84 ปี กรมการแพทย์
"ยกระดับเทคโนโลยีการแพทย์ขั้นสูง สู่บริการที่เท่าเทียม"

แนวทางและมาตรฐาน การดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน HOME WARD

ฉบับที่ 3

กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข

84 ปี กรมการแพทย์
"ยกระดับเทคโนโลยีการแพทย์ขั้นสูง สู่บริการที่เท่าเทียม"

แนวทางและมาตรฐาน การดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน HOME WARD

ฉบับที่ 3

กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข

แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) ฉบับที่ 3

ที่ปรึกษา

นายแพทย์ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์	อธิบดีกรมการแพทย์
นายแพทย์สกานต์ บุนนาค	รองอธิบดีกรมการแพทย์

กองบรรณาธิการ

แพทย์หญิงปิยะธิดา หาญสมบูรณ์	ผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์
นางสาววิชยาภา เอี่ยมสว่าง	กองวิชาการแพทย์
นางสาวดาราพิมพ์ จันทร์เกิด	กองวิชาการแพทย์

ฉบับที่ 1: **มิถุนายน 2569**

จัดทำโดย: **กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข**
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

คำนำ

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายมุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีความครอบคลุม มีคุณภาพ และยืดหยุ่นต่อสถานการณ์ปัจจุบัน กรมการแพทย์ในฐานะหน่วยงานหลักที่มีภารกิจในการพัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้ เทคโนโลยีทางการแพทย์ และมาตรฐานการบริการรักษาพยาบาล จึงได้ขับเคลื่อนระบบบริการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่บ้าน (Hospital Care at Home) หรือ Home ward มาอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการเตียง ลดความแออัดในโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านให้มีมาตรฐานการดูแลเทียบเคียงกับผู้ป่วยในโรงพยาบาล (IPD) ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient centered care) และคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญตามมาตรฐานการรักษาของแต่ละวิชาชีพ

หนังสือ “แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน Home Ward ฉบับที่ 3” เล่มนี้ จัดทำแนวทางและมาตรฐานขึ้นใหม่เพิ่มเติมจำนวน 3 เรื่อง ได้แก่ แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยหลังการผ่าตัดกระดูกข้อมือหัก แนวทางการดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก และแนวทางการดูแลผู้ป่วยเยื่อบุช่องท้องอักเสบที่สัมพันธ์กับการล้างไตทางช่องท้อง ตลอดจนปรับปรุงเกณฑ์สำหรับแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะกำลังเสียชีวิตที่บ้าน และแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่บ้านให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติและเกณฑ์มาตรฐานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขนำไปประยุกต์ใช้ เพื่อจัดตั้งและดำเนินงาน Home Ward ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยคณะทำงานได้ทำการทบทวน ศึกษาข้อจำกัด และรวบรวมผลลัพธ์จากการนำแนวทางไปปฏิบัติจริง ควบคู่กับการพัฒนาองค์ประกอบสำคัญ ทั้งระบบการคัดเลือกผู้ป่วย การดูแลรักษาโดยทีมสหวิชาชีพ การส่งต่อ และการบริหารจัดการความเสี่ยง เพื่อให้เกิดการดูแลรักษาที่ไร้รอยต่อ มีความแม่นยำ และเกิดความปลอดภัยสูงสุดแก่ผู้ป่วยเมื่อกลับไปรับการบริบาลที่บ้าน

กรมการแพทย์ ขอขอบพระคุณคณะผู้บริหาร ผู้ทรงคุณวุฒิ คณะทำงาน ทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการผลักดัน จัดทำ และปรับปรุงเนื้อหาจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี กรมการแพทย์หวังเป็นอย่างยิ่งว่า หนังสือฉบับนี้จะเป็นประโยชน์และเป็นเครื่องมือสำคัญสำหรับสถานพยาบาลทุกระดับ ในการยกระดับคุณภาพบริการสาธารณสุขไทย เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐาน ปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างยั่งยืน

อธิบดีกรมการแพทย์
มิถุนายน 2569

รายนามผู้นิพนธ์

กมลทิพย์ ไชยโกมล
พบ.วว.อายุรศาสตร์โรคไต
นายแพทย์ชำนาญการ ด้านเวชกรรม สาขาอายุรกรรม
โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์

ขรรค์ชัย มลังไพศรพณ์
พ.บ., วว. ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์
อว. ศัลยกรรมรยางค์ส่วนบนและจุลศัลยกรรม
นายแพทย์เชี่ยวชาญ สถาบันออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน

ชวนันต์ ปัทมมงคลชัย
พบ.วว.สาขาออร์โธปิดิกส์ (HAND AND MICROSURGERY)
นายแพทย์ชำนาญการ ด้านเวชกรรม สาขาออร์โธปิดิกส์
โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์

เดือนเพ็ญ ห่อรัตนาเรือง
พบ. (เกียรตินิยมอันดับ 2), ว.ว. วิสัญญีวิทยา
ว.ว. วิสัญญีวิทยาสำหรับเด็ก
นายแพทย์เชี่ยวชาญ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

มนต์ชัย ศิริบำรุงวงศ์
พ.บ. (เกียรตินิยมอันดับ 2), วท.ม. (อายุรศาสตร์), ว.ว. อายุรศาสตร์
ว.ว. อายุรศาสตร์โรคไต,
ผู้ช่วยศาสตรจารย์พิเศษ สาขาอายุรศาสตร์
นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลเลิดสิน

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

สารบัญ

คำนำ

รายนามผู้นิพนธ์

บทที่ 1 แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยหลังการผ่าตัด กระดูกข้อมือหัก แบบผู้ป่วยในที่บ้าน
Home Ward Care after Surgical Treatment of Distal Radius Fracture **1**

บทที่ 2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก แบบผู้ป่วยในที่บ้าน
Home ward care for a hip fracture **7**

บทที่ 3 แนวทางการดูแลผู้ป่วยเยื่อบุช่องท้องอักเสบที่สัมพันธ์กับการล้างไตทางช่องท้องแบบผู้ป่วยในที่บ้าน
Peritoneal dialysis (PD)-associated peritonitis **13**

บทที่ 4 แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะกำลังเสียชีวิตที่บ้าน
Home ward for active dying patients **19**

บทที่ 5 แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่บ้าน
Home-Based Hypertension Management Guideline **27**

Chapter 1

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยหลังการผ่าตัดกระดูกข้อมือหัก แบบผู้ป่วยในที่บ้าน

(Home Ward Care after Surgical Treatment of Distal Radius Fracture)

นพ.ขรรค์ชัย มลังไพศรพณ์
นพ.ชวนันต์ ปัทมมงคลชัย

ด้วยแนวคิดการดูแลแบบ Home ward คือ ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (เช่น การผ่าตัด) หากแต่เมื่อมีระบบสนับสนุนจากโรงพยาบาลที่เหมาะสม จะสามารถให้การดูแลรักษาต่อที่บ้านได้ [1,2]

นิยาม

ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาหลังผ่าตัดภาวะกระดูกข้อมือหัก (Distal Radius Fracture) หมายถึง ผู้ป่วยที่ถูกตรวจวินิจฉัยเป็นกระดูกข้อมือหัก และได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด ที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงก่อนการรักษาโดยแพทย์ที่เกี่ยวข้องตามแนวทางของ American Society of Anesthesiologists (ASA classification) ที่มีระดับ ASA 1-3 ได้รับการให้คำแนะนำในการดูแลก่อนและหลังการรักษา (เช่น การดูแลเฝือก/แผลผ่าตัด การสังเกตอาการ การบริหารมือและนิ้วมือ) กับผู้ป่วยและญาติที่ร่วมดูแล โดยทีมพยาบาล และนักกายภาพบำบัด[3] หลังผ่าตัดมีการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัย มีระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยหลังการจำหน่ายใน 24 48 72 ชั่วโมง รวมถึงช่องทางในการติดต่อโรงพยาบาลที่ให้บริการหลังการรักษากรณีฉุกเฉิน หรือภาวะแทรกซ้อนได้ตลอด 24 ชั่วโมงหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้ารับการดูแลแบบ Home ward

ผู้ป่วยต้องมีคุณสมบัติ ***ครบทุกข้อ*** ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ากระดูกข้อมือหัก (Distal Radius Fracture) ที่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน
2. มีระดับความเสี่ยงทางวิสัญญีวิทยาอยู่ในเกณฑ์ **ASA Class 1 2 หรือ 3** (ที่ควบคุมโรคประจำตัวได้คงที่)
3. ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล มีโทรศัพท์เคลื่อนที่ (Smartphone) ที่สามารถใช้ระบบ Tele-medicine เพื่อติดตามอาการได้
4. มีผู้ดูแล (Caregiver) อยู่ด้วยตลอด 24 ชั่วโมงในช่วง 3 วันแรกหลังผ่าตัด และบ้านอยู่ในระยะทางที่สามารถเดินทางกลับมาโรงพยาบาลได้สะดวกในกรณีฉุกเฉิน
5. ผู้ป่วยและผู้ดูแล ผ่านการประเมินความรู้ความเข้าใจในการดูแลแผล การสังเกตอาการผิดปกติ และการบริหารนิ้วมือเบื้องต้น

เกณฑ์ของผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้ารับการดูแลแบบ Home ward

หากผู้ป่วยมีลักษณะข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ จะไม่สามารถเข้ารับการดูแลแบบ Home Ward ได้ (ต้องนอนพักฟื้นในโรงพยาบาล)

1. ผู้ป่วยที่มีระดับ ASA Class 4 **หรือ** 5 ซึ่งมีโรคประจำตัวรุนแรงและเป็นอันตรายต่อชีวิต
2. ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน มีการบาดเจ็บของเส้นประสาท/เส้นเลือดอย่างรุนแรงที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด
3. ผู้ป่วยมีข้อจำกัดด้านการดูแล ผู้ป่วยที่อยู่ตัวคนเดียว ไม่มีผู้ดูแล หรือไม่มีความสามารถในการใช้อุปกรณ์สื่อสารเพื่อติดตามอาการ
4. ผู้ป่วยมีปัญหาด้านสังคมและจิตเวช เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงสารเสพติด สุราเรื้อรัง หรือมีปัญหาด้านสุขภาพจิตที่ไม่สามารถร่วมมือในการรักษาได้
5. ผู้ป่วยมีความซับซ้อนของการผ่าตัด เคสที่มีการบาดเจ็บรุนแรงหลายตำแหน่ง (Polytrauma) ที่ไม่สามารถเคลื่อนย้ายตัวได้ตามปกติ

แนวทางการดูแล

การประเมินก่อนผ่าตัด

ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินเตรียมความพร้อมวางแผนการผ่าตัด และการอธิบายขั้นตอนการผ่าตัด วิธีการให้ยาระงับความรู้สึก ข้อดี-ข้อเสีย และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นให้ผู้ป่วยเข้าใจและรับทราบ โดยทีมศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ และสหวิชาชีพ

การดูแลหลังการผ่าตัด

ผู้ป่วยจะถูกส่งให้พักฟื้นที่ห้องสังเกตอาการ เพื่อประเมินอาการต่าง ๆ ในกรณีผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน จะย้ายผู้ป่วยไปดูแลต่อที่หอผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลเรื่องการให้ยาระงับปวด การดูแลแผลผ่าตัด และการกายภาพฝึกการเคลื่อนไหวของนิ้วมือ (six pack finger motion exercise)

การดูแลก่อนกลับบ้าน

เมื่อผู้ป่วยพร้อมในการกลับบ้าน ไม่ต้องการยาแก้ปวดชนิดฉีดในโรงพยาบาล สามารถเคลื่อนไหวช่วยเหลือตัวเองได้ ทีมพยาบาลจะเตรียมเอกสารแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดและคอยติดตามอาการ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสังเกตุอาการของภาวะแทรกซ้อน ซึ่งสามารถติดต่อผ่านช่องทางระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) เมื่อกลับไปดูแลต่อที่บ้าน

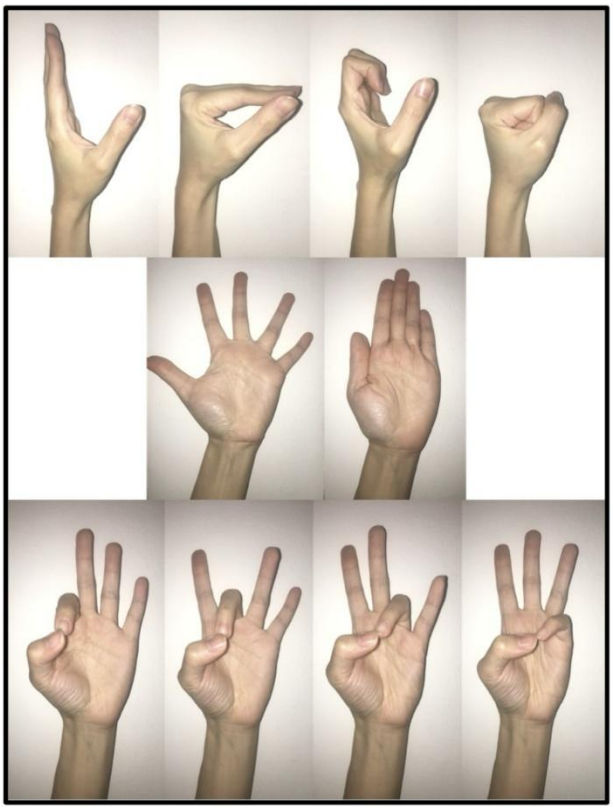
การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน Home ward

สำหรับการดูแลหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อเข้าสู่การดูแลแบบ Home Ward มีแนวทางดังต่อไปนี้

1. การติดตามอาการ และการบริหารมือ

1.1 มีการติดตามอาการผู้ป่วยทางระบบ tele-medicine เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนสำคัญ เช่น ไข้สูง, แผลผ่าตัดอักเสบ, อาการปวดที่เพิ่มขึ้นผิดปกติ, อาการชา, หรือนิ้วเขียวคล้ำ โดยพยาบาลและทีมการรักษา

1.2 ทีมพยาบาลหรือนักกายภาพบำบัดให้คำแนะนำให้ผู้ป่วย ขยับนิ้วมือตามโปรแกรมมาตรฐาน ตลอดจนข้อศอก และข้อไหล่อย่างสม่ำเสมอ ตามคำแนะนำเพื่อป้องกันอาการข้อนิ้วติดหรือไหล่ติด โดยมีการติดตามการบริหารผ่านระบบ tele-medicine ใน 24, 48, 72 ชั่วโมง



ภาพแสดงการบริหารนิ้วมือหลังกระดูกข้อมือหัก

2. การดูแลเรื่องความเจ็บปวด

2.1 ผู้ป่วยรับประทาน ยาระงับความปวด ตามคำแนะนำของทีมการรักษา

2.2 ประเมินความเจ็บปวดผ่านระบบการติดตามหลังการรักษากับทีมดูแลในแต่ละวัน และให้คำแนะนำในการจัดท่าทางเพื่อลดความปวด เช่น การยกแขนให้สูงกว่าระดับหัวใจ เพื่อลดอาการบวม

3. การดูแลแผลผ่าตัด

การดูแลแผลผ่าตัดไม่มีความจำเป็นต้องเปิดทำแผลทุกวัน ให้เปิดแผลอีกครั้งตอนวันนัดตัดไหม หรือตามแพทย์นัด หากแผลมีเลือดซึมออกมาด้านนอก หรือเปียกน้ำต้องเปลี่ยนผ้าทำแผลใหม่

ภาพแสดงแผลสะอาดไม่มีเลือดซึม

ภาพแสดงการใส่เฝือกอ่อนถูกต้อง นิ้วมือสามารถเคลื่อนไหวได้ ผ้า elastic bandage ไม่พันแน่นเกินไป

4. ข้อบ่งชี้ในการติดต่อกลับมารักษาในโรงพยาบาล (Red Flags)

ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลควรติดต่อโรงพยาบาลทันทีหากมีอาการ ต่อไปนี้

1) ปวดรุนแรงเพิ่มขึ้น อย่างต่อเนื่องแม้ได้รับประทานยาแก้ปวดแล้ว

2) อาการชาบริเวณนิ้วมือ หรือมือเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

3) นิ้วมือมีอาการซีด, เย็น, หรือเปลี่ยนเป็นสีเขียว/ม่วง (อาจบ่งชี้ถึงปัญหาการไหลเวียนเลือด)

4) มีไข้ หรือหนาวสั่น

5) เฝือกแตก, เฝือกหลวมมาก หรือเกิดความเสียหายที่อาจทำให้กระดูกเคลื่อน

6) แผลผ่าตัดบวมแดง, มีเลือดออกมาก, หรือมีหนองซึมออกมา

5. การสนับสนุนในหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Support)

ควรมีหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ดูแลรับผิดชอบการเยี่ยมบ้าน ที่ผู้ป่วยสามารถได้รับการขึ้นทะเบียน และรับบริการการเยี่ยมบ้านได้ (อสม. แพทย์ในหน่วยปฐมภูมิ หรือ รพช.) ที่ได้รับการส่งต่อจากหน่วยบริการศัลยกรรม

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการจัดบริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) สำหรับบุคลากรทางการแพทย์. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์; 2565.

2. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุนในผู้สูงอายุ (Clinical Practice Guideline for Hip Fracture in Elderly). กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์; 2564.

3. American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS). Management of Distal Radius Fractures Evidence-Based Clinical Practice Guideline [Internet]. Rosemont (IL): AAOS; 2020 [cited 2024 Jan 24].

แนวทางการดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก แบบผู้ป่วยในที่บ้าน

(Home ward care for a hip fracture)

นพ.ขรรค์ชัย มลังไพศรพณ์
นพ.ชวนันต์ ปัทมมงคลชัย

Chapter 2

นิยาม

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาภาวะกระดูกสะโพกหัก (Hip Fracture) หมายถึง ผู้ป่วยที่ถูกตรวจวินิจฉัยเป็นกระดูกสะโพกหัก และได้รับการรักษาด้วย การผ่าตัด (เช่น การใส่เหล็กยึดกระดูก หรือการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม) หรือการรักษาโดยไม่ผ่าตัด ได้รับการประเมินความเสี่ยงก่อนการรักษาโดยแพทย์ที่เกี่ยวข้อง (ศัลยแพทย์กระดูก และวิสัญญีแพทย์) ตามแนวทางของ American Society of Anesthesiologists (ASA classification) ที่มีระดับ ASA 1-3 ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการให้คำแนะนำในการดูแลก่อนและหลังการผ่าตัด สำหรับกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยไม่ผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการให้คำแนะนำในการดูแล รวมถึงการทำกายภาพบำบัดเบื้องต้นกับผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (พยาบาล, นักกายภาพบำบัด) [3] มีการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัย และผู้ป่วยสามารถเคลื่อนย้ายตัวได้ตามคำแนะนำของศัลยแพทย์ และนักกายภาพบำบัด มีระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยหลังการกลับบ้านภายใน 24 48 และ 72 ชั่วโมง รวมถึงช่องทางในการติดต่อโรงพยาบาลที่ให้บริการหลังการผ่าตัด กรณีฉุกเฉินหรือภาวะแทรกซ้อนได้ตลอด 24 ชั่วโมงหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้ารับการดูแลแบบ Home ward

ผู้ป่วยต้องมีคุณสมบัติ ***ครบทุกข้อ*** ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ากระดูกสะโพกส่วนต้นหัก (Hip Fracture) ทั้งกรณีที่ได้รับการผ่าตัด (เช่น Hemiarthroplasty, ORIF) หรือกรณีที่ตัดสินใจรักษาแบบไม่ผ่าตัด
2. มีระดับความเสี่ยงทางวิสัญญีวิทยาอยู่ในเกณฑ์ ASA Class 1, 2 หรือ 3 (ในกรณี ASA 3 ต้องได้รับการประเมินจากอายุรแพทย์ว่าสภาวะคงที่)
3. ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนย้ายตัวจากเตียงไปเก้าอี้ (Transfer) หรือเริ่มหัดเดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วยเดินได้ตามเกณฑ์ที่ศัลยแพทย์และนักกายภาพบำบัดกำหนด
4. มีผู้ดูแลหลัก (Caregiver) ที่มีสุขภาพแข็งแรง สามารถช่วยพลิกตัว หรือช่วยเหลือการกิจวัตรประจำวันได้ตลอด 24 ชั่วโมง
5. ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลสามารถใช้ Smartphone สำหรับการทำ Tele-medicine และวัดสัญญาณชีพพื้นฐานได้
6. สภาพแวดล้อมที่บ้านปลอดภัย (ไม่มีสิ่งกีดขวางทางเดิน) และอยู่ในพื้นที่ที่ทีมเยี่ยมบ้านจากหน่วยบริการปฐมภูมิเข้าถึงได้

เกณฑ์ของผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้ารับการดูแลแบบ Home ward

หากผู้ป่วยมีลักษณะข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ จะไม่สามารถเข้ารับการดูแลแบบ Home Ward ได้

1. ผู้ป่วยมีระดับ ASA Class 4 หรือ 5 ซึ่งมีโรคประจำตัวที่เป็นอันตรายต่อชีวิต และต้องการการดูแลใน ICU

2. ผู้ป่วยมีภาวะสับสนเฉียบพลัน (Active Delirium) หรือโรคทางจิตเวชที่ไม่สามารถร่วมมือในการดูแลได้

3. ผู้ป่วยมีสัญญาณของภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น เลือดออกผิดปกติที่แผล หรือมีอาการบ่งชี้ของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (DVT)

4. ผู้ป่วยที่อยู่คนเดียว (Living alone) หรือไม่มีญาติรับผิดชอบการดูแลที่บ้าน

5. ที่พักอาศัยไม่เหมาะสม บ้านเป็นตึกแถวที่ต้องขึ้นบันไดชันและไม่มีห้องพักชั้นล่าง หรืออยู่ในพื้นที่ห่างไกลการสื่อสาร

แนวทางการดูแล (กรณีผ่าตัด)

การประเมินก่อนผ่าตัด

ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินเตรียมความพร้อมวางแผนการผ่าตัด และการอธิบายขั้นตอนการผ่าตัด วิธีการให้ยาระงับความรู้สึก ข้อดี-ข้อเสีย และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นให้ผู้ป่วยเข้าใจและรับทราบ โดยทีมศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ และสหวิชาชีพ

การดูแลหลังการผ่าตัด

ผู้ป่วยจะถูกส่งให้พักฟื้นที่ห้องสังเกตอาการ เพื่อประเมินอาการต่าง ๆ ในกรณีผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน จะย้ายผู้ป่วยไปดูแลต่อที่หอผู้ป่วย ที่หอผู้ป่วยผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลเรื่องการให้ยาระงับปวด การนอนในท่าที่ถูกต้อง และการกายภาพฝึกเดิน

ภาพแสดงการนอนกางขาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนสะโพก (posterior approach) เพื่อป้องกันสะโพก

ภาพแสดงการสอนกายภาพฝึกเดินให้ผู้ป่วย

การดูแลก่อนกลับบ้าน

เมื่อผู้ป่วยพร้อมในการกลับบ้าน ไม่ต้องการยาแก้ปวดชนิดฉีดในโรงพยาบาล สามารถเคลื่อนไหวช่วยเหลือตัวเองได้ ทีมพยาบาลจะเตรียมเอกสารแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดและคอยติดตามอาการเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสังเกตุอาการของภาวะแทรกซ้อน ซึ่งสามารถติดต่อผ่านช่องทางระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) เมื่อกลับไปดูแลต่อที่บ้าน

การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน Home ward (กรณีผ่าตัด)

สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับการดูแลหลังการผ่าตัดต่อเนื่องจากการจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อเข้าสู่การดูแลแบบ Home Ward มีแนวทางดังต่อไปนี้

1. การติดตามอาการและการวัดสัญญาณชีพ (Tele-Medicine)

1.1 มีการวัด สัญญาณชีพ (ปรอทวัดไข้, อัตราการเต้นของหัวใจ) รวมถึงติดตาม ใน 24 48 และ 72 ชั่วโมง หลังกลับบ้าน

1.2 ติดตามอาการทางระบบประสาทของผู้สูงอายุที่อาจเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด โดยการประเมินภาวะสับสน (Delirium)

1.3 พยาบาลและทีมการรักษา ติดตามอาการผู้ป่วยหลังการผ่าตัดสะโพกทางระบบ tele-medicine เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน (เช่น การติดเชื้อ ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน)

2. การดูแลเรื่องความเจ็บปวด

2.1 ผู้ป่วยรับประทาน ยาระงับความปวด ตามคำแนะนำของทีมการรักษาอย่างเคร่งครัด

2.2 ประเมินความเจ็บปวดผ่านระบบการติดตามหลังการรักษากับทีมดูแลในแต่ละวัน และให้คำแนะนำในการจัดท่าทางที่ถูกต้องเพื่อลดความปวด และป้องกันข้อหลุด (กรณีเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม)

3. การดูแลแผลผ่าตัด

3.1 การดูแลแผลผ่าตัดไม่มีความจำเป็นต้องเปิดทำแผลทุกวัน ให้เปิดแผลอีกครั้งตอนวันนัดตัดไหม หรือตามแพทย์นัด

3.2 ระวังอย่าให้แผลเปียกน้ำ หากแผลมีเลือดซึมออกมาด้านนอกหรือเปียกน้ำ **ต้องเปลี่ยนผ้าทำแผลใหม่โดยผู้ที่ได้รับคำแนะนำเท่านั้น**

ภาพแสดงแผลผ่าตัดสะอาดไม่มีเลือดซึม

4. การทำกายภาพบำบัดและการเคลื่อนไหว (Mobility)

4.1 ทีมติดตามอาการต้องเน้นย้ำ และติดตาม**การบริหารร่างกาย**ตามคำแนะนำของนักกายภาพบำบัด อย่างสม่ำเสมอ เพื่อฟื้นฟูกล้ามเนื้อ

4.2 ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของศัลยแพทย์อย่างเคร่งครัดในเรื่อง**การลงน้ำหนักที่ขาข้างที่ผ่าตัด** (เช่น ไม่ลงน้ำหนักเลย ลงน้ำหนักบางส่วน หรือลงน้ำหนักได้เต็มที่)

4.3 ติดตามการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน (Walker หรือ Cane) อย่างปลอดภัย

5. ข้อบ่งชี้ในการติดต่อกลับมารักษาในโรงพยาบาล (Red Flags)

ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลควรติดต่อโรงพยาบาลทันทีหากมีอาการ ต่อไปนี้

1) มีไข้ หรืออาการหนาวสั่น (บ่งชี้การติดเชื้อ)

2) แผลที่ผ่าตัด บวมแดง ร้อน หรือมีหนอง/น้ำเหลืองปริมาณมากซึมออกมา

3) ปวดแผลมากขึ้นแทนที่จะลดลง ในวันต่อ ๆ มา แม้จะรับประทานยาแก้ปวดแล้ว

4) ปวดบวมแดงบริเวณน่องหรือขาข้างที่ผ่าตัด (อาจบ่งชี้ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน)

5) ขาข้างที่ผ่าตัดมีอาการผิดรูป เช่น สั้นลง หรือหมุนผิดไปจากปกติ (อาจบ่งชี้ภาวะข้อหลุด)

6) เบื่ออาหาร ไม่สามารถทานอาหารหรือน้ำได้

7) อาการอื่นใดที่ผู้รับผิดชอบ Home Ward เห็นควรให้กลับมารับการตรวจก่อนเวลานัด

6. การสนับสนุนในหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Support)

ควรมีหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ดูแลรับผิดชอบการเยี่ยมบ้าน ที่ผู้ป่วยสามารถได้รับการขึ้นทะเบียน และรับบริการการเยี่ยมบ้านได้ (อสม. แพทย์ในหน่วยปฐมภูมิ หรือ รพช.) ที่ได้รับการส่งต่อจากหน่วยผ่าตัด เพื่อให้มั่นใจว่าจะมีตัวแทนของทีมการรักษา เป็นบุคลากรที่สามารถให้การดูแลใกล้บ้านได้

การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน Home ward (กรณีไม่ผ่าตัด)

หากผู้ป่วยสูงอายุสะโพกหักได้รับการรักษาด้วยวิธี “ไม่ผ่าตัด” ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลต่อเนื่องจากการจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อเข้าสู่การดูแลแบบ Home Ward มีแนวทางดังต่อไปนี้

1. การติดตามอาการและการวัดสัญญาณชีพ (Tele-Medicine)

1.1 มีการติดตามอุณหภูมิร่างกายและอัตราการหายใจใน 24 48 และ 72 ชั่วโมง และต่อเนื่องตามแผน เพื่อเฝ้าระวังการติดเชื้อในระบบต่าง ๆ

1.2 ติดตามอาการทางระบบประสาทและพฤติกรรมอย่างใกล้ชิด เนื่องจากผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการผ่าตัดอาจมีความปวดสะสมจนเกิดภาวะสับสนได้ง่าย โดยการประเมินภาวะสับสน (Delirium)

1.3 พยาบาลและทีมการรักษาติดตามอาการผ่านระบบ Tele-medicine เพื่อเฝ้าระวังภาวะปอดอักเสบจากการสำลักหรือนอนนาน (Pneumonia), การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ และแผลกดทับ

2. การดูแลเรื่องความเจ็บปวด

2.1 ผู้ป่วยรับประทาน ยาระงับความปวด ตามคำแนะนำของทีมการรักษาอย่างเคร่งครัด

2.2 ประเมินความเจ็บปวดผ่านระบบการติดตามหลังการรักษากับทีมดูแลในแต่ละวัน และให้คำแนะนำในการจัดท่าทางที่ถูกต้องเพื่อลดความปวด และป้องกันข้อหลุด (กรณีเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม)

3. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการจำกัดการเคลื่อนไหว

3.1 แนะนำการพลิกตะแคงตัวอย่างถูกวิธีทุก 2 ชั่วโมง และการใช้อุปกรณ์เสริม เช่น ที่นอนลม เพื่อลดแรงกดทับบริเวณปุ่มกระดูก ป้องกันแผลกดทับ

3.2 เน้นความสะอาดบริเวณผิวหนังที่ต้องสัมผัสกับที่นอนเป็นเวลานาน เพื่อป้องกันผิวหนังเปื่อยยุ่ย และการติดเชื้อ

4. การทำกายภาพบำบัดและการฟื้นฟู (Rehabilitation)

4.1 การบริหารปอด (Chest PT) เน้นย้ำการฝึกหายใจลึกๆ (Deep breathing exercise) เพื่อป้องกันปอดแฟบและปอดติดเชื้อ

4.2 การบริหารกล้ามเนื้อส่วนที่ไม่หัก ส่งเสริมการขยับแขนและขาข้างที่ไม่ได้หัก เพื่อคงความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต

4.3 การป้องกันข้อติด ขยับข้อเท้าและออกกำลังกายเบา ๆ บนเตียงตามคำแนะนำเพื่อป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (DVT)

5. ข้อบ่งชี้ในการติดต่อกลับมารักษาในโรงพยาบาล (Red Flags)

ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลควรติดต่อโรงพยาบาลทันทีหากมีอาการ ต่อไปนี้

1) มีไข้ ไอมีเสมหะ หรือปัสสาวะขุ่นมีกลิ่นเหม็น (บ่งชี้การติดเชื้อ)

2) ซึมลง สับสนมากขึ้น หรือไม่รับรู้บุคคล/เวลา/สถานที่

3) มีแผลแดงหรือผิวหนังเปลี่ยนสีบริเวณก้นกบ ส้นเท้า หรือปุ่มกระดูกที่สัมผัสที่นอน

4) ปวดสะโพกอย่างรุนแรงจนไม่สามารถพลิกตัวหรือขยับตัวได้เลยแม้จะทานยาแล้ว

5) ขาข้างที่หักบวมแดง แข็ง หรือร้อนผิดปกติ (อาจมีภาวะลิ่มเลือดอุดตัน)

6) ท้องผูกรุนแรง ไม่ถ่ายอุจจาระหลายวัน หรือมีอาการท้องอืดอาเจียน

6. การสนับสนุนในหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Support)

หน่วยบริการปฐมภูมิ (อสม. หรือ รพ.สต.) ต้องเข้ามามีบทบาทสำคัญในการการประสานงานเยี่ยมบ้าน สอนญาติเรื่องการพลิกตัว การทำความสะอาดร่างกายบนเตียง และการดูแลเรื่องโภชนาการ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการจัดบริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) สำหรับบุคลากรทางการแพทย์. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์; 2565.

2. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุนในผู้สูงอายุ (Clinical Practice Guideline for Hip Fracture in Elderly). กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์; 2564.

3. American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS). Management of Distal Radius Fractures Evidence-Based Clinical Practice Guideline [Internet]. Rosemont (IL): AAOS; 2020 [cited 2024 Jan 24].

แนวทางการดูแลผู้ป่วยเยื่อบุช่องท้องอักเสบที่สัมพันธ์กับการล้างไตทางช่องท้องแบบผู้ป่วยในที่บ้าน

Peritoneal dialysis (PD)-associated peritonitis

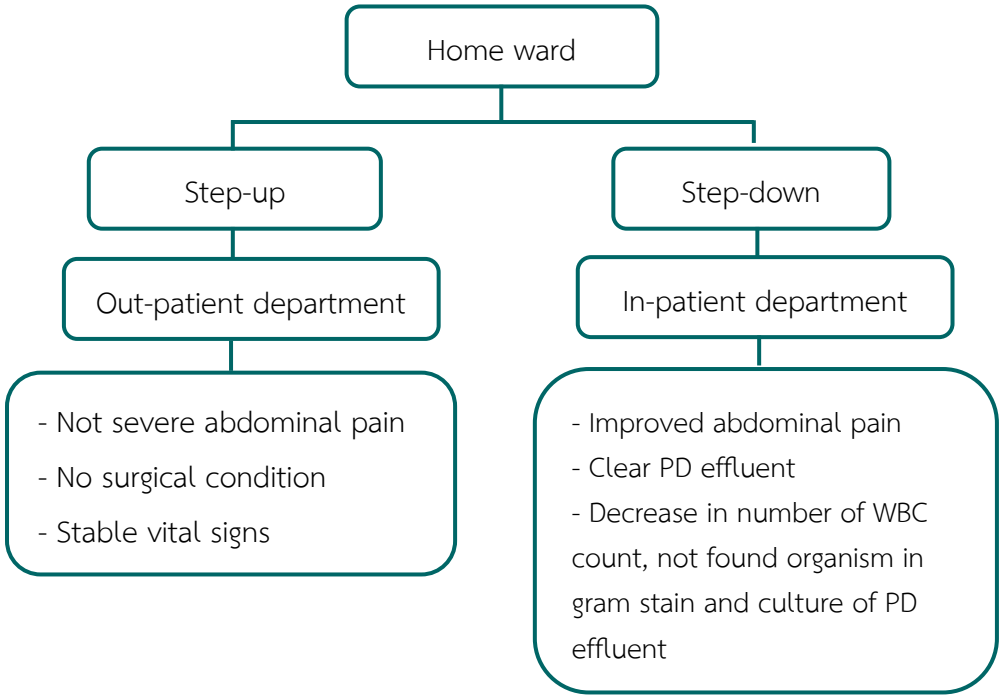
ดร.พญ.กมลทิพย์ ไชยโกมล
ผศ.พิเศษ นพ.มนต์ชัย ศิริบำรุงวงศ์

ด้วยแนวคิดการดูแลแบบ Home ward คือ ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล หากแต่เมื่อมีระบบสนับสนุนจากโรงพยาบาลที่เหมาะสม จะสามารถให้การดูแลรักษาต่อที่บ้านได้

นิยาม

ภาวะเยื่อบุช่องท้องอักเสบที่สัมพันธ์กับการล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal dialysis (PD)-associated peritonitis) เป็นภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อของเยื่อบุช่องท้องในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง อาการพบได้ตั้งแต่ไข้ ปวดท้อง น้ำยาล้างไตที่ปล่อยจากช่องท้องขุ่น ไปจนถึงอาการปวดท้องรุนแรง ที่ต้องประเมินอาการและอาการแสดง รวมทั้งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา เพื่อค้นหาภาวะเร่งด่วนทางศัลยกรรมร่วมด้วย โดยเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะเยื่อบุช่องท้องอักเสบ อาศัยอาการ อาการแสดงทางคลีนิก และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ 2 ใน 3 ข้อดังนี้ คือ

1. อาการและอาการแสดงของภาวะเยื่อบุช่องท้องอักเสบ ได้แก่ ปวดท้อง น้ำยาล้างไตจากช่องท้องมีลักษณะขุ่น ตรวจพบลักษณะกดเจ็บบริเวณท้อง (Generalized tenderness) หรือ ตรวจพบ Rebound tenderness
2. ตรวจพบเม็ดเลือดขาวมากกว่า 100 ตัว/ไมโครลิตร หรือลูกบาศก์มิลลิลิตร โดยพบเม็ดเลือดขาวชนิด Neutrophil มากกว่าร้อยละ 50 จากน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง ที่ค้างไว้ในท้องอย่างน้อย 2 ชั่วโมง
3. ตรวจพบเชื้อก่อโรคในน้ำยาล้างไตทางช่องท้องที่ค้างไว้ในช่องท้องอย่างน้อย 2 ชั่วโมง จากการส่งย้อมสีแกรม หรือการเพาะเชื้อ



แนวทางการดูแล

รูปแบบที่ 1 Step-up คือ ผู้ป่วยเยื่อบุช่องท้องอักเสบที่สัมพันธ์กับการล้างไตทางช่องท้องที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก (Out-patient department; OPD) หรือห้องฉุกเฉิน (Emergency room; ER) หรือแพทย์ปฐมภูมิไปประเมินผู้ป่วยที่บ้าน โดยผู้ป่วยมักมีอาการและอาการแสดง ได้แก่ ไข้ ปวดท้อง น้ำล้างไตจากช่องท้องขุ่น หากตรวจพบว่ามีสัญญาณชีพคงที่ ไม่พบลักษณะที่บ่งชี้ถึงภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต และไม่พบอาการปวดท้องรุนแรงหรืออาการแสดงทางหน้าท้องที่ต้องประเมินหาภาวะทางศัลยกรรมร่วมด้วย สามารถพิจารณาเข้ารับการดูแลแบบ Home ward โดยมีแนวทางปฏิบัติหลังจากให้การวินิจฉัยแล้วดังนี้ คือ

1. ตรวจประเมินบริเวณ Exit site และ Tunnel รวมถึงคราบภายในสายสำหรับล้างไตทางช่องท้อง เพื่อช่วยประเมินหาสาเหตุของการติดเชื้อ

2. ส่งน้ำยาล้างไตทางช่องท้องที่ค้างไว้ในช่องท้องอย่างน้อย 2 ชั่วโมง เพื่อตรวจนับเซลล์ (Cell count and differential count) ย้อมสีแกรม (Gram stain) และเพาะเชื้อ (Culture) แนะนำให้เพาะเชื้อโดยนำน้ำยาปริมาตร 5-10 มิลลิลิตร แบ่งใส่ในขวดสำหรับส่ง Hemoculture จำนวน 2 ขวด เพื่อเพิ่มความไว (Sensitivity) ในการเพาะเชื้อ

3. เริ่มให้ยาปฏิชีวนะทางช่องท้องทันทีหลังส่งเพาะเชื้อจากน้ำยาล้างไตทางช่อง โดยผสมยาปฏิชีวนะในน้ำยาล้างไต พิจารณาเลือกใช้ยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุมทั้งแบคทีเรียแกรมบวกและแบคทีเรียแกรมลบ โดยเฉพาะ *Pseudomonas* spp. (ตารางที่ 1) รวมถึงพิจารณาจากความเสี่ยงต่อการติดเชื้อดื้อยาของผู้ป่วย เช่น ประวัติการนอนโรงพยาบาล การได้รับยาฆ่าเชื้อ ประวัติเคยติดเชื้อดื้อยาของผู้ป่วยและเชื้อดื้อยาตามข้อมูลของโรงพยาบาลนั้น ๆ การให้ยาปฏิชีวนะทางช่องท้องต้องค้างน้ำยาล้างไตที่ผสมยาปฏิชีวนะภายในช่องท้องอย่างน้อย 6 ชั่วโมง

4. ผสมยาปฏิชีวนะลงในถุงน้ำยาล้างไตทาง IV port ด้วยเทคนิคปลอดเชื้อโดยพยาบาลวิชาชีพ ไม่แนะนำให้ผสมยา Aminoglycoside และ Penicillin/ampicillin ในถุงน้ำล้างไตถุงเดียวกัน และไม่ผสมยา

ปฏิชีวนะตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไปใน Syringe เดียวกันก่อนผสมลงในถุงน้ำยาล้างไต รวมถึงหลีกเลี่ยงการเก็บน้ำยาที่ผสมยาปฏิชีวนะแล้วไว้กลางแจ้ง หรือรถที่จอดกลางแจ้ง เนื่องจากมีผลต่อความคงตัวของยาปฏิชีวนะ (ตารางที่ 2)

5. การป้องกันการติดเชื้อรา (Fungal prophylaxis) ขณะได้รับยาปฏิชีวนะที่ออกฤทธิ์ครอบคลุม (Board-spectrum antibiotic) โดยให้ Nystatin 500,000 ยูนิต วันละ 3-4 เวลา หรือ Fluconazole 200 มิลลิกรัม วันเว้นวัน ตลอดระยะเวลาการให้ยาปฏิชีวนะ

6. ติดตามสัญญาณชีพโดยพยาบาลวิชาชีพจนครบระยะเวลาที่กำหนด ผู้ป่วยมักตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะภายในระยะเวลา 48-72 ชั่วโมง หากมีอาการหรืออาการแสดงที่แย่ลง เช่น อาการปวดท้องแย่ลงหรือไม่ดีขึ้น ความรู้สึกตัวลดลง หายใจหอบเหนื่อย ไข้สูงมากกว่า 38.5 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจมากกว่า 24 ครั้งต่อนาที อัตราชีพจรมากกว่าหรือเท่ากับ 100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท ให้ส่งผู้ป่วยมารับการรักษาภายในโรงพยาบาล

7. รายงานผลเพาะเชื้อจากน้ำยาล้างไตทางช่องท้องที่ส่งตรวจก่อนเริ่มยาปฏิชีวนะต่อแพทย์เพื่อปรับการรักษาตามผลเพาะเชื้อ เช่น ชนิดและระยะเวลาการให้ยาปฏิชีวนะทางช่องท้อง

8. ส่งตรวจนับเซลล์และเพาะเชื้อจากน้ำยาล้างไตทางช่องท้องหลังได้รับการรักษาครบ 72 ชั่วโมง หากตอบสนองต่อการรักษา ให้ยาปฏิชีวนะต่อจนครบระยะเวลา

9. ฝึกสอนการล้างไตทางช่องท้องให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลใหม่ทุกครั้งที่เกิดภาวะเยื่อบุช่องท้องอักเสบ

ตารางที่ 1 ยาปฏิชีวนะเบื้องต้นที่ครอบคลุมทั้งแบคทีเรียแกรมบวกและลบ

ยาปฏิชีวนะ	Intermittent dose (1 ถุงต่อวัน)	Continuous dose (ทุกถุง)
ยาปฏิชีวนะครอบคลุมแบคทีเรียแกรมบวก -1st generation cephalosporin: Cefazolin หรือ -Vancomycin	15-20 มก./กก. 15-30 มก./กก. ทุก 5-7วัน สำหรับ CAPD 15 มก./กก. ทุก 4 วัน สำหรับ APD	LD 500 มก./ลิตร MD 125 มก./ลิตร LD 20-25 มก./กก. MD 25 มก./ลิตร
ยาปฏิชีวนะครอบคลุมแบคทีเรียแกรมลบ -3rd generation cephalosporin: Ceftazidime หรือ -Aminoglycoside: Gentamicin (แนะนำให้ในผู้ป่วยที่ปัสสาวะน้อยกว่า 100 มล./วัน), adjunctive oral N-acetylcysteine for ototoxicity prevention	1,000-1,500 มก. 0.6 มก./กก.	LD 500 มก./ลิตร MD 125 มก./ลิตร ไม่แนะนำ
Monotherapy: cefepime	1,000 มก.	LD 500 มก./ลิตร MD 125 มก./ลิตร

ตัวย่อ LD: loading dose, MD: maintenance dose, CAPD: continuous ambulatory peritoneal dialysis, APD: automated peritoneal dialysis

ตารางที่ 2 ความคงตัวของยาปฏิชีวนะ

ยาปฏิชีวนะ	ความคงตัว
Cefazolin	8 วัน ที่อุณหภูมิห้อง, 14 วัน ในตู้เย็น
Vancomycin	28 วัน ที่อุณหภูมิห้อง
Ceftazidime	4 วัน ที่อุณหภูมิห้อง, 7 วัน ในตู้เย็น
Gentamicin	14 วัน ที่อุณหภูมิห้อง
Cefepime	14 วัน ในตู้เย็น

รูปแบบที่ 2 Step-down คือ ผู้ป่วยเยื่อบุช่องท้องอักเสบที่สัมพันธ์กับการล้างไตทางช่องท้องที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน (In-patient department, IPD) จนสัญญาณชีพปกติ อาการทางคลีนิกดีขึ้น ไม่มีอาการปวดท้อง แต่มีความจำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะต่อจนครบกำหนดเวลา และพร้อมที่จะรับการดูแลแบบ Home ward มีแนวทางปฏิบัติหลังจากให้การวินิจฉัยแล้วดังนี้ คือ

1. มีการปรับชนิดยาปฏิชีวนะตามผลเพาะเชื้อจากน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง โดยเลือกการบริหารยาปฏิชีวนะทางช่องท้อง การให้ยาปฏิชีวนะทางปาก หรือการให้ยาปฏิชีวนะฉีดทางหลอดเลือดดำที่สามารถให้วันละ 1 ครั้ง ตามชนิดของยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุมเชื้อที่เพาะจากน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง จนครบระยะเวลาที่ตามกำหนด (ตารางที่ 3)
2. หากต้องให้ยาปฏิชีวนะฉีดทางหลอดเลือดดำ ให้ผ่านทาง Heparin lock หรือ Saline lock
3. ฝึกสอนการล้างไตทางช่องท้องให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลใหม่ทุกครั้งที่เกิดภาวะเยื่อบุช่องท้องอักเสบ
4. ติดตามสัญญาณชีพวันละครั้งโดยพยาบาลวิชาชีพ ร่วมกับให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำวันละครั้ง (หากมีความจำเป็นต้องให้ยาทางหลอดเลือดดำ) หากมีอาการหรืออาการแสดงที่แย่ลง เช่น อาการปวดท้องแย่ลงหรือไม่ดีขึ้น ความรู้สึกตัวลดลง หายใจหอบเหนื่อย ไข้สูงมากกว่า 38.5 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจมากกว่า 24 ครั้งต่อนาที อัตราชีพจรมากกว่าหรือเท่ากับ 100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท ให้ส่งผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล
5. หากมีความจำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ เมื่อให้ยาปฏิชีวนะจนครบกำหนดการรักษาแล้ว ให้พยาบาลวิชาชีพนำ Heparin lock หรือ Saline lock ออก

ตารางที่ 3 การให้ยาปฏิชีวนะตามเชื้อแบคทีเรีย

แบคทีเรีย	ยาปฏิชีวนะ	ระยะเวลา (วัน)
Staphylococcus aureus	IP cefazolin or IP vancomycin (MRSA)	21
Streptococcus spp.	IP cefazolin or IP vancomycin (resistant or allergy to penicillin/cephalosporin)	14
Other gram-positive organism	Based on sensitivities	14
Enterococcus spp.	Oral ampicillin (ampicillin sensitive) or IP vancomycin (ampicillin resistant) or Oral linezolid or IP daptomycin (vancomycin resistant)	21
Pseudomonas spp.	IP ceftazidime or cefepime+IP gentamicin/tobramycin/amikacin or oral ciprofloxacin	21
Acinetobacter spp.	-Oral ciprofloxacin or oral trimethoprim-sulfamethoxazole or IP meropenem or IP aminoglycoside -IP amikacin or IP colistin +/- ampicillin/sulbactam (CRAB)	21
Stenotrophomonas spp.	Oral trimethoprim-sulfamethoxazole+other effective antibiotic	21
Enteric gram-negative organism	Based on sensitivities	21
Polymicrobial peritonitis	-Surgical condition assessment -Based on sensitivities	21 (minimum)
Culture-negative peritonitis	-If clinical improvement: continue IP cefazolin or IP vancomycin -If no clinical improvement: obtain effluent for special culture such as mycobacteria, fungus and other fastidious bacteria	14

ตัวย่อ IP: intraperitoneal, MRSA: methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*, CRAB: carbapenem-resistant *Acinetobacter baumannii*

เอกสารอ้างอิง

1. เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์, บรรณาธิการ. แนวปฏิบัติการล้างไตทางช่องท้อง พ.ศ.2560: clinical practice guideline (CPG) for peritoneal dialysis 2017. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย; 2561.
2. Li PK, Szeto CC, Piraino B, de Arteaga J, Fan S, Figueiredo AE, et al. ISPD Peritonitis Recommendations: 2016 Update on Prevention and Treatment. *Perit Dial Int*. 2016 Sep 10;36(5):481-508.
3. Mancini A, Todd L. Inconsistencies in ISPD Peritonitis Recommendations: 2016 Update on Prevention and Treatment and The ISPD Catheter-Related Infection Recommendations: 2017 Update. *Perit Dial Int*. 2018 Jul-Aug;38(4):309-310.
4. Li PK, Chow KM, Cho Y, Fan S, Figueiredo AE, Harris T, et al. ISPD peritonitis guideline recommendations: 2022 update on prevention and treatment. *Perit Dial Int*. 2022 Mar;42(2):110-153.

แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะกำลังเสียชีวิตที่บ้าน

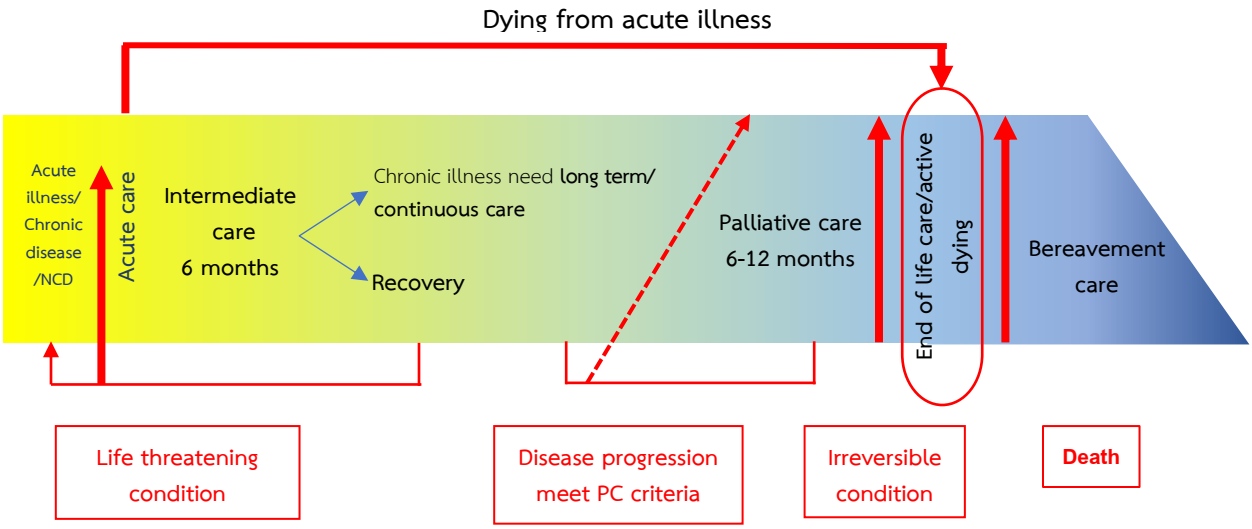
(Home ward for active dying patients)

แพทย์หญิงเดือนเพ็ญ ห่อรัตนาเรือง

การจัดบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยระยะท้ายที่กำลังเสียชีวิต ตลอดจนครอบครัวรวมถึงผู้ดูแลผู้ป่วย และทีมสุขภาพ ให้สามารถดำเนินการดูแลแบบประคับประคองระยะท้ายที่บ้านต่อเนื่องจากการได้รับการดูแลที่บ้าน/ชุมชนอยู่เดิม (Step up) หรือต่อเนื่องจากการรักษาในโรงพยาบาล (Step down) ในระยะกำลังเสียชีวิตได้อย่างมีคุณภาพแบบองค์รวม ครบทุกมิติ และผู้ป่วยสามารถเสียชีวิตที่บ้านได้ตามความประสงค์ตามแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning: ACP) หรือ หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (advance directive or living will; AD) ของผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้จัดทำไว้ ซึ่งเป็นไปตามสิทธิของบุคคล ตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550

Chapter 4

Quality of life care model



รูปที่ 1 แสดงการดำเนินโรคของผู้ป่วยระยะกำลังเสียชีวิต

นิยาม

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ และคาดว่าจะมีชีวิตเหลืออยู่น้อยกว่า 1 ปี ประกอบด้วย การดูแลทางการแพทย์ การพยาบาลทุกชนิด รวมถึงการดูแลทางด้านจิตใจ สังคม ตามความต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนการดูแลครอบครัวผู้ป่วยจากความโศกเศร้า เนื่องจากต้องสูญเสียผู้ป่วยไป

กลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายที่กำลังเสียชีวิต (active dying) เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะอวัยวะสำคัญต่อการมีชีวิตทำงานล้มเหลวอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งระบบการหายใจ ระบบการไหลเวียนโลหิต ระบบประสาทส่วนกลางหรือก้านสมองหยุดทำงาน โดยทั่วไปจะมีระยะเวลาหลังจากเริ่มต้นจนถึงเสียชีวิตภายใน 2 สัปดาห์ (รูปที่ 1) ซึ่งช่วงเวลานี้จำเป็นต้องได้รับการวางแผนการดูแลที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง เพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายหรือทุกข์ทรมาน หากครอบครัวและผู้ดูแลพร้อมในการดูแลที่บ้าน ร่วมกับมีระบบสนับสนุนจากโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม จะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตระยะท้ายของผู้ป่วยตลอดจนเสริมพลังและลดผลกระทบด้านจิตใจจากการสูญเสียแก่ครอบครัว

การวินิจฉัยภาวะกำลังจะเสียชีวิต (Active dying)

ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคที่มีโอกาสเสียชีวิตจากความรุนแรงของโรคสูง ได้แก่

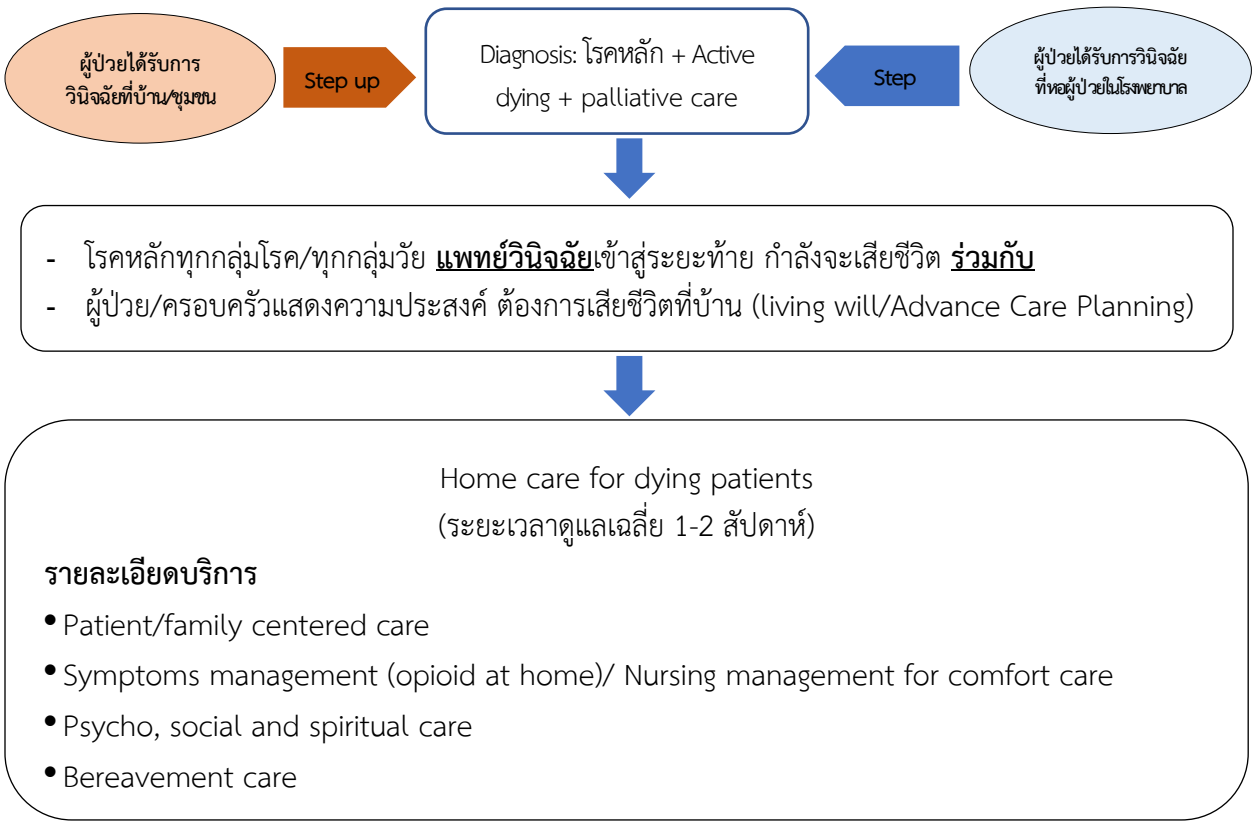
1. ผู้ป่วยมีค่าคะแนนแบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลประคับประคอง (Palliative Performance Score; PPS) (ตารางที่ 1) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30
2. มีอาการทางคลินิก (Clinical signs) ดังต่อไปนี้ (มากกว่า 2 อาการขึ้นไป)
   - 2.1 อาการตัวเขียวบริเวณส่วนปลาย (Peripheral cyanosis) เช่น ผิวลาย (Mottling), เลือดไหลเวียนช้าและมีลายช้ำที่ผิวหนัง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

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

ระดับ PPS ร้อยละ	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค	การทำกิจวัตรประจำวัน	การรับประทานอาหาร	ระดับความรู้สึกตัว
100	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ ไม่มีอาการของโรค	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
90	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ มีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
80	เคลื่อนไหวปกติ	ต้องออกแรงอย่างมากในการทำกิจกรรมตามปกติ และมีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ หรือลดลง	รู้สึกตัวดี
70	ความสามารถในการเคลื่อไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ และมีอาการของโรคอย่างมาก	ทำได้เอง	ปกติ หรือลดลง	รู้สึกตัวดี
60	ความสามารถในการเคลื่อไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานอดิเรกหรืองานบ้านได้ และมีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความช่วยเหลือเป็นบางครั้ง / บางเรื่อง	ปกติ หรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือสับสน
50	นั่ง หรือ นอนเป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้เลยและมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น	ปกติ หรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือสับสน
40	นอนอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่	ทำกิจกรรมได้น้อยมาก และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่	ปกติ หรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือง่วงซึม +/- สับสน
30	นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	ปกติ หรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือง่วงซึม +/- สับสน
20	นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	จิบน้ำได้เล็กน้อย	รู้สึกตัวดีหรือง่วงซึม +/- สับสน
10	นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	รับประทานอาหารทางปากไม่ได้	ง่วงซึมหรือไม่รู้สึกตัว +/- สับสน
0	เสียชีวิต	-	-	-	-

หมายเหตุ: เครื่องหมาย +/- หมายถึง อาจมี หรือไม่มีอาการ แปลจาก Palliative Performance Scale version 2 ของ Victoria Hospice Society, ประเทศแคนาดา โดยคณะกรรมการ Palliative care ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครชียงใหม่ เมื่อวันที่ 13 พฤษภาคม พ.ศ. 2551 "Copyright Victoria Hospice Society" PPS – Adult Suandok ใช้สำหรับผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่ 3 กลุ่ม ดังนี้ 1. กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง 2. กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดและมีอาการเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ (serious illness) และ 3.กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย (end of life) https://sc.pcu.in.th/form/file/file-26.pdf

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่กำลังเสียชีวิตที่บ้าน (Active Dying) รูปแบบ Step up และ Step down



รูปที่ 2 กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะที่กำลังจะเสียชีวิตที่บ้าน

แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่กำลังเสียชีวิตที่บ้าน

ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การดูแล home ward for active dying patients ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลประคับประคอง/ระยะท้ายอยู่เดิม หรือผู้ป่วยที่เจ็บป่วยจากโรคหลักอื่น ๆ ที่ได้รับการดูแลที่บ้าน/ชุมชน (Step up) หรือรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล (Step down) และการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะกำลังจะเสียชีวิต (active dying) โดยมีการวินิจฉัยของแพทย์ ร่วมกับการแสดงเจตนาต้องการเสียชีวิตที่บ้านของผู้ป่วยและครอบครัว ผ่านการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning) หรือ หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ (advance directive or living will) โดยจัดบริการให้ผู้ป่วยรับการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านในทุกกลุ่มโรค ทุกกลุ่มอายุ และไม่ขึ้นกับโรคหลักที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย

การรักษาตามอาการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่กำลังเสียชีวิตที่บ้าน

ตารางที่ 2 ตัวอย่างการจัดการอาการไม่สุขสบายในระยะกำลังเสียชีวิตที่บ้านสำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่

อาการ	การรักษาด้วยยา	การดูแลอื่น ๆ
ปวด (Pain) อาการหายใจลำบาก (Dyspnea) ภาวะกระสับกระส่าย (agitation)	- Morphine (inj.) 10 mg + midazolam (inj.) 10 mg +/- hyoscine butylbromide 80 mg SC infusion in 24 hr - Lorazepam (0.5 mg) 1 tab SL prn q 2 hr	จัดท่าให้สบาย อยู่ในสถานที่อากาศถ่ายเท ใช้ผ้าเย็นเช็ดบริเวณใบหน้า หลีกเลี่ยงการดูดเสมหะ หรือกระตุ้นที่ไม่จำเป็น
เสียงเสมหะพันคอ (Death rattle)	- Hyoscine butylbromide 20 mg SC q 4-6 hr or infusion 20-120 mg per day หรือ - Glycopyrrolate 0.2 mg SC prn q 4-6 hr or 0.1 mg SL prn q 6 hr หรือ - 1% Atropine eye drop 1-4 drops SL prn q 4 hr	ปรับเปลี่ยนท่าทางผู้ป่วยในการนอน เช่น จัดท่าให้ศีรษะผู้ป่วยสูงขึ้น และนอนตะแคงข้าง
หมายเหตุ: ชนิดและการบริหารยาปรับเลี่ยนได้ตามความเหมาะสม ในกรณีมีอาการไม่สุขสบายอื่น ๆ สามารถปรึกษาทีมดูแลประคับประคองในโรงพยาบาลได้ inj. = Injection, mg = Milligram, SC = Subcutaneous, SL = Sublingual, prn = pro re nata (ตามอาการ), q = quaque (ทุก ๆ), hr = hour		

