5.0

   3.3 Cr : <2.0

   3.4 BS : <300

   3.5 LFT Bilirubin มากกว่าค่าปกติ/ Liver enzyme มากกว่า 3 เท่าของค่าปกติ

ผังไหลที่ 15 แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงหรือติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สถาบัน/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และปริมณฑล



ที่มา: *แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงหรือติดเชื้อโควิด*
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ และกรมสุขภาพจิต ปรับปรุงแก้ไข 17 มิถุนายน 2564

รายนามผู้ร่วมพัฒนา
แนวทาง/เกณฑ์การรับส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต จากการใช้สุรา/ยา/สารเสพติดโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต

ที่ปรึกษา

1. นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ ผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
2. นายแพทย์พฤทธิ์ ทองเพ็งจันทร์ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลท่าศาลา และช่วยราชการกองบริหารการสาธารณสุข
3. นางกฤษณา จันทร์ตรี ที่ปรึกษากองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

1. นางวีณา บุญแสง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
2. นางสาวพนิดา สีนาเวช นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
3. นางสาวศรีแพร หนูแก้ว นักวิชาการสถิติ
4. นางสาวกมลวรรณ จันทรโชติ นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
5 นางสาวอุษา เขตรเขื่อน นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

รายนามผู้ร่วมพัฒนาคู่มือ

การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติและเกณฑ์การรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดของสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวชสังกัด กรมสุขภาพจิต

ระหว่างวันที่ 17–19 สิงหาคม 2563 ณ กรมสุขภาพจิต และ โรงแรมไมด้า แกรนด์ ทวารวดี นครปฐม

โรงพยาบาลศรีธัญญา

1. นายสัมพันธ์ พัฒศร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
2. นางสาวชยาภรณ์ ผ่องแผ้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

1. นางจุฑาทิพย์ พลสวัสดิ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
2. นางณัฐปภัสร์ นาคะวิโรจน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก

1. นางสาวอรวรรณ สงเสมอ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
2. นางสาวอนงค์นุช จีระกมล พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

1. นางจารุนันท์ คำชมภู พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

1. นางศิริวรรณ ฤกษ์ธนะขจร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์

1. นายลวิญญ์วิชพงศ์ ภูมิจีน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
2. นายพรชัย ทุมมา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

1. นางเพ็ญพักตร์ ดารากร ณ อยุธยา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
2. นางสาวพิมพ์ชนา ศิริเหมอนันต์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์

1. นางสาวสุพิน ภูเพ็กซี่ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
2. นางวรรณา ขวัญเมือง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลสวนปรุง

1. นายก้องเกียรติ อุเต็น พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
2. นางวงเดือน สุนันตา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

1. นางฉวีรักษ์ ลีลา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
2. นายจิตภัณฑ์ กมลรัตน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

1. นางสมควร จุลอักษร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
2. นางสาวจิรารัตน์ นวนไหม นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ

โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์

1. นางปราณี จันทะโม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
2. นางสาวมณีวรรณ ศุภวรรณวิบูล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

1. นายกรกช ทาจินะ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
2. นายชาติชาย ทันศึก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

1. นางศิริภรณ์ ชัยศรี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
2. นางทัศนีย์ จันทร์สด พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์

1. นายวิรัช วัฒนา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อยกระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดวิกฤตฉุกเฉิน (Acute Care) ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) กรมสุขภาพจิต และทางไกลผ่านระบบ Web Conference

ระหว่างวันที่ 20 - 21 กรกฎาคม 2564 เวลา 08.30 - 16.30 น.

ณ ห้องประชุมศาสตราจารย์นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว ชั้น 1 อาคาร 1 กรมสุขภาพจิต

ผู้บริหารกรมสุขภาพจิต

1. นายแพทย์จุมภฏ พรมสีดา	รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
2. นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์	ผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