ตารางที่ 3 ตัวอย่างการจัดการอาการไม่สุขสบายในระยะกำลังเสียชีวิตที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเด็ก

อาการ	การรักษาด้วยยา	การดูแลอื่นๆ
ปวด (Pain) อาการหายใจลำบาก (Dyspnea) ภาวะกระสับกระส่าย (agitation)	- Morphine 10-20 mcg/kg/hr SC infusion +/- Midazolam 0.05-0.1 mg/kg/hr SC infusion (Same syringe) - Lorazepam tab 25-50 mcg/kg SL prn q 1-2 hr	จัดท่าให้สบาย อยู่ในสถานที่อากาศถ่ายเท ใช้ผ้าเย็นเช็ดบริเวณใบหน้า หลีกเลี่ยงการดูดเสมหะ หรือกระตุ้นที่ไม่จำเป็น
เสียงเสมหะพันคอ (Death rattle)	- Hyoscine butylbromide 50-100 mcg/kg/hr SC infusion หรือ - Glycopyrrolate 12-40 mcg/kg/24 hr SC infusion หรือ - 0.5-1% Atropine eye drop 1-2 drops SL prn q 4-6 hr	ปรับเปลี่ยนท่าทางผู้ป่วยในการนอน เช่น จัดท่าให้ศีรษะผู้ป่วยสูงขึ้น และนอนตะแคงข้าง
หมายเหตุ: ชนิดและการบริหารยาปรับเลี่ยนได้ตามความเหมาะสม ในกรณีมีอาการไม่สุขสบายอื่น ๆ สามารถปรึกษาทีมดูแลประคับประคองในโรงพยาบาลได้ Mcg = Microgram, kg = Kilogram, hr = hour (ชั่วโมง), SC = Subcutaneous, mg = Milligram, SL = Sublingual, prn = pro re nata (ตามอาการ), q = quaque (ทุก ๆ)		

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์) ฉบับปรับปรุง 2568 กรมการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพ: สินทวีการพิมพ์; 2569. https://www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Publication/Attach/20690407092928AM_(%E0%B8%9E%E0%B8%B4%E0%B8%A1%E0%B8%9E%E0%B9%8C%E0%B8%84%E0%B8%A3%E0%B8%B1%E0%B9%89%E0%B8%87%E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%88%202)%20%E0%B8%84%E0%B8%B9%E0%B9%88%E0%B8%A1%E0%B8%B7%E0%B8%AD%E0%B8%94%E0%B8%B9%E0%B9%81%E0%B8%A5%E0%B8%9C%E0%B8%B9%E0%B9%89%E0%B8%9B%E0%B9%88%E0%B8%A7%E0%B8%A2%E0%B9%81%E0%B8%9A%E0%B8%9A%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%84%E0%B8%B1.pdf
2. คำแนะนำแนวทางการบริหารจัดการระบบยาในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข http://dmsic.moph.go.th/dmsic/admin/files/userfiles/files/palliativecaredrugsystem2561_edited030562.pdf
3. ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2563. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 137, ตอนพิเศษ 261 (ลงวันที่ 6 พฤศจิกายน 2563)
4. ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง มาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย (Thai standards for advance care planning) พ.ศ. 2565 (ลงวันที่ 24 มกราคม 2565) [อินเทอร์เน็ต]. พศ. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 17 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A8-ACP.pdf
5. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550. (2550, 19 มีนาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 124 ตอนที่ 16 ก หน้า 1
6. สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายและราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. Palliative care in COIVE-19 pandemic. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2563
7. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(สช.).(2561). คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย. พิมพ์ครั้ง ที่ 8. บริษัทสามดีพริ้นติ้งอีควิปเม้นท์ จำกัด นนทบุรี
8. Hui D, dos Santos R, Chisholm G. et al. Bedside clinical signs associated with impending death in patients with advanced cancer: preliminary findings of a prospective, longitudinal cohort study. Cancer 2015; 121: 960-967
9. International children's palliative care network. Symptom control at the end-of-life in children with covid-19 infection [Internet]. 2021 [Cited 26 July 2021]. Available from: http://globalpalliativecare.org/covid-19/uploads/briefing-notes/brieifing-note-symptom-control-at-the-end-of-life-in-children-with-covid-19-infection.pdf

10. Suandok's palliative care model [Internet]. เข้าถึงเมื่อ 22 มิถุนายน 2565. เข้าถึงได้จาก https://ppi.psu.ac.th/upload/forum/7_Suandok_s_Palliative_care_model_5.60.pdf
11. The association of paediatric palliative care medicine. The association of paediatric palliative medicine master formulary 2020 [Internet]. 5th ed. United Kingdom: APPM; 2020 [Cited 2023 April 18]. Available from: http://lib.med.psu.ac.th/pdf/van01.pdf

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่บ้าน

Home-Based Hypertension Management Guideline

วิรุฬห์ ลิขิตเลิศล้ำ

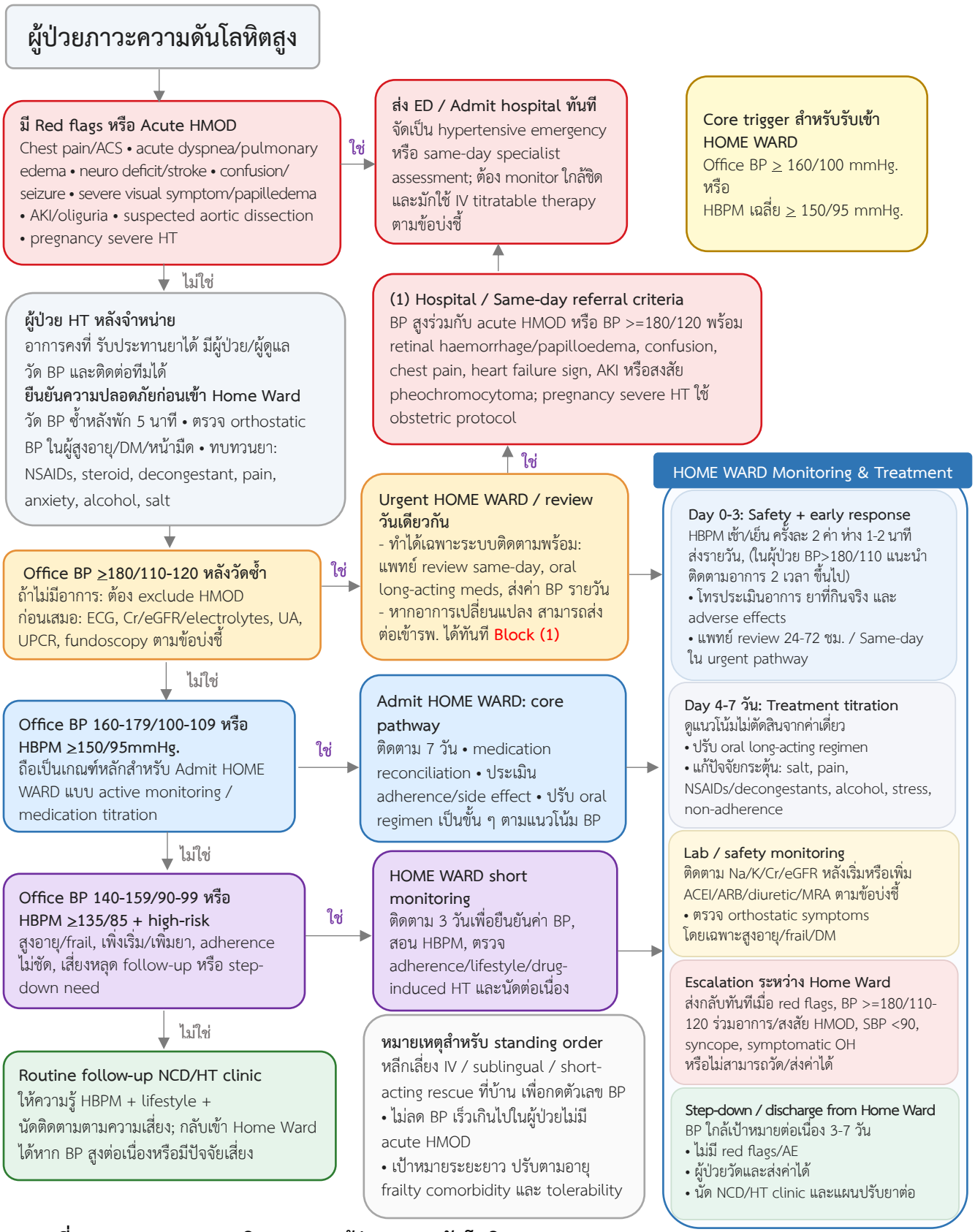
ความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรัง พบได้บ่อยในประชากรทั่วไป โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะอ้วน และผู้ที่มีวิถีชีวิตที่มีความเครียดสูง การดูแลรักษาที่บ้าน จึงมีความสำคัญอย่างมากในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้ได้เป้าหมาย และลดภาวะแทรกซ้อน

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถแบ่งตามบริบทการรักษาได้ 3 กลุ่มหลัก ดังนี้

1. **ความดันโลหิตสูงที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันต่ออวัยวะโดยตรง** (Hypertensive urgencies and emergencies) เช่น หัวใจล้มเหลว กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือไตวายเฉียบพลัน ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล
2. **ความดันโลหิตสูงที่พบร่วมกับภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน** เช่น ปอดอักเสบ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ อาจต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลขึ้นกับความรุนแรงของโรคร่วม
3. **ความดันโลหิตสูงที่พบร่วมกับโรคเรื้อรัง (NCDs)** หรือผู้ป่วยที่ควบคุมได้ด้วยยา และสามารถดูแลได้ที่บ้าน ซึ่งเหมาะสำหรับการดูแลแบบ Home Ward

แนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่บ้าน (Step down hypertension, ภาพที่ 1) ใช้สำหรับผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล หรือรับไว้ใน Home Ward หลังอาการคงที่ โดยมีเป้าหมายให้เปลี่ยนจากการเฝ้าระวังใกล้ชิด ไปสู่ “การติดตามอย่างปลอดภัย และปรับยารับประทานอย่างเป็นระบบ” ไม่ได้มุ่งลดความดันโลหิตให้เป็นปกติอย่างรวดเร็วในผู้ป่วยที่ไม่มี Hypertensive-Mediated Organ Damage (HMOD) เฉียบพลัน

หลักความปลอดภัย หากไม่มีอาการหรือหลักฐาน HMOD เฉียบพลัน ให้ค่อย ๆ ลดความดันโลหิตภายใน 24 – 48 ชั่วโมง และปรับยาระยะยาวตามใบสั่งการรักษา (standing order) / คำสั่งแพทย์รายบุคคล หลีกเลี่ยงการใช้ยาฉีดหรือยาออกฤทธิ์สั้นที่บ้านเพียงเพื่อกดตัวเลขระดับความดันโลหิต



ภาพที่ 1 แนวทางการประเมินและดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง HOME WARD

เกณฑ์รับเข้าติดตาม และปรับยารับประทานอย่างเป็นระบบ แบบ HOME WARD

- ระดับความดันโลหิต

Office BP

Systolic blood pressure ≥ 160 mmHg. หรือ Diastolic blood pressure ≥ 100 mmHg.

HOME BP

Systolic blood pressure > 150 mmHg. หรือ Diastolic blood pressure > 95 mmHg.

(อ้างอิงจากระดับความดันโลหิตที่ อยู่ระดับ 2 (Grade 2) ระบุว่าเมื่อพบระดับความดันโลหิต Office BP > 160/100mmHg. หรือ HOME BP > 150/95ควรยืนยันเร็ว และควรมีการได้รับยาลดความดันโลหิตแบบรับประทาน 5,6,7)

- อาการคงที่หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ไม่มีภาวะ Acute Hypertensive-Mediated Organ Damage (HMOD)
- ไม่ต้องใช้ยาลดความดันโลหิตทางหลอดเลือดดำ
- สามารถรับประทานยาได้
- มีแผนการให้ยาที่ชัดเจน
- มีเครื่องวัดความดันโลหิตที่เชื่อถือได้
- ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลวัดและส่งระดับความดันโลหิตให้กับผู้ติดตามทางโรงพยาบาลได้
- มีช่องทางติดต่อทีมโรงพยาบาลและสามารถส่งกลับสถานพยาบาลได้ชัดเจน หากมีอาการเตือนหรือสัญญาณอันตรายที่บ่งชี้ เช่น เกิดภาวะ Hypertensive-Mediated Organ damage.
- ไม่ใช่หญิงตั้งครรภ์

นิยาม และการจำแนกประเภท

นิยามความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูง หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure; SBP) ≥ 140 mmHg. และ/หรือ ไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure; DBP) ≥ 90 mmHg. จากการวัดที่สถานพยาบาล หรือ SBP ≥ 135 mmHg. และ/หรือ DBP ≥ 85 mmHg. จากการวัดที่บ้าน (Home Blood Pressure Monitoring; HBPM)

ประเภทพิเศษที่ควรรู้

นอกจากความดันโลหิตสูงทั่วไปแล้ว บุคลากรทางการแพทย์ควรรู้จักประเภทพิเศษดังต่อไปนี้ เนื่องจากส่งผลต่อการตัดสินใจให้ยาโดยตรง

Isolated Systolic Hypertension (ISH) ความดันโลหิตที่มี SBP ≥ 140 mmHg. แต่ DBP < 90 mmHg. พบบ่อยในผู้สูงอายุโดยเกิดจากหลอดเลือดแดงแข็งตัว (Arterial stiffness)

Isolated Office (White-coat) Hypertension ความดันโลหิตสูงที่สถานพยาบาล (SBP ≥ 140mmHg. และ/หรือ DBP ≥ 90mmHg.) แต่ค่า HBPM ปกติ (SBP < 135 mmHg. และ DBP < 85 mmHg.) การให้ยาอาจทำให้ความดันโลหิตต่ำเกินที่บ้าน ควรระมัดระวังและติดตาม HBPM

Masked Hypertension ความดันโลหิตปกติที่สถานพยาบาล แต่ HBPM สูงผิดปกติ มักพลาดการวินิจฉัย เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน cardiovascular events สูง ควรส่งตรวจ HBPM หรือตรวจวัดความดันโลหิตตลอด 24 ชั่วโมง (24-hr ABPM) ในผู้ที่สงสัย

Pre-critical Symptomatic Hypertension (PSH) ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นมากอย่างเฉียบพลัน จนถึงระดับที่มักจะสูงกว่าความรุนแรง Grade 3 (Blood pressure ≥ 180/110 mmHg.) โดยมักมีอาการร่วม เช่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้ ปวดศีรษะเล็กน้อย แต่ไม่ได้เกิดความเสียหายต่อระบบอวัยวะใด ๆ ไม่เหมือนกับ Hypertensive Emergency

Hypertensive Emergency ความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จนเกิน Grade 3 ทำให้เกิดความเสียหายต่ออวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องให้การรักษาด้วยยาอย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ แต่ในบางกรณีระดับความดันโลหิตอาจไม่ถึง Grade 3 แต่พบหลักฐานที่เกิดความเสียหายต่ออวัยวะสำคัญจากความดันโลหิตที่เพิ่มอย่างรวดเร็ว ซึ่งกรณีนี้ก็จำเป็นต้องให้การรักษาโดยทันทีเช่นกัน

Hypertensive-Mediated Organ Damage (HMOD) คือ อวัยวะต่าง ๆ ที่ได้รับผลกระทบจากระดับความดันโลหิตที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างเฉียบพลัน หรือแบบเรื้อรัง เช่น ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจหนาตัว Left ventricular hypertrophy เกิดจากความดันโลหิตสูงเรื้อรัง แต่หากภาวะ Acute decompensated heart failure สามารถเกิดได้ในกลุ่มความดันโลหิตสูงขึ้นในเวลาไม่นาน ความผิดปกติในกลุ่มเฉียบพลัน (Acute Hypertensive-Mediated Organ Damage) ทำให้เกิดความผิดปกติต่าง ๆ ได้ ดังนี้

- หัวใจและหลอดเลือด ภาวะ Acute coronary syndrome, Heart failure, Aortic dissection
- ภาวะไตวายเฉียบพลัน
- ระบบประสาทส่วนกลาง ภาวะ Hypertensive encephalopathy, Acute Stroke (Ischemic, Hemorrhagic), Transient ischemic attack (TIA), ชักเกร็ง
- ตามัวรุนแรง หรือสูญเสียการมองเห็นเฉียบพลัน Retinal hemorrhage, Papilledema

การจำแนกระดับความดันโลหิต

แสดงการจำแนกระดับความดันโลหิต อ้างอิงจากการวัดที่สถานพยาบาล ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การจำแนกระดับความดันโลหิตจากการวัดที่สถานพยาบาล office blood pressure (อ้างอิงแนวทางสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2567 และ ESC 2024)

ระดับความดันโลหิต	Office Blood pressure SBP and/or DBP (mmHg.)	HOME Blood pressure SBP and/or DBP (mmHg.)
ระดับเหมาะสม (Optimal) (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย)	SBP < 120 และ DBP <80	
Non-elevate blood pressure (ESC guideline 2024)	SBP < 120 and DBP <70	SBP < 120 and DBP <70
ระดับปกติ (Normal) (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย)	SBP 120-129 และ DBP <80	
Elevate blood pressure (ESC guideline 2024)	SBP 120-139 or DBP 70-89	SBP 120-134 or DBP 70-84
BP at risk / High normal (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย)	SBP 130–139 และ DBP 80-89	
วินิจฉัยความดันโลหิตสูง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย)	SBP ≥ 140 หรือ DBP ≥ 90	SBP ≥ 135 หรือ DBP ≥ 85
ความดันโลหิตสูง ระดับ 1 (Grade 1)	SBP 140–159 และ/หรือ DBP 90-99	
ความดันโลหิตสูง ระดับ 2 (Grade 2)	SBP 160–179 และ/หรือ DBP 100-109	
ความดันโลหิตสูง ระดับ 3 (Grade 3)	SBP ≥180 และ/หรือ DBP ≥ 110	
Isolated Systolic Hypertension (ISH)	SBP ≥ 140 และ DBP < 90	
Isolated diastolic Hypertension (IDH)	SBP < 140 และ DBP ≥ 90	

หมายเหตุ: BP at risk 130–139/80–89 mmHg. ยังไม่จัดเป็น hypertension จากการวัดที่สถานพยาบาล แต่ควรประเมิน CV risk, HMOD และยืนยันด้วย HBPM/ABPM โดยค่าเฉลี่ย HBPM ≥135/85 mHg. ถือว่าเข้าเกณฑ์ความดันโลหิตสูงจากการวัดที่บ้าน

การวินิจฉัย และ BP at risk / High normal BP

Grade 1 (140–159/90–99 mmHg.) แนะนำวัดซ้ำที่สถานพยาบาลภายใน 3 เดือน หรือยืนยันด้วย HBPM

Grade 2 (160–179/100–109 mmHg.) แนะนำวัดซ้ำภายใน 1 เดือน หรือยืนยันด้วย HBPM

Grade 3 (≥ 180/≥ 110 mmHg.) ส่วนใหญ่วินิจฉัยได้ทันที และมักต้องเริ่มยาในทันที

การวัดความดันโลหิตที่บ้าน Home Blood Pressure Measurement (HBPM)

การวัดความดันโลหิตที่บ้านมีความสำคัญมาก ช่วยแยก white-coat hypertension และ masked hypertension ออกจากกัน รวมถึงใช้ประเมินผลการรักษาในชีวิตจริง

ตารางที่ 2 วิธีการวัดความดันโลหิตที่บ้านอย่างถูกต้อง

ขั้นตอน	รายละเอียด
เตรียมตัวก่อนวัด	• หยุดพักอย่างน้อย 5 นาที ในท่านั่ง • งดสูบบุหรี่ ดื่มกาแฟ ออกกำลังกาย อย่างน้อย 30 นาทีก่อนวัด • ถ่ายปัสสาวะก่อนวัด
ท่าวัดและตำแหน่ง	• นั่งหลังพิง เท้าวางราบบนพื้น • วางแขนที่ระดับหัวใจบนโต๊ะ • ใช้ cuff ที่ขนาดเหมาะสม (cuff หลวมหรือแน่นเกินไปให้ค่าผิดพลาด)
จำนวนครั้ง	• วัด 2 ครั้ง ห่างกัน 1–2 นาที ในแต่ละช่วงเวลา • บันทึกค่าเฉลี่ยของ 2 ครั้ง
ช่วงเวลา	• ตอนเช้า: วัดภายใน 1 ชั่วโมงหลังตื่นนอน ก่อนรับประทานยา ก่อนอาหารเช้า • ตอนเย็น: ก่อนนอน • ทำต่อเนื่องอย่างน้อย 7 วัน (ทั้งก่อนและหลังเริ่มยา)
เกณฑ์วินิจฉัย HT ที่บ้าน	• ระดับความดันโลหิต SBP ≥ 135 mmHg. และ/หรือ DBP ≥ 85 mmHg. • ใช้ค่าเฉลี่ยของวันที่ 2–7 (ตัดวันแรกออก)

คำแนะนำสำหรับผู้ป่วย บันทึกค่าในสมุดหรือแอปพลิเคชันทุกครั้ง นำมาให้แพทย์ดูทุกครั้งที่มาตรวจ ค่าเฉลี่ยที่บ้านที่ถือว่าสูง คือ SBP ≥ 135 mmHg. หรือ DBP ≥ 85 mmHg.

หลักการรักษาความดันโลหิตสูง

การรักษาความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 2 แนวทางหลัก ได้แก่ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต และการใช้ยา โดยทั้ง 2 แนวทางควรดำเนินการควบคู่กัน การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตสามารถลดระดับความดันโลหิต SBP ได้ 4 - 14 mmHg. ขึ้นกับปัจจัยที่ปรับ และควรทำในผู้ป่วยทุกราย

การตัดสินใจเริ่มยาขึ้นอยู่กับ ระดับความดันโลหิต ภาวะโรคร่วม และ CV risk score โดยทั่วไปกำหนดเป้าหมายควบคุมความดันโลหิตให้ถึงเป้าภายใน 3 เดือน (ยกเว้นกรณีฉุกเฉินที่ต้องการการควบคุมทันที)

หลักการสำคัญ ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ไม่ควรลดความดันโลหิตเร็วเกินไป เนื่องจากอาจเกิดภาวะขาดเลือดในอวัยวะสำคัญ (cerebral hypoperfusion, coronary ischemia) โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ

การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (Lifestyle Modification)

การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเป็นรากฐานการรักษาสำหรับผู้ป่วยทุกราย ไม่ว่าจะได้รับยาหรือไม่ก็ตาม มีผลลดระดับความดันโลหิตได้จริง และลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะยาว

ควบคุมน้ำหนัก

- เป้าหมาย BMI 18.5–24.9 กก./ม.^{2} และรอบเอว < 90 ซม. (ชาย) / < 80 ซม. (หญิง)
- ลดระดับความดันโลหิต SBP ได้ประมาณ 5 – 20 mmHg. ต่อน้ำหนักที่ลดลง 10 กิโลกรัม

ลดเกลือโซเดียม

- จำกัดโซเดียม < 2,000 มก./วัน (เกลือแกง < 5 กรัม/วัน)
- หลีกเลี่ยงอาหารแปรรูป น้ำปลา ซีอิ๊ว ของหมักดอง
- ลดระดับความดันโลหิต SBP ได้ 2 – 8 mmHg.

รับประทานอาหาร DASH

- เพิ่มผัก ผลไม้ ธัญพืชไม่ขัดสี ผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำ
- ลดไขมันอิ่มตัว เนื้อสัตว์แปรรูป เครื่องดื่มหวาน
- เพิ่มโพแทสเซียม (ถั่ว กล้วย ผักใบเขียว) — ยกเว้นผู้ป่วยโรคไตที่ต้องจำกัดโพแทสเซียม
- ลดระดับความดันโลหิต SBP ได้ 8–14 mmHg.

ออกกำลังกายสม่ำเสมอ

- แอโรบิก ความหนักปานกลาง อย่างน้อย 150 นาที/สัปดาห์ เช่น เดินเร็ว ว่ายน้ำ ปั่นจักรยาน
- หรืออย่างน้อย 75 นาที/สัปดาห์ หากเป็นกิจกรรมหนัก
- ลดระดับความดันโลหิต SBP ได้ 4–9 mmHg.

งดสูบบุหรี่

• การสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยง CV เป็นอย่างมาก แม้ว่าการเลิกบุหรี่จะไม่ได้ลดระดับความดันโลหิตโดยตรง

• บุคลากรควรแนะนำและให้การสนับสนุนให้เลิกทุกครั้ง

จำกัดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

• ชาย: ไม่เกิน 2 ดริ้งก์มาตรฐาน/วัน (แอลกอฮอล์ 20 กรัม/วัน)

• หญิง: ไม่เกิน 1 ดริ้งก์มาตรฐาน/วัน (แอลกอฮอล์ 10 กรัม/วัน)

• ลดระดับความดันโลหิต SBP ได้ 2–4 mmHg.

จัดการความเครียด

• ฝึกผ่อนคลาย เช่น การหายใจลึก yoga การทำสมาธิ

• นอนหลับให้พอเพียง 7–9 ชั่วโมง/คืน

การรักษาด้วยยา

กลุ่มยาหลัก 5 กลุ่ม

ยาลดความดันโลหิตที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ในการลดภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือด มี 5 กลุ่มหลัก ตามแนวทางสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2567

• Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors (ACEIs) เช่น Enalapril, Ramipril, Perindopril

• Angiotensin Receptor Blockers (ARBs) เช่น Losartan, Valsartan, Telmisartan, Irbesartan, Candesartan

• Calcium-channel Blockers (CCBs) – กลุ่ม Dihydropyridines เช่น Amlodipine, Nifedipine, Manidipine

• Thiazide/Thiazide-like Diuretics เช่น Hydrochlorothiazide, Indapamide, Chlorthalidone

• Beta-blockers เช่น Bisoprolol, Metoprolol, Carvedilol (ใช้เมื่อมีข้อบ่งชี้เฉพาะ เช่น post-MI, heart failure, AF)

แนวทางการเริ่มและปรับยา

ตารางที่ 3 แนวทางการเริ่มยาลดความดันโลหิต

แนวทาง	เงื่อนไขที่พิจารณา
เริ่มยา 1 ชนิด	• SBP < 150 มม.ปรอท • ผู้ป่วยสูงอายุ > 80 ปี • ผู้ป่วยที่มีลักษณะเปราะบาง (frail) • White-coat hypertension ที่ยังไม่แน่ใจ สามารถเลือกยากลุ่มใดก็ได้ใน 4 กลุ่มหลัก ตามข้อบ่งชี้และข้อห้ามใช้
เริ่มยา 2 ชนิด (ขนาดน้อย)	• SBP ≥ 150 มม.ปรอท และไม่มีข้อห้ามใช้ยาร่วมกัน • พิจารณาให้แต่ละชนิดในปริมาณน้อย เพื่อประสิทธิภาพดีและลดผลข้างเคียง สูตรที่แนะนำ: - ACEIs หรือ ARBs + CCBs (dihydropyridines) - ACEIs หรือ ARBs + Thiazide/Thiazide-like diuretics
เพิ่มยาชนิดที่ 3	• ยังควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้เป้าหมายด้วยยา 2 ชนิด • 1 ใน 3 ชนิดควรมียาขับปัสสาวะ (Thiazide/Thiazide-like) สูตร: - ACEIs/ARBs + CCBs + Thiazide/Thiazide-like
เพิ่มยาชนิดที่ 4 (Resistant HT)	• ยังควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้เป้าหมายด้วยยา 3 ชนิด (ซึ่งควรมี Thiazide รวมอยู่ด้วย) ยาที่พิจารณาเพิ่ม: - Spironolactone 25–50 mg วันละครั้ง (first choice) - Beta-blockers หรือ Alpha-blockers

ข้อพิจารณาในการเลือกยาตามโรคร่วม

ตารางที่ 4 ข้อบ่งชี้ ข้อห้าม และการเฝ้าระวังของยาแต่ละกลุ่ม

กลุ่มยา	ข้อบ่งชี้พิเศษ	ข้อห้าม / ข้อควรระวัง และการติดตาม
ACEIs / ARBs (Enalapril, Losartan ฯลฯ)	• ผู้ป่วยเบาหวาน microalbuminuria • โรคไตเรื้อรัง (proteinuria) • หัวใจล้มเหลว • Post-MI	• ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ (teratogenic) • ห้ามใช้ใน bilateral renal artery stenosis • เฝ้าระวัง hyperkalemia • ตรวจ Serum BUN/Cr และ K^+ ที่ 1–2 สัปดาห์หลังเริ่มหรือปรับยา • ACEIs อาจทำให้ไอแห้ง พิจารณาเปลี่ยนเป็น ARBs
CCBs – dihydropyridines (Amlodipine, Nifedipine ฯลฯ)	• ผู้สูงอายุ ISH • โรคหลอดเลือดหัวใจ • เมื่อมีข้อห้ามใช้ ACEIs/ARBs	• อาจเกิดขาบวม พิจารณาใช้ร่วมกับ ACEIs/ARBs เพื่อลดอาการ • อาจทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น
CCBs – Non-dihydropyridines (Verapamil, Diltiazem)	• AF ที่ต้องการควบคุมอัตราหัวใจ	• ห้ามใช้ใน LV EF < 40% • ห้ามใช้ในผู้ป่วย bradycardia < 60 bpm • ห้ามใช้ใน high-grade SA/AV block
Thiazide / Thiazide-like (Hydrochlorothiazide, Indapamide, Chlorthalidone)	• HT ที่ไม่มีข้อห้าม • ร่วมกับ ACEIs/ARBs หรือ CCBs • ผู้สูงอายุ ISH	• ติดตาม serum K^+, Na^+, BUN/Cr, uric acid • อาจกระตุ้นโรคเก๊าท์ พิจารณาหลีกเลี่ยงผู้ป่วยเก๊าท์ • Chlorthalidone และ Indapamide มีผลดีต่อ CV มากกว่า HCTZ
Beta-blockers (Metoprolol, Bisoprolol, Carvedilol ฯลฯ)	• หัวใจล้มเหลว (Carvedilol, Bisoprolol) • Post-MI • โรคหลอดเลือดหัวใจ • AF ที่ต้องการควบคุมอัตราหัวใจ	• หลีกเลี่ยงในหอบหืด / COPD รุนแรง • ห้ามใช้ใน bradycardia < 60 bpm หรือ high-grade block • ไม่ใช้เป็นยาลำดับแรกในผู้สูงอายุโดยไม่มีข้อบ่งชี้เฉพาะ

กลุ่มยา	ข้อบ่งชี้พิเศษ	ข้อห้าม / ข้อควรระวัง และการติดตาม
Spironolactone	• Resistant HT (ยาชนิดที่ 4) • หัวใจล้มเหลว	• ติดตาม serum Potassium (hyperkalemia) และ Cr อย่างใกล้ชิด • ห้ามใช้ใน eGFR < 30 mL/min/1.73m² • ผลข้างเคียง: gynecomastia ในชาย
Alpha-blockers (Doxazosin ฯลฯ)	• Resistant HT • ผู้ชายที่มี benign prostatic hyperplasia	• เกิด first-dose hypotension แนะนำเริ่มยาขนาดน้อย รับประทานก่อนนอน • ใช้เป็นยาลำดับหลังเสมอ
Methyldopa	• ความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ (safe ที่สุด)	• งดหลังคลอด เพราะอาจกระตุ้นภาวะซึมเคร้าหลังคลอด • ผลข้างเคียง: ง่วงซึม อ่อนเพลีย

ข้อควรระวัง ห้ามใช้ ACEIs/ARBs ร่วมกันในผู้ป่วยรายเดียวกัน (dual RAAS blockade) เนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงไตวายและ hyperkalemia โดยไม่ได้ประโยชน์เพิ่ม

ค่าเป้าหมายความดันโลหิตในการรักษาที่บ้าน

เป้าหมายการรักษาแตกต่างกันตามอายุและภาวะโรคร่วม ดังตารางที่ 5 ทั้งนี้ควรประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตต่ำด้วย โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะเปราะบาง และผู้ที่ได้รับยาหลายตัว

ตารางที่ 5 ค่าเป้าหมาย SBP ตามกลุ่มอายุและโรคร่วม (อ้างอิง ESC 2021)

กลุ่มอายุ	HT เพียงอย่างเดียว	เบาหวาน	CKD	โรคหลอดเลือดหัวใจ	Stroke / TIA
18–69 ปี	SBP 120–130 DBP < 80	SBP 120–130 DBP < 80	SBP 130–140 DBP < 80	SBP 120–130 DBP < 80	SBP 120–130 DBP < 80
> 70 ปี	SBP < 140 (ลดได้ถึง 130 หากทนได้)	SBP < 140 (ลดได้ถึง 130)	SBP < 140 (ลดได้ถึง 130)	SBP < 140 (ลดได้ถึง 130)	SBP < 140 (ลดได้ถึง 130)
DBP เป้าหมาย (ทุกกลุ่ม)	DBP < 80 มม.ปรอท ทุกกลุ่มอายุและทุกภาวะโรคร่วม				

สำคัญ ในผู้สูงอายุ > 70 ปี ที่มีภาวะเปราะบาง (frailty) ให้ผ่อนเป้าหมายเป็นระดับความดันโลหิต SBP < 150 mmHg เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะหกล้ม และบาดเจ็บจากความดันโลหิตต่ำ

ภาวะความดันโลหิตสูงฉุกเฉิน (Hypertensive Urgency & Emergency)

ความแตกต่างระหว่าง Urgency และ Emergency

ตารางที่ 6 ความแตกต่างระหว่าง Urgency และ Emergency

Hypertensive Urgency	Hypertensive Emergency
ระดับความดันโลหิต > 180/110 มม.ปรอท โดย **ไม่มีหลักฐาน** ความเสียหายต่ออวัยวะเป้าหมาย (HMOD) ผู้ป่วยมักไม่มีอาการ หรืออาการไม่รุนแรง	ระดับความดันโลหิต > 180/110 มม.ปรอท **มีหลักฐาน** ของ HMOD เฉียบพลัน: • Encephalopathy, Stroke, Retinal hemorrhage • ACS, Pulmonary edema • Acute renal failure • Aortic dissection • Eclampsia/HELLP
การจัดการ: ลดความดันโลหิตช้า ๆ ใน 24 – 48 ชม. ด้วยยารับประทาน ไม่จำเป็นต้องรับไว้ในโรงพยาบาล หากไม่มีโรคร่วมรุนแรง	การจัดการ: รับไว้ในโรงพยาบาลทันที ลดความดันโลหิต ด้วยยาทางหลอดเลือดดำ เพื่อลด mean arterial pressure (MAP) 20–25% ใน 1–2 ชั่วโมงแรก ตามภาวะที่พบ

เป้าหมายและยาในภาวะ Hypertensive Emergency

ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลและใช้ยาฉีดเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตตามภาวะที่พบ

ตารางที่ 7 เป้าหมายความดันโลหิตและยาที่ใช้ในภาวะ Hypertensive Emergency

ภาวะ	เป้าหมายความดันโลหิต	ยาที่แนะนำ	ยาทางเลือก
Malignant hypertension ± acute renal failure	ลด MAP ลง 20–30% ภายใน 2–6 ชม.	Labetalol Nicardipine	Nitroprusside
Hypertensive encephalopathy	ลด MAP ลง 20–25% ทันที	Labetalol Nicardipine	Nitroprusside
Acute coronary syndrome	SBP < 140 mmHg ทันที	Nitroglycerine Labetalol	–
Acute cardiogenic pulmonary edema	SBP < 140 mmHg ทันที	Nitroprusside หรือ Nitroglycerine	Loop diuretics

ภาวะ	เป้าหมายความดันโลหิต	ยาที่แนะนำ	ยาทางเลือก
Acute aortic dissection	SBP < 120 mmHg HR < 60 bpm ทันที	Esmolol + Nitroprusside หรือ Nitroglycerine	Labetalol Metoprolol
Eclampsia / Severe pre-eclampsia / HELLP Syndrome	SBP < 160 mmHg DBP < 105 mmHg ทันที	Labetalol หรือ Nicardipine + Magnesium sulfate	พิจารณาคลอด

การดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่บ้าน (Home Ward) *ภาพที่ 1*

เกณฑ์ผู้ป่วยที่เหมาะสมสำหรับดูแลที่บ้าน

ผู้ป่วยที่ step down จากผู้ป่วยในหลังจากอาการคงที่ บางครั้งเกิดจาก ผู้ป่วย Hypertension เรื้อรัง ที่พบร่วมกับ NCDs (เบาหวาน ไตวายเรื้อรัง COPD) และ ระดับความดันโลหิต ไม่ได้อยู่ในระดับฉุกเฉิน โดยผู้ป่วยที่สามารถวัด HBPM ได้เอง หรือมีผู้ดูแลที่บ้าน ไม่มีอาการหรืออาการแสดงของ HMOD เฉียบพลัน

พิจารณาตามเกณฑ์ ดังนี้

- **ระดับความดันโลหิต**

  Office BP

  Systolic blood pressure ≥ 160 mmHg หรือ Diastolic blood pressure ≥ 100 mmHg

  HOME BP

  Systolic blood pressure ≥ 150 mmHg หรือ Diastolic blood pressure ≥ 95 mmHg

(อ้างอิงจากระดับความดันโลหิตที่ อยู่ระดับ 2 (Grade 2) ระบุว่าเมื่อพบระดับความดันโลหิต Office BP ≥160/100 mmHg หรือ HOME BP≥150/95 mmHg ควรยืนยันเร็ว และควรมีการได้รับยาลดความดันโลหิตแบบรับประทาน)

- อาการคงที่หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล **ไม่มี** ภาวะ Acute Hypertensive-Medated Organ Damage (HMOD)
- ไม่ต้องใช้ยาลดความดันโลหิตทางหลอดเลือดดำ
- สามารถรับประทานยาได้
- มีแผนการให้ยาที่ชัดเจน
- มีเครื่องวัดความดันโลหิตที่เชื่อถือได้
- ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลวัดและส่งระดับความดันโลหิตให้กับผู้ติดตามทางโรงพยาบาลได้
- มีช่องทางติดต่อทีมโรงพยาบาลและสามารถส่งกลับสถานพยาบาลได้ชัดเจน หากมีอาการเตือนหรือสัญญาณอันตรายที่บ่งชี้ เช่น เกิดภาวะ Hypertensive-Mediated Organ damage
- ไม่ใช่หญิงตั้งครรภ์

เกณฑ์ส่งต่อกลับโรงพยาบาลทันที

⚠ ส่งผู้ป่วยกลับโรงพยาบาลทันทีหากพบ

- ระดับความดันโลหิต ≥ 180/110 mmHg **ร่วมกับอาการ** ปวดศีรษะรุนแรง ตามัว พูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรง เจ็บหน้าอก หายใจลำบาก
- ความดันโลหิตต่ำผิดปกติ (SBP < 90 mmHg) หลังได้รับยา
- ค่า Serum Cr เพิ่มขึ้น > 30% หรือ Serum Potassium > 5.5 mEq/L หลังปรับยา
- ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา หรือ ระดับความดันโลหิต ไม่ลดลงหลังปรับยา 2 สัปดาห์

แนวทางการรักษาตามระดับความดันโลหิต

แนวทางการตัดสินใจให้ยาในผู้ป่วยที่บ้าน แบ่งตามระดับความดันโลหิตที่วัดได้ที่สถานพยาบาล

ตารางที่ 8 แนวทางการจัดการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่พบที่โรงพยาบาล และวางแผนให้กลับบ้าน และกำกับติดตาม

ระดับ BP(mmHg)	แนวทางการดูแล
High normal 130–139/85–89	• แนะนำปรับวิถีชีวิตเป็นหลัก • พิจารณาให้ยาหากมี CVD, HMOD, เบาหวาน หรือ CV risk > 10% • ติดตาม HBPM ทุก 3–6 เดือน
Grade 1 140–159/90–99	• ปรับวิถีชีวิต + เริ่มยาทันทีหากมี CVD, HMOD, โรคไต หรือ CV risk สูง • หากความเสี่ยงต่ำ ติดตาม HBPM 3–6 เดือนก่อนให้ยา • เป้าหมาย ควบคุม BP ให้ถึงเป้าภายใน 3 เดือน
Grade 2 160–179/100–109	• ปรับวิถีชีวิต + เริ่มยาทันทีในผู้ป่วยทุกราย • พิจารณาเริ่มยา 2 ชนิดในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง • นัดติดตามทุก 1–3 เดือน
Grade 3 ≥ 180/≥ 110	• ประเมินอาการ HMOD เฉียบพลัน หากพบ ส่งโรงพยาบาลทันที • หากไม่มีอาการ (urgency) พิจารณาให้ยารับประทาน เฝ้าระวัง 1–4 ชม. • นัดติดตามภายใน 1–2 สัปดาห์

แนวทาง step down hypertension ที่บ้าน

ใช้สำหรับผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลหรือรับไว้ใน Home Ward หลังอาการคงที่ โดยมีเป้าหมายให้เปลี่ยนจากการเฝ้าระวังใกล้ชิดไปสู่การติดตามปกติอย่างปลอดภัย ไม่ได้มุ่งลดความดันโลหิตให้เป็นปกติอย่างรวดเร็วในผู้ป่วยที่ไม่มี HMOD เฉียบพลัน ภาพที่ 1 และ ตารางที่ 9

ตารางที่ 9 แนวทางการจัดการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่บ้าน ตามระยะเวลาที่ดูแล

หลักความปลอดภัย หากไม่มีอาการหรือหลักฐาน Hypertensive-Mediated Organ Damage (HMOD) แบบเฉียบพลัน ให้ค่อย ๆ ลดความดันโลหิต ภายใน 24–48 ชม. และปรับยาชนิดออกฤทธิ์นาน ตามใบสั่งการรักษามาตรฐาน standing order/ คำสั่งแพทย์รายบุคคล หลีกเลี่ยงการใช้ยาฉีด หรือยาออกฤทธิ์สั้นที่บ้านเพียงเพื่อกดตัวเลขระดับความดันโลหิต

ช่วงเวลา/เงื่อนไข	การประเมิน	การดูแลและการติดตาม
ก่อนรับเข้า Home Ward / วันจำหน่าย	ยืนยันว่าไม่มี chest pain, dyspnea, neuro deficit, altered mental status, AKI หรือ papilledema; ไม่ต้องใช้ IV antihypertensive; ไม่มี orthostatic hypotension	• ทบทวนยาทั้งหมด • ระบุเป้าหมาย BP รายบุคคล • จัดยาให้พอจนถึงนัด • สอน HBPM • ให้ช่องทางติดต่อฉุกเฉิน
24–72 ชม.แรก	วัด HBPM เช้าและเย็น ครั้งละ 2 ค่าห่างกัน 1–2 นาที และบันทึกค่าเฉลี่ย; โทรติดตามอาการ ยาที่กินจริง และผลข้างเคียง	ถ้า BP ≥160/100 mmHg ต่อเนื่องจากการวัดซ้ำ หรือมีอาการเวียนศีรษะ/หน้ามืดหลังยา ให้แพทย์ทบทวนภายในวันเดียวกัน
วันที่ 4–14	ประเมินแนวโน้ม BP มากกว่าค่าเดี่ยว ตรวจ adherence, sodium intake, NSAIDs/decongestants, pain/anxiety และปัจจัยกระตุ้น	ปรับยาเป็นขั้น ๆ ทุก 1–2 สัปดาห์ตามความเสี่ยง ตรวจ BUN/Cr และ K^+ ที่ 1–2 สัปดาห์หลังเริ่ม/เพิ่ม ACEIs, ARBs, diuretics หรือ MRA
เกณฑ์ step down ออกจาก Home Ward	BP ใกล้หรือถึงเป้าหมายต่อเนื่อง 3–7 วัน, ไม่มีอาการเตือน, ไม่มี SBP < 90 mmHg, ผู้ป่วย/ญาติวัดและส่งค่า HBPM ได้ถูกต้อง	ส่งต่อเป็นคลินิก NCD/HT ตามนัด พร้อมแผนปรับยาและเกณฑ์กลับมาพบแพทย์
Home Ward ไม่ปลอดภัย / ต้องส่งกลับ	BP สูงมากซ้ำ, BP ต่ำหลังยา, อาการ HMOD, Cr เพิ่ม > 30%, K^+ > 5.5 mEq/L, กินยาไม่ได้ หรือสภาพบ้านไม่เอื้อต่อการติดตาม	ส่งกลับโรงพยาบาลหรือพบแพทย์ทันทีตามระดับความเร่งด่วน

เกณฑ์ระดับความดันโลหิต สำหรับการดูแลใน Home Ward

การตัดสินใจควรใช้ค่าเฉลี่ยจาก HBPM หลายครั้งร่วมกับอาการและความเสี่ยงของผู้ป่วย ไม่ควรปรับยาจากค่าความดันโลหิตเดียว ที่วัดผิดวิธี หรือวัดขณะปวด เครียด เพิ่งออกกำลังกาย หรือเพิ่งดื่มคาเฟอีน

ตารางที่ 10 แนวทางการจัดการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่บ้าน ตามระดับความดันโลหิต

ระดับ/เกณฑ์	ค่าความดันโลหิตที่ใช้ตัดสิน (mmHg)	แนวทางใน Home Ward
ควบคุมได้หรือใกล้เป้าหมาย	HBPM โดยทั่วไป < 135/85 mmHg หรือเป้าหมายรายบุคคล; ผู้สูงอายุ/เปราะบางอาจผ่อนเป้าตามดุลยพินิจแพทย์	คงยาเดิม เฝ้าระวังอาการความดันโลหิตต่ำ และเตรียม step down เป็นการติดตามปกติ
BP at risk / high normal	Office 130–139/80–89 หรือ HBPM 125–134/75–84	เน้น lifestyle, ยืนยันด้วย HBPM/ABPM, ประเมิน CVD/ HMOD/ DM/ CKD ยังไม่เร่งเพิ่มยา เว้นแต่ความเสี่ยงสูงตามแพทย์เห็นสมควร
Hypertension persistent / Grade 1	Office 140–159/90–99 หรือค่าเฉลี่ย HBPM ≥135/85	เริ่มหรือปรับยารับประทานตามความเสี่ยง หากเพิ่งจำหน่ายให้ทบทวน adherence และผลข้างเคียงก่อนเพิ่มยา
Grade 2	Office 160–179/100–109 หรือค่า HBPM สูงต่อเนื่องใกล้เคียงระดับนี้	แพทย์ทบทวนภายใน 48–72 ชม. มักต้องใช้ยา 2 ชนิดร่วมกันถ้าไม่มีข้อห้าม และติดตาม HBPM ทุกวันช่วงแรก
Grade 3 / markedly Elevated BP ที่ไม่มี HMOD	Office ≥ 180/ ≥ 110 แต่ไม่มีอาการเตือน ของ HMOD	พัก 5–10 นาที และวัดซ้ำ ประเมินปัจจัยกระตุ้น/ขาดยา แพทย์พิจารณาปรับยารับประทานในวันเดียวกัน และลด BP แบบค่อยเป็นค่อยไปใน 24–48 ชม.
Hypertensive emergency	ระดับความดันโลหิตสูงร่วมกับ HMOD เฉียบพลัน อาทิ เจ็บหน้าอก หอบเหนื่อยมาก แขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด สับสน ชัก ตามัวรุนแรง AKI	ส่งโรงพยาบาลทันที ไม่รอดู HBPM ต่อที่บ้าน

ยาที่แนะนำสำหรับ step-down ที่บ้าน

เลือกชนิดของยา โดยคำนึงถึงโรคร่วม อายุ การทำงานของไต หรือค่าเกลือแร่ (eGFR/electrolytes) ความเสี่ยงตั้งครรภ์ ประวัติแพ้ยา และรายการยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่จริง ตัวอย่างขนาดยาดังตารางที่ 3 เป็นขนาดยาเริ่มต้นที่นิยมใช้ โดยควรต้องปรับตามคำสั่งแพทย์

ตารางที่ 11 ตารางการติดตามการให้ยาผู้ป่วยตามลักษณะโรคร่วม

สถานการณ์	ยาที่แนะนำ/ตัวอย่างขนาดเริ่มต้น	ข้อควรระวังและการติดตาม
ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ต้องเริ่มหรือ step-up ยา	RAS blocker + CCB หรือ RAS blocker + thiazide/thiazide-like diuretic เช่น Losartan 25–50 mg OD + Amlodipine 2.5–5 mg OD หรือ Enalapril 2.5–5 mg BID + Amlodipine 2.5–5 mg OD	หลีกเลี่ยง ACEI+ARB ร่วมกัน; ตรวจ BUN/Cr, K^+ หลังเริ่ม หรือเพิ่ม RAS blocker/diuretic
เริ่มยา 1 ชนิดก่อน	เหมาะในผู้สูงอายุมาก ผู้ป่วยเปราะบาง BP 140–149/90–95 mmHg ความเสี่ยงต่ำ หรือ BP at risk ที่ CVD risk สูง: Amlodipine 2.5–5 mg OD, Losartan 25–50 mg OD, Enalapril 2.5–5 mg BID, HCTZ 12.5 mg OD หรือ Indapamide SR 1.5 mg OD	เริ่มขนาดต่ำและประเมิน orthostatic BP, เวียนศีรษะ, ล้ม และ BP ต่ำหลังยา
DM / CKD albuminuria/ HF/ post-MI	ACEIs หรือ ARBs เป็นแกนหลัก เช่น Enalapril, Ramipril, Losartan, Valsartan; เลือกตามข้อบ่งชี้และยาที่มี	ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์หรือ bilateral renal artery stenosis; ระวัง hyperkalemia และ Cr เพิ่ม >30%
ผู้สูงอายุหรือ isolated systolic HT	Long-acting dihydropyridine CCB เช่น Amlodipine หรือ thiazide-like diuretic เช่น Indapamide/Chlorthalidone	ระวังขาบวมจาก CCB, hyponatremia/hypokalemia/เก๊าท์จาก diuretic และประเมินความดันโลหิตต่ำขณะลุกยืน
CAD, post-MI, AF rate control หรือ HF ที่มีข้อบ่งชี้	Beta-blocker เช่น Bisoprolol 1.25–2.5 mg OD, Metoprolol succinate 25 mg OD หรือ Carvedilol 3.125–6.25 mg BID	ไม่ใช้เป็นตัวเลือกอันดับแรกโดยไม่มีข้อบ่งชี้เฉพาะ และควรหลีกเลี่ยงในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะ Bradycardia, High-grade AV block, Asthma/COPD ที่มีอาการรุนแรง

สถานการณ์	ยาที่แนะนำ/ตัวอย่างขนาดเริ่มต้น	ข้อควรระวังและการติดตาม
Resistant HT หลังใช้ 3 ยาแล้วไม่ถึงเป้า	พิจารณา Spironolactone 12.5–25 mg OD เป็นยาที่ 4 เมื่อ eGFR และ K^+ เหมาะสม หรือส่งต่อเพื่อประเมิน secondary HT	ติดตาม Serum K^+/Cr ใกล้ชิด โดยเฉพาะ 8 สัปดาห์แรก; หลีกเลี่ยงถ้า eGFR <30 หรือ serum K^+ สูง
BP สูงมากแต่ไม่มี HMOD เฉียบพลัน	ให้กินยาประจำที่ขาด/หมด และปรับยาระยะยาวชนิดออกฤทธิ์ยาวตามแพทย์สั่ง มากกว่าการให้รับประทานแบบครั้งคราวเพื่อควบคุมตัวเลข	หลีกเลี่ยง sublingual nifedipine, ยาฉีด หรือการลดระดับความดันโลหิตลงด้วยความรวดเร็วที่บ้าน และ ติดตามซ้ำภายใน 24–48 ชม.

ข้อย้ำสำหรับบุคลากร ก่อนปรับยาให้ตรวจสอบวิธีวัดความดันโลหิต, การรับประทานยาเดิม, ภาวะปวดหรือวิตกกังวล, การใช้ยาที่มีผลเพิ่มระดับความดันโลหิต เช่น NSAIDs/decongestants, ติดตาม eGFR/electrolytes และโอกาสตั้งครรภ์ทุกครั้ง

การติดตามผู้ป่วย

การติดตามผู้ป่วยที่บ้านอย่างสม่ำเสมอเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการควบคุมความดันโลหิตระยะยาว ระยะเวลาการติดตามขึ้นกับปัจจัยเสี่ยง โรคร่วม หรือยาที่ได้รับ ระยะเวลาติดตามขึ้นกับปัจจัยเสี่ยง และยาที่ได้รับ

ตารางที่ 12 ตารางการติดตามผู้ป่วยตามกลุ่มโรค หรือชนิดยาที่รับประทาน

กลุ่มผู้ป่วย	ระยะเวลาติดตาม	สิ่งที่ต้องติดตาม
เพิ่งเริ่ม หรือปรับยา ACEIs/ARBs หรือ Spironolactone	**1–2 สัปดาห์**	Serum BUN/Cr, K^+, BP ประเมินอาการข้างเคียง
หัวใจล้มเหลว กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน	**1–2 สัปดาห์**	BP, HR, อาการ, น้ำหนัก (กรณี HF) Serum BUN/Cr, K^+ หากใช้ยาข้างต้น
HT ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เริ่มยาใหม่	**1–3 เดือน**	BP (ที่บ้านและที่คลินิก) อาการข้างเคียงของยา
HT ที่ควบคุมได้ดี (BP ถึงเป้าหมาย)	**3–6 เดือน**	BP, ผลเลือดตรวจประจำปี (BUN/Cr, electrolytes, FPG, lipid profile)
White-coat HT หรือ High normal BP (ยังไม่ได้รับยา)	**3–6 เดือน**	HBPM, ประเมิน CV risk ติดตามการปรับพฤติกรรม

กลุ่มผู้ป่วย	ระยะเวลาติดตาม	สิ่งที่ต้องติดตาม
Home Ward step down หลังจำหน่าย / ปรับยาใหม่	**24–72 ชม.แรก และต่อเนื่องตามความเสี่ยง**	HBPM เช้า–เย็น, อาการเตือน, adherence, ผลข้างเคียงยา และการนัดตรวจ BUN/Cr, K^+ เมื่อใช้ ACEIs/ARBs/diuretics/MRA

ประเด็นสำคัญ ผู้ป่วยที่มีภาวะ white-coat effect (ความดันโลหิตสูงมากเวลามาคลินิก แต่ ความดันโลหิตที่บ้าน HBPM ปกติ) มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดความดันโลหิตต่ำที่บ้านหลังได้รับยา โดยเฉพาะผู้สูงอายุและผู้ป่วยเปราะบาง จึงควรเริ่มยาชนิดเดียว ขนาดน้อย และติดตามความดันโลหิตที่บ้านต่อไป

ข้อมูลอ้างอิงที่สนับสนุนการติดตามที่บ้านได้อย่างปลอดภัย

การติดตามที่บ้านควรใช้กับผู้ป่วยที่ไม่มี hypertensive emergency หรือ HMOD เฉียบพลัน มีเครื่องวัดและวิธีวัดที่เชื่อถือได้ มีผู้ป่วย/ผู้ดูแลส่งค่า HBPM ได้ และมีระบบติดต่อกลับ/ส่งต่อฉุกเฉิน หลักฐานจาก RCT และแนวทางสากล สนับสนุนว่า HBPM/telemonitoring ช่วยให้ควบคุม BP ได้ดีขึ้นโดยไม่เพิ่ม adverse events เมื่อคัดกรอง และติดตามอย่างเป็นระบบ

ตารางที่ 13 ตารางข้อมูลที่สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่บ้าน

หลักฐาน/แนวทาง	ประเด็นที่สนับสนุนการติดตามที่บ้านอย่างปลอดภัย	นำไปใช้ใน Home Ward
Thai Hypertension Society HBPM 2022	HBPM ใช้ยืนยัน white-coat/ masked hypertension และประเมินผลการรักษาในชีวิตจริง โดยใช้การวัดซ้ำหลายครั้งและบันทึกค่าเฉลี่ย	ต้องมีเครื่องวัดที่เหมาะสม วิธีวัดถูกต้อง สมุด/แอปบันทึกค่า และช่องทางส่งค่าให้ทีมรักษา
HOME BP trial, BMJ 2021	การติดตาม BP ที่บ้านร่วมกับ digital support และแผนปรับยาที่กำหนดล่วงหน้าลด SBP ได้ โดยไม่เพิ่ม adverse effects เมื่อคัดกรองกลุ่มเสี่ยงออก	ใช้ standing order, medication review, follow-up 24–72 ชม.แรก และเกณฑ์ส่งกลับชัดเจน
TASMINH4 investigators. Efficacy of self-monitored blood pressure, with or without telemonitoring, for titration of antihypertensive medication Lancet 2018	self-monitoring/telemonitoring เพื่อปรับยาช่วยลด BP ได้ดีกว่า usual care และ adverse events ใกล้เคียงกัน	ใช้ HBPM + telemonitoring เป็นแกนติดตาม แต่อย่าปรับยาจากค่าเดี่ยว

หลักฐาน/แนวทาง	ประเด็นที่สนับสนุนการติดตามที่บ้านอย่างปลอดภัย	นำไปใช้ใน Home Ward
AHA Hypertension Guideline 2024	ผู้ป่วย BP สูงแต่ไม่มี new/worsening target-organ damage ควรวัดซ้ำถูกวิธี แก้ปัจจัยกระตุ้น และประสาน outpatient follow-up มากกว่ามุ่งลด BP เฉียบพลัน	แยก hypertensive emergency ออกจาก asymptomatic markedly elevated BP และหลีกเลี่ยง IV/short-acting PRN ที่บ้าน
ESC Hypertension Guideline 2024	HBPM/ABPM มีบทบาทในการวินิจฉัยและติดตาม; patient self-monitoring, nurse-led care และ teleconsultation ช่วยให้ควบคุม BP ได้ในระบบที่พร้อม	ใช้ทีมสหวิชาชีพและระบบนัด/โทรกลับเพื่อ step down อย่างมีความปลอดภัย

บทสรุป

การดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่บ้าน ควรคำนึงถึงความปลอดภัย มากกว่าการลดตัวเลขของระดับความดันโลหิต โดยต้องคัดกรอง Hypertensive Emergency และ Acute Hypertensive-Mediated Organ Damage ออกก่อนทุกครั้ง หากมีอาการเจ็บหน้าอก หอบเหนื่อย อาการทางระบบประสาท ตามัวรุนแรง ไตวายเฉียบพลัน หรือสงสัย Aortic dissection ต้องส่งกลับโรงพยาบาลทันที

ผู้ป่วยที่ไม่มี HMOD เฉียบพลันสามารถติดตามที่บ้านได้อย่างปลอดภัยเมื่อมี 4 องค์ประกอบได้แก่

- การวัดความดันโลหิตที่บ้านอย่างถูกวิธี
- การทบทวนยาที่ผู้ป่วยรับประทานจริง
- การประเมินปัจจัยกระตุ้นให้ระดับความดันโลหิตสูง
- ระบบติดต่อกลับพร้อมเกณฑ์ส่งต่อฉุกเฉิน

การศึกษาที่ผ่านมา สนับสนุนว่า self-monitoring/telemonitoring ร่วมกับแผนปรับยาที่ชัดเจน สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีกว่า usual care โดยไม่เพิ่มภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญ โดยเริ่มจากการคัดกรองที่เหมาะสม แยกผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงที่ยังไม่พบ HMOD เฉียบพลัน และเน้นการติดตามต่อเนื่องแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ดังนั้น Home Ward Hypertension ไม่ควรมุ่งเน้นลดระดับความดันโลหิตอย่างรวดเร็วในผู้ป่วยที่ไม่มี HMOD แต่ควรมุ่งลดความเสี่ยงด้วยการวัดซ้ำอย่างถูกวิธี ปรับยาออกฤทธิ์นาน แบบเป็นขั้น มีการติดตาม 24-72 ชั่วโมงแรกหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล หรือหลังปรับยา มีการตรวจติดตาม การทำงานของไต และระดับโพแทสเซียม เมื่อมีข้อบ่งชี้ และ step down สู่การตรวจผู้ป่วยนอกปกติในคลินิกความดันโลหิตสูง หรือ NCD เมื่อไม่มีอาการหรือสัญญาณอันตราย และระดับความดันโลหิตคงที่ต่อเนื่อง 3 ถึง 7 วัน

เอกสารอ้างอิง

1. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย; 2567.
2. Kunanon S, Roubsanthisuk W, Chattranukulchai P, Sangwatanaroj S, Ophascharoensuk V, Sitthisook S, et al. 2022 Thai Hypertension Society guidelines on home blood pressure monitoring. J Clin Hypertens (Greenwich). 2022;24(9):1139-1146. doi:10.1111/jch.14569.
3. McManus RJ, Little P, Stuart B, Morton K, Raftery J, Kelly J, et al.; HOME BP investigators. Home and Online Management and Evaluation of Blood Pressure (HOME BP) using a digital intervention in poorly controlled hypertension: randomised controlled trial. BMJ. 2021;372:m4858. doi:10.1136/bmj.m4858.
4. McManus RJ, Mant J, Franssen M, Nickless A, Schwartz C, Hodgkinson J, et al.; TASMINH4 investigators. Efficacy of self-monitored blood pressure, with or without telemonitoring, for titration of antihypertensive medication (TASMINH4): an unmasked randomised controlled trial. Lancet. 2018;391(10124):949-959. doi:10.1016/S0140-6736(18)30309-X.
5. Bress AP, Anderson TS, Flack JM, Ghazi L, Hall ME, Laffer CL, et al.; American Heart Association Council on Hypertension; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Clinical Cardiology. The management of elevated blood pressure in the acute care setting: a scientific statement from the American Heart Association. Hypertension. 2024;81(8):e94-e106. doi:10.1161/HYP.0000000000000238.
6. McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM, Brouwers S, Canavan MD, Ceconi C, et al.; ESC Scientific Document Group. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. Eur Heart J. 2024;45(38):3912-4018. doi:10.1093/eurheartj/ehae178.
7. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Hypertension in adults: diagnosis and management (NG136) [Internet]. London: NICE; 2019 [cited 2026 Jun 3]. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/ng136
8. World Health Organization. Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults. Geneva: World Health Organization; 2021. ISBN:978-92-4-003398-6.
9. Parati G, Stergiou GS, Bilo G, Kollias A, Pengo M, Ochoa JE, et al.; Working Group on Blood Pressure Monitoring and Cardiovascular Variability of the European Society of Hypertension. Home blood pressure monitoring: methodology, clinical relevance and practical application: a 2021 position paper. J Hypertens. 2021;39(9):1742-1767. doi:10.1097/HJH.0000000000002922.

10. MacDonald TM, Williams B, Webb DJ, Morant S, Caulfield M, Cruickshank JK, et al. Combination therapy is superior to sequential monotherapy for the initial treatment of hypertension: a double-blind randomized controlled trial. J Am Heart Assoc. 2017;6(11):e006986. doi:10.1161/JAHA.117.006986.
11. Schmidt M, Mansfield KE, Bhaskaran K, Nitsch D, Sorensen HT, Smeeth L, et al. Adherence to guidelines for creatinine and potassium monitoring and discontinuation following renin-angiotensin system blockade: a UK general practice-based cohort study. BMJ Open. 2017;7(1):e012818. doi:10.1136/bmjopen-2016-012818.

Download

แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน

Home Ward ฉบับที่ 3

กรมการแพทย์
Department of Medical Services

กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000