1. นางกฤษณา จันทร์ตรี	ที่ปรึกษากองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
2. นางธิดา จุลินทร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
3. นางวีณา บุญแสง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
4. นางสาวพนิดา สีนาเวช	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
5. นางสาวกมลวรรณ จันทรโชติ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
6. นางสาวอุษา เขตรเขื่อน	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
7. นางสาวศรีแพร หนูแก้ว	นักวิชาการสถิติ
8. นางธัญลักษณ์ แก้วเมือง	นักกิจกรรมบำบัดชำนาญการพิเศษ
9. นางสาวธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ
10. นางพัทธนันท์ สอนวงษ์	นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ
11. นางสาวณิชาภา รัตนจันทร์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
12. นางสาวภูษณิศา ชัยวิรัตน์นุกูล	นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ
13. นางสาวพรพิมล นาอ่อน	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
14. นางสาวเบญจภรณ์ ร้องบุญลือ	นักวิชาการสาธารณสุข

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองบริหารการสาธารณสุข

1. นายแพทย์พฤทธิ์ ทองเพ็งจันทร์	นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลท่าศาลา และช่วยราชการกองบริหารการสาธารณสุข

โรงพยาบาลศรีธัญญา

1. นายแพทย์จุมพล ตัณฑโอภาส	นายแพทย์ชำนาญการ
2. นายสัมพันธ์ พัฒศร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
3. นางสาวชยาภรณ์ ผ่องแผ้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
4. นายวงศพัทธ์ บุญสง่า	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

1. นายแพทย์กฤติน ศรีตังนันท์	นายแพทย์ปฏิบัติการ
2. นางจุฑาทิพย์ พลสวัสดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
3. นางณัฐปภัสร์ นาคะวิโรจน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
4. นายนรา หนูทองสุข	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก

1. นายแพทย์ทัศฐพร สุขสินธารานนท์ นายแพทย์ชำนาญการ
2. แพทย์หญิงมณีขวัญ รุจิโรจน์สุวรรณ นายแพทย์ชำนาญการ
3. นางวิภาภรณ์ เขม้นเขตการณ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
4. นางไพลิน ภูเฮืองแก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

1. นายอัครเดช กลิ่นพิบูลย์ พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ
2. นายนิมิต แก้วอาจ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
3. นางสาวผอูนรัตน์ นิลพันธุ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
4. นางจารุนันท์ คำชมภู พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
5. นางอรุณ เวชพิชญธร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์

1. นายพรชัย ทุมมา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

1. นายแพทย์พงศกร เล็งดี นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
2. แพทย์หญิงจันทกานต์ อยู่เย็น นายแพทย์ชำนาญการ
3. นายแพทย์ณัฐปกรณ์ โพธิ์ทอง นายแพทย์ชำนาญการ
4. นางลูกจันทร์ วิทยถารวรวงศ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
5. นางเสาวภา เจริญธนะจินดา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
6. นางรื่นฤดี ลิ้มฉาย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์

1. นางสาวสุพิน ภูเพ็กซี่ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
2. นางวรรณา ขวัญเมือง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
3. นางสาวนฤมล ศรีอักษร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลสวนปรุง

1. นายแพทย์อภิชาติ ดำรงไชย นายแพทย์เชี่ยวชาญ
2. นายประดิษฐ์ ชัยชนะ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
3. นายก้องเกียรติ อุเต็น พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
4. นายบดินทร์เดช แก้วสุวรรณ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
5. นางพัทธยา สอาดอาวุธ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
6. นางสาววิมลวรรณ คำลือ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

1. นายแพทย์สิปณัฐ ศิลาเกษ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
2. นางฉวีรักษ์ ลีลา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
3. นายจิตภัณฑ์ กมลรัตน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
4. นางสาววิไลพร วงษ์จำปา นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ

5. นางชญาดา กลิ่นพิบูลย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
6. นางนาฎลดา นำภา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
7. นางสาวศิรินุช อนุพันธ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
8. นางทุลภา จันทร์ทรง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
9. นางสาวดวงสุดา วัฒนาไชย เภสัชกรชำนาญการ
10. นางสาวเยาวรินทร์ อ้วนเฝือ นักจิตคลินิกปฏิบัติการ

โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

1. แพทย์หญิงสรสพร จูวงษ์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
2. นางวันทนา ทิพย์มณเฑียร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
3. นางสมควร จุลอักษร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์

1. นายแพทย์วรท ลำไย นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
2. นางปราณี จันทะโม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
3. นายวรสันต์ แผ่นพรหม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
4. นางสาวมัทยาภรณ์ จันทศร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
5. นางวารุณี สุวรรณมาโจ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
6. นางอัญชลี ตักโพธิ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

1. นายแพทย์พูนพัฒน์ กมลวุฒิพงศ์ นายแพทย์ชำนาญการ
2. แพทย์หญิงจุฬาลักษณ์ ตรีสุวรรณวัฒน์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
3. นางสาวสำราญ บุญรักษา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
4. นางดวงจันทร์ บัวคลี่ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
5. นางวยุณี ช้างมิ่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
6. นายชาติชาย ทันศึก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
7. นางสาวพรรณยุพา เจ็งไพจิตร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

1. แพทย์หญิงกรองกาณจน์ แก้วชัง นายแพทย์ชำนาญการ
2. นางศิริภรณ์ ชัยศรี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
3. นางทัศนีย์ จันทร์สด พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
4. นางบุษกร วรากรอมรเดช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
5. นายมานะศักดิ์ เหลื่อมทองหลาง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์

1. นายแพทย์ณัชพล เต็มพรเลิศ นายแพทย์ชำนาญการ
2. นายณรงค์ ตั้งวงศ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
3. นายชัยศักดิ์ ศรีภูมิ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
4. นางฉลองรัตน์ ศรีพรหม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

บรรณานุกรม

กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.แนวทางการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด (ฉบับทดลองใช้).พิมพ์ครั้งที่ 1.[นนทบุรี]:บริษัท พรอสเพอรัสพลัส จำกัด; 2562

กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (Acute Care) สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข (ระดับ A, S, M1 และ M2) ฉบับทดลองใช้.พิมพ์ครั้งที่ 2.[นนทบุรี]; 2563

กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. แนวทางการจัดบริการเพื่อรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของสถาบันโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต.พิมพ์ครั้งที่ 1.[นนทบุรี]: บริษัท พรอสเพอรัสพลัส จำกัด; 2563

กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการปฏิบัติงาน Standard Operation Procedures (SOPs) ยาเสพติด.พิมพ์ครั้งที่ 1.[นนทบุรี]:บริษัท บอร์น ทู บี พับลิชชิ่ง จำกัด; 2562

กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.คู่มือแนวทางการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1.[นนทบุรี]: บริษัท บอร์น ทู บี พับลิชชิ่ง จำกัด ; 2562

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงาน(Standard Operating Procedure: SOP) กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.พิมพ์ครั้งที่ 1.[นนทบุรี]: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน; 2562

กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. คู่มือแบบประเมินคัดกรองโรคจิตและปัญหาสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 1.[กรุงเทพฯ]; 2563

คณะกรรมการและคณะทำงานจัดทำคู่มือปฏิบัติงานระบบการส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์. คู่มือการปฏิบัติงานกระบวนการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย. พิมพ์ครั้งที่ 1.[กรุงเทพฯ]; 2561

ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กรมสุขภาพจิต.แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง. พิมพ์ครั้งที่ 3.[กรุงเทพฯ]: บริษัท บียอนด์ พับลิสชิ่ง จำกัด; 2561

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข.เรื่องมาตรฐานการบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินของสถานพยาบาล; 2557

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 8. เรื่องมาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วย; 2545

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ(สพฉ.). แนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อและบูรณาการในพื้นที่. พิมพ์ครั้งที่ 1.[นนทบุรี]; 2563

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ(สพฉ.) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และกรมสุขภาพจิต.คู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อและบูรณาการในพื้นนที่.พิมพ์ครั้งที่ 1.[นนทบุรี]; 2563

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ(สพฉ.). การปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล (Interfacility Patient Transfer).พิมพ์ครั้งที่ 1.[นนทบุรี]:บริษัท อัลทิเมท พริ้นติ้ง จำกัด; 2557

กรมสุขภาพจิต
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

คู่มือแนวทาง/เกณฑ์การรับส่งต่อผู้ป่วย ที่มีอาการทางจิตจากการใช้สุรา/ยา/สารเสพติด ในสถาบัน/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต

www.mhso.dmh.go.th
https://m.facebook.com/mhso.dmh/
0 2590 8047
กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตยาและสารเสพติด
กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต