

คู่มือแนวทาง



การส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิต

และ สารเสพติด

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



กองบริหารการสาธารณสุข
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข





คู่มือแนวทาง

การส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิต

และ สารเสพติด

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



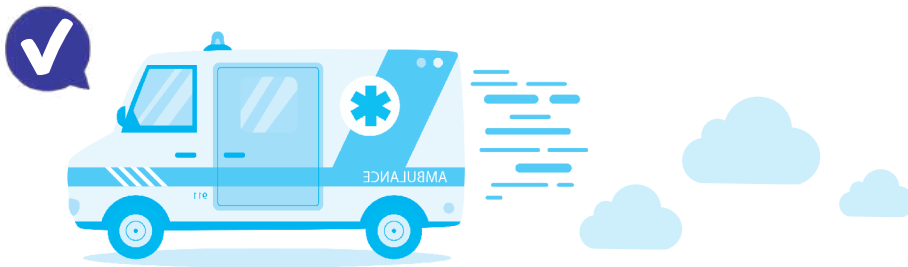
EMERGENCY



กองบริหารการสาธารณสุข

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข





**คู่มือแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตและสารเสพติด
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**



ที่ปรึกษา

นายแพทย์ธงชัย กีรติหัตถยากร

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

นายแพทย์กรฤช ลิ้มสมมุติ

ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข

บรรณาธิการ

นายแพทย์พฤทธิ์ ทองเพ็ญจันทร์

โรงพยาบาลท่าศาลา (ช่วยราชการกองบริหารการสาธารณสุข)

นางอัจฉรา วิไลสกุลยง

กองบริหารการสาธารณสุข

จัดพิมพ์โดย

กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี

ISBN

978-616-11-4677-1

ปีที่พิมพ์

2564 ครั้งที่ 1 จำนวน 1,000 เล่ม

พิมพ์ที่

บริษัท บอร์น ทุ บี พับลิชชิง จำกัด

53/1 หมู่ 7 ถนนสวนหลวงร่วมใจ ตำบลสวนหลวง อำเภอกระทุ่มแบน

จังหวัดสมุทรสาคร 74110

โทรศัพท์ 0 2813 7378 โทรสาร 0 2813 7378



คำนำ

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ได้รับมอบหมายให้เป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ซึ่งปัญหาผู้เสพยาเสพติด มีความยุ่งยากซับซ้อน เป็นเหตุปัจจัยของปัญหาต่างๆ ทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสังคมทั้งต่อตัวผู้เสพ ครอบครัว และสังคมรอบข้าง การแก้ไขที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพเชิงประจักษ์ คือ การมุ่งเน้นแก้ไขปัญหา โดยใช้มิติด้านสุขภาพเป็นต้นนำ จึงเป็นบทบาทหน้าที่โดยตรงของกระทรวงสาธารณสุข ที่ต้องพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่สำคัญด้านสุขภาพจิตและสารเสพติดทั้งในระดับจังหวัด ระดับเขต และประเทศ มุ่งเน้นให้เกิดการทำงานอย่างเป็นระบบ โดยบูรณาการร่วมกับหน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ และกรมสุขภาพจิต และจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เมื่อช่วงปลายปี 2563 เป็นต้นมา ส่งผลกระทบต่อการให้บริการกับผู้ป่วย กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีนโยบายในการปรับรูปแบบบริการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยรูปแบบใหม่ New Normal ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน ส่งผลทำให้หน่วยบริการมีความจำเป็นต้องปรับระบบการให้บริการการดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับสถานการณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาอย่างมีคุณภาพมาตรฐาน สามารถใช้ชีวิตร่วมกันในสังคมได้อย่างปกติสุข ไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสังคม และมีความปลอดภัยทั้งตัวผู้ป่วย และบุคลากรผู้ให้การบำบัดรักษา

กองบริหารการสาธารณสุข จึงได้จัดทำคู่มือแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตและสารเสพติด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยร่วมกับกรมวิชาการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต เพื่อใช้เป็นแนวทางให้กับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตและสารเสพติด ให้เกิดความสอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และสามารถตอบสนองต่อแผนพัฒนาสุขภาพระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ในภาพรวม สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติในระดับพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพิ่มการเข้าถึงบริการการดูแลช่วยเหลือที่มีมาตรฐาน ลดความเสี่ยงอันตรายต่อชีวิตจากโทษพิษภัยของสารเสพติด และภาวะเสี่ยงอันตราย จากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ลดความแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ หรือโรงพยาบาล/สถาบันเฉพาะทาง ลดค่าใช้จ่ายลดระยะเวลา และเป็นโอกาสในการสร้างการมีส่วนร่วมและการบูรณาการความร่วมมือกับครอบครัว ชุมชน และ ภาคส่วนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง



โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตและสารเสพติด
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จะสามารถนำไปใช้เป็นประโยชน์ในการบริหารจัดการระบบ
ส่งต่อผู้ป่วยในพื้นที่ นำไปสู่การพัฒนากระบวนการบริการของกระทรวงสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพ
และเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย อย่างสูงสุดต่อไป

กองบริหารการสาธารณสุข

กรกฎาคม 2564



สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1 บทนำ	1
บทที่ 2 สถานการณ์ปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยสุขภาพจิตและสารเสพติด	4
บทที่ 3 ชุดความรู้สำหรับการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตและสารเสพติด	9
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
➡ นโยบายและการดำเนินงานสุขภาพจิตและยาเสพติด	10
➡ ภาวะวิกฤตด้านสุขภาพจิตและสารเสพติด	11
วิกฤตสุขภาพจิตเวชและสารเสพติด	15
การจัดการเบื้องต้น	43
➡ การวินิจฉัยแยกโรคทางกาย ภาวะวิกฤตสุขภาพจิตและสารเสพติด	47
โรคทางกายที่ต้องประเมิน	47
➡ แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตและสารเสพติด	52
การส่งต่อผู้ป่วยภาวะวิกฤตระหว่างสถานพยาบาล	53
➡ การจัดการเชิงระบบเพื่อสนับสนุนการส่งต่อ	69
ระดับและศักยภาพโรงพยาบาล	69
ระบบให้คำปรึกษา	75
ระบบสนับสนุนการส่งต่อ	76
➡ เครือข่ายการส่งต่อ	78
การส่งต่อแบบไร้รอยต่อ	78
ระบบภายในเขตสุขภาพ	81
▶ แนวทางการรับส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตและสารเสพติด	82
ในสถานการณ์ปกติและสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ	
ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
➡ คลิป VDO ชุดความรู้สำหรับการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตและสารเสพติด	88
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
ภาคผนวก	89
▶ คู่มือ MOPH ED. TRIAGE กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2561)	90
▶ คู่มือการปฏิบัติงานทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต กรมสุขภาพจิต (2561)	90
▶ คู่มือแนวทางการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย กองบริหารการสาธารณสุข	90
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
▶ แนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต แบบไร้รอยต่อและบูรณาการในพื้นที่	90



สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
▶ คู่มือการดำเนินงานแนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อและบูรณาการในพื้นที่	90
▶ คู่มือการปฏิบัติงานที่มช่วยเหลือเยียวยาจิตใจทุกระดับ ผู้ประสบภาวะวิกฤตในกรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19)	90
▶ แนวทางการจัดบริการเพื่อรองรับผู้ป่วย โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) ของสถาบัน/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ฉบับที่ 1/2563	91
▶ คู่มือการดูแลผู้ป่วยที่เข้าและสารเสพติด ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (สำหรับสถานที่กักตัวของรัฐและโรงพยาบาลสนาม) สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข	91
▶ ตำราเวชศาสตร์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยยาและสารเสพติด กรมการแพทย์ (2563)	91
▶ รวมกฎหมายพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551	91
▶ รวมกฎหมายยาเสพติด พร้อมด้วย กฎกระทรวง ระเบียบ ข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง (สำนักงาน ปปส. กระทรวงยุติธรรม พ.ศ. 2563)	91
▶ แนวทางการปฏิบัติงานของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ และหน่วยปฏิบัติการกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	91
▶ แนวทางการรับส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตและสารเสพติดในสถานการณ์ปกติ (กรมการแพทย์)	92
▶ แนวทางป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข	92
▶ รายชื่อผู้ให้คำปรึกษาด้านยาเสพติดและสุขภาพจิต	92
▶ แนวทางการรับส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตและสารเสพติด ในสถานการณ์ปกติและสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (กรมสุขภาพจิต)	92
เอกสารอ้างอิง	92
รายนามผู้พัฒนาคู่มือแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตและสารเสพติดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	93



บทที่ 1

“บทนำ”



ความสำคัญและความเป็นมา



สถานการณ์ยาเสพติดนับเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลกมายาวนาน และทวีความรุนแรงมากขึ้นทุกวัน ส่งผลกระทบในหลายด้านทั้งด้านสุขภาพทางกายและจิตของผู้เสพ ผลกระทบต่อสังคมและครอบครัว นอกจากนี้ยังส่งผลไปในด้านการพัฒนาสังคม เศรษฐกิจ ตลอดจนความมั่นคงของประเทศ ปัญหายาเสพติด จึงเป็นปัญหาที่มีไขเฉพาะเนื่องจากการระบาดและการเจ็บป่วยจากโรคเหล่านั้น แต่ยังมีมีความเกี่ยวเนื่องกับปัญหาพื้นฐานของสังคมอีกด้วย จากรายงานผลการสำรวจครัวเรือนเพื่อคาดประมาณจำนวนประชากรผู้ใช้สารเสพติดของประเทศไทย ปี 2562 พบผู้ใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่ง ใน 1 ปี มีจำนวน 1.9 ล้านคน แบ่งเป็นผู้ใช้สารเสพติด จำนวน 1.3 ล้านคน และเป็นผู้ติดยาเสพติด จำนวน 4.5 แสนคน (รศ.มานพ คณะโต และคณะ, 2562) และสถิติการเข้ารับการรักษาทั่วประเทศ ในปี 2558-2560 มีจำนวนถึง 168,419 คน 127,941 คน และ 206,546 คน และประเภทยาเสพติดที่พบ 5 อันดับแรกได้แก่ ยาบ้า/ยาไอซ์ เฮโรอีน กัญชา ฝิ่น และสารระเหย (สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) นอกจากยาเสพติดที่ผิดกฎหมายที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพที่สำคัญแล้ว พบว่ายาเสพติดที่ถูกกฎหมาย เช่น สุรา ก็ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพที่สำคัญเช่นเดียวกัน โดยเห็นได้จากสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี พบว่าเป็นผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจากสุรา เข้ารับการรักษาจำนวนมากเป็นลำดับที่ 2 รองจากยาบ้า โดยพบว่า ในปี พ.ศ.2558-2560 มีผู้เข้ารับการรักษาจำนวน 5,666 5,901 และ 5,589 คน และเป็นผู้ป่วยสุราร้อยละ 21.6, 20.0 และ 20.2 ตามลำดับ (งานสารสนเทศ, 2560) และผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเข้าสู่ระบบการบำบัดของโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 24,196 คน จำแนกเป็นผู้ป่วยจิตเวชติดยาเสพติดรุนแรง จำนวน 5,757 คน และเป็นผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) จำนวน 577 คน (กรมสุขภาพจิต, 2562) ในผู้ป่วยที่เสพหนักเสพนาน ส่วนใหญ่มักมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิต ได้แก่ มีภาวะหวาดระแวง อาการหลงผิด ประสาทหลอน ซึ่งอาจจะนำไปสู่พฤติกรรมที่ใช้ความรุนแรง มีการทำร้ายตนเอง ทำร้ายบุคคลใกล้ชิด และมักจะเห็นในข่าวอยู่เป็นประจำ จากสถิติของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พบว่ามีผู้ป่วย กลุ่มฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/ภาวะจิตประสาท/อารมณ์ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีจากข้อมูลการนำส่งด้วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ปี 2560 - 2563 จำนวน 16,131 ครั้ง 17,858 ครั้ง 18,690 ครั้ง และ 20,936 ครั้ง ตามลำดับ (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2563) จากสถิติข้างต้น ผู้ป่วยที่เข้ายา

และสารเสพติดที่มีภาวะฉุกเฉินมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และเกิดเป็นปัญหาทางกายที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิต หรือปัญหาทางจิตเวชที่เสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์รุนแรง ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน โดยเฉพาะเมื่อมาถึงสถานพยาบาลต้องมีความพร้อมในการช่วยเหลือคนป่วยให้ได้รับความปลอดภัยตามสิทธิของผู้ป่วย

จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านมา พบว่า แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตและยาเสพติด และยังไม่มีคู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติ การประเมินคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพจิตและสารเสพติด การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีความรุนแรงในชุมชน การจัดการปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย และการเฝ้าระวังอาการทางจิตกำเริบรวมถึงผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดและมีอาการหรือพฤติกรรมก้าวร้าว การจัดระดับความรุนแรงและการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับบริการที่ล่าช้า อาจทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลอย่างทันท่วงที อาจเกิดอุบัติเหตุที่ไม่พึงประสงค์ต่างๆ จากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยได้ อีกทั้งการปฏิบัติขึ้นอยู่กับความรู้และประสบการณ์เฉพาะทางด้านจิตเวชและสารเสพติดของแพทย์แต่ละคนที่ประจำอยู่ในโรงพยาบาลทุกระดับทั่วประเทศ ซึ่งกรณีดังกล่าวอาจเป็นปัญหาในการส่งต่อที่อาจเกิดขึ้น การเพิ่มจำนวนจิตแพทย์เพื่อให้เพียงพอกับการให้บริการผู้ป่วยที่กระจายตัวอยู่ในจังหวัดต่างๆ นั้นเป็นเรื่องสำคัญ จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตและสารเสพติด มักจะมีปัญหาการตัดสินใจเนื่องจากแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยนั้น ยังขาดความชัดเจน อีกทั้งขึ้นอยู่กับบริบทและความแตกต่างของแต่ละเขตสุขภาพ แนวทางการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์ รวมถึงกรมสุขภาพจิตยังมีความแตกต่างกันไปในแต่ละเขตสุขภาพ ทำให้การบริหารจัดการด้านการส่งต่อมีความแตกต่าง



“

กองบริหารการสาธารณสุข จึงตระหนักในปัญหานี้และเร่งดำเนินการพัฒนาปรับปรุงองค์ความรู้และบริการเพื่อตอบสนองต่อปัญหาดังกล่าว โดยแพทย์เป็นวิชาชีพที่เป็นกำลังหลักในด้านการดูแลส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตและสารเสพติด จำเป็นจะต้องมีการพัฒนาปรับปรุงทั้งองค์ความรู้ และระบบบริการให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล ผู้จัดทำคู่มือแนวทางเห็นถึงความสำคัญดังกล่าว จึงได้จัดทำแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตและสารเสพติด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้โรงพยาบาลทุกระดับ ตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน สามารถนำคู่มือนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งป้องกันการเกิดอุบัติเหตุการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงต่างๆ ได้ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ ในการให้บริการและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย ต่อไป

”



วัตถุประสงค์



เพื่อให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตและสารเสพติด ซึ่งมุ่งเน้นให้เกิดการทำงานอย่างเป็นระบบ เกิดความสอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน



ขอบเขต

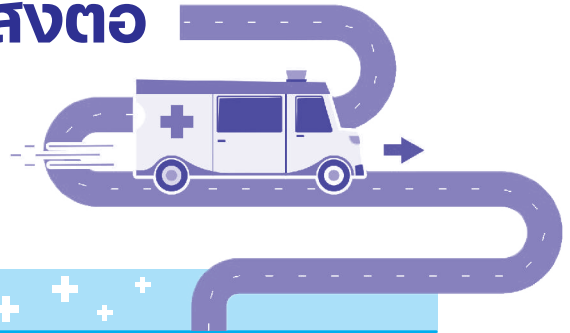


- 1 ครอบคลุมการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตและสารเสพติด ระหว่างโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งในสถานการณ์ปกติและสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
- 2 การส่งต่อ ผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตและสารเสพติดไปยังโรงพยาบาล ที่มีศักยภาพในการดูแลอย่างเหมาะสม



บทที่ 2

“สถานการณ์ปัญหาการส่งต่อ ผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิต และสารเสพติด”



จาก รายงานสถานการณ์ยาเสพติดโลกของสำนักงานป้องกันยาเสพติดและปราบปรามอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs and Crime : UN-ODC) พบว่า ในปี พ.ศ. 2562 ประชากรทั้งโลกมีตัวเลขผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานจากการใช้ยาเสพติดและต้องได้รับการบำบัดฟื้นฟู รวมทั้งสิ้น 35 ล้านคน และในจำนวนนี้มีเพียง 1 ใน 7 เท่านั้นที่ได้รับการบำบัดฟื้นฟู จากรายงานนี้พบว่าจำนวนผู้ใช้ยาเสพติด จากสารโอปิออยด์ (กลุ่มอนุพันธ์ของฝิ่น) อยู่ที่ 53 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากการประมาณการ เมื่อปี พ.ศ. 2559 ถึง 56 % มีผู้เสียชีวิตจากการใช้ยาเสพติด ในปี พ.ศ. 2560 จำนวน 585,000 คน โดยในจำนวนนี้มีสาเหตุมาจากโอปิออยด์ ราว 2 ใน 3 ในปี พ.ศ. 2560 ประชากร 271 ล้านคน หรือ 5.5 % ของประชากรโลกที่มีอายุระหว่าง 15-64 ปี ใช้ยาเสพติด และคาดว่าจะมีผู้ใช้ยาเสพติดเพิ่มขึ้น 30 % จากปี พ.ศ. 2552 แต่การเพิ่มขึ้นนี้ส่วนหนึ่งเป็นเพราะจำนวนประชากรโลกที่มีอายุ 15-64 ปี เพิ่มขึ้นราว 10 % ด้วย นอกจากนี้จากข้อมูลยังพบว่า มีการใช้โอปิออยด์อย่างแพร่หลายมากขึ้น ในภูมิภาคแอฟริกา เอเชีย ยุโรป และอเมริกาเหนือ เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2552 ส่วนการใช้กัญชาในอเมริกาเหนือ อเมริกาใต้ และเอเชีย ก็มีความแพร่หลายมากขึ้นเช่นกัน ในขณะที่แนวโน้ม การผลิตโคเคนอย่างผิดกฎหมาย ทั่วโลกเพิ่มขึ้นสู่ระดับสูงสุดตลอดกาลที่ 1,976 ตันในปี พ.ศ. 2560 เพิ่มขึ้น 25 % จากปี พ.ศ. 2559 ส่วนปริมาณโคเคนที่ยึดได้ทั่วโลกในปี พ.ศ. 2560 เพิ่มขึ้น 13 % มาอยู่ที่ 1,275 ตัน ซึ่งเป็นปริมาณสูงสุดเท่าที่เคยมีรายงาน ปัญหาข้างต้นทวีความรุนแรงมากขึ้น ในขณะที่การป้องกันและการรักษายังไม่ได้ตามเป้าหมาย ในหลายภูมิภาคในโลก ผู้ที่มีอาการผิดปกติและทุกข์ทรมานจากการใช้ยาเสพติด ได้รับการรักษาเพียง 1 ใน 7 เท่านั้นในแต่ละปี และจากรายงานยาเสพติดโลก ฉบับล่าสุด ยังเปิดเผยว่าการบำบัดฟื้นฟูตามหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ และเป็นไปตามหลักสิทธิมนุษยชนสากลนั้น ยังไม่สามารถเข้าถึงได้ในระดับที่ควรจะเป็น รัฐบาลและประชาคมโลกจำเป็นต้องเพิ่มการแก้ปัญหาเหล่านี้ จากรายงานของสำนักงานป้องกันยาเสพติด และปราบปรามอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) ยังพบอีกว่าภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เป็นตลาดเมทแอมเฟตามีน (หรือที่คนไทยรู้จัก ในชื่อว่า ยาบ้า) ที่ใหญ่ที่สุดในโลก ในปี พ.ศ. 2561 มีการจับกุมและตรวจยึดเมทแอมเฟตามีนได้สูงถึง 120 ตัน เพิ่มขึ้นจาก ปี พ.ศ. 2560 ที่ตรวจยึดได้ 82 ตัน และประเทศที่มีการจับกุม และตรวจยึดเมทแอมเฟตามีนสูงที่สุดในเอเชียคือ ประเทศไทย



คิดเป็นร้อยละ 66 ของเมทแอมเฟตามีนทั้งหมด ตามด้วยอินโดนีเซีย (ร้อยละ 8) และมาเลเซีย (ร้อยละ 8) ในขณะที่ประเทศจีนลดลง (เหลือเพียง ร้อยละ 6) สะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงตลาดเมทแอมเฟตามีนในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ นั่นคือ การลดลงของตลาดเมทแอมเฟตามีนในจีนควบคู่ไปกับการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในกลุ่มประเทศอาเซียน โดยเฉพาะในประเทศไทย

จากรายงานแผนปฏิบัติการป้องกันปราบปรามและบำบัดรักษายาเสพติด ประจำปี พ.ศ. 2562 ของคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พบว่าแหล่งผลิตยาเสพติดที่สำคัญแห่งหนึ่งของโลกคือ พื้นที่สามเหลี่ยมทองคำ เนื่องจากสภาพทางภูมิศาสตร์พื้นที่ส่วนใหญ่อยู่ภายใต้อิทธิพลของกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีกองกำลังติดอาวุธในประเทศเมียนมา บริเวณชายแดนเมียนมา-จีน และชายแดนเมียนมาภาคเหนือของประเทศไทย นอกจากนั้นแล้วยังมีพื้นที่ติดกับประเทศที่เป็นแหล่งของสารตั้งต้นและสารเคมี ที่สามารถนำไปใช้ในกระบวนการผลิตยาเสพติดได้ด้วยที่สำคัญ ได้แก่ ประเทศจีน และประเทศอินเดีย ประเทศไทยเผชิญกับปัญหาภาวะการขยายตัวของการผลิตยาเสพติดในพื้นที่สามเหลี่ยมทองคำ ส่งผลให้สถานการณ์การลักลอบนำเข้ายาเสพติดรุนแรงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2560 เป็นต้นมา จากข้อมูลสถิติการจับกุมคดียาเสพติดของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ จากระบบสารสนเทศของตำรวจ (POLIS) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 สามารถตรวจยึดยาเสพติดได้ดังนี้ ยาบ้า 517 ล้านเม็ด ไอซ์ 16,265.7 กิโลกรัม เฮโรอีน 941.8 กิโลกรัม และคิตามีน 733.1 กิโลกรัม สถานะของไทยยังคงถูกใช้เป็นทางผ่าน และปลายทางสำคัญของการขนการค้ายาเสพติด โดยยาบ้าเป็นยาเสพติดที่มีการแพร่ระบาดในไทยมากที่สุด ส่งผลให้เกิดการกระตุ้นการใช้ในกลุ่มผู้เสพยามากขึ้น ขณะที่พฤติกรรมของกลุ่มผู้เสพ จะมีการเพิ่มปริมาณการเสพต่อครั้งมากขึ้น ส่งผลต่อการเกิดอาการทางจิตเวช

ผู้ป่วยสารเสพติดที่มีอาการรุนแรง และได้รับการคัดกรองให้เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ในปี 2558 – 2560 มีจำนวนถึง 1,531 1,142 และ 2,101 คน และเมื่อแยกประเภทสารเสพติด พบว่า เป็นผู้ป่วยยาบ้า ยาไอซ์ มากที่สุด รองลงมาเป็นสุรา กัญชา และอื่นๆ อาการสำคัญที่พบส่วนใหญ่ คือ อาการทางจิตเวชที่เกิดจากยาเสพติด เช่น คลุ้มคลั่ง ประสาทหลอน หลงผิด หวาดระแวง และอาการทางกาย ได้แก่ อาการชัก จากการขาดสารรุนแรง

นอกจากนี้สารเมทแอมเฟตามีน จะส่งผลให้เกิดอาการทางจิตแบบมีภาวะหวาดระแวง พฤติกรรมก้าวร้าวควบคุมไม่ได้ ตื่นตัวง่าย ไวต่อสิ่งเร้า (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และบุญศิริ จันศิริมงคล, 2556) ซึ่งปัญหาทางจิตเวชที่เกิดจากการใช้สารเสพติดส่วนใหญ่ จะมีลักษณะที่เสี่ยงต่อการก่อพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อชีวิตหรือทรัพย์สินของตนเอง และผู้อื่นมากกว่าผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงจัดว่าเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาจิตเวชฉุกเฉิน ซึ่งต้องการความช่วยเหลือหรือการแก้ไขอย่างเร่งด่วน เพราะเหตุการณ์อาจรุนแรงบานปลาย เช่นเดียวกับข่าวที่เสนอตามสื่อต่างๆ อย่างต่อเนื่อง เช่น ผู้ที่เสพยาบ้าจับผู้อื่นเป็นตัวประกัน ปืนเสาไฟฟ้า หรือทำร้ายบุคคลในครอบครัวจนถึงกับเสียชีวิต เป็นต้น

ยาและสารเสพติดที่ยังคงเป็นปัญหาสำคัญอย่างต่อเนื่อง และส่งผลเสียต่อสุขภาพทั้งกายและจิตที่สำคัญที่พบรองลงมาคือ สุราและกัญชา ซึ่งพบว่านอกจากสารกลุ่มเมทแอมเฟตามีนแล้ว สุราและ

กัญชา ก็มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิตหรือเรียกว่า เกิดภาวะโรคร่วมจิตเวชยาเสพติดด้วยเช่นกัน และนอกจากอาการทางจิตเวชแล้ว ผู้ป่วยที่ติดสุรายังพบปัญหาสำคัญที่ต้องให้การช่วยเหลือเร่งด่วน ได้แก่ ภาวะโรคร่วมทางกายที่เกิดจากพิษสุรา เนื่องจากการดื่มสุราจะส่งผลต่อสุขภาพของผู้ดื่มโดยตรง เช่น โรคตับอักเสบ ตับแข็ง เลือดออกในกระเพาะอาหาร โรคเกี่ยวกับประสาทสมอง รวมทั้งภาวะขาดสุรา ที่มักพบว่าผู้ป่วยมักจะมีอาการชัก และอาการเพ้อสับสน (Deliriums tremens) จากการขาดสุรา (อังกูร ภัทรกร, 2558) อีกด้วย

ปัญหาวิกฤตสุขภาพจิตและสารเสพติดมีปริมาณเพิ่มสูงขึ้น พบว่าผู้ป่วยจิตเวชและผู้ที่มีการเจ็บป่วยทางระบบประสาทเข้าไม่ถึงระบบการคัดกรองและระบบการรักษาที่เหมาะสม อาจส่งผลให้ผู้ป่วยบางประเภทมีอาการฉุกเฉินทางจิตคลุ้มคลั่ง ทำร้ายร่างกายตนเอง ทำร้ายร่างกายผู้อื่น นอกจากนี้ยังมีการทางจิตที่เกิดจากสารเสพติดที่มีการประสาทหลอน เพื่อ คลุ้มคลั่ง ก้าวร้าว ควบคุมตนเองไม่ได้ ซึ่งล้วนมีโอกาสเสี่ยงก่อความรุนแรงต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม ผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตและสารเสพติด จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการดูแลช่วยเหลือ

ผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตและสารเสพติดที่มีอาการคลุ้มคลั่ง อาละวาด ญาติ คนใกล้ชิด และระบบชุมชนจัดการตนเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ ผู้ป่วยฉุกเฉินจิตคลุ้มคลั่งจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการดูแลช่วยเหลือ ตั้งแต่เกิดอาการจนนำส่งสถานพยาบาลโดยเฉพาะโรงพยาบาลจิตเวชอย่างถูกต้อง เพื่อให้เกิดความปลอดภัยทั้งจากผู้ป่วยหรือผู้มีอาการและความปลอดภัยของผู้นำส่ง ทั้งนี้ ผู้ป่วยที่มีอาการจิตคลุ้มคลั่งดังกล่าว ถือเป็นภาวะฉุกเฉินที่สามารถเรียกบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 ให้ไปรับและนำส่งยังสถานบริการสุขภาพ โดยเป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการที่ 13 (อาการคลุ้มคลั่ง/ภาวะทางจิตประสาท/อารมณ์) ตามระบบการคัดแยกในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งระบบการแพทย์ฉุกเฉินถือเป็นช่องทางให้ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้รับการบำบัดรักษาช่วงก่อนและนำไปยังสถานพยาบาลที่เหมาะสมอย่างถูกต้องทันทั่วทั้งทั้งในระดับโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หรือส่งต่อไปโรงพยาบาลเฉพาะทาง เช่น สังกัดกรมการแพทย์ สังกัดกรมสุขภาพจิต ซึ่งพบว่ายังขาดแนวทางที่ชัดเจน จากสถิติการส่งต่อผู้ป่วย ในปี 2561–2563 พบว่า มีการส่งโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ประมาณ 1,000 รายต่อปี และสังกัดกรมสุขภาพจิตประมาณ 21,000 รายต่อปี รหัสส่วนใหญ่ที่ได้รับการ Refer คือ F15, F15.50 และ F20 (คลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center : HDC) กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 17 พ.ย.63) ส่วนหนึ่งมีภาวะแทรกซ้อนทางกายเมื่อ Refer ไปแล้วไม่สามารถ Admit สาเหตุหลัก คือ การติดเชื่อ โรคประจำตัว โดยตัวเลขการ Refer มากในเขตที่มีโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตอยู่ในพื้นที่ แตกต่างจากพื้นที่ไม่มีโรงพยาบาล หากมองในส่วนบุคลากรที่สามารถส่งต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ มุ่งเน้นที่แพทย์จะช่วยเหลือการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและสารเสพติด จากการตั้งข้อสังเกตพบว่าประเด็นที่น่าสนใจ คือ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตและสารเสพติดที่กระจายอยู่ในพื้นที่ เป็นผู้ทำหน้าที่หลักในการประสานและส่งต่อผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีประสบการณ์น้อยในการดำเนินการเตรียมผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการที่สอดคล้องกับโรคหรือภาวะวิกฤติยังไม่ได้เต็มที่มากนัก ควรเสริมองค์ความรู้หรือช่วยเหลือ



ปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต มีโรคทางกายร่วมด้วยมากขึ้น ทั้งจากการมีภาวะโรคเรื้อรัง (chronic disease) และตัวโรคจิตเภทเอง ซึ่งยาต้านโรคจิตมีผลข้างเคียงให้เกิด metabolic syndrome และระบบบริการ/ปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติดในแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน เช่น การฆ่าตัวตาย ปัญหาความแออัดของผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มารับการตรวจจำนวนมาก จนอาจมีความเสี่ยงหากมีการระบาดของโรคติดเชื้อได้นั้น แม้จะมีการจัดบริการ tele-psychiatry อย่างที่มีตัวอย่างทำแล้ว ที่โรงพยาบาลศูนย์ลำปาง พบว่ายังไม่สามารถลดความแออัดได้ ต้องร่วมกับการเพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชน /โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงจะสามารถลดความแออัดได้ ดังนั้นโรงพยาบาลจิตเวช จึงควรเพิ่มศักยภาพในการให้บริการโรคทางกายที่อาจจะพบร่วมให้มากขึ้น เช่น การเปิดการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจ x-ray เพิ่มเติม ในขณะที่โรงพยาบาลทั่วไปควรเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เช่น การมีหอผู้ป่วย หรือการมีเตียงสำหรับผู้ป่วยจิตเวช ทั้งนี้ ควรได้รับการสนับสนุนอาคารสถานที่ บุคลากร และทรัพยากรอื่นให้เพียงพอ และด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จึงมีผลกระทบต่อกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตและสารเสพติด จึงจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และระบบการบำบัดรักษาในสถานบริการ เพื่อให้การส่งต่อเกิดประสิทธิภาพ สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน



ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญในการส่งต่อผู้ป่วย

1 สถานการณ์ปกติ

- ✓ 1.1) ความปลอดภัยของผู้ป่วยทั้งจากโรคจิตเวช โรคทางกาย การหลบหนี อาการข้างเคียงจากการใช้ยาและการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยขณะนำส่ง
- ✓ 1.2) ความปลอดภัยของบุคลากรขณะนำส่ง จากความเสี่ยงที่อาจถูกทำร้าย
- ✓ 1.3) การปฏิเสธผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนหรือมีภาวะแทรกซ้อน โดยไม่มีแนวทางการช่วยเหลือ
- ✓ 1.4) ยังขาดแนวทางปฏิบัติ ขั้นตอนของการส่งต่อและสิทธิการรักษาที่ชัดเจน ทำให้เสียเวลากับการประสานงานก่อนส่งต่อมากเกินไป ระยะเวลาในการดำเนินงานส่วนใหญ่ พบปัญหานอกเวลาราชการ ทำให้ขาดผู้ประสานงาน
- ✓ 1.5.) หน่วยงานบริการขาด Integrated Bed /Corner สำหรับรองรับผู้ป่วยก่อนการส่งต่อ
- ✓ 1.6) ไม่รับ Admit ผู้ป่วยวิกฤติที่อาการสงบชั่วคราวหลังได้ยาฉีดควบคุมอาการ โดยที่ชุมชนยังไม่พร้อมดูแล เกิดความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของชุมชน
- ✓ 1.7) ทศนคติของบุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องต่อผู้ใช้ยา/สารเสพติด ยังมีความหวาดกลัว ตีตรา เป็นความผิดเฉพาะตัว สมควรได้รับโทษทางอาญามากกว่าการบำบัดรักษาทางการแพทย์

2 สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

- ✓ 2.1) ผู้ป่วยไม่มาพบแพทย์ตามนัดเนื่องจากกลัวการติดเชื้อ หรืออยู่ในพื้นที่เสี่ยง
- ✓ 2.2) การเฝ้าระวังการติดเชื้อในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ที่อาจให้ประวัติการเดินทางหรือการสัมผัสเชื้อที่ไม่ชัดเจน
- ✓ 2.3) มีการปรับแผนการรักษาทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่มาตามนัด หรือติดต่อไม่ได้ ทำให้การบำบัดฟื้นฟูไม่ต่อเนื่อง
- ✓ 2.4) การรับยาใกล้บ้าน/ร้านขายยา ยังมีปัญหาอยู่บ้าง
- ✓ 2.5) การขาดยา/กินยาไม่ต่อเนื่องของผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดความรุนแรงต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน และเมื่อมีอาการทางจิตประสาทร่วมด้วยยิ่งส่งผลต่อการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19 มีความยุ่งยากในการจำกัดพฤติกรรมเพิ่มมากขึ้น
- ✓ 2.6) เหตุการณ์เปลี่ยนแปลงเร็ว ผู้ปฏิบัติเกิดความเครียดปรับตัวไม่ทัน เพราะต้องทำหลายหน้าที่ในเวลาเดียวกัน
- ✓ 2.7) หอผู้ป่วยยาเสพติดถูกปรับเป็นตึกแรกรับกักกันผู้ป่วย 14 วัน ผู้ป่วยยาเสพติดต้องย้ายไปบำบัดที่ตึกอื่น ซึ่งบุคลากรยังขาดความรู้และทักษะในการบำบัด ระบบการรายงานและการประสานงาน
- ✓ 2.8) พื้นที่ที่จัดขึ้นมาใหม่สำหรับแยกผู้ป่วยยังไม่เหมาะสมที่จะรองรับความต้องการได้ทั้งหมด
- ✓ 2.9) ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากยาเสพติดมารับบริการเพิ่มมากขึ้น และมีความซับซ้อนในการดูแล เกิดความแออัดในหอผู้ป่วย
- ✓ 2.10) กลุ่มผู้ป่วยโรคร่วมจากแผนกอื่นมาเข้ากลุ่มบำบัดไม่ได้ ต้องปรับเป็นบำบัดรายบุคคล ซึ่งใช้เวลาและทรัพยากรบุคคลมากขึ้น
- ✓ 2.11) การเตรียมความพร้อมของครอบครัว/ญาติ ไม่สามารถเดินทางมาประชุมวางแผนเตรียมตัวก่อนกลับ
- ✓ 2.12) การติดตามเยี่ยมบ้านไม่เป็นไปตามระบบงานที่วางไว้ ไม่สามารถเยี่ยมบ้านในพื้นที่
- ✓ 2.13) มาตรการห้ามขายสุราในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ประกอบกับประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัว อาจส่งผลให้เกิดภาวะฉุกเฉินอันตรายจากภาวะขาดสุรารุนแรง (Alcohol withdrawal)



บทที่ 3

“ชุดความรู้สำหรับการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตและสารเสพติด”



ชุดความรู้สำหรับการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตและสารเสพติด
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย



- ✓ นโยบายและการดำเนินงานสุขภาพจิตและยาเสพติด
- ✓ ภาวะวิกฤตด้านสุขภาพจิตและสารเสพติด
 - วิกฤตด้านสุขภาพจิตและสารเสพติด
 - การจัดการเบื้องต้น
- ✓ การวินิจฉัยแยกโรคทางกาย ภาวะวิกฤตด้านสุขภาพจิตและสารเสพติด
 - โรคทางกายที่ต้องประเมิน
- ✓ แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตและสารเสพติด
 - การส่งต่อผู้ป่วยภาวะวิกฤติระหว่างสถานพยาบาล
- ✓ การจัดการเชิงระบบเพื่อสนับสนุนการส่งต่อ
 - ระดับและศักยภาพโรงพยาบาล
 - ระบบให้คำปรึกษา
 - ระบบสนับสนุนการส่งต่อ
- ✓ เครือข่ายการส่งต่อ
 - การส่งต่อแบบไร้รอยต่อ
 - ระบบภายในเขตสุขภาพ
 - แนวทางการรับส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตและสารเสพติดในสถานการณ์ปกติ
 - และสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
 - สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข





นโยบายและการดำเนินงานสุขภาพจิตและยาเสพติด



นายแพทย์หม่อมหลวงสมชาย จักรพันธุ์
ประธานคณะที่ปรึกษารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข



นโยบายและการดำเนินงานสุขภาพจิตและยาเสพติด 5 ประเด็นหลักที่สำคัญ

1 การสนับสนุนโครงการพระราชดำริ

- ▶ โครงการ To Be Number One
- ▶ โครงการราชทัณฑ์ปันสุข

2 พัฒนาระบบบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

- ▶ มีผู้รับผิดชอบงานในสถานพยาบาลทุกแห่ง
- ▶ สนับสนุนการดำเนินงานด้านอื่นๆ

- งบประมาณ และความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย สนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. เข้ามามีส่วนร่วม รวมถึงพัฒนาองค์ความรู้ผู้ปฏิบัติงาน

3 การปรับแก้ประมวลกฎหมายยาเสพติด ประเด็นสำคัญ คือ

- ▶ “การบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาเสพติดทั้งหมด กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบหลัก”
- ตั้งแต่การบำบัดรักษาเบื้องต้น การเข้าค่าย การดูแลในชุมชน รวมทั้งการบำบัดรักษา

ในโรงพยาบาลทุกระดับ

4 การใช้สมุนไพรเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ โดยเฉพาะกัญชา

▶ สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการรักษาโรค อาหาร และเครื่องสำอาง รวมถึงการเพิ่มรายได้ให้ประชาชน วัตถุประสงค์หลัก คือ “การนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์” ซึ่งต้องมีการควบคุม การใช้ต่อไป

5 สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

▶ การบริการต่างๆ ต้องมีการปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสม ซึ่งเรียกว่า “New Normal” ให้ครอบคลุมบริการสุขภาพจิต จิตเวช และยาเสพติด



คลิป VDO

นโยบายและการดำเนินงาน
สุขภาพจิตและยาเสพติด
<https://bit.ly/3xpDvJx>





ภาวะวิกฤตด้านสุขภาพจิต และสารเสพติด



คำนิยาม

✔ **ผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ผู้เสพ (Abuse) หรือผู้ติด (Dependence) ที่มีอาการทางจิตจากโรคแทรก หรือโรคร่วมทางจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด

✔ **โรคจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด ประกอบด้วย**

1. โรคแทรกทางจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด เช่น โรคจิตจากการใช้สุรา/ยา/สารเสพติด Substance/Alcohol induced psychosis (F1x.5)
2. โรคร่วมทางจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด เช่น โรคจิตเภทร่วมสุรา/ยา/สารเสพติด (F20.xx+ F10.xx-F19.xx), กลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (Moods Disorder) (F3x.xx), กลุ่มโรควิตกกังวล (Anxiety Disorder)

✔ **ผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง** หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ตามเกณฑ์การวินิจฉัยอย่างน้อย 1 ข้อ ขึ้นไป

✔ **เกณฑ์การจำแนกผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง**
ผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดที่ได้รับการวินิจฉัยตาม ICD-10 หรือ DSM-V ที่มีภาวะอันตรายสูงหรือที่มีความเสี่ยงต่อการก่อให้เกิดอันตรายสูงตามเกณฑ์ ดังนี้

1. มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต
2. มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน
3. ผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้าย
4. ผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)

หมายเหตุ : ถ้ามีข้อใดข้อหนึ่งให้ถือเป็นผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง และต้องให้การบริการดูแลช่วยเหลือตามรูปแบบของผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน (3S) โดยแพทย์จะต้องเป็นผู้วินิจฉัย ดังนี้

✔ **ผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน (3S)** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางจิตเวชตามเกณฑ์ ICD-10 และมีภาวะดังต่อไปนี้ อย่างน้อย 1 ข้อ

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา และไม่ใช้ยาแบบผู้ป่วยนอกเป็นระยะเวลา 3 เดือนแล้ว อาการยังไม่ดีขึ้น
2. ผู้ป่วยที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยวิธีการที่เฉพาะเจาะจง และเข้มข้นแบบผู้ป่วยใน

3. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน 3 ครั้งใน 1 ปี
4. ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือมีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย ภายใน 1 ปี ก่อนมาโรงพยาบาล
5. ผู้ป่วยภาวะโรคร่วมที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดหรือสุรา มีปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ สังคม อย่างรุนแรง (ผู้ป่วยคลินิก COD)
6. ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านนิติจิตเวชหรือได้รับการส่งต่อจากกระบวนการยุติธรรม หรือความเป็นธรรม ทางสังคม (ตาม พ.ร.บ.สุขภาพจิต) เช่น ผู้ป่วยที่ถูกกล่าวหาว่าก่อเหตุหรือถูกทารุณกรรมทางกาย (ผู้ป่วยนิติจิตเวช)
7. ผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการวินิจฉัยและการวินิจฉัยแยกโรคทางจิตเวช ต้องเข้ารับการสังเกต แบบผู้ป่วยใน (ผู้ป่วย Admit)
8. ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน และมีภาวะแทรกซ้อนทางกาย
9. ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน และมีปัญหาทางสังคม ได้แก่ ผู้ป่วย re-admit ภายใน 1 เดือน, ผู้ป่วยล้ามซัง, ญาติปฏิเสธ/ไม่เข้าใจ, ชุมชนปฏิเสธ, ผู้ป่วยเรื้อรัง, ผู้ป่วยไม่มีญาติ
10. ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในแต่อาการทางจิตไม่ดีขึ้นภายใน 15 วัน

✔ **ความผิดปกติทางจิต** หมายถึง อาการผิดปกติของจิตใจที่แสดงออกมาทางพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด ความจำ สติปัญญา ประสาทการรับรู้ หรือการรู้เวลา สถานที่หรือบุคคล รวมทั้งอาการผิดปกติของจิตใจที่เกิดจากสุรา หรือสารอื่นที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท

✔ **แพทย์** หมายถึง ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรม

✔ **จิตแพทย์** หมายถึง แพทย์ซึ่งได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาจิตเวชศาสตร์ หรือสาขาจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น

✔ **พยาบาล** หมายถึง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์

✔ **ผู้ป่วย** หมายถึง บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต ซึ่งควรได้รับการบำบัดรักษา

✔ **ผู้ป่วยคดี** หมายถึง ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการสอบสวน ไต่สวนมูลฟ้องหรือพิจารณาในคดีอาญา ซึ่งพนักงานสอบสวน หรือศาลสั่งให้ได้รับการตรวจหรือบำบัดรักษา รวมทั้งผู้ป่วยที่ศาลมีคำสั่งให้ได้รับการบำบัดรักษา ภายหลังมีคำพิพากษาในคดีอาญาด้วย

✔ **ภาวะวิกฤต** หมายถึง เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ส่งผลเสียหายอย่างรวดเร็ว และรุนแรงต่อชีวิตทรัพย์สินของบุคคล ตลอดจนต่อชื่อเสียงและดำเนินการประกอบกิจการขององค์กร หรือสินค้าในระยะยาว ซึ่งอาจเกิดจากธรรมชาติและฝีมือมนุษย์

✔ **วิกฤตสุขภาพจิต** หมายถึง ภาวะเสียสมดุลทางอารมณ์และจิตใจจากสถานการณ์ หรือเหตุการณ์ วิกฤตที่เกิดขึ้นทำให้เกิดความวุ่น สับสน และความผิดปกติที่คนเราไม่สามารถจะใช้วิธีคิดและการปฏิบัติ ที่เคยใช้ได้ภาวะปกติ



✔ **ผู้ประสบภาวะวิกฤตที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต** หมายถึง ผู้ประสบภัยหรือบุคคลในครอบครัวที่ได้รับผลกระทบ จากสถานการณ์วิกฤตที่จัดเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพจิต

✔ **ผู้ใหญ่ 8 กลุ่ม** ประกอบด้วย 1) ผู้บาดเจ็บ 2)ญาติของผู้เสียชีวิต 3) ผู้พิการ 4) ผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง 5) ผู้มีประวัติใช้สารเสพติดในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา 6) ผู้ที่มีประวัติรักษาทางจิตเวช 7) ผู้ที่มีความเครียด กังวล ท้อแท้สิ้นหวัง จนรบกวนการดำเนินชีวิตในช่วง 2 สัปดาห์ 8) ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายในช่วง 2 สัปดาห์

✔ **เด็ก 6 กลุ่ม** ประกอบด้วย 1) ผู้บาดเจ็บ 2) ญาติผู้เสียชีวิต 3) ผู้พิการ/เด็กพิเศษ 4) ผู้มีประวัติใช้สารเสพติดในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา 5) ผู้มีประวัติการรักษาทางจิตเวช 6) ผู้ที่มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งตาม Symptoms checklist

✔ **ผู้ประสบภาวะวิกฤต** หมายถึง ผู้ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม ประกอบด้วย ผู้ได้รับบาดเจ็บ ครอบครัวผู้เสียชีวิต/บาดเจ็บ ผู้รอดชีวิต ผู้สูญเสียทรัพย์สิน ผู้อยู่ในเหตุการณ์ ผู้ป่วยที่มีประวัติ การรักษาทางจิตเวช และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้ความช่วยเหลือ

✔ **การเข้าถึงบริการวิกฤตสุขภาพจิต** หมายถึง ผู้ประสบภาวะวิกฤตกลุ่มเสี่ยงได้รับการประเมินภาวะสุขภาพจิตและเยียวยาด้านจิตใจ เมื่อพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต จะต้องได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องจนหมดความเสี่ยง

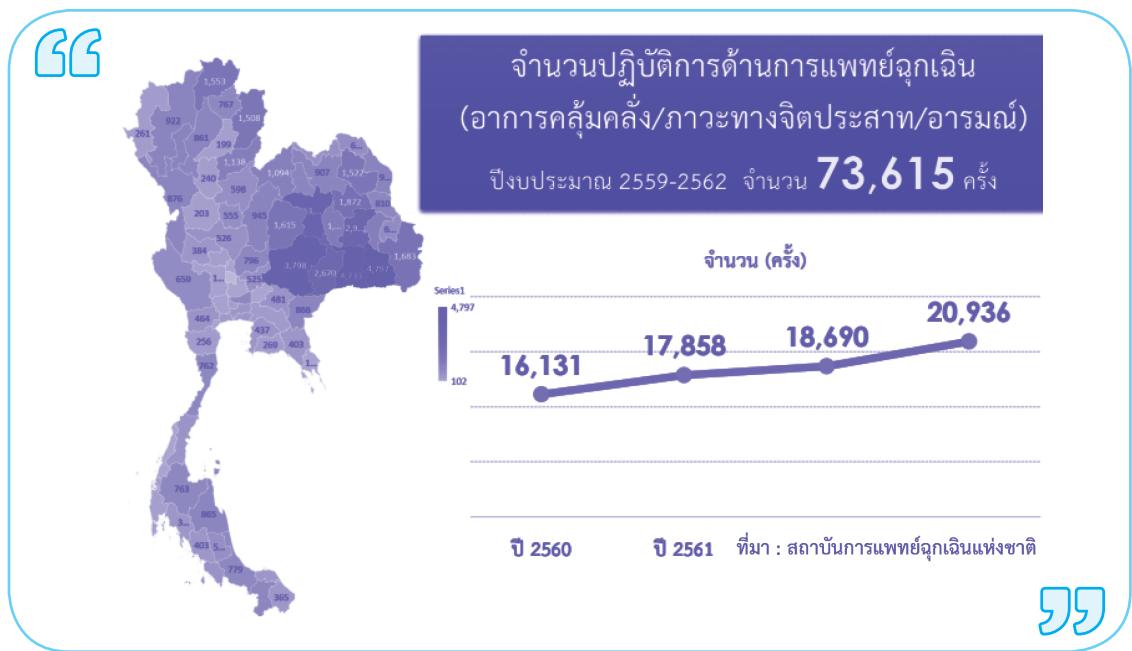
✔ **ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตฉุกเฉินทางยาเสพติด** หมายถึง ภาวะเสี่ยงอันตรายรุนแรงของผู้ป่วยที่เกิดจากยาและสารเสพติดทั้งทางกายและทางจิต ที่เกิดจากการใช้หรือหยุดใช้ยาและสารเสพติด ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจากการใช้ยาและสารเสพติดเกินขนาด หรือภาวะพิษเฉียบพลัน (Acute intoxication) เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้สารกระตุ้นปริมาณมาก หรือผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเรื้อรัง (Chronic intoxication) แล้วทำให้เกิดอาการถอนยาหรือขาดยารุนแรง (Severe withdrawal) เช่น ผู้ป่วยสุราเรื้อรังมีอาการถอนพิษสุรารุนแรงเมื่อหยุดดื่ม ซึ่งเป็นอันตรายหรือเสี่ยงอันตรายต่อการดำรงชีวิต หรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ รวมทั้งเป็นอันตรายต่อชีวิตผู้อื่น จำเป็นต้องได้รับการประเมิน คัดกรอง และบำบัดรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับฉุกเฉินวิกฤต ระดับฉุกเฉินเร่งด่วน และระดับฉุกเฉินไม่รุนแรง

✔ **ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทางยาเสพติด** หมายถึง ผู้ป่วยยาและสารเสพติดทุกประเภท ที่มีอาการเจ็บป่วยกะทันหันและรุนแรงทั้งทางกายและหรือทางจิต จากการใช้หรือหยุดใช้ยาและสารเสพติด ซึ่งเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิตของตนเอง ได้แก่ ภาวะหัวใจหยุดเต้น หยุดหายใจ หหมดสติ ชัก หรืออยู่ในภาวะที่จะเป็นอันตรายแก่ตนเองและบุคคลอื่น ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะคลุ้มคลั่ง ก้าวร้าวรุนแรงพยายามทำร้ายตนเอง/บุคคลอื่น ซึ่งผู้ป่วยในภาวะนี้ต้องได้รับการกู้ชีพ/ช่วยเหลือ/แก้ไขสถานการณ์ทันที เพราะมีโอกาสเสียชีวิตหรือเกิดอันตรายต่อชีวิตผู้อื่นได้สูง ใช้สัญลักษณ์ สีแดง

✔ **ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนทางยาเสพติด** หมายถึง ผู้ป่วยยาและสารเสพติดทุกประเภท ที่มีอาการเจ็บป่วยกะทันหันและรุนแรงทั้งทางกายและหรือทางจิต จากการใช้หรือหยุดใช้ยาและสารเสพติด และมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอันตรายต่อชีวิตตนเองและผู้อื่น ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะระดับการรู้สึกตัวลดลง

สัญญาณชีพผิดปกติ มีอาการเจ็บปวดรุนแรงหรือมีอาการมีลมมา เอะอะอาละวาด สับสนวุ่นวาย เสี่ยงต่อการเกิดอันตราย/อุบัติเหตุ หรือมีอาการซึมเศร้า พยายามฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตนเองก่อนมา โรงพยาบาล และยังมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตนเอง ซึ่งผู้ป่วยในภาวะนี้ต้องได้รับการปฏิบัติการช่วยเหลือทางการแพทย์ หรือแก้ไขสถานการณ์อย่างรีบด่วน มิฉะนั้นจะทำให้มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง หรือสถานการณ์ลุกลามรุนแรงมากขึ้นจนเป็นอันตรายต่อชีวิตตนเอง และผู้อื่นได้ ใช้สัญลักษณ์ สีเหลือง

✔️ **ผู้ป่วยฉุกเฉินทางยาเสพติดไม่รุนแรง** หมายถึง ผู้ป่วยยาและสารเสพติดทุกประเภทที่มีอาการเจ็บป่วยทั้งทางกายและหรือทางจิต จากการใช้หรือหยุดใช้ยาและสารเสพติด อาจรอรับการปฏิบัติการช่วยเหลือทางการแพทย์ หรือแก้ไขสถานการณ์ได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เพราะหากปล่อยไว้เกินเวลาอันสมควร อาจส่งผลให้อาการการเจ็บป่วยรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือสถานการณ์ลุกลามรุนแรงมากขึ้น ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะมีลมมา เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเอง/บุคคลอื่น และผู้ป่วยที่มีภาวะหงุดหงิด/กระวนกระวายและทุกข์ทรมานจากอาการขาดยา ใช้สัญลักษณ์ สีเขียว



จากข้อมูลการปฏิบัติการฉุกเฉินในระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (Information Technology for Emergency Medical System: ITEMS) ระหว่าง ปี 2560-2563 พบว่า ผู้ป่วยอาการคลุ้มคลั่ง/มีภาวะทางจิตประสาทหรือทางอารมณ์ มีการใช้บริการทั้งสิ้น 73,615 ครั้ง โดยพิจารณาข้อมูลเป็นรายปี จะพบอัตราการเพิ่มขึ้น จาก ปี 2560 มีการเรียกใช้บริการ 16,131 ครั้ง ปี 2561 17,858 ครั้ง ปี 2562 18,690 ครั้ง ปี 2563 20,936 ครั้ง จะเห็นว่าปัญหาวิกฤตสุขภาพจิตและสารเสพติด มีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มปริมาณขึ้นเรื่อยๆ เพราะฉะนั้นการให้บริการด้านการจัดการปัญหาวิกฤต จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง





วิกฤตสุขภาพจิตเวชและสารเสพติด



ภาวะฉุกเฉินทางจิตที่เกิดขึ้นจากพิษและสารเสพติดประเภทต่างๆ

นายแพทย์อังกร ภัทรการ*

นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

ยาและสารเสพติดนั้น นอกจากการเสพติดแล้วทำให้เกิดปัญหาที่เกิดจากการเสพติดแล้ว (Substance used Disorders) ยังทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายและจิตใจได้ (Substance Induced Disorders) ซึ่งปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่ง คือ พิษที่เกิดจากการเสพยาและสารเสพติดนั้นๆ (Substance induced Intoxication) การเกิดภาวะพิษที่เกิดจากการเสพยาและสารเสพติดอาจเป็นเพราะว่าผู้เสพ เสพในปริมาณสูง เสพต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน หรือสมองและร่างกายมีความอ่อนไหวหรือไวที่จะเกิดพิษได้ง่าย การเกิดอันตรายจากพิษของยาและสารเสพติดนั้น มีผลต่อทั้งร่างกายและจิตใจต่อตัวผู้เสพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเกิดพิษเฉียบพลันที่ก่อให้เกิดภาวะฉุกเฉินต่อผู้เสพได้ในทันที จะได้นำเสนอว่ายาและสารเสพติดใดที่สามารถก่อให้เกิดภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชแก่ตัวผู้เสพที่จะต้องได้รับการบำบัด ช่วยเหลืออย่างทันท่วงที มีเช่นนั้น อาจเกิดอันตรายแก่ตัวผู้ป่วยเองญาติพี่น้อง คนรอบข้าง แม้แต่ตัวผู้บำบัดด้วย

ยาและสารเสพติดที่สามารถทำให้เกิดภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช แบ่งออกเป็นทั้งหมด **4 กลุ่ม** แต่ละกลุ่มจะมียาและสารเสพติด ดังได้ยกตัวอย่างต่อไปนี้

1. กลุ่มยาและสารกดประสาท (Sedative Substances)

1.1) แอลกอฮอล์ 1.2) เบนโซไดอะซีปีนส์ 1.3) สารระเหย 1.4) จีแฮปปี

2. กลุ่มยาและสารกระตุ้นประสาท (Stimulating Substances)

2.1) กลุ่มแอมเฟตามีน 2.2) โคเคน 2.3) กระท่อม

3. กลุ่มยาและสารหลอนประสาท (Hallucinogens)

3.1) แอลเอสดี 3.2) ไซโลไซบิน 3.3) เมสคาลิน 3.4) พืชผี 3.5) เคตามีน

4. กลุ่มยาและสารเสพติดอื่นๆ (Others)

4.1) ยาอี 4.2) กัญชา 4.3) ยาอื่นๆ



1. กลุ่มยาและสารกดประสาท (Sedative Substances)

ภาวะเป็นพิษจากกลุ่มยาและสารเสพติดประเภทกดประสาท ที่ก่อให้เกิดภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช ที่พบได้บ่อย คือ

➡ 1.1) แอลกอฮอล์

➡ 1.2) เบนโซไดอะซีปีนส์

➡ 1.3) สารระเหย

➡ 1.4) จีแฮปปี



1.1 แอลกอฮอล์

ภาวะแอลกอฮอล์เป็นพิษ (Alcohol intoxication)

ภาวะแอลกอฮอล์เป็นพิษ หรือภาวะเมาสุรา (drunkenness) เป็นภาวะทางสรีรวิทยา (ซึ่งยังอาจรวมการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของการรับรู้) อันเกิดจากการกินเอทานอล (แอลกอฮอล์) ซึ่งทำให้แอลกอฮอล์เข้ากระแสเลือดเร็วกว่าความสามารถของเมตาบอลิซึมที่ตับ ซึ่งจะสลายเอทานอลเป็นน้ำและคาร์บอนที่ไม่เป็นพิษ ฤทธิ์บางอย่างของภาวะแอลกอฮอล์เป็นพิษ เช่น ภาวะครีมีใจและการยับยั้งการใช้แอลกอฮอล์เป็นสิ่งที่ใช้เพื่อความสนุกสนาน (recreational drug) ที่แพร่หลายที่สุดอย่างหนึ่งของโลก และการใช้อย่างแพร่หลายนี้ ก็เพราะแอลกอฮอล์ในประเทศส่วนใหญ่มักถูกกฎหมาย ข้อมูลทางการแพทย์จำนวนมาก อธิบายภาวะแอลกอฮอล์เป็นพิษทุกระดับนับว่า เป็นโรค เป็นภาวะอันตราย เนื่องจากแอลกอฮอล์มีฤทธิ์อันตรายต่อร่างกายในขนาดสูง

อาการของภาวะแอลกอฮอล์เป็นพิษ ในขนาดต่ำจะพบภาวะครีมีใจ ผิวหนังแดงและการยับยั้งทางสังคมลดลง ส่วนขนาดที่สูงขึ้นทำให้เกิดความผิดปกติอย่างรุนแรงของการประสานงานของกล้ามเนื้อและความสามารถตัดสินใจเสียไป (อาจนำไปสู่พฤติกรรมรุนแรงได้) ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดที่สูงเพียงพอจะทำให้เกิดภาวะโคม่า และเสียชีวิตจากฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง

ภาวะแอลกอฮอล์เป็นพิษ ถือว่าเป็นภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช เพราะก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต ได้แก่

1 ภาวะเป็นพิษแอลกอฮอล์เฉียบพลัน (Acute alcohol intoxication) การดื่มแอลกอฮอล์ในขนาดสูงพอชักนำ การหายใจลดลงหรือกระทั่งเสียชีวิต

2 ภาวะเมาแอลกอฮอล์ร่วมกับการหลงลืม (Black outs) ภาวะเมาแอลกอฮอล์ร่วมกับการหลงลืม อาจเรียกว่า อาการจอดับ หรืออาการภาพตัด มี 2 แบบ คือ 1) ไม่สามารถจำเรื่องราวใดๆ เลย 2) จำได้เป็นช่วงๆ แต่ไม่ปะติดปะต่อกัน อาจเรียกว่า black outs หรือ brown outs เกิดจากการที่ระบบประสาททางการรับรู้ (Neurophysiological) หยุดหลังสารเคมีภายในสมองส่วน Hippocampus ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบลิมบิก (Limbic System) ที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างความทรงจำระยะยาวเช่นเดียวกับคนที่เป้นโรคความจำเสื่อมหรืออัลไซเมอร์ ซึ่งก็มีสาเหตุจากสมองส่วน Hippocampus นี้เหมือนกัน เพราะฉะนั้น การที่ดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมาก จะไปรบกวนสมองส่วน Hippocampus นี้โดยตรง สมองและร่างกาย จึงส่งสัญญาณผ่านเซลล์ประสาท ให้ทำการชดเชยตัวเองเพื่อปกป้องไม่ให้แอลกอฮอล์เข้าไปทำลายสมองในส่วนที่จะเก็บความทรงจำระยะยาว การป้องกันนี้จึงส่งผลทำให้ไม่สามารถจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้

3 Alcohol Pathological Intoxication หรือ Alcohol Pathological Drunkenness เป็นโรคจิต ที่เกิดอย่างเฉียบพลัน และเกิดเพียงชั่วระยะเวลาสั้นๆหลังจากดื่มสุรารจำนวนเล็กน้อย ซึ่งในคนทั่วไปมักไม่ทำให้เกิดความผิดปกติเช่นนี้ได้ รวมทั้งไม่พบอาการทางระบบประสาทที่แสดงว่าเกิดสภาวะเป็นพิษ (intoxication) จากสุราด้วย ใน DSM-III เรียกสภาวะนี้ว่า Alcohol idiosyncratic intoxication



➡ สาเหตุ

เป็น idiosyncratic reaction ต่อสุราในผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง ซึ่งมีไม่มากนักหลังจากดื่มสุราเพียงเล็กน้อยจะพบความผิดปกติในคลื่นสมองส่วนเทมพอร์ล ด้วยเหตุนี้จึงมีผู้คิดว่าการที่สมองถูกทำลายอาจทำให้สมองมีความทนต่อฤทธิ์ของสุราได้น้อยกว่าสมองปกติ สาเหตุของการที่สมองถูกทำลายมักเกิดจากการกระทบกระเทือนต่อสมองและการอักเสบของสมอง (Encephalitis) นอกจากนี้ยังมีผู้รายงานว่าคนที่อ่อนเพลียง่ายหรือมีโรคทางกาย อาจทนต่อฤทธิ์ของสุราได้น้อยเช่นกัน

➡ ลักษณะทางคลินิก

พฤติกรรมของผู้ป่วยจะเปลี่ยนแปลงไป มักเป็นแบบก้าวร้าว ควบคุมอารมณ์โกรธไม่ได้ ชอบทะเลาะวิวาท และทำร้ายคนอื่นหรือทำร้ายตนเอง กิจกรรมต่างๆ จะเพิ่มและวิตกกังวล ผู้ป่วยอาจมีความหลงผิด และประสาทหลอนชั่วคราวได้ หลังจากพ้นระยะ intoxication แล้วผู้ป่วยมักจะหลับ เมื่อตื่นขึ้นมาจะจำไม่ได้ว่าทำอะไรลงไป

➡ การดำเนินของโรค

อาการเกิดอย่างเฉียบพลัน และเกิดอยู่ชั่วระยะเวลานั้นๆ ตั้งแต่ 2-3 วินาทีถึง 24 ชั่วโมง หรือนานกว่านั้นขณะนั้น

➡ การวินิจฉัย อาศัยหลักเกณฑ์ต่อไปนี้

1. มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงมาก มักเป็นแบบก้าวร้าวหรือทำร้ายผู้อื่น หลังจากดื่มสุราจำนวนเล็กน้อยเป็นเวลาไม่นาน
2. พฤติกรรมดังกล่าวไม่ใช่ลักษณะของผู้ป่วยเมื่อไม่ได้ดื่มสุรา

4 Alcohol intoxication with aggravating underlying psychological diseases

เพราะว่าภาวะเมาสุราหรือแอลกอฮอล์ จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยซึ่งมีโรคร่วมทางจิตเวช มีความรุนแรงขึ้น ได้แก่ โรคทางอารมณ์ โรคจิต โรควิตกกังวล หรือผู้ป่วยมีปัญหาทางบุคลิกภาพ และอาจก่ออันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นได้

➡ อันตรายที่เกิดจากภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชจากแอลกอฮอล์เป็นพิษ

ภาวะเมาไม่สามารถควบคุมตนเองได้ เนื่องจากขาดสติสัมปชัญญะ ย่อมก่อให้เกิดอุบัติเหตุได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากขับขียานพาหนะ ความหุนหันพลันแล่น ทำร้ายตนเองและผู้อื่น จนบาดเจ็บถึงเสียชีวิตได้

➡ การให้ความช่วยเหลือ

ในรายที่เกิดภาวะแอลกอฮอล์เป็นพิษ เมื่อเข้าสู่กระบวนการรักษา จำเป็นต้องได้รับการตรวจวัดสัญญาณชีพ ในรายที่มีอาการรุนแรงจำเป็นต้องให้สารน้ำ และเกลือแร่แก่ผู้ป่วยทางเส้นเลือดดำ ควรพูดคุยให้ผู้ป่วยอยู่ในความสงบ และจำกัดพฤติกรรมทางร่างกายเมื่อมีความจำเป็น การให้ยาในกลุ่มเบนโซไดอะซีนส์ฉีดเข้าเส้นเลือดดำเพื่อสงบผู้ป่วย ต้องกระทำด้วยความระมัดระวังเพราะอาจเกิดการหายใจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้



ตัวอย่างผู้ป่วยที่เกิดภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชจากภาวะแอลกอฮอล์เป็นพิษ

ผู้ป่วยชายไทย วัย 32 ปี ถูกเพื่อน 4 คน แยกมาส่งห้องฉุกเฉินที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ด้วยอาการอาละวาด กระโดดขึ้นไปยืนอยู่บนโต๊ะอาหาร และด่าทอผู้ที่ผ่านไปมาด้วยถ้อยคำหยาบคาย เตรียมวิ่งเข้าไปในถนนใหญ่ที่มีการจราจรพลุกพล่าน เพื่อนๆ จึงได้จับไว้ทัน เหตุเกิดหลังผู้ป่วยดื่มสุรา ด้วยกับเพื่อนๆ ที่ทำงานด้วยกัน เพียงเวลาไม่นานผู้ป่วยปกติมีนิสัยเรียบร้อย พูดน้อย เคร่งขรึม และไม่มีประวัติการดื่มสุราเป็นประจำ ที่ห้องฉุกเฉินสัญญาณชีพของผู้ป่วยปกติ มีอาการรุนแรงวู่วาม กระสับกระส่าย ด่าทอแพทย์และเจ้าหน้าที่ด้วยถ้อยคำหยาบคาย แพทย์สั่งการตรวจค่าสารน้ำ และเกลือแร่ให้ผู้ป่วยถูกต้อง ผู้ป่วยไวบนเตียง ให้การวินิจฉัยว่า Alcohol Pathological Intoxication ให้การรักษาคือ ให้ Diazepam เจือจางฉีดเข้าเส้นเลือดดำช้าๆ ได้ประมาณ 5 mg ผู้ป่วยก็สงบได้ จัดทำนอนให้ผู้ป่วยไม่ให้เกิดการหายใจ และสังเกตอาการและสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยก็ฟื้นขึ้นมาให้ประวัติเพิ่มเติมกับแพทย์ได้ แต่จำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นหลังดื่มสุราได้ไม่ชัดเจน ผู้ป่วยได้นอนสังเกตอาการต่อจนเช้า แพทย์จึงอนุญาตให้ญาติมารับผู้ป่วยกลับบ้านได้

1.2 เบนโซไดอะซีปีนส์ (Benzodiazepines)

Benzodiazepines เป็นกลุ่มยาทางจิตเวชที่ช่วยทำให้เกิดการผ่อนคลายของกล้ามเนื้อ ลดอาการกระวนกระวาย นอนไม่หลับ ชัก และอาการถอนเหล้า แพทย์อาจสั่งจ่ายยานี้ เพื่อให้ผู้ป่วยสลบก่อนที่จะทำการหัตถการหรือการผ่าตัด โดยยาในกลุ่มนี้ทำงานโดยการเปลี่ยนแปลงผลของสารสื่อประสาทที่ชื่อ Gamma-aminobutyric acid (GABA) ตัวอย่างยาในกลุ่ม Benzodiazepines ได้แก่

- ▶ Midazolam (Dormicum) ▶ Flunitrazepam (Rohypnol)
- ▶ Alprazolam (Xanax) ▶ Clonazepam (Rivotril)
- ▶ Diazepam (Valium)

ยาในกลุ่ม Benzodiazepines นั้นมีการแบ่งประเภทโดยใช้ระยะเวลาในการออกฤทธิ์เป็นเกณฑ์ คือ กลุ่มออกฤทธิ์สั้นมาก กลุ่มออกฤทธิ์สั้นและกลุ่มออกฤทธิ์ยาว ยาบางตัวยังสามารถสลายกลายเป็นยาอีกชนิดหนึ่ง ซึ่งยังสามารถออกฤทธิ์ต่อไปได้และทำให้ออกฤทธิ์ได้นานขึ้น การใช้ยาในปริมาณที่มากเกินไปหรือบ่อยเกินกว่าที่แพทย์สั่งยังอาจทำให้เกิดอันตรายหรือเสียชีวิตได้ ยาในกลุ่มนี้บางตัวถูกเรียกว่าเป็น "ยาเสียว" เนื่องจากมีการนำไปใช้ในเครื่องดื่ม ทำให้การตัดสินใจบกพร่องและมีโอกาสถูกล่อลวงทางเพศ การใช้ยาในกลุ่มเบนโซไดอะซีปีนส์ร่วมกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาจเสริมฤทธิ์กดการหายใจ ทำให้เสียชีวิตได้ การรับยาในกลุ่มเบนโซไดอะซีปีนส์มากเกินไป อาจทำให้เกิดอาการหลงลืมเรื่องใหม่ (anterograde amnesia) และโรคดิสโซซิเอทีฟ (Dissociative disorders) การใช้เบนโซไดอะซีปีนส์ อาจทำให้เกิดอาการหลงๆ ลืมๆ หรือก้าวร้าวเป็นบางครั้ง การใช้ในระยะยาวอาจทำให้เกิดความผิดปกติทางร่างกายและจิตใจ ได้แก่ เสื่อมสมรรถภาพทางกาย กลายเป็นบุคคลซึมเศร้าและเกิดการเสพติด



➡ อันตรายที่เกิดจากภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชจากภาวะเบนโซไดอะซีปีนส์เป็นพิษ

ในผู้ป่วยที่นำเบนโซไดอะซีปีนส์เข้าสู่ร่างกายในขนาดสูงเกินไป หรือบริโภคร่วมกับแอลกอฮอล์ อาจกระทำการสิ่งต่างๆ ไปโดยไม่รู้ตัว คล้ายผู้มีอาการทางจิต และก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น จนถึงชีวิตได้

➡ การให้ความช่วยเหลือ

ในรายที่มีภาวะพิษจากสารกลุ่มเบนโซไดอะซีปีนส์ ควรจำกัดพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย อยู่ในสถานที่ที่เหมาะสม ตรวจวัดติดตามสัญญาณชีพผู้ป่วยให้สารน้ำเกลือแร่ในรายที่จำเป็น



ตัวอย่างผู้ป่วยที่เกิดภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชจากภาวะเบนโซไดอะซีปีนส์เป็นพิษ

ผู้ป่วยหญิงไทยวัย 28 ปี ไปร่วมงานสังสรรค์วันเกิดกับเพื่อน ได้ดื่มเหล้าที่เพื่อนชายจัดเตรียมไว้ให้ ซึ่งผสมยาหล่อมประสาท (ทราบภายหลังคือ Midazolam 15 mg) จำนวน 2 เม็ด บดในแก้วเหล้าให้ดื่มหลังจากดื่มได้ประมาณครึ่งชั่วโมง ผู้ป่วยได้ออกเดินไปรอบๆ สถานที่จัดงานเดินไม่หยุด ถอดเสื้อผ้าทิ้งจนเหลือแต่ชุดชั้นใน บ่นพึมพำว่าต้องการไปพบมารดาที่เสียชีวิตแล้ว แต่มารดาฆ่าตนเองในงานนั้น เพื่อนๆ จึงได้นำส่งโรงพยาบาลที่ห้องฉุกเฉิน แพทย์ได้ตรวจพบสารกลุ่มเบนโซไดอะซีปีนส์ในปัสสาวะ ตรวจวัดและมอร์นิเตอร์สัญญาณชีพ การรักษาเบื้องต้นแพทย์สั่งการรักษาโดยให้น้ำเกลือเพื่อเปิดเส้นไว้ และผูกตรึงผู้ป่วยไว้บนเตียง ราว 2 ชั่วโมง ผู้ป่วยจึงเริ่มสงบลง แต่ไม่สามารถจำเหตุการณ์ใดได้ ตั้งแต่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์แก้วแรก มาจำได้อีกครั้งก็ขณะที่กำลังเล่าประวัติเพิ่มเติมให้กับแพทย์ได้ทราบในขณะนี้เอง

1.3 สารระเหย

สารระเหยมีอยู่ 4 ประเภทหลักๆ คือ ไอระเหย ก๊าซต่างๆ ละอองฉีดพ่น และสารกลุ่มไนเตรท โดยสารระเหยประเภทไอระเหย ก๊าซ และละอองฉีดพ่น จะทำให้ผู้เสพมีอาการเมาและเพ้อคลั่ง

ส่วนสารระเหยกลุ่มไนเตรทจะกระตุ้นความรู้สึกทางเพศ และทำให้ผู้เสพรู้สึกสนุกสนานเพ้อคลั่ง โดยสารระเหยแต่ละประเภทมีลักษณะ ดังนี้

- 1 **ประเภทไอระเหย** จะมาในรูปแบบของของเหลวและจะระเหยกลายเป็นไอในอุณหภูมิห้อง เช่น ทินเนอร์ผสมสี น้ำยาล้างต่างๆ น้ำมันรถ กาว และหมึกเติมปากกาเคมี เป็นต้น
- 2 **ประเภทก๊าซ** รวมถึงก๊าซที่ใช้ทางการแพทย์ เช่น ก๊าซฮีเธอร์หรือก๊าซไนโตรเจน รวมทั้งผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดที่ใช้ในบ้านทั่วไป เช่น ก๊าซบูเทน ก๊าซโพรเพน หัวกดวิปครีมที่มีส่วนผสมของก๊าซไนโตรเจนและสารทำความสะอาด
- 3 **ประเภทละอองฉีดพ่นหรือสเปรย์** ซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์ที่มักใช้กันทั่วไปตามบ้านเรือนไม่ว่าจะเป็นสเปรย์สี สเปรย์ระงับกลิ่นกาย สเปรย์ฉีดผม สเปรย์น้ำมันพืช และสเปรย์ป้องกันไฟฟ้าสถิตตามเสื้อผ้า เป็นต้น

4 ประเภทสารประกอบไนเตรท ซึ่งหมายรวมถึงไซโคลเฮกซิลไนไตรท์ (Cyclohexyl nitrite) เอมีลไนไตรท์ (Amyl nitrite) และบิวทิลไนไตรท์ (Isobutyl nitrite) โดยสารเหล่านี้กลุ่มผู้เสพยาจะเรียกอีกชื่อว่า **"ป๊อปปอร์" (Poppers)** หรือ **"สแนปเปอร์" (Snappers)** ทำให้มีปัญหาเกี่ยวกับการปวดไม่ชัด เติมน้ำ มีอาการเวียนศีรษะ ควบคุมตัวเองไม่ได้ และมีอาการตื่นตระหนกกระวนกระวายใจ โดยอาการเหล่านี้ อาจยังค้างอยู่ได้นานกว่า 2 สัปดาห์หลังการเสพยาสุดมึนเมาทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจดังต่อไปนี้

- ▶ หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ
- ▶ อาการประสาทหลอน หรือเกิดภาพหลอน
- ▶ เกิดภาวะสูญเสียความรู้สึก หรือขาดสติสัมปชัญญะ
- ▶ คลื่นไส้อาเจียน
- ▶ ปวดไม่ชัด

การเสพยาสุดมึนเมา มาเป็นระยะเวลานานอาจทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพที่รุนแรง ดังต่อไปนี้

▶ มีปัญหาทางสมองหรือทางจิต โดยสารระเหยอาจทำให้ระบบต่างๆ ในร่างกายทำงานช้าลง มีปัญหาทางสมองเกี่ยวกับการคิดแก้ปัญหา หรือการวางแผนล่วงหน้า สูญเสียความทรงจำหรือไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้

- ▶ กล้ามเนื้ออ่อนแรง
- ▶ เกิดภาวะซึมเศร้า
- ▶ ปวดศีรษะ และเกิดภาวะเลือดกำเดาไหล
- ▶ สูญเสียประสาทสัมผัสบางส่วน เช่น ทางการได้ยินหรือการรับกลิ่น

อันตรายจากการเสพยาระเหยให้ผลข้างเคียงที่ร้ายแรงและอาจทำให้เสียชีวิตได้ เช่นเดียวกับการเสพยาเสพติดอื่นๆ หรือบางคนเสียชีวิตจากการเสพยาระเหยเพียงครั้งเดียว อันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้เสพยาทำให้เสียชีวิตได้

▶ อาการไหลตายหรือช็อกตาย อาการนี้เป็นอาการที่เกิดขึ้นได้ในผู้เสพยาระเหย เพราะผู้เสพจะมีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติและหัวใจวาย โดยอาการนี้สามารถเกิดขึ้นได้แม้เป็นการเสพยาครั้งแรก

▶ ภาวะหายใจไม่ออกหรือขาดอากาศหายใจเฉียบพลัน นั่นเพราะสารพิษถูกส่งและเข้าไปแทนที่ออกซิเจนในปอด

▶ อาการสำลักสารระเหย ผู้เสพอาจมีอาการสำลักและอาเจียนอย่างหนักได้

▶ เกิดอาการหอบและหายใจไม่ออก โดยเฉพาะการดมจากถุงกาวย ซึ่งถุงกาวยอาจไปปิดกั้นอากาศหรือออกซิเจนในปอด

▶ อุบัติเหตุหรืออันตรายต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น ผู้ที่มีอาการเมาจากการเสพยาระเหย มักเกิดปัญหาเกี่ยวกับการตัดสินใจ นอกจากนี้ความเสียหายหรืออุบัติเหตุจนถึงแก่ชีวิต มักเกิดจากผู้เสพที่ไชนาพาทะหรือกระโดดจากที่สูงขณะมึนเมาสารระเหย บางครั้งพบว่าอุบัติเหตุเกิดขึ้นจากการใช้สารระเหย เช่น ไฟไหม้หรือการประทุของก๊าซ เป็นต้น



▶ ขาดตัวตาย ผู้เสพบางคนเกิดผลข้างเคียงจากการเสพยาเสพติดจนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และกระตุ้นให้พวกเขาอยากขาดตัวตาย

➡ อันตรายที่เกิดจากภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชจากภาวะสารระเหยเป็นพิษ

ผู้ที่สูดดมสารระเหยในขนาดสูงจะทำให้เกิดอาการมึนเมา คล้ายคลึงกับแอลกอฮอล์ จะมีความแตกต่างก็คือ หลายรายมีอาการหลอนประสาทร่วมอยู่ด้วย ดังที่เคยได้ยินว่า เมื่อเมาสารระเหย จะมีการใช้มือสาวไปบนท้องฟ้าเพื่อดึงดาว ดึงเดือนมาหาตนเอง ในรายที่มีอาการประสาทหลอนรุนแรง อาจเพ้อคลั่ง อาละวาด กระโดดจากที่สูง เนื่องจากคิดว่าตนเหาะเหินเดินอากาศได้

➡ การให้ความช่วยเหลือ

ในรายที่มีอาการเมาสารระเหยเกิดอาการเพ้อคลั่ง ประสาทหลอน หลงผิด การช่วยเหลือ สามารถทำได้โดยการพูดคุยกับผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล มิให้ผู้ป่วยเกิดความหวาดกลัวหรือหวาดระแวง เมื่อผู้ป่วยยอมรับการช่วยเหลือ ให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนในที่สงบ จำกัดพฤติกรรมตามความเหมาะสม ให้สารน้ำเกลือแร่ ตามความจำเป็นในรายที่มีอาการหวาดกลัว กระสับกระส่ายรุนแรง สามารถให้ Diazepam ฉีดเข้าทางเส้นเลือดดำทันที หรือ/ร่วมกับการให้ haloperidol 5 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อทันที เพื่อสงบผู้ป่วย



ตัวอย่างผู้ป่วยที่เกิดภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชจากภาวะสารระเหยเป็นพิษ

ผู้ป่วยชายไทยวัยรุ่นตอนปลาย อายุ 18 ปี มีประวัติสูดดมกาวกระป๋องเป็นประจำทุกวัน ทั้งวันในบริเวณหน้าตลาดสด ซึ่งผู้ป่วยมีอาชีพรับจ้างเข็นผักสดขึ้นรถ 6 ล้อ ในวันเกิดเหตุรถบรรทุกผัก จอดเสียอยู่หน้าตลาด ผู้ป่วยไม่ได้เข็นรถตามปกติ จึงไปนั่งสูดดมกาวอยู่ในรถบรรทุกตั้งแต่นั้นมา ติ 5 จนราวใกล้เที่ยง ผู้ป่วยได้ป็นขึ้นไปยืนอยู่บนหลังคารถบรรทุก ตะโกนพูดคนเดียวเสียงดังว่า ตนจะเหาะขึ้นไปเที่ยวบนดวงจันทร์ จากนั้นก็กระโดดลงมาจากหลังคารถบรรทุกลงสู่พื้นตลาดสูงราว 5 เมตร หลังจากตกลงสู่พื้น ก็มีอาการแน่นิ่งไป พ่อค้าแม่ค้า ผู้ประสบเหตุได้แจ้งหน่วยกู้ภัยให้นำตัวไปส่งโรงพยาบาล เมื่อถึงห้องฉุกเฉินผู้ป่วยฟื้นขึ้นมาว่านอนอยากกลับบ้าน แพทย์เวรได้ตรวจร่างกายไม่ร่องรอยบาดเจ็บที่ศีรษะ ไม่พบอาการผิดปกติทางสมอง สัญญาณชีพปกติ มีรอยฟกช้ำที่หลังเพียงเล็กน้อย ได้สั่งการรักษา Diazepam 5 mg IV และ Haloperidol 5 mg IM stat ผู้ป่วยจึงสงบลงและนอนพักผ่อนราว 3 ชั่วโมง จึงมีญาติมาแจ้งความจำนงค์ขอรับตัวผู้ป่วยกลับบ้านไป

1.4 จีเอชบี GHB

GHB หรือ Gamma Hydroxybutyrate เป็นยาเสพติดชนิดหนึ่งที่ออกฤทธิ์ทำให้ระบบการทำงานของสมองและประสาทส่วนกลางทำงานช้าลง GHB เป็นที่นิยมใช้กันในกลุ่มนักเล่นกล้ำแต่ปัจจุบันกลับมีผู้นำไปใช้เสพกันทั่วไปตามคลับบาร์ หรือเพื่อวัตถุประสงค์ของการคุกคามทางเพศหรือการมอมยา



นั่นเอง GHB เป็นสารเคมีที่ถูกสังเคราะห์ขึ้นมา มีลักษณะเป็นของเหลว หรือบางครั้งถูกแปลงให้เป็นรูปแบบเม็ดแคปซูลหรือผงแป้ง โดย GHB แบบน้ำจะไม่มีกลิ่นหรือสี เมื่อผสมลงในเครื่องดื่มจะไม่มีรสชาติใดๆ ซึ่งจะไม่สามารถสังเกตได้ด้วยตาเปล่า เนื่องจาก GHB นั้นออกฤทธิ์ต่อระบบการทำงานของสมอง ทำให้ผู้เสพมีอาการความจำเสื่อมชั่วคราว และถูกนำไปใช้เพื่อการมอมยาผู้อื่น จึงเป็นที่มาของชื่อ "ยาเสียวสาว"

การเสพ GHB ในปริมาณที่มากเกินไปหรือเสพพร้อมกับยาเสพติดอื่นๆ หรือร่วมกับการดื่มแอลกอฮอล์ จะส่งผลให้เกิดภาวะการใช้ยาเกินขนาด ซึ่งภาวะดังกล่าวจะทำให้ระบบของหัวใจและปอดทำงานช้าลง เป็นสาเหตุของอาการเป็นลมหมดสติและอาจทำให้เสียชีวิตได้ ดังนั้นการใช้ GHB เกินขนาดจึงเป็นอันตรายมากและต้องได้รับการรักษาโดยแพทย์อย่างเร่งด่วน และเนื่องจาก GHB สามารถนำไปผสมกับเครื่องดื่มต่างๆ ได้เพื่อการมอมยา เมื่อผู้ถูกมอมยาดื่มเครื่องดื่มเหล่านั้นพวกเขาจะรู้สึกอ่อนล้า ทำให้เสี่ยงต่อการตกเป็นเหยื่ออาชญากรรมหรือการถูกคุกคามทางเพศ และฤทธิ์ของยาที่ทำให้เกิดอาการความจำเสื่อมชั่วคราว จะส่งผลให้ผู้ถูกมอมยาไม่สามารถจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้

➡ อันตรายที่เกิดจากภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชจากภาวะจีเอชบีเป็นพิษ

การเสพจีเอชบีในขนาดสูง หรือเสพพร้อมกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานบันเทิง อาจเกิดอาการหลอนประสาท เคลิบเคลิ้ม คลุ้มคลั่ง อาละวาด โดยที่ไม่สามารถจำเหตุการณ์ได้นำไปสู่การถูกข่มขืน ทำร้ายร่างกายตนเองหรือผู้อื่น หรือออกฤทธิ์เสริมกับแอลกอฮอล์จนเสียชีวิตได้

➡ การให้ความช่วยเหลือ

ในกรณีที่ผู้ป่วยมาจากสถานบันเทิงด้วยอาการคลุ้มคลั่ง อาจร่วมกับประวัติว่ามีการดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วย ให้รีบถึงภาวะเป็นพิษจากจีเอชบี ให้จำกัดพฤติกรรมของผู้ป่วย ตรวจวัดสัญญาณชีพและร่างกาย ให้สารน้ำและเกลือแร่ ในรายที่มีอาการรุนแรงให้ Diazepam ฉีดเข้าทางเส้นเลือดดำซ้ำๆ จนอาการสงบ



ตัวอย่างผู้ป่วยที่เกิดภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชจากภาวะจีเอชบีเป็นพิษ

มีผู้พบเหตุการณ์เล่าว่า เวลาประมาณ 2 นาฬิกาเศษ นางสาวเจน (นามสมมติ) ได้วิ่งออกจากรถเก๋งคันหนึ่ง ในสภาพเสื้อผ้าถูกถอดออกจนเหลือแต่ชุดชั้นใน จากนั้นได้ร้องไห้สลับคำสบถ ต่ำทอด้วยเสียงดัง และคลานลงที่พื้นฟุตบาท ผู้ประสบเหตุและพลเมืองดีจำนวนหนึ่งจึงได้พากันนำส่งโรงพยาบาล แพทย์ได้รับตัวไว้ ไม่สามารถซักถามประวัติได้ ไม่มีบัตรประชาชนใดๆ แพทย์ได้ตรวจสัญญาณชีพและร่างกาย พบว่า มีไข้สูง 38.5 °C ชีพจร 110 ครั้ง เอะอะวุ่นวาย จึงได้ผูกมัดไว้ที่เตียงได้ให้ Diazepam 10 mg IV ผู้ป่วยสงบลง จนประมาณ 2 ชั่วโมงจึงตื่นขึ้นมาให้ประวัติว่าตนทำงานเป็นนักร้อง ได้รับงานไปร้องเพลงที่บ้านแห่งหนึ่ง และได้ดื่มเหล้าที่แขกส่งให้ หลังจากนั้นก็จำเหตุการณ์ไม่ได้อีกเลย จนมารู้สึกตัวอีกครั้งที่โรงพยาบาลดังกล่าว





2. กลุ่มยาและสารกระตุ้นประสาท (Stimulating Substances)

ภาวะเป็นพิษจากกลุ่มยาและสารเสพติดประเภทกระตุ้นประสาทก็ก่อให้เกิดภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชที่พบได้บ่อยคือ ยากลุ่มแอมเฟตามีน (ยาบ้าและไอซ์) โคเคนและกระท่อม

2.1 ยากลุ่มแอมเฟตามีน (Amphetamine type stimulant-ATS)

แอมเฟตามีนหรือยาบ้า เป็นยากระตุ้นประสาทที่ออกฤทธิ์ต่อประสาทส่วนกลางและสมอง ที่ทำหน้าที่กระตุ้นการทำงานของระบบต่างๆ ภายในร่างกาย มักถูกผลิตออกมาในรูปแบบเม็ดยาหรือผงแป้ง ซึ่งวิธีการเสพอาจทำได้ทั้งบดเม็ดยาเป็นผงใส่กระดาษฟรอยด์และเผาจนเป็นควัน จึงใช้หลอดดูดควันเข้าทางปาก ซึ่งเป็นวิธีที่นิยมที่สุด กินเป็นเม็ด สูดผงเข้าทางจมูก ฉีดเข้าทางเส้นเลือด และการจุ่มผงกิน (โดยการจุ่มนิ้วที่เปียกกับผงแป้งแล้วเลียจากนิ้วมือ) ยาขยันหรือยาเสริมสมรรถนะการเรียนรู้ (Study drug) ส่วนใหญ่มีส่วนผสมของแอมเฟตามีน

เมื่อเสพแอมเฟตามีนเข้าสู่ร่างกายแล้ว มันจะส่งผลต่อการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง และกระตุ้นสารโดพามีนในสมองทำให้ผู้เสพเกิดอาการเมายา กระตือรือร้น มีแรงกำลังและคึกคะนอง ในขณะที่ยาออกฤทธิ์อยู่ประมาณ 3-8 ชั่วโมงโดยเฉลี่ย อาการที่สังเกตเห็นได้มีดังต่อไปนี้ หัวใจเต้นเร็ว และเกิดภาวะความดันโลหิตสูง ไม่รู้สึกเหน็ดเหนื่อย มีแรงกำลัง

การเสพแอมเฟตามีนยังส่งผลให้ผู้เสพมีอาการประสาทหลอน หูแว่ว หวาดระแวง มีปัญหาทางจิตอื่นๆ ร่วมด้วย อย่างโรคจิตเภทและมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ ได้แก่ นอนไม่หลับ และรู้สึกว่าตัวเองพักผ่อนไม่เพียงพออยู่เสมอ ซึมเศร้า วิดกกังวล และหวาดระแวง อารมณ์แปรปรวนเปลี่ยนแปลงง่าย เด็ดขาดเดียวร้าย ซึ่งมีลักษณะอาการคล้ายคนเป็นไบโพลาร์หรือโรคทางจิต ทำร้ายตนเองและผู้อื่นได้

➡ อันตรายที่เกิดจากภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชจากภาวะแอมเฟตามีนเป็นพิษ

ผู้ที่เสพแอมเฟตามีนในขนาดสูงหรือเสพต่อเนื่อง อาจร่วมกับภาวะบกพร่องของสารน้ำเกลือแร่ในร่างกาย ขาดการพักผ่อนหรือมีโรคแทรกซ้อนทางร่างกายหรือจิตใจ อาจเกิดภาวะหลอนประสาท หวาดระแวง หลงผิด คิดว่าคนมาทำร้าย ก่อให้เกิดการทำร้ายร่างกายตนเอง หรือผู้อื่นจนเสียชีวิตได้

➡ การให้ความช่วยเหลือ

ในรายที่มาด้วยภาวะพิษจากแอมเฟตามีน มีอาการคลุ้มคลั่ง รุนแรง จำเป็นต้องจำกัดพฤติกรรม ตรวจวัดสัญญาณชีพ ให้ยาฉีดสงบผู้ป่วยคือ Diazepam 10 mg เข้าเส้นเลือดดำ และหรือ Haloperidol 5-10 mg เข้าเส้นเลือดดำในรายที่มีความจำเป็น



ตัวอย่างผู้ป่วยที่เกิดภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชจากภาวะแอมเฟตามีนเป็นพิษ

ทางโรงพยาบาลได้รับแจ้งจากตำรวจในพื้นที่ว่ามีชายวัยรุ่น เดินถือถุงน้ำมันเตาไปรอบๆ ตลาด และทำท่าจะจุดไฟเผา ทำให้เกิดความหวาดกลัวกับผู้ที่สัญจรไปมา ทางตำรวจได้สนธิกำลังล้อมจับผู้ป่วยและนำส่งโรงพยาบาล พบประวัติว่าได้ร่วมกันสูบบุหรี่กับเพื่อนๆ ท้ายตลาด แล้วเห็นคนงานพม่าเดินกันเป็นกลุ่มเข้าใจว่าเป็นข้าศึกมาชงสุมนกันที่ตลาดนี้ วางแผนจะมายึดประเทศไทย จึงคิดจะฆ่าตลาดดังกล่าว เมื่อมาถึงห้องฉุกเฉิน แพทย์ได้ตรวจวัดสัญญาณชีพได้ฉีด Diazepam 10 mg เข้าเส้นเลือดดำ และ Haloperidol 5 mg เข้าสะโพกราว 15 นาที ผู้ป่วยก็สงบแต่ยังผูกยึดผู้ป่วย และสังเกตอาการที่ห้องฉุกเฉินไว้ก่อน

2.2 โคเคน (Cocaine)

โคเคน (Cocaine) หรืออีกชื่อหนึ่งคือ **โค้ก** เป็นยาเสพติดให้โทษรุนแรง และทำให้ผู้เสพมีอาการติดอย่างหนัก โดยต้นกำเนิดของโคเคนนั้น เป็นสารเสพติดที่สกัดได้จากใบของต้นโคคา (Coca plant) ซึ่งพบได้มากในพื้นที่แถบอเมริกาใต้ โคเคนจะถูกผลิตออกมาในรูปของผงแป้งสีขาวและใช้สูดเข้าทางจมูก ส่วนโคเคนที่ถูกผลิตออกมาในรูปของก้อนผลึกจะเรียกว่า "แคร็กโคเคน" (Crack Cocaine) ซึ่งผู้เสพจะใช้เสพโดยการสูดผ่านกลองยาสูบ หรือผสมผงโคเคนกับน้ำเปล่าแล้วฉีดเข้าทางเส้นเลือด หรือสอดเข้าทางทวารหนัก หรืออวัยวะเพศหญิง

ส่วนข้อแตกต่างระหว่างโคเคนแบบผงกับแบบผลึก จะอยู่ที่ระดับการออกฤทธิ์ต่อร่างกาย โดยโคเคนแบบผลึกจะมีฤทธิ์ทำให้เคลิบเคลิ้มได้มากกว่า ทำให้เสพติดได้ง่ายกว่าแต่ก็จะทำให้เกิดโทษต่อร่างกายได้รวดเร็ว และรุนแรงกว่าด้วยเช่นกัน

วิธีการเสพโคเคนจะทำให้เกิดอาการเมาที่แตกต่างกันออกไป เช่น หากเสพด้วยวิธีการสูดผงเข้าทางจมูก ผู้เสพจะมีอาการเมาประมาณ 15-30 นาที ส่วนการสูดหรือการฉีดเข้าเส้นเลือด จะทำให้ยาออกฤทธิ์รุนแรงมากกว่า แต่จะมีอาการเมาระยะเวลาสั้นๆ เพียง 5-10 นาทีเท่านั้น

ผลข้างเคียงจากการเสพโคเคน มีดังต่อไปนี้ คือ หัวใจเต้นเร็ว หายใจถี่ ภาวะความดันโลหิตและอุณหภูมิร่างกายสูงผิดปกติ นอนไม่หลับ มีอารมณ์หงุดหงิดและหวาดระแวง

นอกจากการเสพโคเคนเกินขนาดจะทำให้ผู้เสพมีพฤติกรรมรุนแรง และมีอารมณ์แปรปรวนแล้ว โคเคนยังส่งผลให้ผู้เสพเกิดอาการป่วยที่รุนแรง หรือเกิดภาวะที่เป็นอันตรายต่อร่างกายได้ เช่น หัวใจวาย เส้นเลือดอุดตัน ชัก หมดสติ และเสียชีวิตได้ในที่สุด

การเสพโคเคนเพียงครั้งแรกและครั้งเดียว ก็ยังสามารถทำให้ผู้เสพชัก หมดสติ และเสียชีวิตได้ด้วยเช่นกัน การเสพยาเกินขนาดเกิดขึ้นแม้เพียงครั้งเดียวเท่านั้น ผู้เสพจะรู้สึกกระสับกระส่าย หงุดหงิดฉุนเฉียว นอกจากนี้จะยังมีอาการทางจิตอื่นๆ ได้แก่ อาการหวาดกลัว หูแว่ว หลงอยู่ในภาพจินตนาการที่ตนสร้างขึ้นมา ทำร้ายตนเองและผู้อื่น การเสพโคเคนร่วมกับยาเสพติดชนิดอื่น หรือการเสพร่วมกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาจทำให้เกิดอันตรายถึงกับเสียชีวิตได้



➡ อันตรายที่เกิดจากภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชจากภาวะโคเคนเป็นพิษ

ผู้ป่วยที่เสพยาโคเคนต่อเนื่อง สามารถเกิดอาการหลอนประสาท หวาดระแวง หลงผิดได้ เช่นเดียวกับผู้เสพยาแอมเฟตามีน

➡ การให้ความช่วยเหลือ

ในรายที่มาด้วยอาการคลุ้มคลั่ง อาละวาด หากได้รับวินิจฉัยอย่างทันท่วงทีว่าผู้ป่วยมีภาวะพิษ จากการเสพยาโคเคน ย่อมได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที การให้ยา Diazepam 10 mg เข้าเส้นเลือดดำ และ หรือ Haloperidol 5-10 mg เข้าเส้นเลือดดำ มีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการวุ่นวายและไม่สามารถควบคุมได้



ตัวอย่างผู้ป่วยที่เกิดภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชจากภาวะโคเคนเป็นพิษ

ชายชาวต่างชาติอายุ 54 ปี ถูกนำส่งโรงพยาบาลด้วยรถฉุกเฉิน จากคำร้องขอของพนักงานโรงแรมแห่งหนึ่งบริเวณชายหาดบางแสน เนื่องจากผู้ป่วยพยายามปีนขึ้นไปบนหลังคาโรงแรม เมื่อถึงห้องฉุกเฉิน ทราบว่าผู้ป่วยเป็นนักท่องเที่ยวยาวเยอร์มัน ในกระเป๋ามีขวดสีชาเล็กๆ ภายในบรรจุเกล็ดสีขาวใสคล้ายสารส้ม เวลาต่อมาไม่นาน เพื่อนหญิงชายของผู้ป่วยได้มาที่ห้องฉุกเฉินแจ้งว่าผู้ป่วยแอบเสพยาโคเคนในโรงแรม ขณะที่เพื่อนๆ ออกไปรับประทานอาหารเย็นข้างนอกกัน แพทย์ได้ตรวจวัดสัญญาณชีพ ผูกยึดผู้ป่วยไว้และได้ฉีด Diazepam 10 mg เข้าเส้นเลือดดำ ผู้ป่วยอาการสงบลง สังเกตอาการผู้ป่วย ผู้ป่วยเริ่มมีอาการวุ่นวาย ร้องเสียงดัง จึงได้ฉีด Diazepam 10 mg เข้าเส้นเลือดดำอีกเข็มหนึ่ง และ Haloperidol 5 mg เข้าสะโพก รว 15 นาที ผู้ป่วยก็สงบและได้รับผู้ป่วยไว้เป็นผู้ป่วยในต่อไป

2.3 กระถ่อม (Kratom)

กระถ่อม เป็นไม้ยืนต้นชนิดหนึ่งที่มีขนาดใหญ่พอสมควร มีความสูงอยู่ที่ประมาณ 10-15 เมตร ใบเลี้ยงเดี่ยวเป็นสีเขียว ก้านใบมีทั้งสีแดงและสีเขียว ซึ่งไม่มีความต่างกันมากนัก ใบกระถ่อมประกอบด้วยสารแอลคาลอยด์ 0.5 % ได้แก่ มิทราไจนีน (Mitragynine) 0.25 % ที่เหลือเป็น สเปซิโจไจนีน (Speciogynine) ไพแนนทีน (Paynanthine) สเปซิโอซีเลียทีน (Speciociliatine) ตามลำดับ ซึ่งชนิดและปริมาณแอลคาลอยด์ ที่พบจะแตกต่างกันตามสถานที่และเวลาที่เก็บเกี่ยว เมื่อเสพหรือเคี้ยวใบกระถ่อมไปแล้ว 5-10 นาที ใบกระถ่อมจะออกฤทธิ์กดประสาทให้ผู้เสพมีความกระปรี้กระเปร่า สดชื่น ไม่รู้สึกอยากอาหาร ไม่รู้สึกเจ็บปวดหรือเมื่อยเนื้อเมื่อยตัว แต่หากอากาศครึ้มฟ้าครึ้มฝนเมื่อไร จะเกิดการหนาวสั่นคล้ายกับจะเป็นไข้ หากเสพไปนานๆ จะพบว่าผิวของผู้เสพมีความคล้ำลงจนดูเหมือนผิวแห้ง มีอาการท้องผูก อุจจาระแข็งเป็นก้อนเล็กๆ ทำให้ถ่ายยากกว่าปกติ นอนไม่หลับ คลื่นไส้อาเจียน จากอาการเมาใบกระถ่อม รายที่เสพมากเกินไปอาจพบว่าแขนกระตุกเองได้



ปัจจุบันมีการนำใบกระท่อมไปต้ม คั้นน้ำกระท่อมผสมเครื่องดื่มโคล่าและยาแก้ไอ ยาแก้แพ้ เรียกว่า 4x100 ทำให้ได้รับปริมาณไมทราจินีนสูงในขนาดสูง ทำให้เกิดอาการทางจิต หูแว่วประสาทหลอน อารมณ์รุนแรง ทำร้ายตนเองและผู้อื่นได้

➡ อันตรายที่เกิดจากภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชจากภาวะกระท่อมเป็นพิษ

ในรายที่ดื่มน้ำต้มกระท่อมที่ใช้ใบกระท่อมในจำนวนสูง เช่น 50-100 ใบขึ้นไป จะเกิดอาการหลอนประสาทได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสภาวะอากาศครึ้มฟ้าครึ้มฝน จะเกิดความหวาดกลัวมาก และอาจก่อให้เกิดเหตุการณ์อันตรายถึงชีวิตได้

➡ แนวทางแก้ไข

ในรายที่มีอาการคลุ้มคลั่ง หวาดระแวง หวาดกลัวหลงผิด ให้พยายามพูดคุยให้ผู้ป่วยสงบลง ไม่ควรใช้วิธีรุนแรงหรือคุกคามผู้ป่วย จะยิ่งหวาดกลัวมากขึ้นไปอีก ในรายที่จำเป็นสามารถให้ยา Diazepam ฉีดเข้าเส้นเลือดดำ เพื่อให้ผู้ป่วยสงบได้



ตัวอย่างผู้ป่วยที่เกิดภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชจากภาวะกระท่อมเป็นพิษ

นายแดง นามสมมุติ มีอาชีพเป็นชาวไร่ไถ่ วันเกิดเหตุทราบว่านายแดงได้ดื่มน้ำกระท่อมอยู่หลังบ้าน เนื่องจากขณะนั้นฝนกำลังตกปรอยๆ แต่มีฟ้าร้อง ฟ้าผ่าเป็นระยะๆ นายแดงได้ป็นขึ้นไปอยู่บนเสาไฟฟ้าแรงสูงเนื่องจากเข้าใจว่า น้ำจะท่วม แผ่นดินจะถล่ม ทางตำรวจได้ไปยื่นเกลี้ยกล่อม นายแดงราวชั่วโมงครึ่ง จึงได้ยอมลงมาโดยดี และนำส่งโรงพยาบาล นอนสังเกตอาการที่ห้องฉุกเฉิน สักประมาณ 3-4 ชั่วโมง ผู้ป่วยอาการก็เป็นปกติ



3. กลุ่มยาและสารหลอนประสาท (Hallucinogens)

ภาวะเป็นพิษจากกลุ่มยาและสารเสพติดประเภทกระตุ้นประสาทที่ก่อให้เกิดภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชที่พบได้บ่อยคือ แอลเอสดี ไฮโลไซบิน เมสคาริน พืชพิ เคตามีน

3.1 แอลเอสดี (LSD) แอลเอสดี เป็นตัวย่อของ d-lysergic acid diethylamide

มีฤทธิ์หลอนประสาทอย่างแรง LSD เป็นสารที่ผลิตขึ้นมาจาก lysergic acid ของสารจำพวก ergot ซึ่งเป็นรา (fungus) ที่ขึ้นอยู่ตามเมล็ดข้าวไร ไม่มีสี ไม่มีกลิ่น มีรสขมเล็กน้อย การเสพแอลเอสดี จะทำให้เกิดอาการประสาทหลอน เกิดภาพลวงตาและมีอารมณ์แปรปรวน แอลเอสดีจะมีลักษณะเป็นของเหลวใสไม่มีกลิ่นหรือสี บางครั้งมาในรูปแบบกระดาษแผ่นเล็กๆ ซุปแอลเอสดีแล้วแปะลิ้น กระดาษดังกล่าวอาจมีสีชมพูรูปภาพหรือลายการ์ตูนต่างๆ นอกจากนี้ แอลเอสดีอาจมาในรูปของเม็ดแคปซูล ก้อนน้ำตาล หรือชิ้นเจลาติน เป็นต้น



แอลเอสดีจะส่งผลต่อสารเซโรโทนินในสมองที่ส่งผลถึงกระบวนการรับรู้และพฤติกรรม ซึ่งแอลเอสดีจะไปรบกวนสารดังกล่าว ทำให้ไม่สามารถทำงานตามปกติได้ และยาอาจออกฤทธิ์ได้นานถึง 12 ชั่วโมง หรือมากกว่า ผู้เสพยาจะมีอาการเริ่มมาหลังจากการเสพยาแอลเอสดีไปแล้วประมาณ 30-90 นาที ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการเสพยาขึ้นขึ้นอยู่กับหลายสาเหตุ เช่น ปริมาณยา ผู้คนที่อยู่รายล้อม หรือพฤติกรรม และอารมณ์ของผู้เสพยาเอง บางคนอาจมีอาการเริ่มมาไม่มากนักแต่จะมีอารมณ์แปรปรวนอย่างรวดเร็ว และหากมีอาการเริ่มมาหนักขึ้น ผู้เสพยาจะมีอาการประสาทหลอนหูแว่ว เกิดภาพลวงตา ระบบการรับรู้ของสมองผิดปกติ เกิดอาการสับสน และหลงผิด ยากที่จะคาดเดาได้ว่าอาการเริ่มมาจะอยู่ได้นานแค่ไหน หรือผลข้างเคียงจะเกิดขึ้นแบบใดบ้าง แต่แน่นอนที่ว่าอาการข้างเคียงรุนแรงสามารถเกิดขึ้นได้เสมอ ทำให้ผู้เสพยาเกิดอาการหวาดกลัวซึมเศร้า เกิดภาวะสับสน ควบคุมตนเองไม่ได้ หรือขาดสติ เป็นต้น ซึ่งร่างกายจะไม่สามารถควบคุมอาการที่เกิดขึ้นได้จนกว่าฤทธิ์ยาจะหมดลงไปเอง ลักษณะเช่นนี้จะทำให้ผู้เสพยามีปัญหาทางจิตจนไม่สามารถกลับมาเป็นปกติแม้จะไม่ได้เสพยา

การเสพยาแอลเอสดีเกินขนาดจะทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายจนทำให้เกิดอาการชักหมดสติ และเสียชีวิตในที่สุด

ผู้ที่เสพยาแอลเอสดีมากเกินไปจนขนาดมีความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดปัญหาทางจิต เช่น โรคจิตเภทหรือโรคซึมเศร้า และอาจนำมาซึ่งเหตุรุนแรงที่กระทบต่อทั้งตนเองและผู้อื่นได้ เช่น เกิดอุบัติเหตุทางถนนหรือการทำร้ายตนเองและผู้อื่นเนื่องจากเกิดภาพหลอนจากการเสพยา

➡ อันตรายที่เกิดจากภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชจากภาวะแอลเอสดีเป็นพิษ

อาการหลอนประสาทจะเป็นอาการเด่นของผู้ที่เสพยาแอลเอสดีในรายที่มีอาการหลอนประสาทรุนแรง ได้แก่ มีความหลงผิดว่าตนเองมีพลังพิเศษ เห็นเห็นเดินอากาศได้ ทำให้กระโดดจากที่สูงและตกลงมาเสียชีวิต

➡ แนวทางแก้ไข

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยอย่างทันท่วงที การพูดคุยให้ผู้ป่วยลดความหวาดระแวง อยู่ในความเป็นจริง จะทำให้ผู้ป่วยลดโอกาสการก่อเหตุที่เป็นอันตราย การตรวจวัดสัญญาณชีพยังเป็นเรื่องจำเป็น การให้ยา Diazepam ฉีดเข้าเส้นเลือดดำ และ Haloperidol เข้ากล้ามเนื้อ ในรายที่มีอาการรุนแรงและควบคุมไม่ได้



ตัวอย่างผู้ป่วยที่เกิดภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชจากภาวะแอลเอสดีเป็นพิษ

ช่วงเวลาประมาณ 3 นาฬิกาของคืนวันเสาร์ต่อเช้าวันอาทิตย์ที่ผ่านมา ได้มีรายงานข่าวว่า ดาราวัยรุ่นและเน็ตไอดอลชื่อ นายดัง นามสมมุติ ได้ตกลงมาจากระเบียงของห้องพักชั้น 5 ของโรงแรมชื่อดังของจังหวัดภูเก็ต อาการบาดเจ็บสาหัส กระดูกแขนขาหักหลายแห่ง และสลบไม่รู้สติตัวพบว่ามีเลือดออกในสมอง ได้นอนพักรักษาตัวอยู่ในห้องไอซียูของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง จากการสอบสวนเบื้องต้นของตำรวจในพื้นที่ทราบจากผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์ว่า คืนดังกล่าวนายดัง

ได้ชักชวนเพื่อนชาวไทยและชาวต่างชาติรวม 7 คน มาสังสรรค์ดื่มกินกันที่ห้องพักที่นายดังเปิดไว้ จนเวลาประมาณเที่ยงคืน นายดังได้ออกจากห้องพักไปบอกว่าจะไปเอาของดีมาให้ดู สักพัก ก็กลับเข้ามาในห้องพร้อมด้วยกระดาษรรูปร่างคล้ายแสดมบี้ และใส่ปากอมไว้บนลิ้น เวลาต่อมา นายดังได้ออกไปยืนนอกกระเบียง และตะโกนบอกคนในห้องว่าจะหาไปชมท้องฟ้ายามค่ำคืน สักหน่อย ยังไม่ทันที่ใครจะทักท้วงใดๆ นายดังก็กระโดดลงมาจากกระเบียงดังที่ปรากฏในข่าว จากการตรวจปัสสาวะของผู้ป่วย ได้พบสารแอลเอสดี ซึ่งเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 ส่วน รายละเอียดอื่นๆ คงต้องรอให้นายดังฟื้นสติขึ้นมาจึงจะได้ซักถามเพิ่มเติมต่อไป

3.2 ไฮโลไซบิน (Psilocybin, Psilocine)

เห็ดเหมามีส่วนประกอบของสารไซโลไซบิน (psilocybin) และสารไซโลซิน (psilocin) ซึ่งเป็นสารประกอบที่มีฤทธิ์เช่นเดียวกับยา LSD เมื่อเสพในปริมาณที่มากพอ เห็ดเหมาที่ใช้เป็นยาเสพติดจะถูกใช้ทั้งแบบสดและแบบแห้ง โดยการกินผสมลงในอาหารเพื่อกลบรสขมของเห็ด หรือชงเห็ดแห้งแบบชาร้อน เป็นต้น

เมื่อเสพเห็ดเหมาร่างกายจะแปลงสารไซโลไซบินไปเป็นสารไซโลซินซึ่งจะออกฤทธิ์กระตุ้นสารซีโรโทนิน (Serotonin) ในสมองทำให้ผู้เสพมีอาการเคลิบเคลิ้มสุข รู้สึกสนุกสนาน เพลิดเพลิน และมองเห็นภาพตามความรู้สึกจินตนาการหรือภาพลวงตา โดยฤทธิ์ของเห็ดเหมาจะเกิดขึ้นภายใน 30-45 นาที และออกฤทธิ์อยู่ในร่างกายได้ประมาณ 6 ชั่วโมง อาการขึ้นต้นที่อาจเกิดขึ้นหลังจากยาหมดฤทธิ์คือ คลื่นไส้ และง่วงอย่างหนัก การเสพในปริมาณมากอาจทำให้ผู้เสพเกิดอาการภาพหลอน กระวนกระวาย วิดุกังวล และหวาดระแวง นอกจากนี้ อาจทำให้เกิดภาวะสับสนหรือความจำเสื่อมชั่วคราว และทำให้เกิดปัญหาทางจิตหลอนทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นได้

3.3 เมสคาลีน (Mescaline)

แคคตัส สายพันธุ์ *Lophophora williamsii* ชื่อ Peyote หรือ Peyotl สามารถนำมาต้มดื่มกิน ถือว่าเป็นยาเสพติดประเภทหนึ่งออกฤทธิ์คล้ายๆ กับสารออกฤทธิ์ที่อยู่ในกระบอกเพชรนี้ก็คือ เมสคาลีน (Mescaline) โดยหลักการทางวิทยาศาสตร์ เราถือเป็นยาเสพติดชนิดหนึ่งเป็นสารออกฤทธิ์ ที่ทำให้เกิดอาการประสาทหลอน

Peyote เจริญงอกงามมากในประเทศเม็กซิโก และภาคตะวันตกเฉียงใต้ของประเทศสหรัฐอเมริกา เมสคารีน ออกฤทธิ์คล้ายๆ กับ LSD สารออกฤทธิ์ที่อยู่ในกระบอก ทำให้เกิดอาการประสาทหลอน โดยกระตุ้นการทำงานที่เกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาท นอร์อิเพนรีน ซึ่งจะทำให้เกิดภาพหลอน (Visual sensation) ภาวะเคลิ้มมอกเคลิ้มใจ (Euphoria) การเสพในขนาดสูงทำให้เกิดอาการทางจิตที่รุนแรง ทำร้ายตนเองและผู้อื่นได้



3.4 พืชพิ (PCP)

พืชพิ หรือ **เพนซิคลิดีน Phencyclidine** (ชื่อทางเคมีของ 1-(1-phenylcyclohexyl)piperidine) มักรู้จักในชื่อของ PCP ยาเสพติดชนิดนี้ถือกำเนิดเมื่อตอนช่วงยุคทศวรรษ 2490 ในรูปของยาชา (anesthetic pharmaceutical drug) แต่ตอนหลังถูกห้ามใช้ เพราะว่ามีผลข้างเคียงเช่นเดียวกับยาหลอนประสาท (dissociative hallucinogenic) เช่นเดียวกับยาเค ในภายหลังจำนวนอนุพันธ์สังเคราะห์ของ PCP ถูกขายเป็นยาเสพติดและไม่ได้ใช้ในการแพทย์ พืชพิบริสุทธิ์นั้นจะมีลักษณะเป็นผลึกผงสีขาว มีรสขม และละลายได้ดีในน้ำหรือของเหลว พืชพิที่มีจำหน่ายในสหรัฐอเมริกาจะมีลักษณะเป็นผงสีขาวหรือหลากหลายสี หรืออาจมาในรูปแบบของเหลวที่นำมาผสมกับพืชหรือยาเสพติดชนิดใบพืชต่างๆ เช่นออริกานो เปปเปอร์มินต์ หรือกัญชา อย่างไรก็ตามพืชพิยังมีในรูปแบบของเม็ดยาหรือแคปซูล หรือบางครั้งอาจเป็นแบบผงเพื่อใช้สูดเข้าทางจมูกผสมกับเครื่องตีบ หรือผสมน้ำฉีดเข้าทางเส้นเลือด

PCP สามารถเสพติดได้โดยการทานเข้าไป ใช้น้ำ หรือฉีดเข้าเส้นเลือดก็ได้ การเสพติดทั่วไปมักใช้สูบกัญชาหรือกัญชานอกจากนี้ อาจรับประทาน สูด หรือฉีดเข้าเส้นเลือดดำ พืชพิที่เสพติดเข้าไปในร่างกาย จะทำปฏิกิริยากับสารโดพามีนและกลูตาเมตในสมอง ทำให้เกิดผลกระทบต่อความจำ การควบคุมอารมณ์ และความสามารถในการรับรู้ หากใช้ในปริมาณที่น้อย พืชพิจะออกฤทธิ์เช่นเดียวกับการตีบแอลกอฮอล์ คือ ทำให้ผู้ใช้มีอาการมึนเมา ผลข้างเคียงขึ้นกับปริมาณสารในปริมาณต่ำ (5-10 mg) จะทำให้เกิดอาการตั้งแต่กล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน ตากระตุก พูดลิ้นพัน เดินเซและรีเฟล็กซ์ไว สารในปริมาณสูง (มากกว่า 20 mg) จะทำให้เกิดอาการชักความดันโลหิตสูงรุนแรงสูง มีการกดการหายใจ โคม่า และอาจเสียชีวิตได้ โดยทั่วไปฤทธิ์ต่างๆ จะคงอยู่ประมาณ 4-6 ชั่วโมง การสูบกัญชาจะมีฤทธิ์หลังเสพติดตั้งแต่หลายวินาที จนถึงหลายนาทิต่อฤทธิ์ จะคงอยู่ 2-3 ชั่วโมง ซึ่งพบว่าการรับประทานกัญชาจะออกฤทธิ์ช้าและนานกว่า การสูบกัญชาโดยทั่วไป ผลร้ายของการเสพติดหลอนประสาทและกัญชาคือ ทำให้เกิดอาการตื่นกลัว ตรีเรียม ภาวะโรคจิต และเห็นภาพหลอน พืชพิที่ถูกนำไปผสมกับยาเสพติดชนิดอื่นๆ เช่น กัญชา นั้นเพราะพืชพิ จะเพิ่มความแรงของยา ทำให้เกิดภาพหลอนและอาการหลุดลอย การเสพติดอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน จะทำให้เกิดอาการความจำเสื่อมมีปัญหาเกี่ยวกับกระบวนการคิดมีปัญหาเกี่ยวกับการพูด มีอาการซึมเศร้า วิดกกังวล หวาดระแวง น้ำหนักลดและผอมผิวดก การใช้พืชพิในปริมาณมากอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต และอาจนำไปสู่อาการทางจิตที่รุนแรงได้ ผู้ที่เสียชีวิตจากการใช้พืชพิ ส่วนใหญ่ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของยานำพาพวกเขาสู่สถานการณ์อันเลวร้าย เช่น เกิดอุบัติเหตุรุนแรงหรือตัวตาย นั้นเพราะพืชพิจะสร้างภาพหลอน และจินตนาการให้กับผู้เสพติด เช่น พวกเขาจะกระโดดจากสะพานเพราะเชื่อว่าพวกเขาสามารถบินได้

3.5 เคตามีน (Ketamine)

เคตามีน หรือ **ยาเค** เป็นยาที่ใช้ในทางการแพทย์เพื่อใช้เป็นยาสลบซึ่งออกฤทธิ์เร็ว นำมาใช้ทั้งกับมนุษย์ และสัตว์เพื่อการรักษาและการผ่าตัด ยาเคที่ใช้ทางการแพทย์นั้นจะมีลักษณะเป็นของเหลว ไร้สี ไร้กลิ่น โดยแพทย์หรือสัตวแพทย์จะฉีดยาโดยการฉีดเข้าทางเส้นเลือด

ยาเคที่เป็นยาเสพติดผิดกฎหมายจะถูกผลิตออกมาในรูปแบบของผงสีขาวหรือสีขาวนวลใช้สูดเข้าทางจมูกหรือใช้ผสมกับใบยาหรือกัญชาเพื่อสูบ นอกจากนี้ ยาเคยังถูกนำมาใช้เพื่อก่ออาชญากรรมหรือเพื่อการกระทำชำเราทางเพศโดยการนำไปผสมกับเครื่องดื่มต่างๆ หลังจากที่ใช้ยาเคไปได้เพียงไม่กี่นาที ผู้เสพยาจะเกิดอาการประสาทหลอนและเกิดภาพเหมือนฝัน รู้สึกเหมือนตัวเองกำลังลอยอยู่ในอากาศหรือหลุดลอยออกจากร่าง อย่างไรก็ตาม ยาเคยังสามารถทำให้ผู้เสพยาเกิดอาการหวาดระแวง สะพรึงกลัว จิตหลอน เกิดภาวะที่สมองถูกตัดขาดจากความรู้สึกใดๆ ในขณะนั้นจะไม่มีอาการทรงจำ และร่างกายเคลื่อนไหวไม่ได้เหมือนเป็นอัมพาตชั่วคราว เมื่อเสพยาเค ยาจะออกฤทธิ์และทำให้ผู้เสพยาเมาอยู่ประมาณ 30-60 นาที แต่ผลข้างเคียงจากการเสพยา อาจอยู่ได้นานถึง 24 ชั่วโมง มีอาการต่างๆ ประกอบด้วย อาการเพื่อหรือเกิดภาวะทางจิตที่ผิดปกติมีภาวะซึมเศร้า การเสพยาเกินขนาดอาจทำให้เกิดอาการหายใจติดขัดจนทำให้เสียชีวิตได้ การเสพยาเคอย่างต่อเนื่อง จะทำให้เกิดปัญหาทางสมองเกี่ยวกับอาการทรงจำและสมาธิ มีปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้ มีปัญหาทางจิต เกิดอาการเมามาแม้จะไม่ได้เสพยา และอาจเกิดอาการหลายสัปดาห์หลังจากการเสพยา

การเสพยาเคในปริมาณที่มากเกินไป การใช้ร่วมกับสารเสพติดอื่นๆ หรือผสมกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะเพิ่มความเสี่ยงอาจทำให้ผู้เสพยาเสียชีวิต เพราะยาเคในรูปแบบของของเหลวจะไม่มีกลิ่นหรือสี ดังนั้น จึงง่ายต่อการถูกนำไปผสมกับเครื่องดื่มต่างๆ เพื่อก่ออาชญากรรม

➡ **ทางการแพทย์**

1. ใช้เป็น ยาสลบ ในเด็กเพื่อให้กลืนเนื้อคลายตัว และทำให้ง่ายต่อการสอดท่อช่วยหายใจ
2. บรรเทาอาการหอบหืด ในผู้ป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจตีบเรื้อรัง
3. ใช้เป็นยาช่วยในการผ่าตัดฉุกเฉินในภาวะสงคราม
4. ใช้บรรเทาอาการปวดหลัง เข้ารับการผ่าตัดและช่วยลดการใช้ยามอร์ฟิน (Morphine)
5. ใช้บำบัด อาการซึมเศร้าในโรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar depression)

➡ **กลไกการออกฤทธิ์**

กลไกการออกฤทธิ์ของยาเคตามีนคือ ตัวยาจะออกฤทธิ์ที่ตัวรับ (Receptor) ในสมองและยับยั้งสารสื่อประสาทที่ชื่อว่า กลูตาเมต (Glutamate คือสารสื่อประสาทที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการทำให้เซลล์สมองตื่นตัว) ส่งผลให้เกิดการปรับสมดุลของสารสื่อประสาท และได้ฤทธิ์ของการสงบประสาทระงับอาการปวด โดยมีระยะเวลาของการออกฤทธิ์ประมาณ 5 – 10 นาทีกรณีที่ฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำหรือประมาณ 12 – 25 นาที ในกรณีที่ฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ

➡ **อาการไม่พึงประสงค์**

ฝันร้าย รู้สึกสับสน เกิดอาการประสาทหลอน เกิดกล้ามเนื้อกระตุก อาจทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นหรือลดลง หัวใจเต้นเร็วหรือช้า กัดการทำงานของระบบทางเดินหายใจ (หายใจช้า ตื้น เบา) อาจพบอาการผื่นคันตามผิวหนัง คลื่นไส้ อาเจียน และมีน้ำลายมาก เห็นภาพซ้อน หนึ่งตากระตุก ทางเดินหายใจตีบ มีสารคัดหลั่งออกมาที่หลอดลม/เสมหะมาก หากใช้ติดต่อกันบ่อยครั้ง สามารถพบอาการติดยาได้ และผู้ป่วยบางรายจะมีการแพ้ยานี้



➡ อาการถอนพิษยา

ใช้เวลา 4-6 วันถึงมีอาการอยากเคตาซีน กระหาย เหน็ดเหนื่อยง่าย หนาวสั่น เหงื่อออกมาก กระวนกระวายใจ ฝันร้าย วิดกกังวล ซึมเศร้า หัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอและเร็ว

➡ รูปแบบของเคตาซีน

ยาเคตาซีนมีรูปแบบการจัดจำหน่ายในประเทศไทยมีแค่ 3 ยี่ห้อที่ถูกต้องตามกฎหมาย ได้แก่ Calypsol , Ketalar และ Ketamine-p รูปแบบยาเป็นยาฉีด ได้แก่ ยาฉีด ขนาด 50 มิลลิกรัม/มิลลิลิตร, 10 มิลลิกรัม/20 มิลลิลิตร , 50 มิลลิกรัม/10 มิลลิลิตร

➡ การบริหารยา

ฉีดเข้าเส้นเลือดในอัตรา 1-2 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม โดยยาจะออกฤทธิ์ทำให้หมดสติภายในเวลา 1 นาที หรืออาจใช้วิธีฉีดเข้ากล้ามเนื้อ แต่วิธีนี้จะใช้ปริมาณยามากกว่าการฉีดเข้าเส้นเลือดประมาณ 3 เท่า อาการหมดสติจากการใช้ยาจะเป็นอยู่ประมาณ 10-15 นาทีเท่านั้น ด้วยเหตุนี้ยาเคจึงถูกนำมาใช้ในกรณีของการผ่าตัดที่ใช้ระยะเวลาสั้นๆ หรือใช้ทำให้ผู้ป่วยสลบ ก่อนที่จะผ่านไปสู่ใช้ยาสลบชนิดอื่น



• สำหรับฉีดเข้าหลอดเลือด :

ผู้ใหญ่ : ฉีดยา 1 - 4.5 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

เด็ก : ฉีดยา 0.5 - 4.5 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

• สำหรับฉีดเข้ากล้ามเนื้อ :

ผู้ใหญ่ : ฉีดยา 6.5 - 13 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

เด็ก : ฉีดยา 2 - 5 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม



ตัวอย่างผู้ป่วยที่เกิดภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชจากภาวะเคตาซีนเป็นพิษ

โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งได้รับแจ้งจากมูลนิธิว่าได้พบชายวัยรุ่น ทราบชื่อภายหลังว่าคือเด็กชายนามสมมุติ อายุ 14 ปี เดินทางไปนอนมา ในลักษณะเหม่อลอยอยู่กลางถนนสายหลักช่วงเวลาประมาณ 2 ทุ่ม ขณะที่จราจรกำลังพลุกพล่าน และรถแต่ละคันจะวิ่งด้วยความเร็วสูงต่อมาทางมูลนิธิได้นำเด็กส่งโรงพยาบาลที่ห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยนั่งนิ่งตาเหม่อลอย สัญญาณชีพปกติหลังจากนอนพักอยู่ราว 3 ชั่วโมง ผู้ป่วยเริ่มพูดโต้ตอบได้ และให้ประวัติกับแพทย์ว่า หลังจากเมื่อคืนไปปาร์ตี้จนวันเกิดเพื่อน มีการดื่มเหล้ากันตลอดทั้งคืน ไม่ได้นอนเลย ขณะที่กำลังมึนเมาอยู่เพื่อนได้ส่งยาเคมาให้สูด หลังจากนั้นก็รู้สึกเหมือนฝันไป จนมารู้สึกว่าตื่นจากฝันตอนที่คุยกับแพทย์ในขณะนี้

สาเหตุที่ทำให้ยาเคตาซีนกลายเป็นปัญหา เพราะวัยรุ่นบางกลุ่มได้นำยาเคมาใช้เป็นสิ่งมึนเมา โดยนำมาทำให้เป็นผง ด้วยกรรมวิธีผ่านความร้อน จากนั้นจึงนำมาสูดดมเพื่อให้เกิดอาการมึนเมา และมักพบว่ามีการนำยาเค มาใช้ร่วมกับยาเสพติดร้ายแรงชนิดอื่น เช่น ยาอี และโคเคน โดยมีชื่อเรียกในวงการว่า ยาเค Ketalar Super, Ketaject, Ket Vit.K, KilKat Keller, new Estasy, Cat - Valium

เคตามีน ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 107) พ.ศ. 2551 เป็นวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 การใช้ยาเคตามีนจะมีใช้ตามสถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาตทางกฎหมายอย่างถูกต้อง การขอซื้อยานี้ต้องทำธุรกรรมผ่านขั้นตอนของคณะกรรมการอาหารและยาเท่านั้น การจัดเก็บยานี้ในสถานพยาบาลต้องถูกจัดเก็บในตู้ยาที่มีติดมีการล็อกกุญแจ เกสซ์กรผู้ได้รับมอบหมายให้ดูแล การจัดเก็บเท่านั้นที่สามารถนำยาออกจากคลังยาเพื่อส่งมอบต่อบุคคลากรทางการแพทย์เพื่อนำไปใช้กับผู้ป่วย

➡ วิธีเสฟ : สูบ นัตถ์ (สูดเข้าทางจมูก) ฉีด กิน ผสมเครื่องดื่ม สอดเข้าทวารหนัก

ปกติเคตามีนหรือยาเคจะขายกันในรูปแบบยาน้ำบรรจุขวด (ถ้าสุดล็กอบนำเข้าจากชายแดนเป็นผง) การเสฟผู้เสฟจึงต้องนำมาผ่านความร้อนให้น้ำระเหยไปกลายเป็นผงหรือเรียกกันว่า "ต้ม" ให้แห้ง การต้มนั้นอาจใช้ไฟหรือเอาเข้าไมโครเวฟ เมื่อได้ผงยามาแล้วก็จะเอามาโขยรวมกันให้เป็นกองเล็ๆ แล้วใช้วิธีสูดผงยาเข้าทางรูจมูก ผงเล็กของตัวยาคจะเดินทางผ่านเส้นเลือดในรูจมูกและทางเดินหายใจ ไปออกฤทธิ์

➡ สาเหตุของการติด

เด็กวัยรุ่นนิยมนำไปเสฟเพราะว่า พอได้ที่ยาที่ออกฤทธิ์หลอนประสานอย่างรุนแรง เมื่อเสฟเข้าไปจะรู้สึกเคลิบเคลิ้ม (Euphoria) รู้สึกว่าตนเองมีอำนาจพิเศษ (Mystical) มีอาการสูญเสียกระบวนการทางความคิด ความคิดสับสน การรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม ทั้งภาพ แสง สี เสียงจะเปลี่ยนแปลงไป ตาลาย ร่างกายเคลื่อนไหวไม่สัมพันธ์กัน มักเสฟติดความสุขจอมปลอมจากการเสฟยา ที่น่ากลัวไปกว่านั้นคือ หากใช้ปริมาณมากจะเกิดการกดขี่ในการหายใจ (Respiratory depression) อาการที่ไม่พึงประสงค์เหล่านั้น (Bad Trip) จะปรากฏให้เห็นคล้ายกับอาการทางจิต ซึ่งหากใช้ติดต่อกันเป็นเวลานานจะปรากฏอาการ เช่น นอนอยู่บ่อยๆ เรียกว่า Flash back ซึ่งท้ายที่สุดแล้ว จะทำให้ผู้เสฟมีอาการทางจิต

ผลกระทบต่อร่างกาย

การนำยาเค มาใช้ในทางที่ผิดย่อมก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ใช้ โดยนำไปให้เกิดผล ดังนี้

- ❶ ผลต่ออารมณ์ มีความรู้สึกเคลิบเคลิ้ม มึนงง หรือที่เรียกว่าอาการ "Dissociation"
- ❷ ผลต่อการรับรู้จะเปลี่ยนแปลงการรับรู้ทั้งหมดในขณะที่เสฟ ไม่ค่อยตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมทั้งภาพ สี แสง
- ❸ ผลต่อร่างกายและระบบประสาท เมื่อใช้ยาเคตามีนในปริมาณมากๆ ไม่เพียงแต่จะทำให้เกิดอาการกดขี่ในการหายใจเท่านั้น ยังทำให้เกิดการทางจิต ประสาทหลอน หูแว่ว กลายเป็นคนวิกลจริตได้
- ❹ จากการค้นพบในการศึกษาถึงพิษสงของยาเคตามีนระยะยาว การใช้ยาเคตามีนปริมาณมากจะทำให้กระเพาะปัสสาวะอักเสบ (Cystitis) เป็นโรคไม่อาจกลั้นปัสสาวะได้ และมีการปวดแสบปวดร้อน เมื่อรู้สึกปวดปัสสาวะ อาการที่ไม่สามารถที่จะกลั้นได้ และปวดกระเพาะปัสสาวะมาก จำเป็นต้องมีการผ่าตัดเปลี่ยนกระเพาะปัสสาวะ และผลสุดท้ายของชีวิตที่เหลือของผู้ป่วยจากการใช้ยาเคตามีนก็คือ การที่ต้องใส่กระเพาะปัสสาวะปลอม (Lighthouse ศูนย์บำบัดยาเสพติดศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพมาตรฐานระดับนานาชาติ (อินเทอร์เน็ต) กรุงเทพมหานคร; 2564)



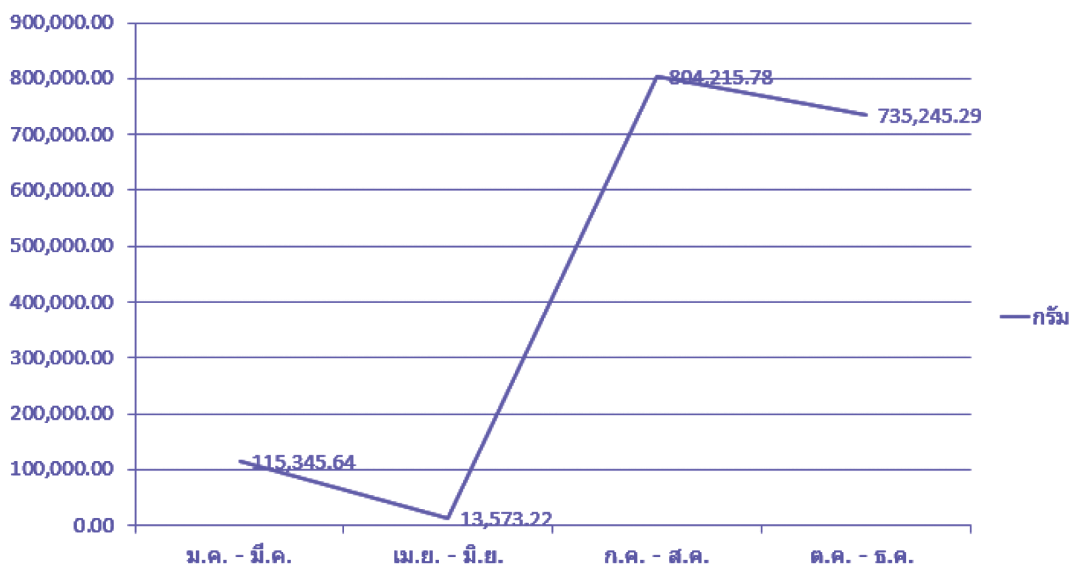
ยาเคใช้เพื่อเป็นยาสลบ แต่ผู้ที่ได้รับจะไม่สลบ เพียงความรู้สึกเหมือนตัวเองหลุดออกจากสิ่งแวดล้อมรอบตัว ความวิตกกังวลลดลง หากได้รับมากเกินไป จะมีอาการเดินเซ มีอาการเหมือนเมาสุรา พุดลิ้นพันกัน เหงื่อออกมาก หัวใจเต้นเร็ว ความดันเลือดสูงขึ้น ความสับสน ง่วงนอน หากได้รับยาในปริมาณมากเกินไป ปริมาณในการรักษา จะทำให้เกิดอาการคล้ายโรคจิต อาละวาดตามด้วยโคม่าและชัก การฟื้นจากฤทธิ์ยาเหมือนตื่นจากฝันร้าย ตื่นเต้นง่าย เพื่อคลั่ง และอาจเกิดอาการประสาทหลอน

➡ ผลกระทบระยะยาว

การเสพยาเคเป็นเวลานาน จะทำให้ผู้เสพทนต่อฤทธิ์ยา ทำให้ต้องใช้ยาในปริมาณที่เพิ่มขึ้นๆ ถึงจะออกฤทธิ์เท่าเดิม ทำให้เกิดอันตรายได้ เพราะการใช้อยู่ในขนาดที่สูง จะทำให้เกิดการอาเจียน ชัก สมอองและกล้ามเนื้อขาดออกซิเจนได้ การใช้อยู่ในขนาดที่สูงถึง 1 กรัมอาจทำให้ตายได้ นอกจากนี้การใช้ติดต่อกันเป็นเวลานานจะทำให้เกิดการติดยาทั้งทางร่างกาย และจิตใจ

ข้อมูลนำเสนอ ในที่ประชุมคณะกรรมการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
ณ วันที่ 26 มค.64 โดยกรมการแพทย์

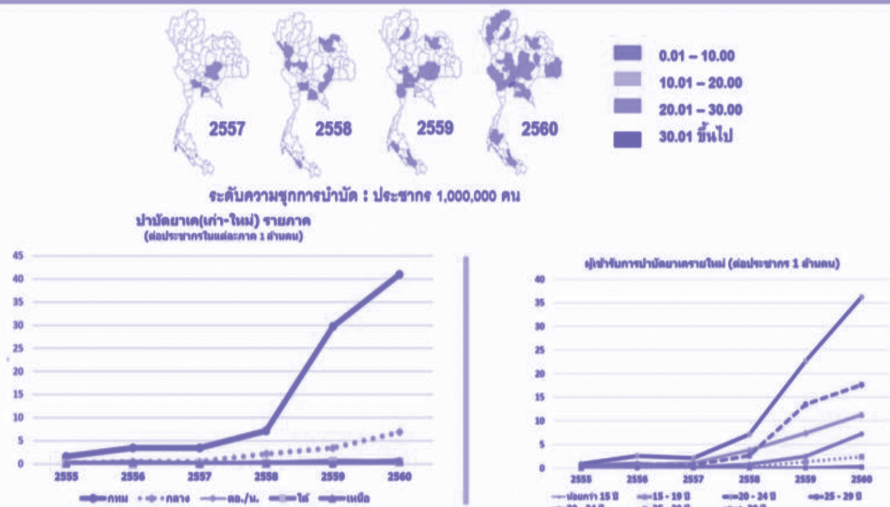
สถิติการจับกุมเคตามีนทั่วประเทศ (เดือน มกราคม – ธันวาคม 2563)



ที่มา : กองบัญชาการตำรวจปราบปรามยาเสพติด
สำนักงานตำรวจแห่งชาติ



ค่าที่ใช้เรียกคีตาบิน ของ ของแอง ของหายาก คาสบโซล น้ำ แป้ง เค เคตาสา เคตาวาแคกรร
 ดบเค (เสพยาเค) ดบแป้ง (สูบเคในหัวองน้ำ) ดึงline (การบรรจุยาเคใส่หลอดแล้วสูบ) (กนิษฐา ไทยกล้า 2559)



เครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด

19/06/2561

เคนมผง ที่กำลังระบาดในหมู่วัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดเพื่อผ่อนคลายในประเทศไทย ศูนย์พิษวิทยา ศิริราช มีข้อมูลจากผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของศูนย์พิษเบื้องต้น พบว่า "เคนมผง" เป็น เคตามีน ผสมกับเฮโรอีน และสงสัยว่าอาจจะมี Diazepam ซึ่งเป็นยานอนหลับกลุ่ม Benzodiazepine ผสมอยู่ด้วย ผู้ป่วยมักเสพติดด้วยการ snort หรือ smoke

อาการและอาการแสดงที่สำคัญคือ มีอาการหมดสติเฉียบพลัน หายใจช้าลง หรือ หยุดหายใจ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เสียชีวิตได้

ส่วนผสม เคนมผง คือการนำสารเสพติด 5 ชนิดมาผสมกัน ได้แก่

- 1 เคตามีน เป็นสารตั้งต้น ของ เคนมผง ทำให้เกิดภาพหลอน แรงดันเลือดสูงตัวสูงขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจทำงานหนัก กัดกราดหัวใจ
- 2 เฮโรอีน ออกฤทธิ์เหมือนเคตามีน
- 3 ไอซ์ หรือเมดแอมเฟตามีน ฤทธิ์เหมือนยาบ้า ทำให้เกิดความขยัน ออกฤทธิ์สวนทางกับเคตามีน และเฮโรอีนเมื่อผสมเข้าด้วยกัน อาจทำให้หัวใจวาย
- 4 ยานอนหลับ หรือโรเซ่ เป็นยานอนหลับ ที่มีตัวยา โคลนาซีแพม (clonazepam) ซึ่งเป็นวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ประเภท 4 ลำดับที่ 11 ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข โรเซ่ เป็นสารเสพติดที่ออกฤทธิ์กดประสาท หากนำมาใช้อย่างผิดวิธีอาจส่งผลให้หลับยาวและหมดสติได้ เป็นยาที่ใช้ทางการแพทย์เท่านั้นยานอนหลับ (โรเซ่) หาซื้อไม่ได้ตามท้องตลาด โดยจะออกฤทธิ์เสริมกับยาเสพติดอีก 3 ชนิด ทำให้ออกฤทธิ์รุนแรงมากขึ้น จากผลงานวิจัยของคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ระบุว่าโรเซ่ เป็นสารห้ามจำหน่าย เดิมถูกนำมาใช้กับกลุ่มนักโทษ ที่มีโทษประหารชีวิตเท่านั้น สำหรับยา โรเซ่ ประกอบด้วย



สาร 3 ชนิด คือ โซเดียม เพนโททาล ถูกใช้ในขั้นตอนแรกของการประหารนักโทษ ทำให้หมดสติ, แพนคิวโรเนียม โบรไมด์ ช่วยคลายกล้ามเนื้อ ลดอัตราการเต้นของหัวใจ ทำให้ความดันต่ำลง และ โฟแทสเซียม คลอไรด์ ตัวนี้เหมือนยาพิษ เพราะทำให้ หัวใจหยุดเต้น 5. B5 หรือ ยาอีรีมินไฟว์ (Erimin 5) ที่เป็นยาออกฤทธิ์ ต่อจิตประสาท นิยมเรียกกันว่า five-five หรือ happy 5 เมื่อเสพเข้าไปจะทำให้เกิดอาการมึนงง เสียการทรงตัว นอนหลับฝัน ช่วงที่รับประทานจะสูญเสียความทรงจำกว่า 60 ชั่วโมง หากรับประทาน กับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จะออกฤทธิ์กดประสาทส่วนที่ช่วยการหายใจและถึงขั้นเสียชีวิต

ซึ่งผู้เสพจะสูดเคนมผงเข้าไปทางจมูก แล้วเส้นเลือดฝอยจะทำการดูดซึมทันที ทำให้สลบ ระบบ การหายใจผิดปกติ หลอดลมจะหดตัว หัวใจทำงานผิดปกติ สมองไม่สามารถสั่งการได้ตามปกติ แล้วผู้เสพ ก็เสียชีวิตในที่สุด (งานพิษวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564)

อาการขั้นต้น

- มึนเมาคล้ายคนเมาสุรา
- เบลอสะลึมสะลือ เหม่อลอย
- ประสาทหลอน คลุ้มคลั่ง



อาการเมื่อเข้าขั้นอันตรายที่สุด

- ปากเขียวคล้ำ
- มีเลือดออกทางจมูก
- ช็อกหัวใจทำงานผิดปกติ
- หลอดลมหดตัวสมองไม่สั่งการ

สูตรผสมยา เคนมผง

1. ยาเค + ยาไอซ์ + เฮโรอิน + ยาโรเซ่
2. ยาเค + ยาไอซ์ + เฮโรอิน + ยาพาราเซตามอล
3. ยาเค + ยาไอซ์ + เฮโรอิน + ยาพาราเซตามอล
4. ยาเค + ยาพาราเซตามอล + เกลือ
5. ยาเค + ยาอี
6. ยาเค + ยาโรเซ่ (รศ.ดร.วีรชัย พุทธวงศ์ อาจารย์ประจำภาควิชาเคมี คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2564)

“นายสุนทร ชื่นศิริ” ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดกรุงเทพฯออกมาให้ ข้อมูลเกี่ยวกับยาเสพติดชนิดใหม่ ซึ่งมีชื่อเรียกว่า “เคทะเลทราย” ซึ่งมีส่วนผสมจาก “โคตามีน และเฮโรอิน” มีฤทธิ์ร้ายแรงกว่า “เคนมผง” หลายเท่าตัว โดยการนำสารเสพติด มาผสมเรียกว่า “ค็อกเทล” มีลักษณะ ถูกอัดเป็นก้อน สีเหมือน “คอฟฟี่เมท” หรือ “สีน้ำตาล” อ่อน ๆ โดยวัยรุ่นจะนำมามด ก่อนสูดเข้าไป ซึ่งฤทธิ์รุนแรงกว่า “เคนมผง” ที่มีลักษณะสีขาวขุ่น อย่างไรก็ตาม ทั้ง “เคนมผง” และ “เคทะเลทราย” เป็นความน่ากลัวของ “สารเสพติด” สูตรใหม่ ที่หากยังไม่สามารถทลายต้นตอเครือข่ายยาเสพติดนี้ได้ อาจต้องสังเวยชีวิตกันอีกในไม่ช้าแน่นอน (สยามรัฐ วันจันทร์ที่ 18 มกราคม พุทธศักราช 2564)

อาการหลังจากเสพยาเสพติดชนิดนี้ จะมีอาการและอาการแสดงที่เข้าได้กับภาวะ Opioid toxidrome คือ ภาวะพิษจาก opioids เช่นผู้ป่วยที่ฉีดหรือสูบเฮโรอิน หรือได้รับยาในกลุ่ม opioid เกินขนาด ผู้ป่วยมีอาการหลักหรือที่เรียกว่า opioid toxidrome ได้แก่ กดระบบประสาทส่วนกลาง (CNS depression)

กตการหายใจ (respiratory depression) และรูม่านตาเล็กหรือเป็นรูเข็ม (miosis หรือ pinpoint pupils) โดยที่

1. รูม่านตาหดเล็กลง pinpoint pupil, RR < 12/min (Miotic)
2. ความรู้สึกตัวลดลง GCS drop (Decrease mental status)



4. กลุ่มยาและสารเสพติดอื่นๆ (Others)

ภาวะเป็นพิษจากกลุ่มยาและสารเสพติดประเภทอื่นๆ ที่ก่อให้เกิดภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช ที่พบได้บ่อยคือ ยาไอ กัญชา และยาเสพติดอื่นๆ

4.1 ยาไอ (MDMA)

ยาไอ มีส่วนประกอบหลัก คือ สารเอ็มดีเอ็มเอ (Methylene DioxyMeth Amphetamine: MDMA) ทั้งยังมีอีกหลายชื่อเรียก เช่น ยาเอกซ์ตาซี (Ecstasy) ยาเลิฟ เป็นยาเสพติดที่ถูกสังเคราะห์ขึ้นมาโดยมนุษย์ ยาไอมีฤทธิ์ต่อสารเคมีต่างๆ ในสมอง ภายในเวลา 30 นาที ทำให้ผู้เสพยามีอาการเมาอยู่ประมาณ 3-6 ชั่วโมง นอกจากนี้การเสพยาไอจะทำให้ผู้เสพเกิดภาวะขาดน้ำ และภาวะที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย เรียกว่า "ภาวะตัวร้อนเกิน (Hyperthermia)" โดยมีสาเหตุมาจากระบบการควบคุมอุณหภูมิของร่างกายล้มเหลว

โดยเฉพาะเมื่อมีการเสพยาไอในบริเวณที่มีอากาศร้อนจัด เช่น คลับ บาร์ ที่มีผู้คนหนาแน่น ภาวะดังกล่าวจะทำให้ลายสมอง เกิดภาวะไตวาย หัวใจวาย และอาจเสียชีวิตได้ในที่สุด

ผู้เสพยาอื่นบางรายที่ใช้อย่างมากว่าหนึ่งเม็ดในการเสพต่อครั้งจะทำให้เกิดภาวะช็อกเนื่องจากการเสพยาปริมาณมากในระยะเวลานานจะทำให้ระบบการไหลเวียนของเลือดทำงานหนักส่งผลให้ผู้เสพชก และการเต้นของหัวใจเร็วมากผิดปกติ

ยาไอจะส่งผลกระทบต่อสารเคมี 2 ชนิด ภายในสมอง คือ เซโรโทนิน (Serotonin) และนอร์อิพิเนพริน (Norepinephrine)

ทำให้ผู้เสพมีความไวต่อความรู้สึกเจ็บปวด ความก้าวร้าว เพิ่มระดับอารมณ์ของผู้เสพผู้เสพจะมีอาการดังต่อไปนี้ ได้แก่ อาการหวาดระแวง วิดกกังวล นอนไม่หลับ รู้สึกพักผ่อนไม่เพียงพออยู่เสมอ เกิดภาวะซึมเศร้าวิตกกังวล การเสพยาเกินขนาดจะทำให้ผู้เสพเกิดอาการตัวร้อนผิดปกติ ประสาทหลอน ชักและเสียชีวิตได้ การเสพร่วมกับยาอื่น เช่น แอลกอฮอล์ ยาเคหรือเฮโรอีน ทำให้ยาไอนั้นมีอันตรายมากขึ้นอีกเท่าตัว

➡ อันตรายที่เกิดจากภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชจากภาวะยาไอเป็นพิษ

นอกจากภาวะหลอนประสาท ที่เกิดขึ้นจากการเสพยาไอทั้งที่เกิดขึ้นเฉียบพลันและเกิดขึ้นในระยะยาวแล้ว การเสพยาไอในปาร์ตี้ที่ผู้ป่วยอยู่อย่างสนุกสนานเหวี่ยง ทำให้สารสื่อประสาทแห่งความสุข ได้แก่ ซีโรโทนิน เหือดแห้งไป จนผู้ป่วยเกิดอาการซึมเศร้า และมีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายได้

➡ แนวทางแก้ไข

ในผู้ป่วยที่อยู่ในระหว่างการเสพยาไอ มักมีอาการทางจิต ประสาทหลอน บางรายรู้สึกเหมือนมีแมลงไต่ตามตัว (Tactile hallucination) การให้ยาด้านโรคจิตที่เหมาะสมเป็นสิ่งจำเป็น อาการซึมเศร้าที่รุนแรงอาจเกิดขึ้นได้ จึงต้องมีการสังเกตและติดตามอย่างใกล้ชิด ยาต้านโรคซึมเศร้าจำเป็นต้องใช้ในหลายๆ ราย





ตัวอย่างผู้ป่วยที่เกิดภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชจากภาวะยาไอเป็นพิษ

นายสมศักดิ์ นามสมมติ อายุ 25 ปี ได้นัดกับเพื่อนราว 6-7 คน ไปเล่นโบว์ลิ่งที่ห้างแห่งหนึ่ง จนห้างปิด จึงได้ชักชวนกันไปดื่มกินต่อที่ไนต์คลับ คาราโอเกะที่อยู่ข้างๆ จนถึงตี 2 เพื่อนคนหนึ่งได้ ชวนให้ผู้ป่วยไปต่อปาร์ตี้ลับเฉพาะที่บ้านเพื่อนอีกคน ก่อนเข้าในงานได้รับยาเม็ดสีขาว ขนาดเท่ายาแก้ปวด พาราเซตามอล หลังจากรับประทานยาสัก 15 นาที ก็เข้าไปร่วมพูดคุยกับคนในงานอย่างสนิทสนมทั้งที่ไม่รู้จักกัน มีการขยับตัวตลอดเวลาด้วยความบันเทิงเหมือนไม่รู้สึกรู้หาเสียเลย ต่อมาได้เข้าไปโอบกอดหญิงสาวคนหนึ่งบอกว่าเป็นเจ้าสาวในอนาคต จะพาตัวผู้หญิงกลับไปที่บ้าน ไม่ว่าใครจะกล่าวทัดทานก็ไม่ยอมฟัง มีหลายๆ คนในงานกำลังเตรียมจะรุมทำร้ายนายสมศักดิ์ เพื่อนๆ จึงรีบพาออกมาจากงานเพื่อพาไปส่งบ้าน แต่ผู้ป่วยกลับโมโหอาละวาด ก้าวร้าว ในที่สุดจึงต้องนำส่งโรงพยาบาล ที่ห้องฉุกเฉินผู้ป่วยพูดพร่ำว่าได้พบเนื้อคู่จากชาติปางก่อน และจะแต่งงานกันพร้อมกับดึนรน จะออกไปจากโรงพยาบาล แพทย์ได้ผูกมัดไว้ได้ฉีด Diazepam 10 mg เข้าเส้นเลือดดำ และ Haloperidol 5 mg เข้าสะโพก 15 นาที ผู้ป่วยก็สงบ จึงได้ตรวจวัดสัญญาณชีพและรับผู้ป่วยไว้เป็นผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมต่อไป

4.2 กัญชา (Cannabis)

กัญชาเป็นพืชล้มลุกจำพวกหญ้าขึ้นได้ง่ายในเขตร้อน ลำต้นสูงประมาณ 2-4 ฟุต ลักษณะใบจะแยกออกเป็นแฉกประมาณ 5-8 แฉก คล้ายใบมันสำปะหลังที่ขอบใบทุกใบจะมีรอยหยักอยู่เป็นระยะๆ ออกดอกเป็นช่อเล็กๆ ตามง่ามของกิ่งและก้าน ส่วนที่คนนำมาเสพได้แก่ ส่วนของกิ่ง ก้าน ใบ และยอดช่อดอกกัญชา โดยนำมาตากหรืออบแห้ง แล้วบดหรือหั่นให้เป็นผงหยาบๆ จากนั้นจึงนำมาอัดใส่บุหรืสูบ (แตกต่างจากบุหรืทั่วไปที่ใส่บุหรืจะมีสีเขียว ต่างจากใส่ยาสูบ ที่มีสีน้ำตาล และขณะจุดสูบจะมีกลิ่นเหมือนหญ้าแห้งไหม้ไฟ) หรืออาจสูบด้วยกล้องหรือบ้องกัญชา บ้างก็ใช้เคี้ยวหรือผสมลงในอาหารรับประทาน ปัจจุบันรูปแบบของกัญชาที่พบนอกจากจะพบในลักษณะของกัญชาสด กัญชาแห้งอัดเป็นแท่งเป็นก้อนแล้ว ยังอาจพบในรูปของ "น้ำมันกัญชา" (Hashish Oil) ซึ่งมีลักษณะเป็นของเหลวสีน้ำตาลเข้มหรือสีดำได้จากการนำกัญชามาผ่านกระบวนการสกัดหลายๆ ครั้ง จึงได้เป็นน้ำมันกัญชาที่มีปริมาณสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทสูงถึง 20-60% หรืออาจพบในลักษณะของ "ยางกัญชา" (Hashish) เป็นยางแห้งที่ได้จากใบและยอดช่อดอกกัญชา ซึ่งโดยทั่วไปจะมีฤทธิ์แรงกว่ากัญชาสด และมีปริมาณสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ประมาณ 4-8%

กัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษ ที่ออกฤทธิ์หลายอย่างต่อระบบประสาทส่วนกลาง คือ ทั้งกระตุ้นประสาทกดและหลอนประสาท สารออกฤทธิ์ที่อยู่ในกัญชามีหลายชนิด แต่สารที่สำคัญที่สุดที่มีฤทธิ์ต่อสมองและทำให้ร่างกาย อารมณ์ และจิตใจเปลี่ยนแปลงไป คือ เตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol หรือ THC) ที่มีอยู่มากในส่วนช่อดอกกัญชา สาร THC นี้ในเบื้องต้นจะออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท ทำให้ ผู้เสพตื่นเต้น ช่างพูด และหัวเราะตลอดเวลาต่อมาจะกดประสาท ทำให้ผู้เสพมีอาการคล้ายเมาเหล้าอย่างอ่อนๆ เชื่องซึม และง่วงนอน หากเสพเข้าไปในปริมาณมากๆ จะหลอนประสาททำให้เห็นภาพลวงตา หูแว่ว ความคิดสับสน ควบคุมตนเองไม่ได้

ผู้เสพกัญชาจนเกิดเป็นพิษ จะมีลักษณะคล้ายมีเมาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพราะจะมีฤทธิ์กดประสาท อาการของผู้เสพ เช่น หายใจถี่ เห็นภาพลวงตาหรือภาพหลอน หูแว่ว ตกใจง่าย วิดกกังวล หวาดระแวง และนอกจากนี้ ผู้เสียบางคนอาจจะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ความจำเสื่อม ความคิดสับสน เพ้อคลั่ง หรือบางรายอาจไม่สามารถควบคุมตนเองได้มีอาการทางจิต ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นได้

กัญชาสังเคราะห์

กัญชาสังเคราะห์ (synthetic cannabinoid) คือ สารแคนนาบินอยด์ที่ได้จากการสังเคราะห์โดยขบวนการทางเคมีในห้องแล็บ และมีลักษณะเหมือนสารสกัดที่ได้จากกัญชา และสามารถเข้าไปจับกับตัวรับในระบบเอ็นโดแคนนาบินอยด์ได้

แต่ว่าสารกัญชาปลอมที่ได้จากการสังเคราะห์ จะมีความแรงมากกว่าสาร THC จากกัญชาธรรมชาติได้ถึง 100 เท่า เนื่องจากกัญชาสังเคราะห์มีโครงสร้างทางเคมีที่สมบูรณ์กว่าสาร THC ที่ได้จากกัญชา มันจึงเข้าไปจับกับตัวรับ CB1 ในสมองได้ดีกว่าสาร THC จากกัญชาตามธรรมชาติ ทำให้ผลข้างเคียงที่ได้จาก THC สังเคราะห์นั้นรุนแรงและอันตรายมาก จนถึงขั้นที่ทำให้เสียชีวิตได้

ผลข้างเคียงของกัญชาปลอม ได้แก่ อาเจียนรุนแรง เจ็บหน้าอก หัวใจเต้นเร็ว ตาพร่ามัว สูญเสียการมองเห็น ปวดหัวรุนแรง ความดันโลหิตสูง สับสน กระสับกระส่าย หวาดระแวง วิดกกังวล แพนิค เห็นภาพหลอน และอาการทางจิตแบบอื่นๆ

อาการเป็นพิษหรือ synthetic cannabinoid intoxication ส่งผลให้มีกลุ่มอาการทางจิตประสาท ได้แก่ การกระสับกระส่าย ผุดลุกผุดนั่งอยู่หนึ่งไม่ได้ วิดกกังวลสับสนจากเหตุการณ์ไม่ได้บอกพร่องด้านสติปัญญา และมีอาการทางจิต สัญญาณที่เกิดขึ้นทางด้านร่างกาย ได้แก่ ภูม่านตาขยาย คลื่นไส้ อาเจียน พุดอ้อแอ้ หายใจถี่ อัตราการเต้นของหัวใจเร็ว (มากกว่า 180 ครั้งต่อนาที) เจ็บหน้าอก กล้ามเนื้อกระตุก ผิวน้ำขี้ด บางรายมีอาการทางจิตที่ก้าวร้าวรุนแรง เหมือนขอมบี้ บางรายมีความคิดอยากฆ่าตัวตายได้

➡ อันตรายที่เกิดจากภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชจากภาวะกัญชาเป็นพิษ

กัญชาเป็นยาเสพติดที่ออกฤทธิ์ ทั้งกระตุ้น กดและหลอนประสาท อาการทางจิตของผู้ป่วยที่เสพยาเป็นประจํา บางรายมีการเสพร่วมกับยาเสพติดอื่น เช่น ยาบ้า หรือมีพื้นฐานหรือพันธุกรรมเป็นโรคทางจิตเวชอยู่ เช่น โรคจิต ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตที่รุนแรงคล้ายผู้ป่วยโรคจิตเภทที่คลุ้มคลั่งได้

➡ แนวทางการให้ความช่วยเหลือ

ในรายที่มีอาการทางจิตรุนแรง ประสาทหลอน หูแว่ว หวาดระแวง ทำอันตรายต่อตนเองผู้อื่น ทำลายทรัพย์สิน จำเป็นต้องจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยไว้ก่อนด้วยการผูกมัด ตรวจวัด ติดตามสัญญาณชีพ ให้น้ำดื่มและรับประทาน และแยกโรคจากอาการทางจิตเวชอื่นๆ เพื่อให้การบำบัดรักษาที่เหมาะสมต่อไป





ตัวอย่างผู้ป่วยที่เกิดภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชจากภาวะพิษเป็นพิษ

นายคำ นามสมมุติ ถูกผู้ใหญ่บ้าน และอสม.ในพื้นที่ นำส่งสถานีดำรวจ เนื่องจากมีพฤติกรรมสะสม มีดบาด มีดโต้ ขวาน และสิ่งมีคมอีกหลายอย่าง พกพาอาวุธ ดังกล่าวไปในตลาดและพื้นที่สาธารณะหลายครั้ง จนเป็นที่หวาดกลัวกับผู้ที่พบเห็น ก่อนวันที่นำส่งตำรวจ นายคำได้ทะเลาะกับมารดาเสียงดัง และมีเสียงกรีดร้องของมารดาคล้ายถูกทำร้าย เข้าวันรุ่งขึ้นมารดาของนายคำ ได้มาที่โรงพยาบาล เนื่องจากมีแผลถูกฟันที่ศีรษะ ทราบประวัติเพิ่มเติมว่า นายคำสูบบุหรี่เป็นประจำ เมื่อวานได้ว่ากล่าวมารดาว่า ไม่ใช่แม่ที่แท้จริง แต่เป็นปีศาจร้ายมาสิง จึงต้องการฆ่าปีศาจดังกล่าว เมื่อนำส่งโรงพยาบาล ได้ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลจิตเวช เพราะมีประวัติว่าเคยถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท แต่ขาดการรักษา และมีการสูบบุหรี่ร่วมด้วย นายคำ แอดมิทที่โรงพยาบาลจิตเวชราว 2 เดือน จึงจำหน่ายกลับมาที่บ้านและเฝ้าระวังไม่ให้สูบบุหรี่ ต้องมาฉีดยาต้านโรคจิตทุกเดือน และรับประทานยาต้านโรคจิตต่อเนื่อง

4.3 ยาเสพติดอื่นๆ

ยาชอมบี้ หรือ Bath Salts

ยาชอมบี้มีสารประกอบทางเคมีสังเคราะห์คือ คาทีโนน (Cathinones) ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางและสมอง โดยออกฤทธิ์เช่นเดียวกับการเสพยาบ้าหรือยาอี ยาชอมบี้มีลักษณะเป็นผงสีขาว จำหน่ายมาในรูปแบบของถุงหรือของพลาสติกเล็กๆ เสพโดยวิธีการสูดเข้าทางจมูก ทาน สูบ หรือผสมกับน้ำเปล่าฉีดเข้าทางเส้นเลือด

การเสพยาชอมบี้จะทำให้เกิดอาการล่องลอย เพ้อ และคลุ้มคลั่ง โดยยาจะออกฤทธิ์นานถึง 3-4 ชั่วโมง มีอาการดังต่อไปนี้ คือ หลงอยู่ในจินตนาการที่ตนสร้างขึ้นการควบคุมอารมณ์บกพร่อง และมีอาการทางจิต กระสับกระส่ายและมีอารมณ์ฉุนเฉียว นอนไม่หลับ หวาดผวาซึมเศร้า คิดอยากฆ่าตัวตาย มีอาการหวาดระแวง มีอาการหลงผิดและเกิดอาการประสาทหลอนยาชอมบี้ส่งผลต่อสภาพร่างกายของผู้เสพเช่นเดียวกับการเสพยาเสพติดกระตุ้นประสาทการเสพยาชอมบี้จะทำให้ผู้เสพมีอาการทางจิตคล้ายกับผู้ป่วยโรคจิตเภท

การใช้อย่างเกินขนาด (overdose) จะอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ แม้จะเป็นการทดลองเสพเพียงครั้งแรก และครั้งเดียว และเป็นสาเหตุของอาชญากรรมต่างๆ เช่น การทำร้ายร่างกายผู้อื่นหรือการฆ่าตัวตายได้

สรุป

การเสพยาและสารเสพติด ทำให้เกิดโรคจากการเสพ เรียกว่า Substance Induced Disorder โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ภาวะพิษ หรือ Substance Induced Intoxication แสดงให้เห็นว่า ยาและสารเสพติดตัวใดบ้างที่ก่อให้เกิดภาวะพิษที่เป็นภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชลักษณะอาการที่พบ แนวทางการให้ความช่วยเหลือ และตัวอย่างผู้ป่วยรายที่มีอาการดังกล่าวจึงหวังว่า ผู้อ่านจะได้เข้าใจและสามารถให้การช่วยเหลือ ผู้ป่วยยาและสารเสพติด ที่มาด้วยภาวะฉุกเฉินจากภาวะพิษ จากยาและสารเสพติดได้





เกณฑ์การคัดแยกระดับความรุนแรงผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางยาเสพติด

1. ฉุกเฉินวิกฤติทางยาเสพติด (crisis emergency) มีภาวะคุกคามต่อชีวิตตนเองและผู้อื่น จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือทันทีที่ใช้สัญลักษณ์ “สีแดง”

ภาวะที่พบ	กลุ่มโรคที่พบบ่อย
✓ 1.1 หัวใจหยุดเต้น/หยุดหายใจ	Opioids overdose : - ไม่รู้สึกตัว คลำชีพจรไม่ได้ ไม่หายใจ ปลายมือปลายเท้าเขียว - รูม่านตาหดเล็ก (pinpoint) ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง (ถ้าหยุดหายใจมาระยะหนึ่งรูม่านตาจะขยายใหญ่ ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง) - มีประวัติเสพยาเสพติดกลุ่ม Opioids ก่อนหมดสติ และมักพบว่าเป็นการกลับมาเสพใหม่เป็นครั้งแรกหลังหยุดเสพยาระยะหนึ่งอาจพบรอยฉีดยาเสพติดใหม่ๆตามแนว เส้นเลือดดำหรือข้อพับ (อาการเกิดภายใน 5 – 10 นาทีหลังการฉีดเข้าเส้นเลือด) Amphetamine Intoxication : - ไม่รู้สึกตัว คลำชีพจรไม่ได้ ไม่หายใจ ปลายมือปลายเท้าเขียวรูม่านตาขยายไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง - มีประวัติเสพยากลุ่ม Amphetamine ในปริมาณมากมาอย่างต่อเนื่องก่อนหมดสติ Alcohol Intoxication : - ไม่รู้สึกตัว คลำชีพจรไม่ได้ ไม่หายใจ รูม่านตาขยาย ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง - มีประวัติดื่มสุราปริมาณมากติดต่อกันทุกวัน ได้กลืนสุราจากร่างกาย
✓ 1.2 หมดสติ ยังมีสัญญาณชีพ	Opioids overdose : - ไม่รู้สึกตัว ไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้น หายใจตื้น เบา ช้า (<8 ครั้ง/นาที) อาจช้าถึง 2 - 4 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตลดต่ำ รูม่านตาหดเล็ก (pinpoint) ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง - มีประวัติเสพยาเสพติดกลุ่ม Opioids ก่อนหมดสติ และมักพบว่าเป็นการกลับมาเสพใหม่เป็นครั้งแรกหลังหยุดเสพยาระยะหนึ่ง อาจพบรอยฉีดยาเสพติดใหม่ๆ ตามแนวเส้นเลือดดำหรือข้อพับ (อาการเกิดภายใน 5 – 10 นาทีหลังการฉีดเข้าเส้นเลือด) Amphetamine Intoxication : - ไม่รู้สึกตัว ไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้น ความดันโลหิตสูง ไข้สูง (> 39.5° c) หายใจเร็ว ชีพจรเร็วหรือเต้นผิดจังหวะรูม่านตาขยาย - มีประวัติเสพยากลุ่ม Amphetamine ในปริมาณมากมาอย่างต่อเนื่องก่อนหมดสติ Alcohol Intoxication : - ไม่รู้สึกตัว ไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้น ความดันโลหิตลดต่ำลง ตัวเย็นอุณหภูมิร่างกายลดลง หายใจช้าลงหรือหยุดหายใจเป็นช่วงๆ การตอบสนองของระบบประสาทลดลงอย่างมาก อาจมีลื่นตกอุดทางเดินหายใจ - มีประวัติดื่มสุราปริมาณมากติดต่อกันทุกวัน มีกลืนสุราจากร่างกาย
✓ 1.3 ชัก	Alcohol Withdrawal: - มีประวัติการติดสุราและหยุดดื่มมาภายใน 12 – 24 ชั่วโมงและเคยมีประวัติชักเมื่อหยุดดื่มสุรา - ลักษณะการชักโดยมากจะเป็น กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง กระตุกทั้งตัว (generalized tonic-clonic seizure หรือ grand mal seizures)



ภาวะที่พบ	กลุ่มโรคที่พบบ่อย
	Amphetamine Intoxication: - ความดันโลหิตสูง ไข้สูง ($>39.5^{\circ}\text{C}$) หายใจเร็ว ชีพจรเร็ว หรือเต้นผิดจังหวะ รูม่านตาขยาย กล้ามเนื้อกระตุก ชักเกร็ง - มีประวัติเสพยาเสพติดกลุ่ม Amphetamine ในปริมาณมากมาอย่างต่อเนื่องก่อน
1.4 เจ็บแน่นหน้าอก หายใจเต้นเร็ว/ผิดจังหวะ	Amphetamine Intoxication: - เจ็บแน่นหน้าอก หัวใจเต้นเร็ว เต้นผิดจังหวะ ชีพจรเร็ว ความดันโลหิตสูง ไข้สูง ($>39.5^{\circ}\text{C}$) หายใจเร็ว รูม่านตาขยาย - มีประวัติเสพยาเสพติดกลุ่ม Amphetamine ในปริมาณมากก่อนเกิดอาการ
1.5 คลุ้มคลั่ง ก้าวร้าว รุนแรง ควบคุมตัวเองไม่ได้/พยายามทำร้ายตนเอง/บุคคลอื่น	Amphetamine Intoxication: - มีพฤติกรรมก้าวร้าวโดยไม่มีเหตุผล หรือมีอาการประสาทหลอน หลงผิด หวาดระแวง ส่งผลให้กระทำได้บางอย่างที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น เช่น หูแว่วว่ามีคนสั่งให้กระโดดจากที่สูง ให้ทำร้ายบุคคลอื่น หรือหลงผิด หวาดระแวง รู้สึกว่ามีคนติดตามจะทำร้าย/จับตัว จึงต้องต่อสู้ หรือพยายามจะจับคนใกล้เคียงเป็นตัวประกัน - มีประวัติเสพยาเสพติดกลุ่ม Amphetamine ในปริมาณมากมาอย่างต่อเนื่อง ก่อนเกิดอาการคลุ้มคลั่ง

2. ฉุกเฉินเร่งด่วนทางยาเสพติด (urgent emergency) มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอันตรายต่อชีวิตตนเองและผู้อื่น ต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนใช้สัญลักษณ์ “สีเหลือง”

ภาวะที่พบ	กลุ่มโรคที่พบบ่อย
2.1 ระดับการรู้สึกตัวลดลง/สัญญาณชีพผิดปกติ	Opioids overdose: - หลับลึกปลุกยาก (stupor) ซึมมาก หายใจตื้น เบา ช้า (8 - 10 ครั้ง/นาที) ความดันโลหิตลดต่ำ รูม่านตาหดเล็กมีปฏิกิริยาต่อแสงน้อยหรืออาจหดเล็กถึงขนาดPinpoint - มีประวัติเสพยาเสพติดกลุ่ม Opioids ก่อนมีอาการ หรือมีรอยฉีดยาเสพติดใหม่ๆ ตามแนวเส้นเลือดดำหรือข้อพับหรือมีประวัติได้รับยาทดแทน (ยามethadone) เกินขนาดที่แพทย์สั่ง
2.2 สัญญาณชีพผิดปกติ/เจ็บปวดรุนแรง	Amphetamine Intoxication: - ความดันโลหิตสูง ไข้สูง ($>39.5^{\circ}\text{C}$) หายใจเร็วชีพจรเร็วหรืออาจพบเต้นผิดจังหวะรูม่านตาขยาย - ปวดศีรษะ กล้ามเนื้อกระตุก เป็นตะคริว หรืออาจพบอาการปวดกล้ามเนื้อมัดใหญ่บริเวณแขนขาจากภาวะกล้ามเนื้อลายสลาย (rhabdomyolysis) - ปัสสาวะบ่อย หรืออาจมีปัสสาวะลำบากและถ้ามีภาวะ Rhabdomyolysis รุนแรงปัสสาวะอาจเป็นสีน้ำตาลแดง - มีประวัติเสพยาเสพติดกลุ่ม Amphetamine ในปริมาณมากมาอย่างต่อเนื่อง
2.3) ซึมเศร้า พยายามฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตนเองก่อนมาโรงพยาบาล และยังมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตนเอง	Amphetamine Withdrawal : - อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ปวดศีรษะ วิดกกังวล ฝันร้าย รู้สึกเศร้า ค่ะแนนประหม่นภาวะซึมเศร้า อยู่ในระดับรุนแรง(PHQ9 >19) หรือค่ะแนนประหม่นแนวโน้มการฆ่าตัวตาย อยู่ในระดับรุนแรง(PHQ8 >17): แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า - เคยมีประวัติการทำร้ายตนเองหรือมีร่องรอย บาดแผลจากการทำร้ายตนเอง - มีประวัติหยุดเสพยาเสพติดกลุ่ม Amphetamine มาในระยะ 2 - 14 วัน



แบบประเมินโรคซึมเศร้า
<https://moph.cc/YZC3loZ6Y>

ภาวะที่พบ	กลุ่มโรคที่พบบ่อย
✓ 2.4 สับสน/ วุ่นวาย เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น หรือเกิดอุบัติเหตุ	Amphetamine Intoxication: - ตื่นเต้น มือสั่น กระสับกระส่าย เคลื่อนไหวมาก อยู่ไม่นิ่ง ไวต่อสิ่งเร้า - ประสาทหลอน หลงผิด หวาดระแวง ส่งผลให้มีความเสี่ยง ที่จะกระทำบางอย่างที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น เช่น รู้สึกว่ามีคนติดตามหรือจะทำร้ายจึงต้องวิ่งหนี - มีประวัติเสพยาเสพติดกลุ่ม Amphetamine ในปริมาณมาก
	Substance Induced Psychosis: - ประสาทหลอน หลงผิด หวาดระแวง เชื่อในสิ่งที่ไม่ได้เกิดขึ้นจริง ส่งผลให้มีความเสี่ยงที่จะกระทำบางอย่างที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น เช่น คิดว่าตนเองเป็นผู้วิเศษเหาะได้ หรือคิดว่าภรรยาฆ่าตัวตายจะทำร้ายภรรยา - มีประวัติเสพยาเสพติดประเภทกระตุ้นประสาท/หลอนประสาท/กัญชา/สารระเหย/อื่นๆ มาอย่างต่อเนื่อง
	Alcohol Withdrawal: - ประสาทหลอน หลงผิด หวาดระแวงส่งผลให้มีความเสี่ยงที่จะกระทำบางอย่างที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น เช่น ได้ยินเสียงคนพูดข่มขู่ พูดให้ร้าย หรือหลงผิดคิดว่าภรรยาฆ่าตัวตาย หรือมีประสาทหลอนทางผิวหนัง รู้สึกว่ามีแมลงจำนวนมากได้ผิวหนังพยายามกำจัดออกด้วยการใช้ของมีคมขีดบริเวณผิวหนัง เป็นต้น อาการดังกล่าวจะเป็นมากในเวลากลางคืน สับสน/ไม่รู้กาลเวลา สถานที่ ระดับการประเมินภาวะขาดสุราอยู่ในระดับ very severe (CIWA-AR >19 หรือ AWS > 15) : CIWA-AR - ในรายติดสุรามานาน อาจมีแขนขาอ่อนแรงการทรงตัวไม่มั่นคง เนื่องจากระดับโปแตสเซียมและแมกนีเซียมในเลือดต่ำ โปแตสเซียมต่ำกว่า 3.5 mEq/L และแมกนีเซียมต่ำกว่า 1.6 mEq/L) - มีประวัติติดสุรามานานแล้วหยุดดื่มมาภายใน 48 - 96 ชั่วโมง หลังการดื่มครั้งสุดท้าย

3. ฉุกเฉินทางยาเสพติดไม่รุนแรง (non – urgent emergency) : รอได้ระยะเวลาหนึ่งเพราะอาจส่งผลให้อาการรุนแรงจนเป็นอันตรายได้ใช้สัญลักษณ์ **“สีเขียว”**

ภาวะที่พบ	กลุ่มโรคที่พบบ่อย
✓ 3.1 มึนเมา เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเองหรือบุคคลอื่น	Alcohol Intoxication: - การทรงตัวไม่ดี เดินเซ ไม่ตรงทาง - พูดเสียงอ้อแอ้ลิ้นพันกันพูดให้ร้ายผู้อื่น - หงุดหงิด กระวนกระวายเอะอะ โวยวายก้าวร้าว - มีประวัติดื่มสุราจนมีอาการมึนเมา มักได้กลิ่นสุราจากลมหายใจผู้ป่วยและมีประวัติก้าวร้าวหลังดื่มสุราเสมอ
✓ 3.2 หงุดหงิด/ กระวนกระวาย และทุกข์ทรมาน จากอาการขาดยา	Amphetamine Withdrawal: - อายากเสพยาหงุดหงิด กระวนกระวาย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย ความคิดสับสนก้าวร้าว - มีประวัติหยุดเสพยาเสพติดประเภทกระตุ้นประสาทกลุ่ม Amphetamine มา 1–2 วัน



ภาวะที่พบ	กลุ่มโรคที่พบบ่อย
 แบบประเมินอาการขาดสุรา AWS และ CIWA-Ar https://moph.cc/WL8io2Ljb	Alcohol Withdrawal: - หงุดหงิด ผุดลุกผุดนั่ง กระวนกระวาย ตัวสั่น มือสั่น (เมื่อเหยียดแขนจะเห็นชัด) เหงื่อออกมาก คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อยากดื่มสุรา - มีประวัติหยุดดื่มสุราภายใน 24 - 72 ชั่วโมง - มีระดับการประเมินภาวะขาดสุราอยู่ในระดับ Severe (CIWA - AR = 15 - 18 หรือ AWS = 10 - 14): CIWA-AR
	OpioidsWithdrawal : - รูม่านตาขยาย (> 3mm) ปวดเสียวกระดูก หาว น้ำมูกไหล น้ำตาไหล คลื่นไส้ อาเจียน ท้องร่วง เหงื่อออกมาก (ผู้ป่วยติดเฮโรอีนอาการขาดยาจะเกิดขึ้นประมาณ 2 - 6 ชั่วโมง หลังเสพครั้งสุดท้ายและจะรุนแรงมากขึ้นจนถึงขีดสุดในวันที่ 3 - 4 หลังหยุดเสพ) - ออยากเสพยา หงุดหงิดกระวนกระวาย เอะอะโวยวาย - มีประวัติขาดยาเสพติดกลุ่ม Opioids




คลิป VDO ภาวะวิกฤตด้านสุขภาพจิตและสารเสพติด

<https://bit.ly/36iy2YS>

วิกฤตด้านสุขภาพจิตและสารเสพติด นาทิตที่ 1:21

การจัดการเบื้องต้น นาทิตที่ 5:25

การจัดการเบื้องต้น

เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตและสารเสพติด ที่มีอาการคลุ้มคลั่ง อารมณ์วุ่นวาย เสี่ยงทำร้ายตนเอง ทำร้ายคนใกล้ตัว และทำลายข้าวของ ให้เสียหาย ซึ่งมีความซับซ้อนและแตกต่างจากโรคทางกาย จำเป็นต้องมีการวินิจฉัยแยกโรคและมีแนวทางการดูแลจัดการที่รวดเร็ว เหมาะสม และปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและทีมบุคลากร ภายใต้สถานการณ์ของความฉุกเฉินและข้อจำกัดของเวลา โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อป้องกันอันตราย ที่อาจเกิดกับผู้ป่วยเอง ผู้อยู่ใกล้ชิดหรือสิ่งของที่อยู่รอบข้าง รวมทั้งผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาในสถานพยาบาลที่เหมาะสม (Definite Care) อย่างมีประสิทธิภาพ

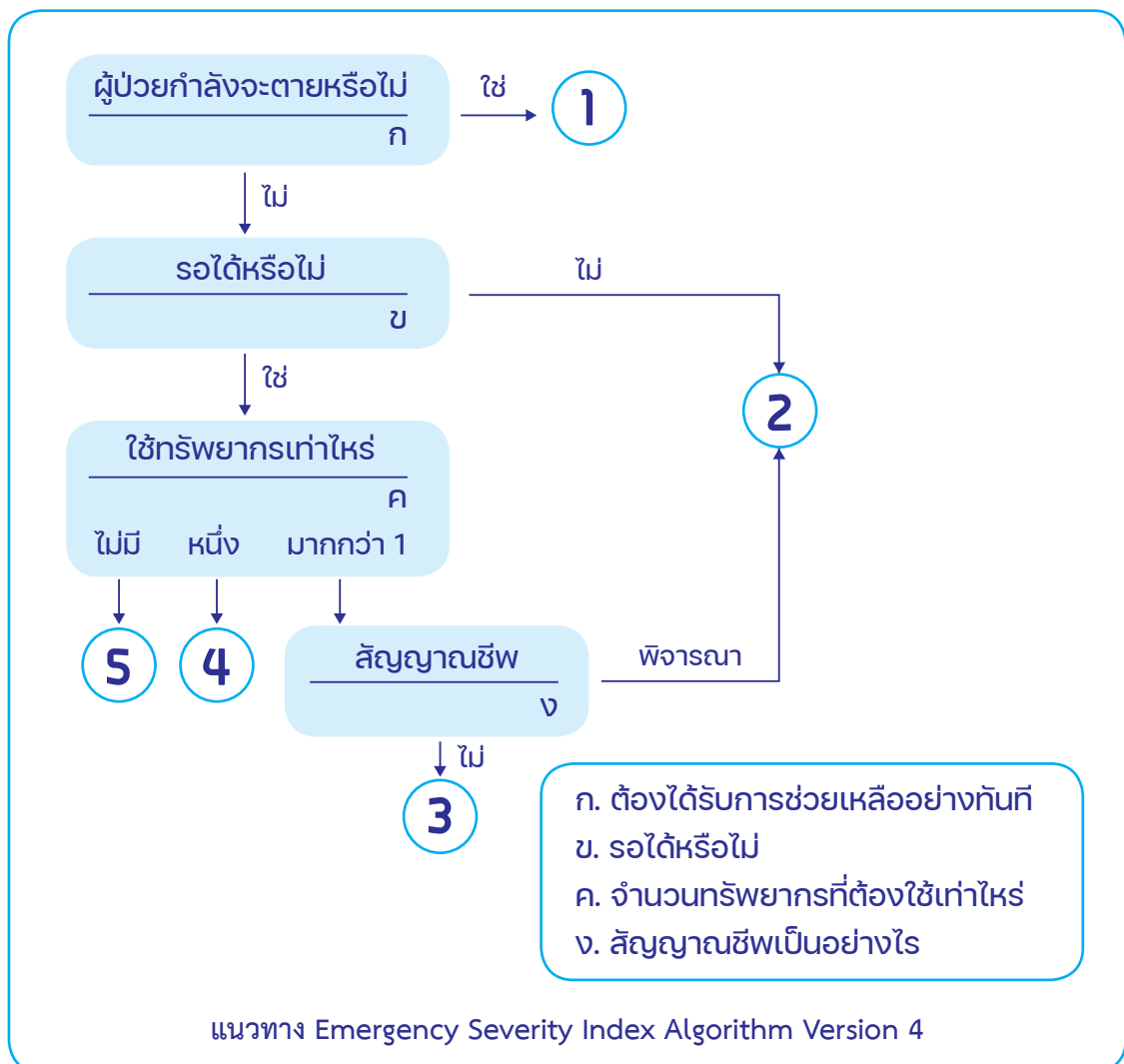
การคัดกรอง MOPH ED. TRIAGE

การประเมินและคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน (triage)

ในปัจจุบันสถานการณ์ที่มีความต้องการทางการแพทย์มีปริมาณมากขึ้น ประกอบกับปริมาณทรัพยากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีอย่างจำกัด ซึ่งกระบวนการแก้ไขปัญหาในภาพรวมสามารถทำได้หลายวิธี หนึ่งในนั้นคือ กระบวนการคัดกรอง (triage) เพื่อให้ทรัพยากรทางการแพทย์ที่มีอยู่ถูกใช้กับบุคคล

ที่ควรได้รับ การช่วยเหลือด้วยบุคลากรทางการแพทย์ได้ทันเวลาและสถานที่ที่เหมาะสม เพื่อลดการเสียชีวิต ลดความรุนแรงของโรค ลดความพิการ ลดความทรมาน ลดความไม่พอใจ และลดการร้องเรียน สำหรับ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในประเทศไทย จำเป็นต้องมีกระบวนการคัดกรองเพื่อหาผู้ป่วยที่รอไม่ได้ และจำเป็นต้องให้การช่วยเหลือทางการแพทย์ก่อน ซึ่งจำนวนผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินมีแนวโน้มที่มากขึ้น จึงจำเป็นต้องมีเครื่องมือ กระบวนการคัดกรองที่แม่นยำและน่าเชื่อถือ (รัฐพงษ์ บุริวงษ์, 2561)

กรมการแพทย์ จัดทำกระบวนการคัดกรอง (triage) สำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยใช้ การประเมินลักษณะ (acuity) และทรัพยากร (resources) ในขั้นตอนแรกการประเมินลักษณะ (acuity) จะถูกใช้เพียงอย่างเดียวเพื่อคัดแยกเป็นระดับ 1 หรือระดับ 2 และเมื่อผู้ป่วยไม่เข้าระดับดังกล่าว จะถูกประเมินการใช้ทรัพยากรเพื่อคัดแยกเป็นระดับ 3, 4 หรือ 5 การประเมินลักษณะ (acuity) ใช้การตัดสินใจจากภาวะที่เป็นอันตรายต่อชีวิต แขนขาและอวัยวะเป็นหลัก การประเมินทรัพยากร อยู่บนพื้นฐานของประสบการณ์ของผู้ประเมิน



MOPH ED.TRIAGE

CPR, ET tube, ใส่ ICD, GCS $\leq$ 8 O₂SAT < 90%, Life-threatening Arrhythmia, Shock (Sys BP < 90 หรือ MAP < 60 mmHg), ชัก, Apnea

ใช่

ต้องได้รับความช่วยเหลือ
อย่างทันที

คัดแยก
ระดับ 1

↓ ไม่ใช่

มีอาการเสี่ยง, ชัก, ปวดหรือมีความเสี่ยงหากให้รอ

• Fast track • V/S dangerous • อื่น ๆ

- 1.) เสี่ยงต่อการเสียชีวิต
- 2.) GCS 9-12
- 3.) ปวดมาก Pain score $\geq$ 7 (ร่วมด้วย V/S abnormality, ความสนใจลดลง, อวัยวะสำคัญ)
- 4.) Danger Zone vital sign
- 5.) New onset alteration of conscious, confusion, lethargy

ความหมายของคำว่าเสี่ยง โรงพยาบาลต่าง ๆ สามารถอธิบายเพิ่มเติมได้ เช่น Triage for Pediatric*, Ob-Gyn**, Geriatric***, Psychiatric****, Trauma

ใช่

ต้องได้รับความช่วยเหลืออย่าง
รวดเร็วต่อจากระดับ 1

คัดแยก
ระดับ 2

V/S		
Age	PR	RR
< 3 m	180	>50
3 m - 3 yr	>160	>40
3-8 yr	>140	>30
> 8 yr	>100	>20
SpO ₂ < 92%		

V/S

ผิดปกติ

V/S

ปกติ

↓ ไม่ใช่

ประเมินแนวโน้มความต้องการทรัพยากร (Lab, X-ray, EKG, Ultrasound, พักแอด, Suture, Consult, IV)

ไม่ต้องการ

คัดแยก
ระดับ 5

1 อย่าง

คัดแยก
ระดับ 4

มากกว่า 1 อย่าง

คัดแยก
ระดับ 3

กิจกรรมที่จำเป็น	กิจกรรมที่เลือก
Lab (ดูตามสื่อ, ตรวจปัสสาวะ)	การตรวจร่างกาย (History & Physical)
EKG, X-ray, Ultrasound, CT scan	On Heparin Lock
IV fluid (hydration)	ยาแก้ปวด, ยาแก้คลื่นไส้
ฉีดยา IV, IM หรือพ่นยา	ฉีด Tetanus toxoid (TT), TAT
	ฉีด verolab, PCEC, ERG, HRAG
Consult เฉพาะทาง	โทรตามแพทย์เวร
ฉีดสาร NG, Foley, เปลี่ยน cath, eye irrigation, Remove FB, IBD, เจ็บหัว, ลดไข้	Splint, Slings, ผ้าพันแผล, cold pack
CBC, BUN/Cr, E-lyte, G/M ถึงเป็นการเจาะเลือดที่เหมือน = 1 กิจกรรม	CBC+UA ถือว่าเป็น Lab = 1 กิจกรรม
CXR, Skull film, C-spine ถือว่าเป็น x-ray เหมือนกับ = 1 กิจกรรม	CXR/CT scan = 2 กิจกรรม

* Pediatric Triage: กรณีที่เป็นผู้ป่วยเด็ก มีข้อสงสัยพิจารณาดังนี้ 1. อายุ 1-20 วัน ในกรณี อุณหภูมิ > 38.0 c ให้พิจารณาเป็นเคสระดับ 2 เป็นต้นไป, 2. อายุ 1-3 เดือน ในกรณี อุณหภูมิ > 38.0 c ให้พิจารณาเป็นเคสระดับ 2, 3. อายุ 3 เดือน-3 ปี ในกรณี อุณหภูมิ > 39.0 c ให้รับ vaccine ไม่ควรตามทันคนไข้ ให้รีบนำส่งโรงพยาบาลได้พิจารณาเป็นเคสระดับ 3

** Ob-Gyn Triage

*** Geriatric Triage

**** Mental Health Triage: Mental Health Triage Tool, Department of Health, Australian Government

***** กรณีที่อยู่ใน danger zone vital sign ให้พิจารณาเป็น เคสระดับ 2

✦ แนวทางการคัดแยกคนไข้ตามระดับความรุนแรง เป็นเพียงแนวทางในการจัดบริการเท่านั้นและขึ้นกับบริบทและศักยภาพของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง

✦ ข้อมูลที่ได้จากการทำการคัดแยกด้วยแนวทางเดียวกันจะนำมาซึ่งหลักเกณฑ์ของ Thailand National Triage Guideline

รายละเอียดตามภาคผนวก

"คู่มือ MOPH ED.TRIAGE" กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข (2561)





แนวทางการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และการดูแลจัดการ (Overt Aggressive Soale : OAS) สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ห้องฉุกเฉิน/พยาบาลด้านจิตเวช



OAS แบ่งเป็น 3 ระดับคะแนน ดังนี้

ระดับความก้าวร้าวรุนแรง SEMI-URGENCY OAS = 1 คะแนน

จัดการภายใน
24 ชั่วโมง



ความหมาย

ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ยังสามารถรับฟังคำเตือนแล้วสงบลงได้ ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มปานกลาง ต้องจัดการภายใน 24 ชั่วโมง

การดูแลจัดการ

1. พูดคุยสร้างสัมพันธ์ภาพ
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยระบายอารมณ์ความรู้สึก พูดคุยให้สงบอารมณ์
3. ฝ้าระวัง/ควบคุมพฤติกรรมประเมินอาการเบื้องต้นซ้ำทุก 4-6 ชั่วโมง

ระดับความก้าวร้าวรุนแรง URGENCY OAS = 2 คะแนน

จัดการภายใน
2 ชั่วโมง



ความหมาย

ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เริ่มควบคุมตนเองไม่ได้ มีท่าทีที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มหนักจำเป็นต้องจัดการภายใน 2 ชั่วโมง

การดูแลจัดการ

1. พูดคุยสร้างสัมพันธ์ภาพ
2. ขออนุญาตผูกยึดผู้ป่วยพร้อมแจ้งทีมช่วยเหลือ เพื่อเตรียมความพร้อม
3. ประเมินและรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาการรักษา/ฉีดยา (haloperidol 5 mg IM) ประเมินซ้ำ ถ้าอาการไม่สงบ สามารถฉีดได้ทุก 30 นาที รวม 3 ครั้ง และ/หรือ diazepam 10 mg IV) ร่วมด้วย เพื่อควบคุมพฤติกรรม
4. ฝ้าระวัง/ควบคุมพฤติกรรม ประเมินอาการเบื้องต้นซ้ำทุก 4 - 6 ชั่วโมง

ระดับความก้าวร้าวรุนแรง EMERGENCY OAS = 3 คะแนน

จัดการ
ทันที



ความหมาย

ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้จนเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นหรือทรัพย์สินซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มหนักมากต้องจัดการทันที

การดูแลจัดการ

1. ประสานทีมช่วยเหลือเพื่อจำกัดพฤติกรรม
2. ขออนุญาตผูกยึดผู้ป่วย จำกัดพฤติกรรม
3. ประเมินและรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาการรักษา/ฉีดยา (haloperidol 5 mg IM) ประเมินซ้ำ ถ้าไม่สงบสามารถฉีดได้ทุก 30 นาทีรวม 3 ครั้ง และ/หรือ diazepam 10 mg IV) ร่วมด้วย เพื่อควบคุมพฤติกรรม
4. ฝ้าระวัง/ควบคุมพฤติกรรม ประเมินอาการเบื้องต้นซ้ำทุก 4 ชั่วโมง





การวินิจฉัยแยกโรคทางกาย ภาวะวิกฤตสุขภาพจิตและสารเสพติด



ภาวะโรคทางกายที่มีอาการคล้ายผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วย 9 ระบบ 29 อาการ ดังนี้



โรคทางกายที่ต้องประเมิน



1. ระบบหัวใจและหลอดเลือด

- หัวใจเต้นผิดจังหวะ (Arrhythmia)
- เลือดออกเฉียบพลัน (Active Blood loss)
- โรคหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง (Aortic Aneurysm)



2. ระบบประสาท

- ภาวะการเพ้อเฉียบพลัน/Delirium
- ความชรา (Senility)
- ภาวะขาดการนอนหลับ (Sleep Deprivation)
- โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)
- โรคลมชัก (Epilepsy)
- ปลายประสาทอักเสบ (Neuritis)
- เยื่อหุ้มสมองอักเสบ (Meningitis)
- สมองอักเสบ (Cerebritis)
- ภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมอง (post stroke depression, PSD)



7. ระบบน้ำเหลือง

- มะเร็งลุกลาม (Metastasis malignancy) ระบบต่อมไร้ท่อ
- โรคไฮเปอร์ไทรอยด์ (Hypo/Hyperthyroid)
- ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hypo/Hyperglycemia)

3. ระบบทางเดินหายใจ

- ภาวะติดเชื้อ (SIRS/Sepsis)
- ภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxia/Dyspnea)



4. ระบบภูมิคุ้มกัน

- โรคแพ้ภูมิคุ้มกันตัวเอง (SLE)
- โรคภูมิคุ้มกันต้านตัวเอง (Auto-immune)
- โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (HIV)



5. ระบบทางเดินอาหาร

- การขาดสารอาหารอย่างรุนแรง (Severe malnutrition)
- ภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย (Electrolyte imbalance)



6. ระบบทางเดินปัสสาวะ

- ไตวายเฉียบพลัน (Acute Kidney Injury)
- ความไม่สมดุลของปริมาณของเสียในร่างกาย (Disequilibrium Syndrome)



8. ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก

- อาการปวดหลังผ่าตัด (Post OP pain)
- ภาวะเพ้อสับสนหลังผ่าตัด (Post OP Delirium)
- อาการร่างกายเคลื่อนไหวผิดปกติ (Movement Disorder)



9. ภาวะอื่นๆ

- อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse effect)
- ได้รับสารพิษ (Chemical intoxication / Toxin)



คลิป VDO

วิกฤตด้านสุขภาพจิตและสารเสพติด

https://moph.cc/9pyK_E2TH



1 ระบบหัวใจและหลอดเลือด

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินบางรายมาด้วยปัญหาหัวใจและหลอดเลือด ได้รับการวินิจฉัยกลายเป็นปัญหาด้านสุขภาพ หรือวินิจฉัยเป็นภาวะวิกฤตด้านสุขภาพจิตและสารเสพติดได้เหมือนกัน เช่น ผู้ป่วยหัวใจเต้นผิดจังหวะ มาด้วยหัวใจเต้นเร็วเกินปกติ/ช้ากว่าปกติ ผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุเกิดเลือดออกเฉียบพลัน อาจมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพอย่างรวดเร็ว ซึ่งภาวะดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วย มีอาการกระวนกระวายหรือซึมมากกว่าปกติ หากผู้ป่วยมีประวัติการใช้ยาเสพติดร่วมด้วย ทำให้วินิจฉัยยากลำบาก และสร้างความสับสนให้แพทย์ผู้รับการรักษาได้

ภาวะโรคหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง ผู้ป่วยอาจมาด้วยอาการปวดที่รุนแรงและเฉียบพลัน ซึ่งการวินิจฉัยอาจเกิดความผิดพลาดได้ เนื่องจากอาการปวดของผู้ป่วยที่รุนแรงมากกว่าอาการปวดปกติภาวะนี้มีความเสี่ยงและอันตรายต่อผู้ป่วยมาก หากไม่ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง มีผลทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ โรคหัวใจและหลอดเลือดส่งผลให้เกิดภาวะของโรคที่แตกต่างกัน การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เป็นสิ่งสำคัญในการวินิจฉัยโรค

2 ระบบประสาท

ภาวะการเพ้อเฉียบพลัน เป็นภาวะหนึ่งที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตด้านสุขภาพจิตและสารเสพติด สามารถเกิดขึ้นโดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ หรือผู้ป่วยมีภาวะโรคแทรกซ้อนหลายอย่าง เช่น โรคสมองเสื่อม ภาวะขาดการนอนหลับ ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาการควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์

โรคที่เกี่ยวกับเส้นเลือดสมอง การเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือดสมองที่ผิดปกติ เช่น เส้นเลือดตีบ เส้นเลือดแตก มักทำให้เกิดพฤติกรรม อารมณ์เปลี่ยนแปลง รวมถึงการควบคุมตนเอง นอกจากนั้นโรคปลายประสาทอักเสบ ผู้ป่วยมักมีอาการชาปลายมือ/ปลายเท้า หรือรู้สึกว่าการขยับเขยื้อนแขนขาผิดปกติ จับแล้วไม่รู้สึกรู้สึกระสับ ซึ่งภาวะโรคกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการตรวจประเมินการทำงานของสมองที่ผิดปกติ

เยื่อหุ้มสมองอักเสบและการติดเชื้อในระบบประสาท เช่น ผู้ป่วยรู้สึกสับสน มีพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง อาจพบในกลุ่มผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อของเนื้อเยื่อสมองและเยื่อหุ้มสมอง ส่งผลให้แพทย์วินิจฉัยได้ค่อนข้างลำบาก เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง หงุดหงิด หรือมีการเปลี่ยนแปลงไปในเชิงการจัดการตนเอง นอกเหนือจากนี้ หากไม่ใช่ภาวะวิกฤตอาจพบว่าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของการจัดการทางอารมณ์ หลังจากการมีโรคหลอดเลือดสมองผิดปกติ หรือที่เรียกว่า Post stroke depression ซึ่งอาจพบหลังจากเป็นโรคเส้นเลือดในสมองยาวนาน 3 เดือนขึ้นไป

โรคลมชัก ซึ่งเป็นโรคหนึ่งที่ทำให้การควบคุมพฤติกรรม หรือการแสดงออกเปลี่ยนแปลง ภาวะนี้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเวชค่อนข้างมาก

3 ระบบทางเดินหายใจ

มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมอารมณ์เปลี่ยนแปลง หงุดหงิด ซึม มักพบบ่อยในผู้ป่วยโรคปอดบวม แล้วมีภาวะการติดเชื้อร่วม เช่น ภาวะ SIRS (Systemic inflammatory response syndrome) / SEPSIS ซึ่งส่งผลให้ออกซิเจนในร่างกายผู้ป่วยต่ำกว่าปกติ เกิดความสับสนจากการเกิดภาวะพร่องออกซิเจน เช่น



การหายใจเร็วมากกว่าปกติ โดยที่พบบ่อย เช่น Hyperventilation ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องรีบมาพบแพทย์ และปัญหาการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น มือจิบ หายใจเร็ว ซึ่งเป็นภาวะที่แพทย์ส่วนใหญ่เกิดความลังเล ในการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรค “Hyperventilation Syndrome”

4 ระบบภูมิคุ้มกัน

โรคที่เกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกัน ส่วนใหญ่มีอาการโรคที่หลากหลาย โรคที่มักพบบ่อยและทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมและอารมณ์ ควบคุมตนเองได้ยาก ซึ่งผู้ป่วยบางรายมีอาการแทรกซ้อนทางจิตร่วมด้วย ทำให้ยากต่อการวินิจฉัย เช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคแพ้ภูมิตัวเอง หรือ SLE นอกจากนั้น โรคภูมิคุ้มกันต้านตัวเอง หรือ Autoimmune Disease ที่ทำให้เกิดการอักเสบของเส้นเลือดบริเวณผิวหนังสมอง ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยแสดงออกพฤติกรรมหลายแบบ เช่น หงุดหงิด ก้าวร้าว นอนไม่หลับ ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน

โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง การติดเชื้อ Human Immunodeficiency Virus : HIV เป็นสาเหตุหนึ่งของโรคติดเชื้อที่สำคัญ ทั้งการติดเชื้อโดยตรงหรือผลแทรกซ้อนจากการมีเชื้อฉวยโอกาสเข้าไปในระบบประสาททำให้ร่างกายอ่อนแอลงเรื่อยๆ และทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ระบบภูมิคุ้มกันทำให้ร่างกายของคนเราสามารถต่อสู้กับการติดเชื้อต่างๆได้ หากระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอลงเรื่อยๆ ส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันมีความผิดปกติส่งผลให้เกิดปัญหาทางพฤติกรรมและอารมณ์ได้

5 ระบบทางเดินอาหาร

ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านโภชนาการ เช่น อดอาหารหรือรับประทานอาหารไม่ได้ อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบทางเดินอาหาร ซึ่งมีผลให้เกิดทำให้เกิดความผิดปกติที่คล้ายอาการทางจิตเกิดขึ้นได้ เช่น ผู้ป่วยติดเตียงหรือผู้ป่วยที่อดอาหารต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน อาจเกิดภาวะสับสน เพ้อแบบเฉียบพลัน ซึ่งมีผลทำให้ร่างกายเสียสมดุลเกลือแร่ เกิดลักษณะอาการรุนแรง เช่น อาการชัก

6 ระบบทางเดินปัสสาวะ

ผู้ป่วยที่ได้รับสารพิษหรือขาดน้ำแบบเฉียบพลัน อาจส่งผลให้เกิดภาวะไตวายเฉียบพลันขึ้นได้ หลังจากเกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน ย่อมทำให้เกิดภาวะความไม่สมดุลของร่างกาย ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการเพ้อเฉียบพลันขึ้นได้ ฉะนั้นระบบทางเดินปัสสาวะเป็นภาวะหนึ่งที่ต้องได้รับการตรวจเพิ่มเติม เช่น การตรวจค่าไต การตรวจค่าของเสียในร่างกาย เป็นต้น

7 ระบบน้ำเหลืองและระบบต่อมไร้ท่อ

ระบบน้ำเหลืองเป็นภาวะหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรมความรู้สึกตัว การควบคุมตนเอง ในกรณีผู้ป่วยเป็นมะเร็งระยะลุกลาม เช่น ระยะที่ 3 และ 4 แล้ว ส่งผลให้บางครั้งเซลล์มะเร็งพัฒนาเข้าสู่ในบริเวณสมอง ทำให้เกิดก้อนเนื้อ หรือเกิดภาวะการจัดการทางพฤติกรรมและอารมณ์ แพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยส่วนหน้าควรวินิจฉัยสาเหตุการ รวมถึงประวัติการเป็นโรคมะเร็ง

ระบบต่อมไร้ท่อโรคที่สำคัญ คือ โรค Hyperthyroid และ โรค Hypothyroid ซึ่งมีอิทธิพลต่อการควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์ อาจส่งผลให้เกิดอาการทางจิตร่วมด้วย ผู้ป่วยที่มี hyperthyroid อาจพบอาการแทรกซ้อนทางจิต หรืออารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียว ควบคุมตัวเองได้น้อย มีพฤติกรรมก้าวร้าว โดยเฉพาะภาวะที่ไทรอยด์สูงมากกว่าปกติ เรียกว่า Thyroid storm ส่งผลกระทบกับผู้ป่วย ทั้งการหลับ ซึม วุ่นวาย โดยมักพบบ่อยในผู้ป่วยที่ขาดอาหาร หรือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยขาดน้ำตาลในร่างกาย ผู้ป่วยที่มีน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติ อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมและอารมณ์ เช่น หงุดหงิด หลับซึม ควบคุมอารมณ์ได้ยาก หรือบางรายมีอาการชักร่วมด้วย

8 ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก

ภาวะความผิดปกติที่พบบ่อย คือ อาการปวดหลังผ่าตัด หลายครั้งหลังการผ่าตัดเสร็จ ผู้ป่วยบางรายมีอาการปวดมาก มีผลทำให้เกิดอารมณ์เปลี่ยนแปลง บางรายอาจมีอาการแพ้เฉียบพลันหลังผ่าตัดเกิดขึ้นร่วมได้ เช่น กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด หลังผ่าตัดในช่วง 1- 2 วันแรก บางครั้งส่งผลให้เกิดพฤติกรรมอาการเปลี่ยนแปลง แพทย์ที่ให้การดูแลหลังผ่าตัด จำเป็นต้องคำนึงถึงภาวะความผิดปกติเหล่านี้ร่วมด้วย ซึ่งจำเป็นต้องให้ยาแก้ปวด หรือยาต้านอาการทางจิต เพื่อควบคุมพฤติกรรม

อาการร่างกายการเคลื่อนไหวผิดปกติ ย่อมทำให้ผู้ป่วยหลายรายมีอาการแสดงทางกายเปลี่ยนแปลงไป เช่น การเคลื่อนไหวของร่างกาย เคลื่อนที่ไม่ได้ตามปกติ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความหงุดหงิด วุ่นวายใจ ระบบกล้ามเนื้อและกระดูกเป็นภาวะหนึ่ง ซึ่งส่งผลต่อการจัดการพฤติกรรม อารมณ์ ของผู้ป่วยได้

9 ภาวะอื่นๆ

แพทย์ที่ดูแลรักษาผู้ป่วยส่วนหน้าควรคำนึงถึง ภาวะโรคที่เกิดขึ้นจากสาเหตุอื่น นอกจากทุกระบบที่กล่าวข้างต้นแล้ว เช่น อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ซึ่งยาบางชนิด อาจมีผลที่ไม่พึงประสงค์ มีผลให้เกิดปัญหาการจัดการอารมณ์ รวมถึงลักษณะของพฤติกรรมที่ดูแปลกไปกว่าปกติ เช่น ผู้ป่วยได้รับยาด้านสุขภาพจิต อาจมีอาการผิดปกติ เช่น ตัวแข็งเกร็ง รวมถึงบางครั้งเกิดอาการคอบิดเกร็ง จึงส่งผลต่อลักษณะอาการได้ เช่น ผู้ป่วยรับประทานยาที่มีผลต่อระบบการหมุนเวียนเลือด อาจมาด้วยอาการมินเวียน ซึ่งในกลุ่มนี้ผู้ป่วยที่ใช้ยา Beta blockers เป็นส่วนหนึ่งที่แพทย์ใช้ในการวินิจฉัย นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายที่ได้รับประทานยากลุ่มสเตียรอยด์ อาจส่งผลให้เกิดพฤติกรรมหงุดหงิดฉุนเฉียว การจัดการพฤติกรรมและอารมณ์ได้ยากลำบาก ผู้ป่วยหลายรายอาจได้รับสารพิษบางอย่าง โดยการรับประทานเข้าไปหรือสัมผัสทางการหายใจ ซึ่งเป็นอีกกลุ่มที่เป็นปัญหาในการจัดการพฤติกรรมและอารมณ์ รวมถึงบางรายมีอาการรุนแรงถึงขั้นทางจิต เช่น ผู้ป่วยที่ใช้ยาลดน้ำหนักบางชนิด รับประทานแล้วมีอาการแพ้คลื่นแบบฉับพลัน





การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษที่สำคัญก่อนการส่งต่อ โรงพยาบาลจิตเวช

ก่อนการส่งต่อผู้ป่วยโรคจิตไปยังโรงพยาบาลจิตเวช ควรมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษที่สำคัญ ดังนี้

	CBC	Electrolytes	Bun/Cr	LFT	CXR	Urine Substance	EKG	DTX	O ₂ Sat
ผู้ป่วยทั่วไป	✓	✓						✓	✓
ผู้ป่วยเรื้อรัง	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓
ผู้ป่วยสูงอายุ	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓
ผู้ป่วยที่ใช้ Alcohol	✓	✓	✓	✓				✓	✓
ผู้ป่วยสารเสพติด	✓	✓				✓		✓	✓

**ทั้งนี้การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษขึ้นอยู่กับดุลยพินิจ ของแพทย์/จิตแพทย์

วัตถุประสงค์ของการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ

ชนิดของการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ	วัตถุประสงค์
CBC	เพื่อหาความผิดปกติของเลือด
Electrolytes	เพื่อตรวจหาระดับเกลือแร่ผิดปกติในเลือด โดยเฉพาะ hyponatremia, hyponatremia, hypokalemia, hyperkalemia
BUN/ Creatinine	เพื่อแยก uremia, acute renal failure
Liver enzyme (LFT)	เพื่อแยก hepatitis, hepatic failure
CXR	เพื่อตรวจหาความผิดปกติของการ ทำงานของปอด
Urine substance	เพื่อตรวจหาสารเสพติด เช่น ยาบ้า กัญชา
EKG	เพื่อตรวจหาความผิดปกติของการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด
DTX (FBS)	เพื่อตรวจหาระดับน้ำตาลในกระแส เลือด hypoglycemia และ hyperglycemia
O ₂ Sat	เพื่อตรวจหาปริมาณออกซิเจนใน กระแสเลือด



แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤต สุขภาพจิตและสารเสพติด



นิยามการรับส่งต่อผู้ป่วย

- ✓ **ระบบการรับส่งต่อ (Referral system)** หมายถึง ระบบบริการสุขภาพที่จัดขึ้นเพื่อให้บริการรับส่งต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการได้รับบริการสุขภาพ บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขระหว่างสถานบริการสุขภาพ ตั้งแต่ก่อนการส่งต่อ ขณะส่งต่อ หลังส่งต่อ และการส่งต่อทั้งไปและกลับอย่างมีคุณภาพเหมาะสมกับขีดความสามารถของสถานบริการสุขภาพนั้นๆ โดยผู้ป่วยได้รับบริการสุขภาพที่ต่อเนื่องในแนวทางเดียวกันตั้งแต่สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ และศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง (Excellent center) ซึ่งประกอบไปด้วย
 - ✓ **การส่งต่อ (Refer out)** หมายถึง การส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อที่สถานบริการสุขภาพอื่น (เนื่องจากเกินศักยภาพของตนหรือด้วยข้อจำกัดอื่นๆที่จำเป็น) ซึ่งสามารถให้บริการที่เหมาะสมกว่า เพื่อปรึกษาชั้นสูง วินิจฉัยรักษาต่อหรือเพื่อการรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและเครื่องมือวินิจฉัยที่ทันสมัย ซึ่งอาจจะเป็นสถานพยาบาลในระดับเดียวกันหรือสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า
 - ✓ **การรับการส่งต่อ (Refer in)** หมายถึง กระบวนการรับผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากสถานพยาบาลต้นทาง เพื่อมารับการรักษาต่อหรือรับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม
 - ✓ **การส่งกลับ (Refer back)** หมายถึง การส่งผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อยังสถานพยาบาลขนาดเล็กใกล้บ้านเมื่อมีอาการที่พ้นระยะวิกฤตหรือมีอาการที่เหมาะสมกับศักยภาพของสถานพยาบาลขนาดเล็กใกล้บ้าน รวมถึงการส่งกลับไปรับการรักษาตามสิทธิการรักษาด้วย
 - ✓ **การรับกลับ (Refer receive)** หมายถึง การจัดระบบบริการเพื่อไปรับผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาหรือตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมจากสถานพยาบาลปลายทาง กลับมารักษาต่อยังสถานพยาบาลต้นทาง เมื่อมีอาการที่พ้นระยะวิกฤตหรือมีอาการที่เหมาะสมกับศักยภาพของสถานพยาบาลของตน รวมถึงการรับกลับมารับการรักษาต่อตามสิทธิการรักษาด้วย
 - ✓ **การขอรับคำปรึกษาในการดูแลรักษาผู้ป่วย (Consultation)** หมายถึง การจัดระบบบริการเพื่อให้คำปรึกษาในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยจากผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ของโรงพยาบาลแม่ข่าย ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลลูกข่าย ในกรณีที่ต้องขอรับคำปรึกษาในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยก่อนการส่งต่อหรือต้องการเฉพาะคำแนะนำ ในการดูแลรักษาพยาบาลแต่ไม่ต้องการส่งต่อมารับการรักษา
 - ✓ **การจัดระบบบริการรับส่งต่อผู้ป่วย** หมายถึง การจัดระบบบริการที่ครอบคลุมการให้บริการยานพาหนะพร้อมอุปกรณ์ด้านการแพทย์ในการรับส่งต่อผู้ป่วย บุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยระหว่างรับส่งต่อ กระบวนการดูแลผู้ป่วยรับและส่งต่อ และค่าใช้จ่ายในการรับส่งต่อ
 - ✓ **การควบคุมกำกับกับการปฏิบัติการทางด้านการแพทย์ทางไกลในระบบส่งต่อ (Online Medical Oversight)** หมายถึง การควบคุมกำกับกับการปฏิบัติการทางด้านการแพทย์ทางไกลโดย ศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วย



แม่ข่าย โดยครอบคลุมตั้งแต่การเตรียมผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตก่อนการเคลื่อนย้าย ขณะส่งต่อ จนถึงโรงพยาบาลปลายทางช่วยผู้ป่วยฉุกเฉินจากในระบบส่งต่อ โดยทั้งนี้ให้อยู่ภายใต้การควบคุม กำกับ ดูแลของแพทย์หรือแพทย์อำนวยการปฏิบัติการฉุกเฉิน (Medical director)

✔ **ระบบติดตามรถพยาบาล (Ambulance tracking)** หมายถึง ระบบที่ใช้ในการติดตามและระบุตำแหน่งของรถพยาบาลแบบต่อเนื่องและสามารถเข้าถึงข้อมูลของรถพยาบาลได้

✔ **เครือข่ายระดับจังหวัด** หมายถึง สถานพยาบาลทุกระดับที่อยู่ในพื้นที่เขตจังหวัดโดยมีโรงพยาบาลระดับจังหวัด (โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป) เป็นแม่ข่าย

✔ **เครือข่ายระดับเขตสุขภาพ** หมายถึง สถานพยาบาลทุกระดับที่ได้รับการกำหนดว่าเป็นสถานพยาบาลในพื้นที่เขตสุขภาพโดยมีโรงพยาบาลศูนย์ระดับเขตสุขภาพเป็นแม่ข่ายตามบริบทของพื้นที่ ทั้งนี้ อาจระบุความเป็นแม่ข่ายระดับเขตสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงเฉพาะด้านก็ได้ เช่น Center of excellent สาขาต่างๆ

✔ **สถานพยาบาลนอกเขตสุขภาพ** หมายถึง สถานพยาบาลทุกระดับที่นอกเหนือไปจากสถานพยาบาลที่ได้รับการกำหนดว่าเป็นสถานพยาบาลทุกระดับในพื้นที่เขตสุขภาพ



การส่งต่อผู้ป่วยภาวะวิกฤติระหว่างสถานพยาบาล



บทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบของสถานพยาบาลผู้ส่งและสถานพยาบาลผู้รับการส่งต่อ

การปฏิบัติงานส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล เป้าหมายสำคัญ คือ ความปลอดภัยของผู้ป่วยขณะเคลื่อนย้าย (Safe Transfer) โดยการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในการปฏิบัติงานส่งต่อนั้น มีกระบวนการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องตั้งแต่การเตรียมผู้ป่วยก่อนส่งต่อ การดูแลระหว่างการนำส่ง และการส่งมอบผู้ป่วย ซึ่งทั้ง 3 กระบวนการ มีรายละเอียดในการปฏิบัติ ดังนี้

ขั้นตอน/กิจกรรมในการปฏิบัติงานส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินระหว่างโรงพยาบาล ประกอบด้วย

1. การเตรียมการก่อนการส่งต่อผู้ป่วย

กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
1.1) ประเมินผู้ป่วย/สรุปปัญหา/ให้การพยาบาล พร้อมให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อเตรียมพร้อมก่อนการส่งต่อ	- แพทย์เจ้าของไข้ - พยาบาลทุกจุดบริการที่ส่งต่อ - พยาบาล Refer	ผู้ป่วยได้รับการประเมินและการดูแลรักษาพยาบาลก่อนส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ
1.2) Identify ผู้ป่วย โดยสอบถามชื่อ-สกุล ผู้ป่วยทุกครั้งก่อนบันทึกข้อมูลผู้ป่วยลงใบ Refer และแบบบันทึกทางการพยาบาลเพื่อการส่งต่อที่ครบถ้วนพร้อมผลการตรวจพิเศษ เช่น ผล Lab / X-Ray / EKG	- แพทย์เจ้าของไข้ - พยาบาลทุกจุดบริการที่ส่งต่อ - พยาบาล Refer	ข้อมูลผู้ป่วยพร้อมผลการตรวจ/วินิจฉัย ถูกต้อง ครบถ้วน ครอบคลุม



กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
1.3) ตรวจสอบรถพยาบาล อุปกรณ์/เวชภัณฑ์ ให้พร้อมที่จะใช้งานระหว่างนำส่งผู้ป่วย	- พยาบาล Refer - พนักงานขับรถ	รถพยาบาล อุปกรณ์เวชภัณฑ์ มีความพร้อมในการใช้งาน
1.4) ประสานงานสถานพยาบาลที่จะรับผู้ป่วย ทางโทรศัพท์ก่อนที่จะส่งผู้ป่วย ได้แก่ ชื่อผู้ป่วย อายุ เพศ การวินิจฉัยโรค อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับ สาเหตุที่ Refer สิ่งที่จะต้องเตรียมรับผู้ป่วย	- พยาบาลทุกจุดบริการที่ส่งต่อ - พยาบาล Refer	มีการตอบรับ/พร้อมที่จะรับผู้ป่วย มีข้อมูลเพียงพอที่จะเตรียมการรับผู้ป่วย
1.5) ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยตามสภาพ ปัญหาก่อนการส่งต่อให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพพร้อมที่จะ Refer	- แพทย์เจ้าของไข้ - พยาบาลทุกจุดบริการที่ส่งต่อ	ผู้ป่วยอยู่ในสภาพพร้อมที่จะส่งต่อ
1.6) ควรให้ผู้ป่วย/ญาติผู้มีอำนาจในการตัดสินใจลงนามยินยอมให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษา ต่อยังสถานพยาบาลอื่น	- แพทย์เจ้าของไข้ - พยาบาลทุกจุดบริการที่ส่งต่อ	ผู้ป่วย/ญาติ ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ มีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

2. การดูแลผู้ป่วยขณะนำส่ง

กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
2.1) วัดสัญญาณชีพทุก 5-10 นาที ในผู้ป่วยวิกฤตและผู้ป่วยอุบัติเหตุทางสมอง รวมถึงการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงทางสมอง	- พยาบาล Refer	ผู้ป่วยได้รับการประเมินสัญญาณชีพตามเวลาที่กำหนด
2.2) ประเมินและบันทึกอาการผู้ป่วยทุก 15 นาที หรือ 30 นาที ตามสภาพผู้ป่วย	- พยาบาล Refer	มีการบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงของป่วยอย่างต่อเนื่อง
2.3) ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามสภาพปัญหาแต่ละราย ได้แก่ ทางเดินหายใจ สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การตาม และการห้ามเลือด รวมถึงการดูแลตามแนวทางของโรคต่างๆ ที่ได้กำหนดไว้ เป็นต้น	- พยาบาล Refer	ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนในปัญหาที่ป้องกันได้
2.4) กรณีผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ให้การช่วยเหลือในเบื้องต้นหรือขอความช่วยเหลือตามระบบเครือข่ายและนำส่ง สถานพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่สุด โดยประสานศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วย ประสานห้องฉุกเฉินที่ใกล้ที่สุดทราบ เพื่อเตรียมความพร้อมในการช่วยชีวิต	- แพทย์เจ้าของไข้ - พยาบาล Refer - พนักงานขับรถ - ศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยประจำจังหวัด	ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขเบื้องต้นที่เหมาะสม มีการประสานงานและการสนับสนุนในเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ



กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
2.5) สรุปปัญหาการให้การรักษายาบาลผู้ป่วยระหว่างนำส่งและบันทึกข้อมูลเพื่อการส่งต่อ	- พยาบาล Refer	การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยระหว่าง การนำส่งครบถ้วนสามารถใช้เป็น แนวทางการวางแผนการ รักษายาบาลอย่างต่อเนื่อง
2.6) กรณีเสียชีวิตระหว่างส่งต่อควรส่งให้ถึง สถานพยาบาลที่ใกล้ที่สุด เพื่อให้แพทย์ลงความเห็น แล้วจึงนำกลับโรงพยาบาล	- แพทย์สถานพยาบาล ที่ใกล้ที่สุด - พยาบาล Refer	ไม่มีข้อร้องเรียนในเรื่องของการ รักษายาบาลและด้านกฎหมาย

3. การส่งมอบผู้ป่วย

กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
3.1) ส่งเวรให้แก่สถานพยาบาลปลายทางได้แก่ ชื่อ เพศ อายุ ประวัติ/การวินิจฉัยโรค สาเหตุ ที่ Refer อาการขณะส่งต่อ	- พยาบาล Refer	ข้อมูลผู้ป่วยชัดเจนพอที่จะให้ การรักษาผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง และเหมาะสม
3.2) ช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเปล Refer (ใน ER) อย่างถูกวิธี	- พยาบาล Refer - พยาบาลที่รับผู้ป่วย - เวรเปล	ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน จากการเคลื่อนย้าย
3.3) ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างนำส่งพร้อม เวชระเบียนและแบบบันทึกข้อมูลพร้อมใบ Refer และผลการตรวจพิเศษ รวมทั้งทรัพย์สินและ เอกสารสำคัญของผู้ป่วย (กรณีไม่มีญาติ)	- พยาบาล Refer - พยาบาลที่รับผู้ป่วย - แพทย์ผู้รับผู้ป่วย	เอกสารและการบันทึกข้อมูล ผู้ป่วยครบถ้วนถูกต้องเหมาะสม
3.4) ตรวจสอบเวชภัณฑ์/อุปกรณ์ที่จำเป็นต้อง นำกลับ	- พยาบาล Refer	ไม่มีอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ตกค้าง
3.5) ประสานงานกับแพทย์หรือพยาบาลก่อน กลับและบันทึกปัญหาที่พบและข้อเสนอแนะ ร่วมกัน	- พยาบาล Refer - พยาบาลที่รับผู้ป่วย	การรับ-ส่งข้อมูลระหว่างผู้รับ และผู้ส่งผู้ป่วยครบถ้วนถูกต้อง เหมาะสม รวมถึงมีการอภิปราย และแก้ปัญหาร่วมกันทุก 1 เดือน
3.6) เมื่อกลับถึงสถานพยาบาลให้ทำความสะอาด และตรวจสอบอุปกรณ์/เวชภัณฑ์ ให้มีความพร้อม ก่อนการส่งต่อครั้งต่อไป	- พยาบาล Refer	อุปกรณ์และเวชภัณฑ์สะอาด พร้อมในการใช้งานทันที



หมายเหตุ :

1. แนวปฏิบัติขั้นต่ำที่ยอมรับได้ในการส่งต่อผู้ป่วย ให้จัดทีมบุคลากรในการส่งต่อ : ในรายที่ Unstable/ High risk/Triage Level 1 และ 2 ควรมีทีมพยาบาล Refer (ตามคุณสมบัติที่กำหนด) 2 คน นำส่งเป็นอย่างน้อย หรือพยาบาล Refer (ตามคุณสมบัติที่กำหนด) 1 คน ร่วมกับ Paramedic/TN/PN/AEMT/EMT (ที่ผ่านการอบรม BLS) ในกรณีพยาบาลผู้หญิงเป็นผู้ Refer โรงพยาบาลควรคำนึงถึงความปลอดภัยโดยจัดคูเวร Refer เป็นเพศเดียวกัน ซึ่งอาจมีแพทย์ร่วมทีมนำส่ง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยหรือบริบทของแต่ละโรงพยาบาล ดังนี้

H : Stable with High risk of deterioration (ผู้ป่วยมีเสถียรภาพ มีความเสี่ยงต่อการทรุดลงเฉียบพลันสูง) หมายถึง ผู้ป่วยมีประวัติเสถียรภาพต่ำและหลังให้การดูแลรักษาอย่างเต็มที่แล้ว สัญญาณชีพมีเสถียรภาพ แต่มีความเสี่ยงต่อการทรุดลงเฉียบพลันสูงระหว่างการส่งต่อผู้ป่วย

M : Stable with Medium risk of deterioration (ผู้ป่วยมีเสถียรภาพ มีความเสี่ยงต่อการทรุดลงเฉียบพลันปานกลาง) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องเฝ้าระวังสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดระหว่างส่งต่อ โดยการติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ/การหายใจ/ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด/ความดันโลหิต/ระดับความรู้สึกตัวทุก 5-15 นาที หรือผู้ป่วยที่ได้รับยาความเสี่ยงสูงทางหลอดเลือดดำ ซึ่งจำเป็นต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เช่น Heparin, Nitroglycerine เป็นต้น

L : Stable with Low risk of deterioration (ผู้ป่วยมีเสถียรภาพ มีความเสี่ยงต่อการทรุดลงเฉียบพลันต่ำ) หมายถึง ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับสารน้ำระหว่างส่งต่อ

N : Stable with No risk of deterioration (ผู้ป่วยมีเสถียรภาพ ไม่มีความเสี่ยงต่อการทรุดลงเฉียบพลัน) หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องได้รับสารน้ำระหว่างส่งต่อ อาจ on saline lock แต่มีความจำเป็นต้องส่งไปสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าซึ่งอาจไปโดยวิธีไปด้วยตนเอง หรือโดยรถพยาบาลขึ้นกับสถานการณ์

ตัวอย่าง การเทียบเคียงกับการจำแนกประเภทผู้ป่วยในจุดบริการกับ Level of patients acuity ในการรับส่งต่อผู้ป่วย



ตารางที่ 1 ตารางเทียบเคียงการจำแนกประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ESI) กับ Level of patients acuity ในการรับส่งต่อผู้ป่วย

Emergency Room (ESI 5 Level)	Level Refer
1. Resuscitation	U/H/M
2. Emergency	
3. Urgency	M/L
4. Less Urgency	L
5. Non Urgency	N



ตารางที่ 2 ตารางเทียบเคียงการจำแนกประเภทผู้ป่วยใน (IPD) กับ Level of patients acuity ในการรับส่งต่อผู้ป่วย

IPD (5 Level)	Level Refer
5. ICU	U/H
4. Critical ill (CI)	
3. Semi Critical ill (SI)	M/L
2. Moderate ill (MI)	M/L
1. Convalescent ill (CL)	N

จากกระบวนการทำงานข้างต้น พบว่า มีรายละเอียดและปัจจัยหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง เพื่อให้การปฏิบัติงานส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาลประสบความสำเร็จและปลอดภัยทั้งผู้ให้บริการและผู้ป่วย จึงควรมีแนวทางการบริหารจัดการรายละเอียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้



1. Standard of Personnel, Equipment, Vehicle

1.1 พยาบาล Refer หมายถึง พยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อบนรถพยาบาล เพื่อไปรับการตรวจหรือรักษาต่อยังสถานพยาบาลอื่น โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพ
2. ได้รับการอบรม ACLS และ/หรือได้รับการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในการส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Interfacility transport)
3. ผ่านการอบรมเพิ่มเติมในหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ตามบริบทและศักยภาพของสถานพยาบาล)
4. ในกรณีส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ควรมีประสบการณ์อย่างน้อย 2 ปี ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าทีม โดยมีหน้าที่ ดังนี้

4.1 ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยและรับส่งข้อมูลอาการ การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและส่งต่อข้อมูลให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องเมื่อถึงที่นัดหมาย

4.2 ตรวจสอบความครบถ้วนและพร้อมใช้ของอุปกรณ์ที่จัดเตรียมไว้ก่อนออกรถ

4.3 ให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยตามอาการและตามมาตรฐานของโรค

4.4 บันทึกสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัวและอาการเปลี่ยนแปลงระหว่างการเคลื่อนย้ายในแบบฟอร์มที่กำหนด

4.5 ตรวจสอบอุปกรณ์ของใช้ส่งคืนแผนกที่เกี่ยวข้องหลังเสร็จภารกิจ

1.2 พนักงานขับรถ หมายถึง บุคลากรที่ได้รับมอบหมายหน้าที่ในการขับรถพยาบาล โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. มีใบอนุญาตขับรถรถยนต์
2. ผ่านการอบรมเพิ่มทักษะและประสบการณ์สำหรับพนักงานขับรถพยาบาลในเรื่องการขับรถพยาบาล Ambulance safety
3. ผ่านการตรวจสอบสารเสพติด ปีละ 2 ครั้ง และผ่านการทดสอบสุขภาพจิต ปีละ 1 ครั้ง
4. มีช่วงเวลาการขับรถติดต่อกันไม่เกิน 4 ชั่วโมง และกรณีที่เดินทางไกลกว่า 400 กิโลเมตร (ไป-กลับ) ควรมีพนักงานขับรถสับเปลี่ยนกันขับและกำหนดให้พนักงานขับรถพักทุกๆ 2 ชั่วโมง หรือระยะทางทุกๆ 150 กิโลเมตร เพื่อป้องกันการเหนื่อยล้าและง่วงหลับใน
5. ยึดถือกฎจราจร กฎหมายที่เกี่ยวข้องในการขับรถ และหลักการปฏิบัติในการขับที่ปลอดภัยอย่างเคร่งครัด โดยมีหน้าที่จัดเตรียมและตรวจสอบสภาพความพร้อมใช้ของรถพยาบาลและนำส่งผู้ป่วยตามจุดนัดหมาย
6. ได้รับการตรวจเป้าแอลกอฮอล์ทุกครั้งก่อนออกปฏิบัติการ (โรงพยาบาลที่มีเครื่องตรวจแอลกอฮอล์)

1.3 Equipment หมายถึง อุปกรณ์ ยา เวชภัณฑ์ และเครื่องมือทางการแพทย์สำหรับการรับส่งต่อผู้ป่วย เช่น อุปกรณ์พื้นฐานประจำรถพยาบาล อุปกรณ์สำหรับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์สำหรับการช่วยฟื้นคืนชีพ อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์สำหรับประเมินและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงขณะส่งต่อ

1. อุปกรณ์พื้นฐานประจำรถพยาบาล (Basic supplies) ได้แก่
 - 1.1 หมอน ปลอกหมอน ผ้าปูที่นอน ผ้าห่ม ไม้ตามขนาดต่างๆ เครื่องรัดตรึงผู้ป่วย
 - 1.2 Medicut ทุกขนาด
 - 1.3 เครื่องวัดความดันโลหิต
 - 1.4 Syringe ขนาด 2, 5, 10, 20, 50 ซีซี หัวเข็มเบอร์ 18, 21, 24, 25 เป็นต้น
 - 1.5 กรรไกรสำหรับตัดผ้าและพลาสติก
 - 1.6 Disinfectant cleaner
 - 1.7 อุปกรณ์สำหรับป้องกันบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ได้แก่ disposable gloves กาวัน mask แวนตา
 - 1.8 ไฟฉาย
 - 1.9 Set BBA (Birth Before Admit)
 - 1.10 ถังขยะ
2. อุปกรณ์สำหรับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (Equipment for the transport) ประกอบด้วย
 - 2.1 Wheeled ambulance stretcher ซึ่งสามารถปรับระดับได้
 - 2.2 Long spinal Board สำหรับใช้ในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่คาดว่าจะมีการบาดเจ็บของกระดูกสันหลัง



3. อุปกรณ์การให้ออกซิเจน

3.1 Oxygen Tank พร้อม oxygen บรรจุเต็ม Tank

3.2 สายต่อจาก Tank Oxygen ไปยัง cannula สาย Oxygen cannula และ Flow meter

4. อุปกรณ์สำหรับ Suction ประกอบด้วย เครื่อง suction ที่ใช้งานได้ พร้อมสาย suction ขนาดต่างๆ

5. อุปกรณ์การช่วยฟื้นคืนชีพและช่วยหายใจ ซึ่งประกอบด้วย

5.1 Defibrillator/AED

5.2 Mobile Ventilator

5.3 Endotracheal tube ทุกขนาด

- Oropharyngeal airway ทุกขนาด

- Laryngoscope พร้อม blade ทุกขนาด

- Ambu bag ผู้ใหญ่, เด็ก

- Mask ทุกขนาด

- ยาสำหรับ resuscitation ตามมาตรฐานโรงพยาบาล

6. เครื่องติดตามสัญญาณชีพ

7. สารน้ำที่จำเป็นตามบริบทของสถานพยาบาล

8. Auto CPR

1.4 Vehicle หมายถึง ยานพาหนะในการส่งต่อผู้ป่วยของสถานพยาบาลหรือสถานพยาบาล

จัดมาเพื่อใช้ในการส่งผู้ป่วย เช่น รถพยาบาล เครื่องบินหรือเฮลิคอปเตอร์ เรือพยาบาล มีลักษณะ ดังนี้

1. มีเปลนั่งและเปลนอน สำหรับใช้เคลื่อนย้ายผู้ป่วย

2. มีอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพที่จำเป็น ได้แก่ ชุดใส่ท่อช่วยหายใจ ชุดให้สารละลายทางโลหิต ชุดช่วยหายใจ เครื่อง AED/Defibrillator เครื่องติดตามสัญญาณชีพ เครื่องดูดเสมหะ ชุดให้ออกซิเจน เครื่องวัดความดันโลหิตและหุฟ่ง เวชภัณฑ์ และเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็นอื่นๆ ตามอาการของโรค หรือ ตามดุลยพินิจของแพทย์ เป็นต้น

3. มีอุปกรณ์การสื่อสารระหว่างสถานพยาบาลขณะเดินทาง

4. ติดตั้งอุปกรณ์ GPS (On line)

5. ติดตั้งกล้องวงจรปิด บันทึกภาพอย่างน้อย 2 จุด คือ จุดบันทึกเหตุการณ์ของการขึ้นรถ และจุดบันทึกพฤติกรรมของพนักงานขับรถ และอาจเพิ่มจุดบันทึกภาพในส่วนห้องโดยสารของรถพยาบาล

6. ต้องได้รับอนุญาตตามประกาศและข้อกำหนดของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ

7. ได้รับการบำรุงรักษาเหมาะสมกับการใช้งานได้อย่างปลอดภัย และมีการควบคุมการติดเชื้อ



2. Route of transportation

วิธีการส่งต่อหรือเส้นทางในการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาลนั้น โดยส่วนใหญ่เป็นการส่งต่อทางบกโดยใช้รถพยาบาลเป็นหลัก นอกจากนั้นยังสามารถส่งต่อได้อีก 2 ทาง คือ ทางน้ำและทางอากาศ ทั้งนี้การพิจารณาเลือกวิธีการส่งต่อผู้ป่วยขึ้นกับ

- ✓ 2.1) โรคหรือภาวะปัญหาของผู้ป่วยวิกฤต
- ✓ 2.2) ความเร่งด่วนของการส่งต่อ
- ✓ 2.3) เวลาที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤตได้
- ✓ 2.4) สภาพภูมิศาสตร์
- ✓ 2.5) สภาพอากาศ
- ✓ 2.6) สภาพการจราจร

ซึ่งขึ้นกับบริบทของแต่ละพื้นที่ รวมถึงความพร้อมของยานพาหนะพิเศษที่ต้องใช้ในการส่งต่อครั้งนั้นๆ ด้วย



3. Ambulance safety

3.1 การตรวจสอบและบำรุงรักษารถพยาบาล (Ambulance) การตรวจสอบประจำวัน

รถพยาบาลจะต้องอยู่ในสภาพเตรียมพร้อมอยู่ตลอดเวลา จึงควรมีการตรวจสอบความพร้อมของเครื่องยนต์ ความพร้อมของอุปกรณ์และเครื่องมือแพทย์ทุกเช้า ควรมีการตรวจสอบความพร้อมของรถพยาบาล ดังนี้

1. การตรวจสอบรถพยาบาลด้วยหลัก BEWAGON ให้ตรวจสอบ

- ✓ ระบบเบรก เช่น ระดับน้ำมันเบรก ระดับน้ำมันคลัทช์ ความเรียบร้อยของท่อ น้ำมันเบรก และเบรกมือ
- ✓ ระบบไฟฟ้า เช่น ระดับน้ำกลั่นของแบตเตอรี่ ขั้วแบตเตอรี่ สายรัดและแท่นรองแบตเตอรี่ ไฟวับวาบ ไฟสูง-ต่ำ ไฟเลี้ยว ไฟเบรก และที่ปิดน้ำฝน
- ✓ ระบบน้ำต่างๆ เช่น ระดับน้ำหล่อเย็นในหม้อน้ำ ระดับน้ำหล่อเย็นในถังพักสำรอง ระดับน้ำในถังฉีดล้างกระจก
- ✓ ระบบที่เกี่ยวข้องกับอากาศและลม เช่น การทำงานของเครื่องปรับอากาศ ลมยางและความเรียบร้อยของล้อรถทั้งหมด
- ✓ ระบบน้ำมันหล่อลื่นต่างๆ เช่น ระดับน้ำมันเครื่อง ระดับน้ำมันเกียร์ และระดับน้ำมันพวงมาลัยเพาเวอร์
- ✓ เสียงที่ผิดปกติของการทำงานของรถพยาบาล เช่น เสียงเครื่องยนต์ เสียงท่อไอเสีย และเสียงต่างๆ

2. การตรวจสอบอุปกรณ์ของรถยนต์

- ✓ ไฟขอทางฉุกเฉิน
- ✓ ไซเรน
- ✓ พัดลมดูดอากาศ



3. การตรวจสอบ Oxygen Pipe line System (ในรถ) และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องให้ตรวจสอบปริมาณ Oxygen ในถังต้องเพียงพอต่อการนำส่งคนไข้ไปโรงพยาบาลปลายทาง

4. การทำงานของเครื่อง Suction

5. การตรวจสอบอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ภายในรถทั้งปริมาณและคุณภาพโดยเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

การตรวจสอบหลังการใช้ทุกครั้ง ตรวจสอบการทำความสะอาดเครื่องมือทุกชนิดหลังการใช้เตรียมพร้อมที่จะใช้ครั้งต่อไป เพื่อที่จะให้รถพยาบาลและเครื่องมืออยู่ในสภาพที่พร้อมใช้อยู่ตลอดเวลา จึงจำเป็นต้องมีการตรวจสอบสภาพหลังการใช้ทุกครั้งเช่นกัน ถ้าพบข้อบกพร่องไม่ว่าส่วนใด ควรดำเนินการแก้ไขทันที

3.2 มาตรการความปลอดภัยของรถพยาบาล (Ambulance safety) ทุกโรงพยาบาล

ดำเนินการมาตรการความปลอดภัยของรถพยาบาล (Ambulance safety) ตามหนังสือที่ สธ 0211/813 ลงวันที่ 21 ธันวาคม 2561 เรื่อง เน้นย้ำมาตรการการป้องกันและแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุของรถพยาบาลและความคุ้มครองอุบัติเหตุทางถนน กรณีการเกิดอุบัติเหตุของรถพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 โดยกระทรวงสาธารณสุข พิจารณาแล้ว เพื่อให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความปลอดภัยมากขึ้น จึงเห็นควรเน้นย้ำให้หน่วยงานทุกแห่ง ดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุของรถพยาบาล ตามมาตรการ ดังนี้

1. มาตรการด้านโครงสร้างและกายภาพของรถพยาบาล

✔ ให้หน่วยงานทุกแห่ง ตรวจสอบสภาพรถพยาบาลทุกประเภทให้พร้อมใช้และมีความปลอดภัยและมีการบำรุงรักษาอย่างสม่ำเสมอ

✔ รถพยาบาลทุกคัน ให้ติดตั้งอุปกรณ์ GPS ที่ได้มาตรฐานของกรมการขนส่งทางบก และติดตั้งกล้องวงจรปิด Digital Video Recorder (DVR) บันทึกภาพอย่างน้อย 2 จุด ดังนี้

จุดที่ 1 สำหรับบันทึกพฤติกรรมของคนขับรถพยาบาล

จุดที่ 2 สำหรับบันทึกเหตุการณ์การขับรถพยาบาล และต้องมีการตรวจสอบให้พร้อมใช้อยู่เสมอ

✔ รถพยาบาลทุกคัน ทุกที่นั่งต้องมีเข็มขัดนิรภัย (Seat belt) ที่ได้มาตรฐาน

2. มาตรการด้านการปฏิบัติของพนักงานขับรถพยาบาล

✔ ต้องจำกัดความเร็วรถพยาบาลไม่เกิน 80 กม./ชม. ในขณะที่ปฏิบัติงานและมีผู้ป่วยอยู่บนรถส่วนกรณีเดินทางรับผู้ป่วยและหลังจากส่งผู้ป่วยแล้ว ต้องใช้ความเร็วให้เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนดในถนนหลวงทั่วไป หรือไม่เกินกว่าที่กฎหมายกำหนดในพื้นที่

✔ ห้ามขับรถพยาบาลฝ่าสัญญาณไฟแดง และห้ามย้อนศรทุกกรณี

✔ พนักงานขับรถพยาบาลทุกคนต้องผ่านการอบรมหลักสูตรพนักงานขับรถพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข

✔ พนักงานขับรถพยาบาลต้องรัดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้งขณะปฏิบัติงาน และต้องหาที่จอดรถที่เหมาะสมและปลอดภัยทันที เมื่อได้รับการร้องขอจากพยาบาล เพื่อทำหัตถการช่วยเหลือผู้ป่วยบนรถพยาบาลในขณะนำส่ง

3. มาตรการด้านการพยาบาลในขณะนำส่งผู้ป่วย

- ✔ เจ้าหน้าที่ในรถพยาบาลทุกคนต้องรัดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้งที่ออกปฏิบัติงานบนรถพยาบาล
- ✔ ห้ามทำหัตถการขณะรถเคลื่อนที่ กรณีต้องทำหัตถการให้หยุดรถในที่ปลอดภัยก่อนทำ
- ✔ หัตถการ
- ✔ ให้มีจำนวนผู้โดยสารทั้งหมด รวมพนักงานขับรถจำนวน 5 คน สูงสุดไม่เกิน 7 คน

4. มาตรการด้านความคุ้มครองรถพยาบาลทุกคัน

รถพยาบาลทุกคันทุกประเภท ต้องได้รับการทำประกันชั้น 1 ภาคสมัครใจ และครอบคลุมบุคคลภายในรถ โดยวงเงินเอาประกันภัยเสียชีวิตหรือทุพพลภาพถาวรคนละหนึ่งล้านบาท ในการเกิดอุบัติเหตุทุกกรณี (รถพยาบาลเป็นฝ่ายถูกหรือผิด)

5. แนวทางการรายงานข้อมูล



จากการดำเนินงานด้านระบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลและการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลข้อมูลตั้งแต่ปี 2559 – 2563 เกิดอุบัติเหตุกับรถฉุกเฉิน ซึ่งรวมถึงรถปฏิบัติการฉุกเฉินและรถพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขรวมทั้งสิ้น 156 ครั้ง โดยส่วนใหญ่เกิดขึ้นขณะส่งต่อผู้ป่วยระหว่าง โรงพยาบาลถึงร้อยละ 80 ส่งผลต่อบุคลากรการแพทย์ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข



ได้รับบาดเจ็บ รวม 139 ราย เสียชีวิต 4 ราย และจากการสอบสวนการบาดเจ็บหลังเกิดเหตุ เมื่อพิจารณา ด้านคน รถ และสิ่งแวดล้อม ตาม model ทางระบาดวิทยา พบว่า 67% เกิดจากพฤติกรรมและความเหนื่อย ล้าของพนักงานขับรถ ได้แก่ หลับใน ขับรถเร็วเกินกำหนด และการขับรถฝ่าสัญญาณไฟจราจร

✔ กรณีรถพยาบาลเกิดอุบัติเหตุให้ศูนย์สื่อสารและสั่งการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรายงาน Director Critical Information Requirement : DCIR เป็นเหตุฉุกเฉินต้องรายงานผู้บริหารระดับสูง ทันที ติดต่อกองสาธารณสุขฉุกเฉินทางหมายเลขโทรศัพท์ 09 2251 1771 พร้อมส่งรายงานแบบรายงาน สถานการณ์ Director Critical Information Requirement : DCIR ทางเว็บไซต์ WEB EOC (eoc.moph.go.th) และทาง pher.moph@gmail.com โดยทันที

✔ ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประสานจัดทีมที่เกี่ยวข้องดำเนินการสอบสวนสาเหตุปัญหา พร้อมเสนอแนวทางการป้องกันแก้ไขทุกครั้งที่เกิดรถพยาบาลประสบอุบัติเหตุพร้อมทั้งส่งผลการสอบสวน ไปยังหน่วยงานต้นสังกัดของรถพยาบาล และกองสาธารณสุขฉุกเฉินกำหนดให้ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์ ภายใน 1 สัปดาห์

✔ กรณีเกิดอุบัติเหตุรถพยาบาล ที่มีผู้ได้รับบาดเจ็บหรือเสียชีวิตให้ผู้ตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เข้ามารายงาน ในที่ประชุมผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ณ กระทรวงสาธารณสุข



แบบฟอร์มรายงาน DCIRs
<https://moph.go.th/oFn8lwTeX>



4. Medical record

การบันทึกเวชระเบียนและข้อมูลในระบบการรับส่งต่อผู้ป่วย มี 2 ส่วนที่สำคัญคือ แบบฟอร์ม Refer แบบประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยขณะการส่งต่อซึ่งควรมีการลงบันทึกที่ครบถ้วน สื่อสารได้อย่างชัดเจน เข้าใจตรงกัน รวมถึงแสดงให้เห็นถึงกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ได้แก่

4.1 แบบฟอร์ม Refer รายละเอียดในการบันทึก ควรประกอบด้วย อาการสำคัญที่ผู้ป่วย มาสถานพยาบาล รวมถึงอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นภายในสถานพยาบาลและอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น การตรวจร่างกายที่พบตามระบบที่มีความสำคัญต่อการรักษาพยาบาล สัญญาณชีพแรกรับและที่มีการเปลี่ยนแปลงผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการ x - ray และการรักษาพยาบาลทั้งหมดที่ให้แกผู้ป่วย ทั้งนี้การบันทึกแบบฟอร์ม Refer อาจใช้การบันทึกผ่านโปรแกรม Refer ต่างๆ หรือบันทึกตามแบบฟอร์ม ของหน่วยงานที่กำหนดขึ้นกับบริบทของสถานพยาบาลนั้นๆ

4.2 แบบประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยขณะการส่งต่อ ในขณะทำการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน นั้น การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงบนรถ Refer ขณะนำส่ง เป็นบทบาทหน้าที่สำคัญของพยาบาล Refer ที่จะต้องประเมินการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาระหว่างการนำส่ง ผู้ป่วยโดยประเมินอาการและสัญญาณชีพผู้ป่วยเป็นระยะๆ และบันทึกลงในแบบบันทึกการส่งต่อผู้ป่วย ตามความเหมาะสมกับความรุนแรงของการเจ็บป่วยตามประเภทผู้ป่วย ดังนี้

U

➡ Unstable,

H

➡ Stable with High risk of deterioration ประเมินอาการและบันทึกสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง

M

➡ Stable with Medium risk of deterioration , L : Stable with Low risk of deterioration ประเมินอาการและบันทึกสัญญาณชีพ ที่ไม่นานเกินกว่า 15 นาที/ครั้ง

N

➡ Stable with No risk of deterioration ประเมินอาการและบันทึกสัญญาณชีพ ประมาณ 1 ชั่วโมง/ครั้ง หากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤตให้การช่วยเหลือเบื้องต้นหรือขอความช่วยเหลือตามระบบและนำส่งสถานพยาบาลที่ใกล้ที่สุด ทั้งนี้แบบบันทึกขึ้นกับข้อตกลงของกรมการระบบรับส่งต่อระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ และต้องมีการบริหารจัดการเรื่องความลับและความปลอดภัยของข้อมูลผู้ป่วย



5. Quality of care (Off/Online medical oversight)



สภาพแวดล้อมบนรถพยาบาล อุปกรณ์การแพทย์ที่มีขีดจำกัด ตลอดจนประสบการณ์ของบุคลากรผู้ทำหน้าที่นำส่งผู้ป่วยมีความหลากหลาย รวมถึงพยาธิสภาพของผู้ป่วยที่รุนแรงหรือไม่คงที่ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดอัตราการเสียชีวิตหรืออาการทรุดลงของผู้ป่วยได้ จึงต้องมีแนวทางการให้คำปรึกษาหรือช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลบนรถ Refer ทั้งเป็นแนวทางกำกับให้ไว้บนรถหรือการให้คำปรึกษา ส่งการช่วยเหลือได้อย่างทันทีทันใดผ่านระบบออนไลน์ต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาที่มีความสำคัญและสามารถพบได้บ่อย ลดความพิการและลดอัตราการเสียชีวิตขณะส่งต่อได้ ซึ่งเป็นประโยชน์ในการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาล เช่น Dyspnea and Hypoxia , Bradycardia , Tachycardia , Hypotension and Shock การช่วยฟื้นคืนชีพบนรถพยาบาล เป็นต้น ทั้งนี้การกำหนด Quality of care อาจนำมาตรฐานของวิชาชีพหรือมาตรฐานทางคลินิกเฉพาะโรคนั้นๆ มาใช้ หรือปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่นั้นๆ โดยคุณภาพในการให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อในส่วนของพยาบาล Refer ที่ไปกับผู้ป่วยนั้น จะประเมินผ่านการให้การพยาบาลผู้ป่วยส่งต่อใน 4 ด้านหลัก ได้แก่ การดูแลการหายใจ การห้ามเลือด การตาม Splint/Slab และการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำว่ามีการให้การพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่ออย่างเหมาะสมใน 4 ด้านหลักที่สำคัญ (ตามสภาพผู้ป่วยที่มี) ดังนี้

5.1 การดูแลการหายใจ มีการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางเดินหายใจโล่ง เช่น การจัดท่านนอน การดูดเสมหะและการใส่ท่อทางเดินหายใจ มีการดูแลท่อทางเดินหายใจและการให้ออกซิเจน การปั๊ม Ambu bag ช่วยการหายใจโดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยหายใจช้ากว่าปกติหรือในกรณีผู้ป่วย Head Injury ที่มี Intracranial Pressure ซึ่งจำเป็นต้องให้ Hyperventilation



⊕ การดูแลการหายใจอย่างเหมาะสม คือ สภาพของผู้บาดเจ็บได้รับทางเดินหายใจไม่อุดตัน หายใจ ไม่มีเสียงครี๊ดคราด ไม่มีอาการเขียวม่วงตามปลายมือปลายเท้า มีการปั๊ม Ambu bag ช่วยในกรณี ที่หายใจช้า

⊕ การดูแลการหายใจที่ไม่เหมาะสม คือ สภาพของผู้บาดเจ็บได้รับมีทางเดินหายใจอุดตัน หายใจ มีเสียงครี๊ดคราด หรือมีอัตราการหายใจหอบ ปลายมือปลายเท้าเขียว

⊕ ไม่มีการดูแลการหายใจ คือ ผู้บาดเจ็บได้รับไม่ได้รับการดูแลการหายใจ โดยวิธีใดๆ ทั้งที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแล

⊕ ไม่จำเป็น คือ ผู้บาดเจ็บไม่ได้มีการดูแลการหายใจ เนื่องจากไม่มีความจำเป็นต้องทำ

5.2 การห้ามเลือด มีการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีเลือดออกจากบาดแผลภายนอกเพื่อหยุดเลือดหรือไม่ให้เลือดออกมากขึ้นจนอาจจะเป็นอันตรายถึงชีวิต เช่น การใช้แรงกดบริเวณบาดแผล หรือการเย็บบาดแผล เพื่อห้ามเลือดชั่วคราวกรณีที่ใช้แรงกดแล้วไม่หยุด

⊕ การห้ามเลือดที่เหมาะสม คือ การห้ามเลือดที่บาดแผลอย่างเพียงพอจนเลือดหยุดไหล หรือไหลน้อยลงกว่าเดิมจนไม่เป็นอันตรายถึงชีวิต

⊕ การห้ามเลือดที่ไม่เหมาะสม คือ มีการห้ามเลือดที่ไม่เพียงพอหรือยังคงมีเลือดออกจากบาดแผลมาก

⊕ ไม่มีการห้ามเลือด คือ ผู้บาดเจ็บได้รับไม่ได้รับการห้ามเลือดโดยวิธีใดๆ ทั้งๆ ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลไม่จำเป็น คือ ผู้บาดเจ็บไม่ได้มีการห้ามเลือด เนื่องจากไม่มีความจำเป็นต้องทำ

5.3 การตามกระดูก Splint/Slab มีการตามกระดูกส่วนที่หักให้อยู่นิ่งเพื่อป้องกันกระดูกส่วนที่หักทำลายเนื้อเยื่อและเส้นประสาทบริเวณใกล้เคียง และในกรณีที่สงสัยผู้บาดเจ็บมีกระดูกส่วนคอและกระดูกส่วนหลังหัก ให้เคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บด้วยความระมัดระวัง โดยให้ผู้บาดเจ็บนอนบนกระดานแข็ง เช่น long spinal board with head immobilizer และใช้หมอนทราย/Soft collar ตามที่ด้านข้างลำคอ ทั้ง 2 ข้าง เพื่อให้ศีรษะอยู่นิ่งหน้าตรง

⊕ การใส่เฝือกชั่วคราวอย่างเหมาะสม คือ การที่ผู้ได้รับบาดเจ็บได้รับได้รับการใส่เฝือกชั่วคราวบริเวณกระดูกหักเพื่อ 1) ลดการเจ็บปวด 2) ป้องกันการบาดเจ็บเพิ่ม 3) สะดวกในการเคลื่อนย้าย ในรายที่สงสัยกระดูกส่วนคอและหลังหัก ผู้บาดเจ็บได้รับการเคลื่อนย้ายโดยมีไม้กระดานรองหลังและตามบริเวณคออย่างถูกต้อง

⊕ การใส่เฝือกชั่วคราวที่ไม่เหมาะสม คือ การใส่เฝือกชั่วคราวที่ไม่ถูกวิธีและไม่สามารถลดความเจ็บปวดไม่สามารถป้องกันการบาดเจ็บเพิ่มและเคลื่อนย้ายไม่สะดวก เช่น ใส่เฝือกชั่วคราวสั้นกว่าที่ควร หรือวิธีการใส่เฝือกไม่ถูกต้อง ถ้าในรายที่สงสัยกระดูกส่วนคอและสันหลังหักใช้วัสดุที่รองสันหรืออ่อนนุ่มและการ Support บริเวณต้นคอไม่อยู่นิ่ง ผู้บาดเจ็บหันศีรษะได้

⊕ ไม่มีการใส่ฝือกชั่วคราว คือ ผู้บาดเจ็บแรกได้รับไม่ได้รับการช่วยเหลือโดยการใส่ฝือกชั่วคราวใดๆ ทั้งที่จำเป็นต้องได้รับ

⊕ ไม่จำเป็น คือ ผู้บาดเจ็บแรกได้รับไม่ได้รับการช่วยเหลือโดยการใส่ฝือกชั่วคราว เนื่องจากไม่มีความจำเป็นต้องได้รับ

5.4 การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ มีการให้สารน้ำทดแทนในกรณีที่ผู้ป่วยเสียเลือดอย่างถูกต้อง ทั้งชนิดของสารน้ำและปริมาณ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอระหว่างการส่งต่อในกรณีที่อยู่ในภาวะช็อกควรให้สารน้ำด้วย Catheter ขนาดใหญ่ ถ้าไม่สามารถหาที่แทง Catheter ได้ควร Cut down และอาจจำเป็นต้องหาที่ให้สารน้ำมากกว่า 1 แห่ง กรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะ Profound Shock การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเหมาะสม คือ ผู้บาดเจ็บแรกได้รับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำให้ดูรายละเอียด 4 ข้อ

1. เช็ม ให้ดูขนาดของเช็มว่าเหมาะสมหรือไม่ เช่น ผู้ป่วยเสียเลือดมาก ให้ใช้เช็มเบอร์ 18 หรือใหญ่กว่าถือว่าเหมาะสม

2. ตำแหน่ง ตำแหน่งที่แทงเช็มให้ IV Fluid ดูว่าเหมาะสมหรือไม่ ต้องไม่ให้บริเวณข้อพับหรือถ้าให้ต้องมีการดูแลไม่ให้สาย IV Fluid หักพับงอ

3. ชนิดของสารน้ำ สังเกตว่าชนิดของ IV Fluid ที่ให้นั้นเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยหรือไม่ เช่น ผู้ป่วยเสียเลือดมากควรจะให้ Ringer Lactate

4. Leakage สังเกตว่าเช็มที่แทงอยู่ในเส้นเลือดดำไม่ออกนอกเส้น (Leak) หรือไม่ ถ้าสังเกตดูแล้วครบถูกต้อง 4 ข้อ ถือว่าเหมาะสม ถ้าไม่ครบ 4 ข้อ ถือว่าไม่เหมาะสม

⊕ ไม่จำเป็น คือ ผู้บาดเจ็บไม่ได้รับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เนื่องจากไม่มีความจำเป็น โดยการประเมินคุณภาพการพยาบาลและการดูแลขณะนำส่งต่อนั้น จะประเมินจากบันทึกทางการแพทย์ และการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและการรักษาพยาบาลในขณะนำส่ง (ทั้งนี้แบบบันทึกขึ้นกับข้อตกลงของกรรมการระบบรับส่งต่อระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ)



ในปัจจุบันการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาล มุ่งเน้นกระบวนการหลักด้านการเคลื่อนย้ายที่ปลอดภัย และการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่การประสานงานจนถึงการส่งมอบผู้ป่วย แต่ประเด็นปัญหาและจุดเสี่ยงของการส่งต่อผู้ป่วยมิใช่ด้านเกินศักยภาพการรักษาของสถานพยาบาลเท่านั้น แต่ยังพบประเด็น จุดเสี่ยงด้านสังคม ความเชื่อมั่นของผู้ป่วยและญาติต่อสถานพยาบาลนั้น สร้างความไม่พึงพอใจซึ่งนำมาสู่ประเด็นการฟ้องร้อง โดยสรุปประเด็นความเสี่ยงในการปฏิบัติงานในขณะส่งต่อผู้ป่วย ที่ผู้ปฏิบัติงานควรพึงระวัง ดังนี้



ความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน	การปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยง	เป้าหมาย
ขั้นตอนการเตรียมการก่อนการส่งต่อผู้ป่วย 1. ผู้ป่วย/ญาติ ไม่ได้รับการชี้แจงจากแพทย์/พยาบาล และยินยอมให้ย้ายสถานพยาบาล 2. สถานพยาบาลต้นทางที่ขอ Refer ผู้ป่วย เตรียมเอกสารและผล Investigate ไม่ครบถ้วน ไม่ชัดเจนทำให้สถานพยาบาลปลายทางไม่สามารถประเมินและตัดสินใจในการดูแลรักษาต่อเนื่อง 3. แพทย์/พยาบาล ขาดการสื่อสารระหว่างกัน ทำให้การแจ้งข้อมูลของผู้ป่วยแก่สถานพยาบาลปลายทางไม่ครอบคลุมทั้งข้อมูลโรค อาการ การเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้บางราย ไม่มีการประสานงานก่อนนำส่ง ไม่ได้จองเตียง ไม่มีชื่อ/เบอร์โทรติดต่อ	- ผู้ป่วย/ญาติ ได้รับข้อมูลและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ก่อนการย้ายสถานพยาบาลทุกราย - มีการตรวจสอบความถูกต้อง/ครบถ้วนของเอกสารที่ใช้ในการส่งต่อผู้ป่วย - ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับการประสานงานและรายงานแพทย์ ร่วมพิจารณาการรับย้าย การเคลื่อนย้ายที่ปลอดภัย มีการจองเตียง และพร้อมชื่อ/เบอร์โทรศัพท์ติดต่อก่อนการนำส่ง	- ลดข้อร้องเรียนของผู้ป่วย/ญาติ ที่ไม่ได้รับข้อมูลก่อนการย้ายสถานพยาบาล - เอกสารที่ใช้ในการส่งต่อผู้ป่วย มีความถูกต้อง/ครบถ้วน - การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยเป็นการสื่อสาร 2 ทาง ทั้งแพทย์/พยาบาล และระหว่างสถานพยาบาล มีการตอบรับ
ขั้นตอนการนำส่ง 1. การนำส่งผู้ป่วยต้องมีการประเมินผู้ป่วยก่อนเดินทางทุกราย พยาบาลต้องตระหนักอยู่เสมอถึงการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ทีม อุปกรณ์ พาหนะ และเอกสารที่ถูกต้อง ครบถ้วน 2. ผู้ป่วยอาจเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์/อาการเปลี่ยนแปลงที่รุนแรงขณะนำส่ง หากพยาบาลขาดการเฝ้าระวังที่เหมาะสม เช่น ขาดความรู้และทักษะในการประเมิน Pre Arrest Signs 3. เจ้าหน้าที่มีโอกาสดูอุบัติเหตุและการบาดเจ็บขณะปฏิบัติงานให้การดูแลผู้ป่วยส่งต่อ	- ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับการเตรียมความพร้อมขณะนำส่ง พร้อมอุปกรณ์ในการช่วยชีวิต พร้อมทีมบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถในการประเมิน เฝ้าระวัง สังเกตอาการผู้ป่วย รู้ถึงภาวะฉุกเฉิน โดยไม่เข้าใจความเป็นมาของโรคของผู้ป่วย ที่อยู่ในความรับผิดชอบ และสามารถสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นและแก้ไขปัญหาที่คุกคามต่อชีวิตผู้ป่วยได้ - ผู้ปฏิบัติงานในการส่งต่อปฏิบัติงานตามกฎหมายเกณฑ์ หรือมาตรฐานความปลอดภัยที่กำหนดไว้ เช่น Ambulance IC เป็นต้น	- การส่งต่อผู้ป่วยมีการระบุตัวผู้ป่วย มีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย/ทีมบุคลากร/อุปกรณ์/พาหนะ/เอกสาร - ระหว่างการนำส่งผู้ป่วย ไม่เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ หรือสามารถตัดสินใจแก้ไขสถานการณ์เฉพาะหน้าได้

ความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน	การปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยง	เป้าหมาย
ขั้นตอนการส่งมอบ - การส่งมอบใช้การแจ้งข้อมูลสื่อสารด้วยวาจาทางเดียว ไม่มีเอกสารบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร ตรวจสอบไม่ได้ ผู้ประสานงานเป็นคนละคน การส่งมอบไม่ตรงตามจุดนัดหมาย เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสถานที่นัดหมาย โดยแจ้งข้อมูลการสื่อสารทางวาจาทางเดียว	- การส่งมอบผู้ป่วยแก่พยาบาล หัวหน้าเวร/แพทย์ รายงานข้อมูลอาการเปลี่ยนแปลงที่พบ ขณะเคลื่อนย้าย พร้อมแบบบันทึกการรับส่งผู้ป่วย และอาการขณะนำส่ง ส่งมอบข้อมูลแบบบันทึกต่างๆ มีการตรวจสอบข้อมูลแบบ Double check	- ส่งมอบผู้ป่วยสถานพยาบาลปลายทางถูกคน ถูกที่ ปลายทาง (ถูกสถานพยาบาล) ถูกเวลา (กรณีมี Golden Period) และส่งต่อข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษร ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อที่ถูกต้อง ทันเวลา



คลิป VDO
 แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิต
 และสารเสพติด
<https://bit.ly/2TQ3hb0>





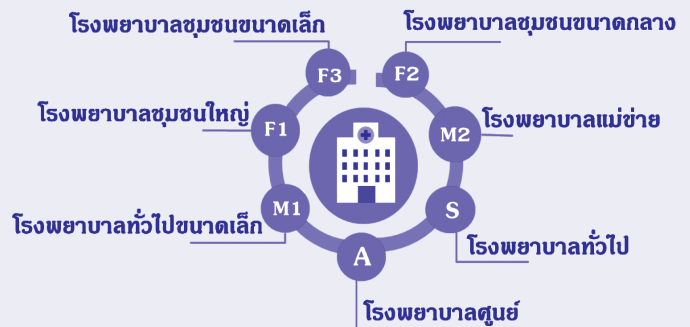
การจัดการเชิงระบบ เพื่อสนับสนุนการส่งต่อ



ระดับและศักยภาพโรงพยาบาล

การแบ่งระดับสถานบริการสาธารณสุข สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค รับส่งต่อผู้ป่วย (Referral Hospital cascade) ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) กระทรวงสาธารณสุข ได้แบ่งโรงพยาบาล รับผู้ป่วยส่งต่อของระบบบริการออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต้น ระดับกลาง และ ระดับสูง เพื่อให้ทรัพยากรในเครือข่ายที่มี จำกัดให้มีประสิทธิภาพสูงสุด หลีกเลี่ยง การลงทุนซ้ำซ้อนและจัดสภาพการแข่งขัน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (การจัดระดับ สถานบริการสุขภาพ, สำนักบริหาร การสาธารณสุข, 2555)

โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



1 กลุ่มโรงพยาบาลรับส่งต่อระดับต้น (First - Level Referral Hospital) แบ่งเป็น

1.1 โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ หรือระดับ F1 เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิขนาด 90 - 120 เตียง มีแพทย์เวชปฏิบัติหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และแพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก (อายุรกรรม ศัลยกรรม สูติ-นรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ออร์โธปิดิกส์และวิสัญญีแพทย์) เป็นสาขาเท่าที่มี อยู่ปัจจุบัน รวม 3 - 10 คน มีบริการผู้ป่วยใน ห้องผ่าตัด ห้องคลอดและสนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ของแต่ละอำเภอ

1.2 โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง หรือระดับ F2 เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิขนาด 60 - 90 เตียง มีแพทย์เวชปฏิบัติหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว รวม 2 - 5 คน ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง มีบริการผู้ป่วยใน ห้องผ่าตัด ห้องคลอด และสนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ

1.3 โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก หรือระดับ F3 เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิขนาด 30 - 60 เตียง มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว รวม 1 - 2 คน มีห้องผ่าตัดเล็ก ไม่มีห้องผ่าตัด มีห้องคลอด มีเตียงผู้ป่วยในให้การดูแลผู้ป่วยไม่ซับซ้อน ไม่มีโอกาสเกิดความเสี่ยงสูง รองรับ ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเพื่อสังเกตอาการ/ส่งต่อ สนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอไม่จำเป็นต้องทำหัตถการ เช่น การผ่าตัดใหญ่ และไม่จำเป็นต้องจัดบริการผู้ป่วยในเต็มรูปแบบ



1.4 กลุ่มหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ แบ่งเป็น

1.4.1 ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองหรือระดับ P1 เป็นหน่วยบริการ ที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ชุมชนเมืองหรือพื้นที่เติบโตของเมือง ทั้งเมืองที่ตั้งของตัวจังหวัดและเมืองอื่นๆ (อาจใช้พื้นที่เขตเทศบาลเป็นเกณฑ์) โดยมีประชากรในความรับผิดชอบไม่เกิน 30,000 คนต่อแห่ง มีขีดความสามารถด้านเวชปฏิบัติทั่วไป ทันตกรรม เภสัชกรรม ชันสูตรโรค กายภาพบำบัดหรือกิจกรรมบำบัด และการแพทย์แผนไทยหรือแพทย์ทางเลือก สามารถตรวจรักษาผู้ป่วยนอกทั่วไป ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตลอดจนกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยง ดูแลในมิติของสุขภาพองค์รวม การสร้างความเข้มแข็งให้ครอบครัวและชุมชน การสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกโดยให้ชุมชนมีบทบาทสำคัญ ทั้งนี้มีการแยกที่ตั้งหน่วย OPD ของโรงพยาบาลหรือ Out - reached เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลเป็นวัตถุประสงค์หลัก

1.4.2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือระดับ P2 (ในกรณีนี้ได้รวมถึงสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนามินทราธิณี) เป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับตำบลหรือระดับหมู่บ้าน ครอบคลุมประชากรประมาณ 1,000 – 10,000 คน การให้บริการจะเน้นการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น การฟื้นฟูสมรรถภาพ การดูแลในมิติของสุขภาพองค์รวม การสร้างความเข้มแข็งให้ครอบครัวและชุมชน

1.4.3 สถานบริการสาธารณสุขชุมชนหรือระดับ P3 เป็นสถานบริการที่จัดตั้งในพื้นที่ทุรกันดารห่างไกลหรือตามแนวตะเข็บชายแดน ให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น และการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นทีมพี่เลี้ยง

2 กลุ่มโรงพยาบาลรับส่งต่อระดับกลาง (Mid - Level Referral Hospital) แบ่งเป็น

2.1 โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็กหรือระดับ M1 เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาหลักทุกสาขาและสาขารองในบางสาขาที่จำเป็น สามารถรับผู้ป่วยส่งต่อจากหน่วยบริการระดับตติยภูมิ

2.2 โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายหรือระดับ M2 เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมินาขนาด 120 เตียงขึ้นไป มีแพทย์เวชปฏิบัติหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 3 – 5 คน และแพทย์เฉพาะทางครบทั้ง 6 สาขาหลัก (อายุรกรรม ศัลยกรรม สูติ-นรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ออร์โธปิดิกส์และวิสัญญีแพทย์) สาขาละอย่างน้อย 2 คน มีการบริการผู้ป่วยใน ห้องผ่าตัด ห้องคลอด หอผู้ป่วยหนักห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยประกอบการรักษาของแพทย์เฉพาะทาง รังสีวิทยาเพื่อวินิจฉัยประกอบการรักษาของแพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก 6 สาขารองรับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนอื่นและลดการส่งต่อไปโรงพยาบาลทั่วไป และสนับสนุนเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ



3 กลุ่มโรงพยาบาลรับส่งต่อระดับสูง (High - Level Referral Hospital) แบ่งเป็น

3.1 โรงพยาบาลศูนย์ (Advance Level Hospital) หรือระดับ A เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ รับส่งต่อผู้ป่วยระดับสูง โดยให้มีครอบคลุมทุกเขตสุขภาพ ชีตความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ย่างยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญและเทคโนโลยีขั้นสูงและมีราคาแพง (Advance & Sophisticate Technology) มีภารกิจด้านแพทยศาสตรศึกษาและงานวิจัยทางการแพทย์ จึงประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งสาขาหลัก สาธารณะ และสาขาย่อยครบทุกสาขาตามความจำเป็น โดยโรงพยาบาลระดับ A บางแห่งถูกกำหนดเป็นศูนย์ความเชี่ยวชาญใน 5 สาขาหลัก (สาขาโรคหัวใจ สาขาโรคมะเร็ง สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สาขาทารกแรกเกิด สาขาการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ) สามารถรองรับผู้ป่วยส่งต่อจากระดับตติยภูมิภายในเขตสุขภาพเดียวกันและเขตสุขภาพใกล้เคียง

3.2 โรงพยาบาลทั่วไป (Standard - level Hospital) หรือระดับ S เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิรับส่งต่อผู้ป่วยระดับมาตรฐาน ชีตความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ย่างยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญเฉพาะ จึงประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งสาขาหลัก สาธารณะครบทุกสาขา และสาขาย่อยบางสาขา ทั้งนี้โรงพยาบาลบางแห่งอาจจัดการกิจด้านแพทยศาสตรศึกษาโดยร่วมมือกับมหาวิทยาลัยในพื้นที่ที่สามารถรองรับผู้ป่วยส่งต่อจากหน่วยบริการภายในจังหวัด โดยมีอย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง

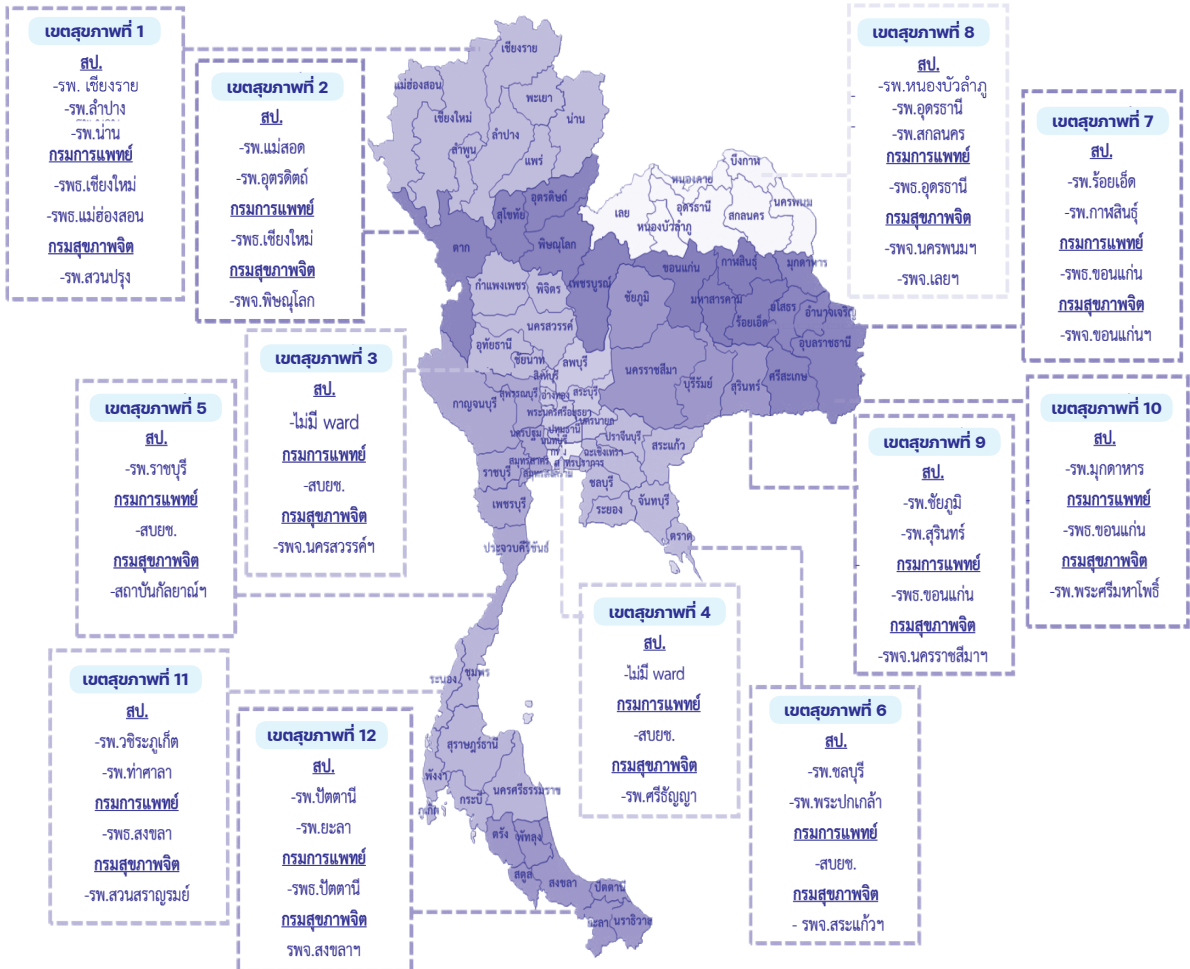
จากการดำเนินการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ที่ผ่านมามีผลสำเร็จและเกิดผลการดำเนินงานที่มีคุณภาพ ส่งมอบให้แก่ประชาชน แต่ยังคงต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลยิ่งขึ้น ในปีงบประมาณ 2559-2560 จึงได้มีการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาโดยผู้เชี่ยวชาญ ทั้งจากภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับพื้นที่ เพื่อกำหนดแบบแผนบริการของกระทรวงสาธารณสุข ให้มีสาขาในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) 19 สาขา ได้แก่ สาขาโรคหัวใจ สาขาโรคมะเร็ง สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สาขาทารกแรกเกิด สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช สาขาระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ สาขาสุขภาพช่องปาก สาขาทา สาขาไต สาขาโรคไม่ติดต่อ สาขากายภาพบำบัดและการแพทย์ผสมผสาน สาขาการรับบริจาคและการปลูกถ่ายอวัยวะ สาขาการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลันและการดูแล แบบประคับประคอง สาขาการพัฒนาระบบบริการเพื่อใช้ยาอย่างสมเหตุผล สาขาศัลยกรรม สาขายาเสพติด สาขาอายุรกรรม สาขาแม่และเด็ก และสาขาออร์โธปิดิกส์ รวมถึงการพัฒนาศักยภาพ โครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็นด้านครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง การพัฒนาบุคลากรและเป้าหมายการพัฒนา เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ด้วยการพัฒนาความร่วมมือในการดูแลสุขภาพอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าบริการได้อย่างทั่วถึง ทัดเทียม และเบ็ดเสร็จภายในเครือข่ายทั้งในผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency) ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (Non - emergency) และผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัด (Elective case) ส่งผลให้ผู้ป่วยทุกกรณีสามารถได้รับการดูแลที่ใกล้บ้านที่สุดเท่าที่ทำได้



ระดับและศักยภาพโรงพยาบาล
<https://moph.cc/9K4U1zOU8>
หมายเหตุ : เนื่องจากจำนวนโรงพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงทุกปี

โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กรมการแพทย์และกรมสุขภาพจิต



HOSPITAL

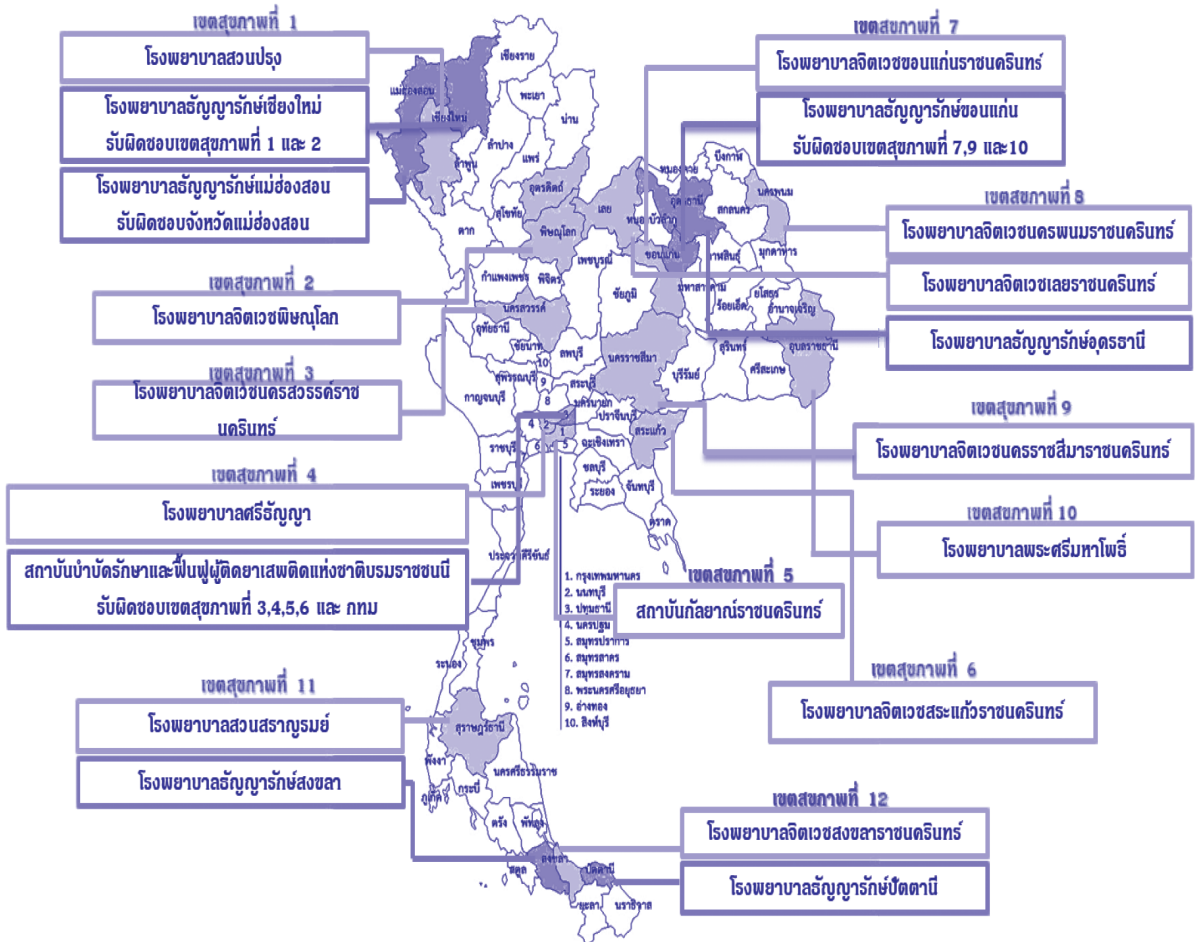


โรงพยาบาลที่มีหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
กรมการแพทย์และกรมสุขภาพจิต

เขตสุขภาพ	สำนักงานปลัดฯ	กรมการแพทย์	กรมสุขภาพจิต
1	รพ.เชียงใหม่ รพ.ลำปาง รพ.น่าน	รพ.ธัญญารักษ์เชียงใหม่ รพ.ธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน	รพ.สวนปรุง
2	รพ.แม่สอด รพ.อุตรดิตถ์	รพ.ธัญญารักษ์เชียงใหม่	รพ.จิตเวชพิษณุโลก
3	ไม่มี	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ	รพ.จิตเวชนครสวรรค์ ราชนครินทร์
4	ไม่มี	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ	รพ.ศรีธัญญา
5	รพ.ราชบุรี	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ	สถาบันกัลยาราชนครินทร์
6	รพ.ชลบุรี รพ.พระปกเกล้า	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ	รพ.จิตเวชสระแก้วราชนครินทร์
7	รพ.ร้อยเอ็ด รพ.กาฬสินธุ์	รพ.ธัญญารักษ์ขอนแก่น	รพ.จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
8	รพ.หนองบัวลำภู รพ.อุดรธานี รพ.สกลนคร	รพ.ธัญญารักษ์อุดรธานี	รพ.จิตเวชนครพนมราชนครินทร์ รพ.จิตเวชเลยราชนครินทร์
9	รพ.ชัยภูมิ รพ.สุรินทร์	รพ.ธัญญารักษ์ขอนแก่น	รพ.จิตเวชนครราชสีมา ราชนครินทร์
10	รพ.มุกดาหาร	รพ.ธัญญารักษ์ขอนแก่น	รพ.พระศรีมหาโพธิ์
11	รพ.วชิระภูเก็ต รพ.ท่าศาลา	รพ.ธัญญารักษ์สงขลา	รพ.สวนสราญรมย์
12	รพ.ปัตตานี รพ.ยะลา	รพ.ธัญญารักษ์ปัตตานี	รพ.จิตเวชสงขลาราชนครินทร์



โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์และกรมสุขภาพจิต



คลิป VDO

การจัดการเชิงระบบเพื่อสนับสนุนการส่งต่อ

<https://bit.ly/3xtp7zG>

- ▶ ระดับและศักยภาพโรงพยาบาล นาทิที่ 1:20
- ▶ ระบบให้คำปรึกษา นาทิที่ 14.34
- ▶ ระบบสนับสนุนการส่งต่อ นาทิที่ 15.42





ระบบให้คำปรึกษา



สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีระบบให้คำปรึกษาเพื่อช่วยในการบริหารจัดการในระดับเขตสุขภาพ โดยมีการแต่งตั้งผู้ให้คำปรึกษามูลาการด้านการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเรียกว่า Supervisor เพื่อเป็นผู้ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตและยาเสพติดในแต่ละเขตสุขภาพโดยประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข

มีหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

- 1 ให้ความช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาแก่บุคลากร ผู้ปฏิบัติงานด้านยาเสพติด ภายในเขตบริการสุขภาพ
- 2 วิเคราะห์ปัญหาและวางแผน ร่วมกับภาคีเครือข่ายการดำเนินงานภายในเขตสุขภาพ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ
- 3 จัดทำข้อเสนอทิศทางการกำหนดนโยบาย แนวทางการดำเนินงานด้านยาเสพติดและจิตเวช แก่คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาสุขภาพจิตและสารเสพติด เพื่อเสนอต่อผู้บริหาร กำหนดเป็นนโยบายในส่วนของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



ระบบ Telemedicine / Tele psychiatry



➡ **Telemedicine/ tele psychiatry** การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารต่าง ๆ หรืออุปกรณ์มัลติมีเดียมาช่วยส่งเสริมด้านการดูแลสุขภาพ การรักษาทางด้านการแพทย์ ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สะดวก รวดเร็ว แม้ผู้ป่วยกับแพทย์จะอยู่ห่างไกลกัน ช่วยให้ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์สามารถพูดคุยตอบโต้กันได้แบบ Real-time เช่นเดียวกับการสื่อสารผ่านระบบ video conference ที่คู่สนทนาสามารถมองเห็นหน้าและสนทนากันได้ทั้ง 2 ฝ่าย ได้อย่างไร้ข้อจำกัดในเรื่องเวลาและสถานที่ ทำให้การรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมถึงยกระดับมาตรฐานการให้บริการต่างๆ ต่อผู้ป่วย มีความถูกต้องแม่นยำยิ่งขึ้น เพิ่มประสิทธิภาพในการเข้าถึงการรักษา ผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลไม่จำเป็นต้องเดินทางสามารถเข้าถึงการตรวจรักษาและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้ทันทีที่การติดตามการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาล เช่น โรคทางสุขภาพจิตและยาเสพติด เป็นต้น

โดยแบ่งเป็น 3 กระบวนการ ดังนี้

- 1 โรงพยาบาลชุมชน > โรงพยาบาลทั่วไป > โรงพยาบาลศูนย์
- 2 โรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลศูนย์ > โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์
- 3 โรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลศูนย์ > โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต

หมายเหตุ : ผ่านกลไก/ข้อตกลงการดำเนินงานในพื้นที่



จิตแพทย์ให้คำปรึกษาการจัดการผู้ป่วยสำหรับทีมแพทย์

1. ให้คำปรึกษาด้านการวินิจฉัย
2. การให้คำแนะนำด้านการให้ยา
3. ให้คำแนะนำเพื่อการติดตามอาการ



รายชื่อ Supervisor
ประจำเขตสุขภาพ
<https://bit.ly/3wbagsa>



ระบบสนับสนุนการส่งต่อ



จากข้อมูล ปี 2561-2562 และ ปี 2563 พบว่ามีการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขไปยังโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์รวมถึงโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต โดยพบว่าในเขตสุขภาพไม่มีโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตหรือบางเขตสุขภาพยังไม่มีโรงพยาบาลสังกัด กรมการแพทย์ ซึ่งทำให้ยังมีการส่งต่อผู้ป่วยข้ามเขตสุขภาพ จากการทบทวนข้อมูลพบว่าในเขตสุขภาพ ที่มีโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์และกรมสุขภาพจิตและเขตสุขภาพนั้น มีการส่งต่อผู้ป่วยในอัตราส่วน ที่มากกว่าเขตสุขภาพที่ไม่มีโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์และกรมสุขภาพจิต และเนื่องจากผู้ป่วยได้รับการ ดูแลและเข้าถึงบริการได้มากกว่า ซึ่งสะท้อนความสำคัญของการส่งต่อและการดูแลปัญหาด้านสุขภาพจิต และยาเสพติดในประเทศไทย ซึ่งจำเป็นที่จะต้องมีการให้ความสำคัญกับปัญหาด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด เพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการและให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษาเฉพาะทางได้อย่างเหมาะสม

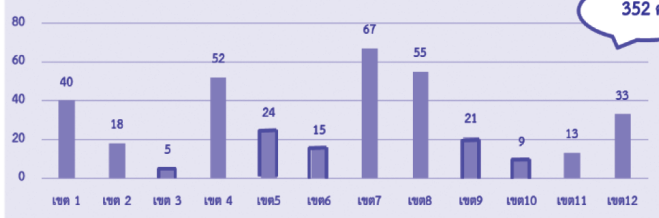


**จำนวนผู้ป่วยยาเสพติด
และสุขภาพจิตที่มี
การส่งต่อจากโรงพยาบาล
สังกัดสำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข**



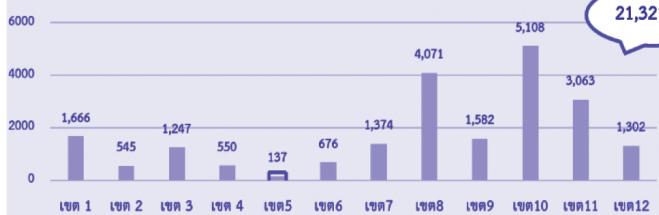
ปี 2561

สังกัดกรมการแพทย์



352 คน

สังกัดกรมสุขภาพจิต



21,321 คน





จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดและสุขภาพจิตที่มีการส่งต่อจากโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



ข้อมูลจากระบบ HDC
ณ วันที่ 17 พ.ย. 2563





เครือข่ายการส่งต่อ

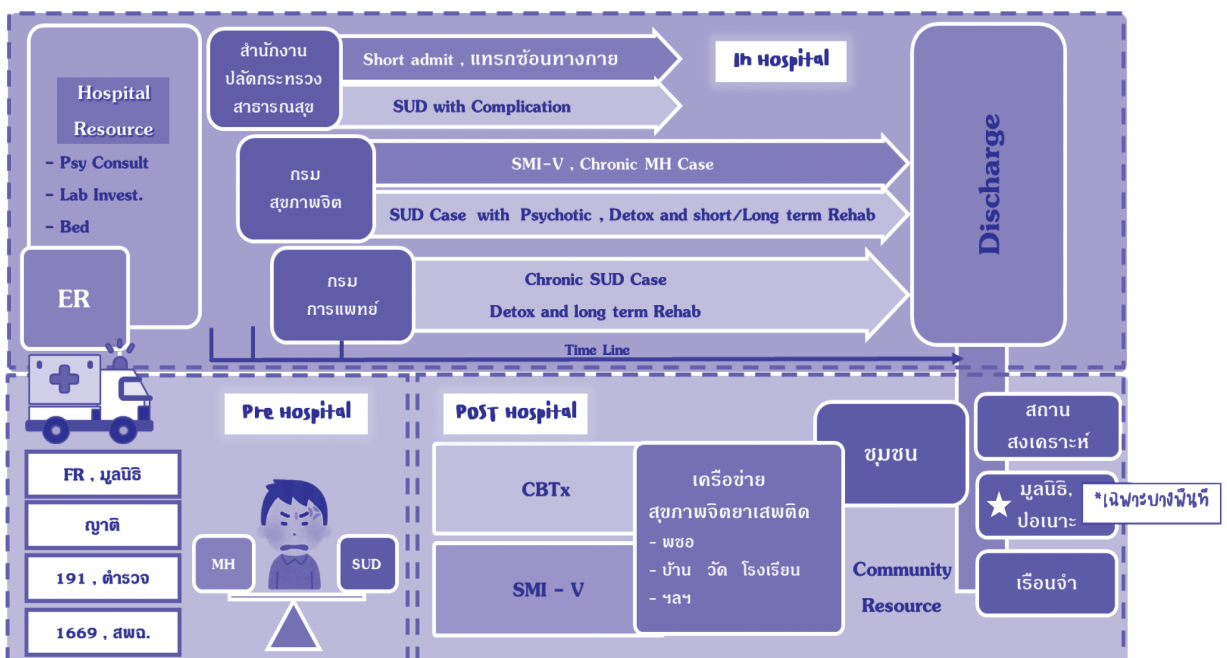


การส่งต่อแบบไร้รอยต่อ

➡ ระบบการส่งต่อผู้ป่วย มีความสำคัญอย่างมากโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพจิตและสารเสพติด ควรได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขมีเครือข่ายการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สังกัดกรมการแพทย์ และสังกัดกรมสุขภาพจิต โดยมีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง 2 ส่วน ดังนี้

1 การส่งต่อก่อนถึงโรงพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการส่งต่อจากเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตและสารเสพติดได้แก่ กู้ชีพกู้ภัยมูลนิธิต่างๆ บริการการแพทย์ฉุกเฉิน EMS 1669, 191 ตำรวจ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, แกนนำชุมชน, องค์การบริหารส่วนตำบล และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลปัญหาในชุมชน โดยส่วนนี้เป็นการส่งต่อผู้ป่วยจากชุมชนเข้ามาถึงห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล

2 การจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge) ผู้ป่วยบางรายรักษาจนอาการดีขึ้นแต่ไม่สามารถส่งกลับชุมชนได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยด้านสุขภาพจิต ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องไปรับการรักษาต่อที่สถานสงเคราะห์หรือเป็นกลุ่มที่เป็น Control Environment ช่วยดูแลปัญหาด้านพฤติกรรม โดยมีสถานสงเคราะห์มูลนิธิต่างๆ เรือนจำ บ้าน วัด โรงเรียน หรือหน่วยงานชุมชนอื่นๆ เข้ามาช่วยดูแลผู้ป่วยหลังออกจากโรงพยาบาล ซึ่งหน่วยงานเหล่านี้ทำงานลักษณะเป็นเครือข่ายกับโรงพยาบาล ในการดูแลต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยหลังจากระยะวิกฤตรวมถึงผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มเรื้อรัง



ภาพรวมห่วงโซ่การส่งต่อจะสังเกตว่าผู้ป่วย ซึ่งอยู่ในชุมชนมีปัญหาพฤติกรรมซึ่งเป็นอันตรายต่อตนเอง หรือต่อชุมชน อาจจะถูกนำส่งด้วยภาคีเครือข่าย เช่น ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First Responder Unit : FR) มูลนิธิ, ญาตินำส่ง, 191 ตำรวจ, 1669 หรือสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เมื่อผู้ป่วยถูกนำส่งมาที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล เข้าสู่กระบวนการให้การดูแลรักษา เช่น การคัดกรองภาวะความเสี่ยงทางกาย การวินิจฉัยโดยใช้การเอกซเรย์ถ่ายภาพรังสีรวมถึงการตรวจอื่นๆ เป็นต้น เมื่อได้รับการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้นทางกาย อาจมีการประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เช่น การประเมิน Triage/OAS เมื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นตามระดับที่เหมาะสมแล้ว ผู้ป่วยบางรายอาจได้รับการพิจารณาส่งต่อโดยการส่งต่อผู้ป่วยสามารถส่งต่อไปสู่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าหรือโรงพยาบาลเฉพาะทาง ดังนี้

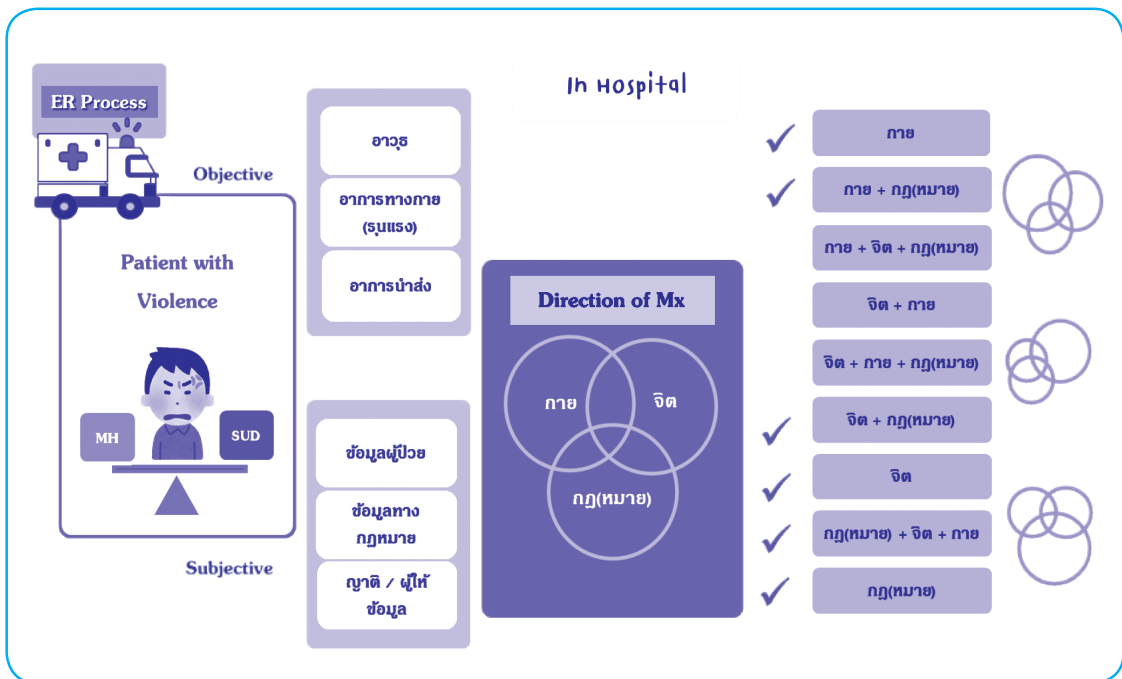
- 1 โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีศักยภาพการดูแลที่สูงกว่า
- 2 โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต
- 3 โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์

โดยกระบวนการส่งต่อมีความแตกต่างกัน เช่น การส่งต่อไปยังโรงพยาบาลสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยเข้ารับการรักษาในระยะสั้น (Admit) เป็นการจัดการในกรณีผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนทางกาย ซึ่งอาจยังไม่มีความพร้อมในการส่งต่อไปโรงพยาบาลในส่วนของการสุขภาพจิต

กรณีส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ซึ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่ม SMI-V หรือ Severe mental illness - violent ซึ่งมีแนวโน้มก่ออันตรายต่อชุมชนและสังคม อาจเป็นผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการเรื้อรัง ต้องการการดูแลรักษาในระยะยาวจากโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องเข้ารับการรักษา (Admit) ในระยะยาว เช่น 1-2 เดือน เพื่อช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย

กรณีส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีประวัติการใช้สารเสพติดเรื้อรัง หรือเป็นกลุ่มที่ใช้สารเสพติดหนัก จำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาฟื้นฟู เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้น สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลับสู่ชุมชนหรือผู้ป่วยบางส่วนจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องในสถานสงเคราะห์ ปอเนาะ หรือมูลนิธิ ซึ่งให้การดูแลปัญหาเฉพาะ เช่น ปัญหาเรื่องสารเสพติด ช่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือกลุ่มผู้ป่วยคดีความซึ่งจำเป็นต้องมีการควบคุมตัวต่อในเรือนจำ

ผู้ป่วยที่ส่งกลับในชุมชน จะมีเครือข่ายสุขภาพจิตอาสาเสกติดทั้งในส่วนของสาธารณสุขคือโรงพยาบาล ชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเครือข่ายนอกสาธารณสุข เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น, บ้าน, วัด, โรงเรียน หรือองค์กรต่างๆในชุมชน ซึ่งผลักดันให้เกิดกระบวนการในการดูแลต่อเนื่อง หากเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต สามารถส่งเข้าระบบซึ่งเรียกว่า SMI-V (Serious Mental Illness With High Risk to Violence) ในการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบให้รับยาอย่างต่อเนื่อง ส่วนในกรณีผู้ป่วยกลุ่มผู้ติดสารเสพติดสามารถส่งเข้าระบบ CBTx (Community Based Treatment and Care) ในการดูแลควบคุมผู้ป่วยไม่ให้หวนกลับไปเสกซ้ำ และลดปัญหาเรื่องพฤติกรรมรุนแรง



กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มาห้องฉุกเฉินมาด้วยปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ซึ่งพบข้อมูลที่สำคัญ 2 ส่วน ดังนี้

❶ ข้อมูลส่วน Objective Data และ Subjective Data เพื่อช่วยให้แพทย์ที่ห้องฉุกเฉินสามารถจะตัดสินใจในการพิจารณาให้การรักษา เช่น การสังเกตพบผู้ป่วยมีอาการทางกายรุนแรง/พฤติกรรมก้าวร้าว หลงผิด อาการทางจิต หรืออาการที่สัมพันธ์กับการเมาสารเสพติด ผู้ป่วยอาจพกพาอาวุธหรือวัตถุอันตราย

❷ ข้อมูลที่ได้รับจากผู้นำส่ง เช่น ข้อมูลผู้ป่วย ข้อมูลทางด้านกฎหมาย โดยได้รับข้อมูลจากญาติ หรือผู้ให้ข้อมูลอื่นๆ เพื่อช่วยในการประเมินอาการ ซึ่งพบว่าแพทย์ที่ให้บริการที่ห้องฉุกเฉิน มีทิศทางการตัดสินใจที่สำคัญ คือ การประเมินทางกาย การประเมินทางจิต การประเมินในส่วนของความผิดทางกฎหมาย/ผิดกฎหมายของชุมชนสังคมหรือกฎหมายในบ้าน

เพราะฉะนั้นกระบวนการในการตัดสินใจที่ห้องฉุกเฉิน จึงเป็นปัญหาที่สำคัญโดยเฉพาะผู้ป่วยวิกฤต สุขภาพจิตและสารเสพติด ซึ่งมีปัญหาที่ซับซ้อน ทำให้แพทย์ที่ดูแลส่วนหน้า มีความลำบากใจในการตัดสินใจ เพราะฉะนั้นการมีแนวทางที่ถูกต้องจะช่วยให้สามารถบริหารจัดการรวมถึงมีทิศทางการดูแลผู้ป่วย และสามารถส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย

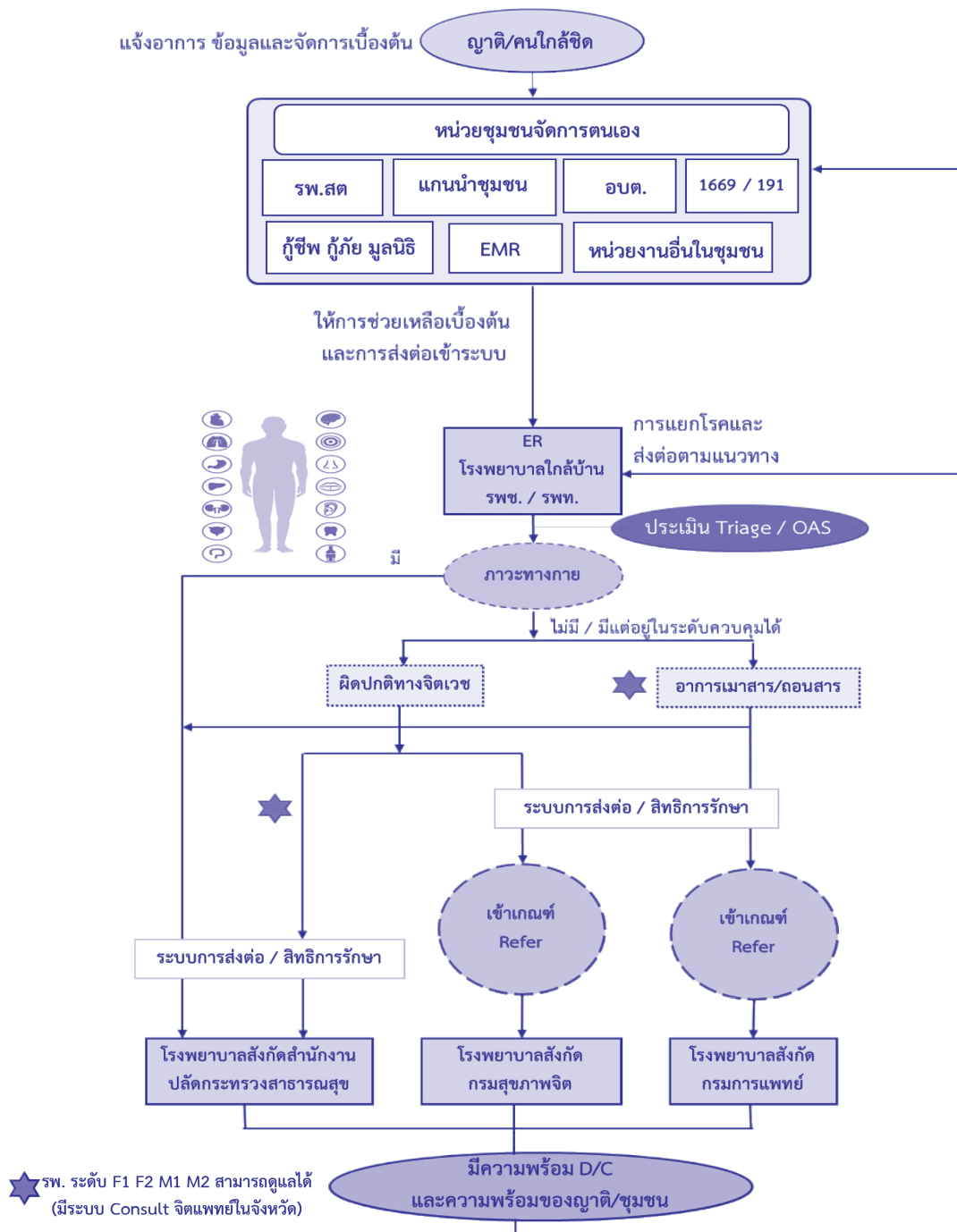




ระบบภายในเขตสุขภาพ



แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตและสารเสพติด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



➡ แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตและสารเสพติด

กระบวนการส่งต่อเริ่มตั้งแต่การแจ้งข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้อง เช่น ญาติผู้พบเห็น ไปยังหน่วยบริการชุมชน เช่น หน่วยชุมชนจัดการตนเอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แกนนำชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล 191/1669 กู้ชีพกู้ภัยต่างๆ หรือหน่วยงานอื่นในชุมชน เข้าสู่กระบวนการช่วยเหลือเบื้องต้น และนำส่งผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการที่ห้องฉุกเฉิน ประเมินแยกโรคและเตรียมการส่งต่อตามแนวทาง ขั้นตอนนี้มีรูปแบบ การประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน (Triage) 5 ระดับ และการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) 3 ระดับ เพื่อเป็นเครื่องมือช่วยประเมินพฤติกรรมความรุนแรงของผู้ป่วย เรื่องสำคัญสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการส่งต่อผู้ป่วย คือ การคัดแยกภาวะทางกาย หลังจากได้รับการคัดกรองโรคทางกายและประเมินความเสี่ยงโดยใช้ Triage/OAS แล้ว หากพบว่าผู้ป่วยมีภาวะทางกาย ซึ่งมีความจำเป็นต้องรับการส่งต่อมาที่โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีศักยภาพสูงขึ้น เช่น โรงพยาบาลชุมชนจำเป็นต้องส่งต่อมาที่โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลประจำจังหวัด กรณีผู้ป่วยไม่มีภาวะทางกายผิดปกติหรือมีแต่อยู่ในระดับที่ควบคุมอาการได้ อาจมีการประเมินความผิดปกติที่เกี่ยวข้อง เช่น การประเมินความผิดปกติทางจิตเวชอาการเมาสารหรือภาวะเป็นพิษจากยาหรือสารเสพติด หากผู้ป่วยมีความผิดปกติทางจิต โรงพยาบาลที่มีความพร้อมในการดูแล เช่น โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขสามารถรับผู้ป่วย (Admit) ในระยะสั้น

กรณีที่ต้องส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ควรดูเกณฑ์ในการส่งต่อที่มีความจำเพาะในแต่ละเขตสุขภาพ หากเข้าเกณฑ์การส่งต่อสามารถประสานส่งข้อมูลที่จำเป็น เช่น ผลการคัดกรองภาวะทางกายไปยังศูนย์ส่งต่อของโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ที่เป็นโรงพยาบาลปลายทาง แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเมาสารหรือภาวะเป็นพิษจากยาหรือสารเสพติด อาจส่งไปที่โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป หากมีความจำเป็นจะต้องส่งต่อผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ เช่น กลุ่มโรงพยาบาลธัญญารักษ์โดยการประสานส่งต่อไปยังศูนย์ส่งต่อของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ ซึ่งส่วนใหญ่โรงพยาบาลในสังกัดของกรมการแพทย์สามารถให้การดูแลอาการเมาสารและถอนพิษผู้ป่วยที่มีหรือภาวะเป็นพิษจากยาหรือสารเสพติด ก่อนการนำส่งผู้ป่วยควรได้รับการดูแลภาวะความผิดปกติทางกายให้เรียบร้อยก่อน เมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลจนอาการดีขึ้นทั้งจากโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สังกัดกรมการแพทย์ หรือสังกัดกรมสุขภาพจิต จะมีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับ (Discharge) โดยมีการประสาน Discharge จากโรงพยาบาลปลายทางกลับสู่โรงพยาบาลต้นทาง เพื่อตรวจสอบความพร้อมก่อนกลับ เช่น ครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้หรือไม่ เป็นต้น หากในพื้นที่ผู้ป่วยอยู่อาศัยยังไม่มีความพร้อม อาจมีการส่งข้อมูลกลับเพื่อยืดระยะเวลาในการรับการรักษา



แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยสุขภาพจิตและสารเสพติด
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
เขตสุขภาพที่ 1 – 12
<https://moph.cc/UA05JGW64>





แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตและสารเสพติดในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เพิ่มความยากลำบาก โดยเฉพาะแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตและสารเสพติด ซึ่งการจัดการผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีความเสี่ยงและยุ่งยากซับซ้อน ประกอบกับต้องระมัดระวังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

➡ การส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตและสารเสพติด แบ่งเป็น 2 รูปแบบ ตามความพร้อมของเขตสุขภาพ ดังนี้

1 การส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เขตสุขภาพบางแห่งมีโรงพยาบาลที่มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตและสารเสพติด ได้โดยการส่งต่อผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 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)

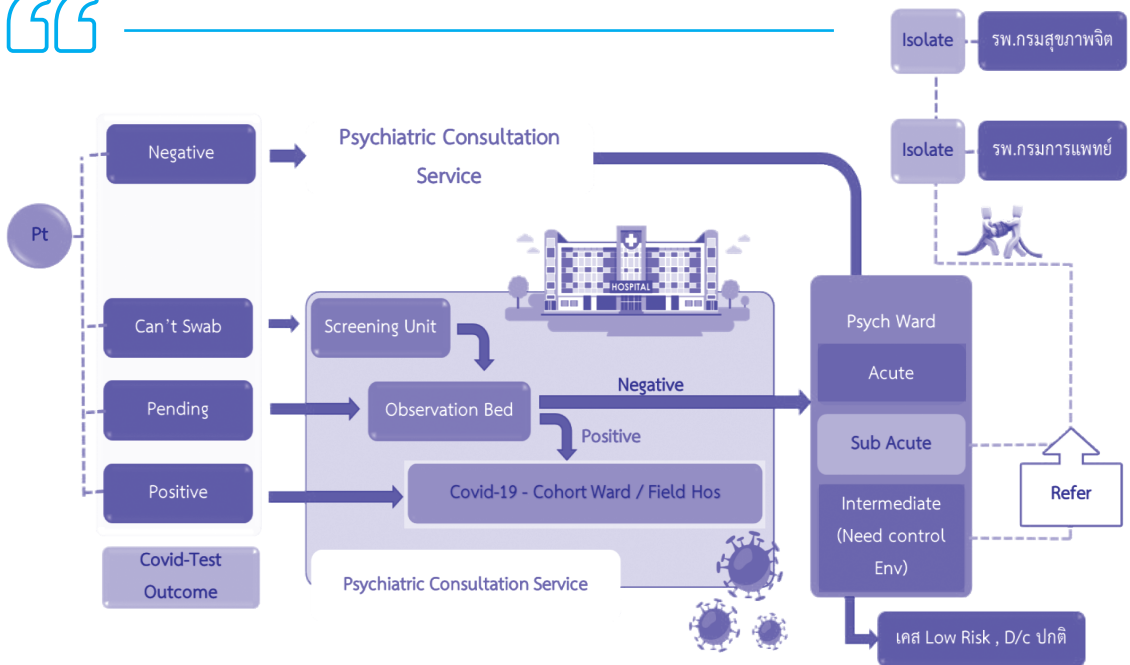
กรณีผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ หรือได้รับการตรวจเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) แล้ว ยังไม่ได้รับการยืนยันผลกลับ อาจมีความจำเป็นต้องส่งต่อโรงพยาบาลสังกัดปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีพื้นที่รองรับ ซึ่งมีความพร้อมสำหรับการคัดกรอง โดยมีจิตแพทย์ให้คำปรึกษาที่ห้องฉุกเฉิน มีระบบการให้คำปรึกษาในการเก็บสิ่งส่งตรวจ และการใช้ยาช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการสงบ 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)

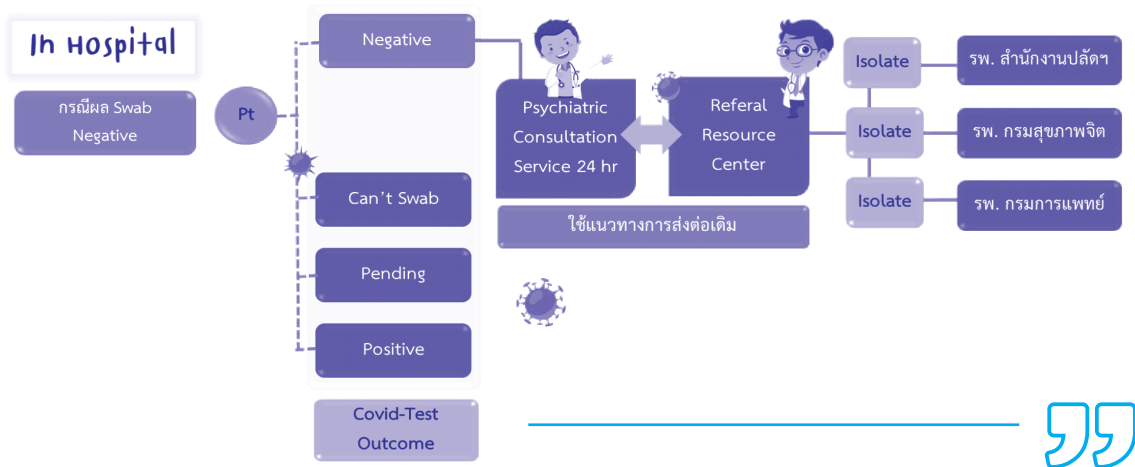
กรณีผู้ป่วยตรวจพบเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และมีอาการสัมพันธ์กับอาการทางจิตและสารเสพติด สามารถรับผู้ป่วยเข้ารักษาที่หอผู้ป่วย covid-19 หรือ cohort ward การดูแลในส่วน cohort ward ซึ่งมีแพทย์ระบบทางเดินหายใจเป็นผู้ให้การรักษา และมีจิตแพทย์ให้คำปรึกษา เพื่อพิจารณาการให้ยาควบคุมอาการในระหว่างกระบวนการรักษา ทั้งโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ โดยมีบริการตลอด 24 ชั่วโมง



2 การส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตและสารเสพติด กรณีส่งระหว่างโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ไปยังโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ และกรมสุขภาพจิต

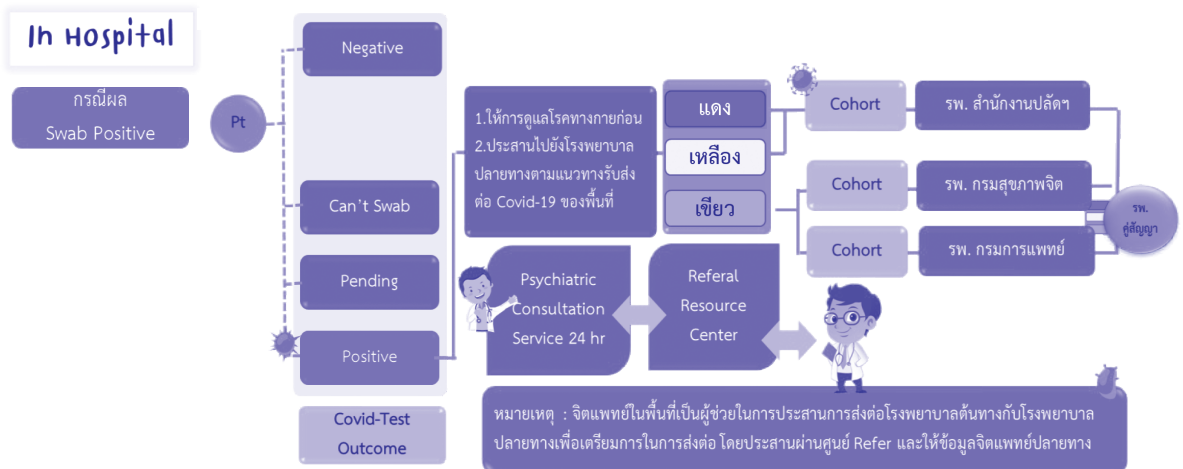
ซึ่งพิจารณาตามผลตรวจ Real-time PCR 3 รูปแบบดังนี้

- 2.1 กรณีผลตรวจลบ (Swab Negative)
- 2.2 กรณีผลตรวจบวก (Swab Positive)
- 2.3 กรณีไม่สามารถตรวจได้ (Can't Swab) หรือ กรณีอยู่ระหว่างรอผลตรวจ (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 สีแดง

➡ ระดับที่ 3 สีเหลือง

🏥 ระดับแรก (สีเขียว)

คือ อาการเบื้องต้นของผู้ป่วยที่เริ่มติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีอาการเหมือนเป็นไข้หวัดปกติ หรือไม่มีอาการ

- ✓ ใช้ 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

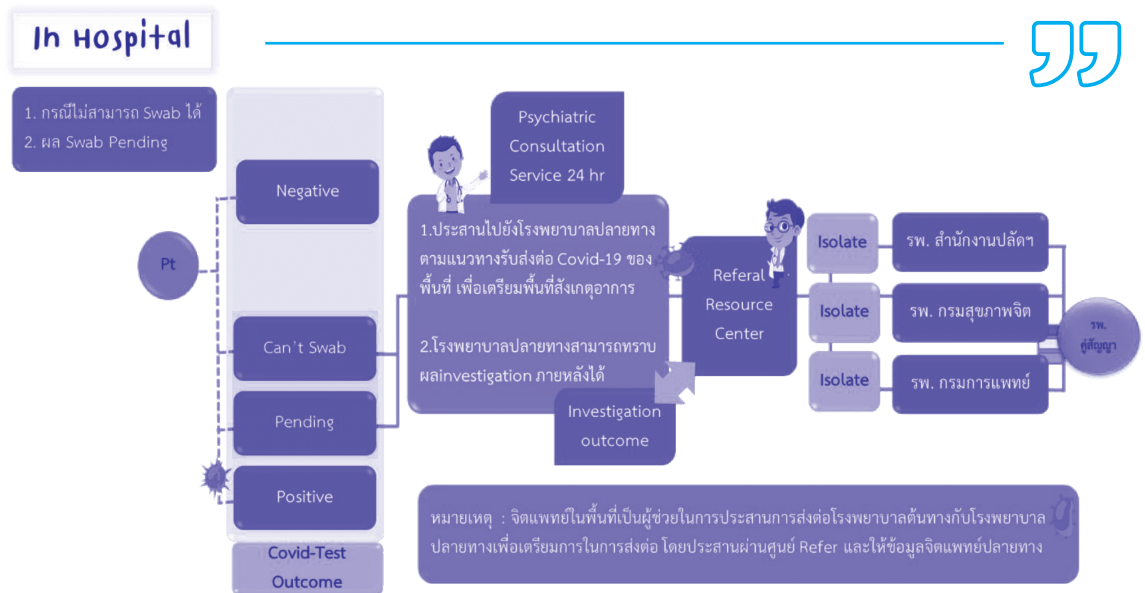
- ✓ หอบเหนื่อย พูดไม่เป็นประโยคขณะสนทนา
- ✓ แน่นหน้าอกตลอดเวลา หายใจแล้วเจ็บหน้าอก
- ✓ ซึม เรียกไม่รู้สีกตัว หรือตอบสนองช้า
- ✓ ปอดบวมที่มี Hypoxic หรือภาวะพร่องออกซิเจน

ที่มา : ศูนย์เฝ้าระวัง สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

หากจำเป็นจะต้องส่งต่อผู้ป่วยระดับสีเขียว คือกลุ่มอาการปกติไปยังโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์หรือกรมสุขภาพจิต จำเป็นต้องประสานโรงพยาบาลปลายทาง เพื่อประสานจิตแพทย์ผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งอาจเป็นจิตแพทย์ที่ดูแลในจังหวัดนั้น ให้เป็นผู้ช่วยในการประสานส่งต่อผู้ป่วยไปยังศูนย์ส่งต่อของโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์หรือกรมสุขภาพจิตปลายทาง เพื่อเตรียมการสำหรับการรับผู้ป่วย ที่โรงพยาบาลปลายทาง



กรณีผู้ป่วยระดับสีเหลืองและสีแดง ควรส่งต่อผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีแพทย์ระบบทางเดินหายใจร่วมกับมีบริการให้คำปรึกษา โดยมีจิตแพทย์ผู้ให้คำแนะนำในการปรับยาเพื่อควบคุมอาการระหว่างการรักษา และในกรณีผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เกิดอาการเปลี่ยนแปลง หากผู้ป่วยรักษาอยู่ในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์หรือกรมสุขภาพจิต มีความจำเป็นต้องถูกส่งต่อกลับมาที่โรงพยาบาลสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยทั้งนี้โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ และกรมสุขภาพจิต มีแนวทางในการส่งต่อกลับไปยังโรงพยาบาลคู่สัญญา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทางกายที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย



2.3 กรณีไม่สามารถตรวจได้ (Can't Swab)

หรือ กรณีอยู่ระหว่างรอผลตรวจ (Pending)

กรณีที่ไม่สามารถตรวจเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้หรือตรวจได้แต่อยู่ในระหว่างการรอผลตรวจ หากโรงพยาบาลต้นทางไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมหรือความรุนแรงของผู้ป่วยหรือไม่สามารถรอที่โรงพยาบาลต้นทางได้จำเป็นต้องส่งต่อ ซึ่งแพทย์โรงพยาบาลต้นทางสามารถประสานขอคำปรึกษาจากจิตแพทย์ผู้ให้คำปรึกษาภายในเขตสุขภาพ ในการประสานการส่งต่อข้อมูลไปยังโรงพยาบาลปลายทางเพื่อเตรียมความพร้อมในการส่งต่อ โดยประสานข้อมูลไปยังศูนย์ส่งต่อของโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์และกรมสุขภาพจิต ตามแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของพื้นที่ เพื่อเตรียมพื้นที่สำหรับสังเกตอาการ โดยสามารถส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาก่อนและส่งผลการตรวจตามไปภายหลัง ซึ่งในกรณีนี้ในระหว่างการส่งต่อควรมีมาตรการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อเป็นอย่างดี



➡ กระบวนการจำหน่ายผู้ป่วย (Post Hospital)

ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น โรงพยาบาลปลายทางวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน โดยประสานกลับมาที่โรงพยาบาลต้นทาง เพื่อตรวจสอบความพร้อมก่อนส่งกลับ เช่น ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19), ญาติผู้ป่วยอยู่ในระหว่างกักกันตัว หรือครอบครัวขาดความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย กรณีพบว่า มีความพร้อมสามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ตามปกติ โดยมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง หากกรณีตรวจพบว่ายังไม่มีความพร้อม เช่น พื้นที่ที่ผู้ป่วยอาศัยมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือมีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพ อาจมีการส่งข้อมูลผู้ป่วยกลับเพื่อยืดระยะเวลาในการรับการรักษา

➡ ข้อสังเกต/สิ่งที่ต้องประเมินก่อนส่งผู้ป่วยกลับบ้าน

1. ประเมินความพร้อมของครอบครัว ญาติ คนใกล้ชิด ในการดูแลผู้ป่วยโรคทางจิตเวช
2. สถานการณ์ปัญหาการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) บริเวณที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย หรือ ผู้ดูแลถูกกักตัวหรือไม่



<https://bit.ly/3hlvnml>

คลิป VDO เครือข่ายการส่งต่อ

- การส่งต่อแบบไร้รอยต่อ นาทีที่ 1:30
- ระบบภายในเขตสุขภาพ นาทีที่ 5:40
- แนวทางการรับส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตและสารเสพติด ในสถานการณ์ปกติ และสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) นาทีที่ 9:54



คลิป VDO ชุดความรู้สำหรับการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตและสารเสพติด

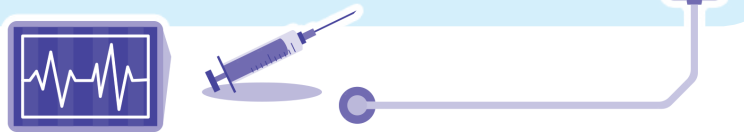


<https://moph.cc/g7hsekH8E>





ภาคผนวก





<https://moph.cc/HqgwB2F8F>



<https://moph.cc/5HtK7-ryg>



<https://moph.cc/dLWfPMBAW>



<https://moph.cc/vY3twaMQ6>



<https://moph.cc/QR9mCbNfY>



<https://moph.cc/7DqFsK1VU>





<https://moph.cc/6LDc1ihEb>



<https://moph.cc/-5UwSK-7N>



<https://moph.cc/i-BTvpy4n>



<https://moph.cc/RA48mjbvSP>



<https://1th.me/fCOo7>



<https://bit.ly/3wMjxaB>



กรมการแพทย์

https://moph.cc/z_iafwKq6

- ▶ แนวทางการรับส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตและสารเสพติดในสถานการณ์ปกติ
- ▶ แนวทางป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
- ▶ รายชื่อผู้ให้คำปรึกษาด้านยาเสพติดและสุขภาพจิต



กรมสุขภาพจิต

<https://moph.cc/Au3YuBF6U>

- ▶ แนวทางการรับส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตและสารเสพติดในสถานการณ์ปกติ และสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)



เอกสารอ้างอิง

1. คู่มือ MOPH ED. TRIAGE กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2561)
2. คู่มือการปฏิบัติงานทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต กรมสุขภาพจิต (2561)
3. คู่มือแนวทางการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
4. แนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อ และบูรณาการในพื้นที่
5. คู่มือการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการในพื้นที่
6. คู่มือการปฏิบัติงานทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจทุกระดับ ผู้ประสบภาวะวิกฤตในกรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19)
7. แนวทางการจัดบริการเพื่อรองรับผู้ป่วย โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) ของสถาบัน/โรงพยาบาลสังกัด กรมสุขภาพจิต ฉบับที่ 1/2563
8. คู่มือการดูแลผู้ป่วยที่เข้ายาและสารเสพติด ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (สำหรับสถานที่กักตัวของรัฐและโรงพยาบาลสนาม) สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
9. ตำราเวชศาสตร์ฉุกเฉินสำหรับผู้ปวยยาและสารเสพติด กรมการแพทย์ (2563)
10. รวมกฎหมายพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551
11. รวมกฎหมายยาเสพติด พร้อมด้วย กฎกระทรวง ระเบียบ ข้อบังคับ ที่เกี่ยวข้อง, สำนักงาน ปปส. กระทรวงยุติธรรม พ.ศ. 2563
12. คู่มือมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางยาเสพติด สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2561
13. คู่มือมาตรฐานรพพยาบาล กระบวนการปฏิบัติงาน เพื่อส่งต่อผู้ป่วยให้ปลอดภัย
14. คู่มือผู้เข้าอบรมหลักสูตรการเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิต สำหรับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข





รายนามผู้พัฒนาคู่มือแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิต และสารเสพติด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

1. นายแพทย์สกล	ด้านกักต	โรงพยาบาลชัยภูมิ
2. นายแพทย์ทัฬห	สัมพันธ์รักษ์	โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
3. แพทย์หญิงเนตรนภา	ภมระภา	โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
4. นางรัชดาวรรณ	จำหื่นไวย	โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
5. นางนรินทร์	โชติวางกุล	โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
6. นายแพทย์ธงชัย	เสรีรัตน์	โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
7. นายแพทย์เจริญชัย	ยุทธวาทย์	โรงพยาบาลมุกดาหาร
8. แพทย์หญิงกาญจนา	วงศ์ศิริ	โรงพยาบาลมหาสารคามศรีธรรมราช
9. นางสาวเขมิกาญจน์	ไพฑูรย์	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
10. นางนิตยา	ฤทธิศรี	โรงพยาบาลมหาสารคาม
11. นายเทอดศักดิ์	เนียมเปีย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก
12. นายเจริญชัย	แป้นฝ้าย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์
13. นายอนุชา	วรหาญ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี
14. นางสาวกฤษฎา	ตั้งสุวรรณศรี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี
15. นางจรรยาศรี	โคมพุดชา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
16. นางสาวพรพิมล	พรหมกัก	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
17. นายแพทย์ยุทธนา	สุริยะ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์
18. นายแพทย์สมชาย	ชมภูคำ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย
19. นางอาภรณ์	ภูมิ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
20. นายพิสิษฐ์กร	โพธิ์ศรี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
21. นางพิศมัย	รัตนเดช	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร
22. นางสาววรรณดี	ศุภวงศานนท์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
23. แพทย์หญิงอลิสรา	ยาณะสาร	กองสาธารณสุขฉุกเฉิน
24. นางณัฐธินา	รังสินธุ์	กองบริหารการสาธารณสุข
25. นางสาวกนกทิพย์	พัฒนา	กองบริหารการสาธารณสุข
26. นางสาวปวีตรา	ดอกแย้ม	กองบริหารการสาธารณสุข
27. นางสาวพิชญา	สุทธิวาริ	กองบริหารการสาธารณสุข
28. นางสาววิศรา	แสงทอง	กองบริหารการสาธารณสุข
29. นางสาวจิรภัทร์	เขียวมีมูล	กองบริหารการสาธารณสุข
30. นางสาวศศิประภา	พรหมด้วง	กองบริหารการสาธารณสุข

สังกัดกรมการแพทย์

1. นายแพทย์อังกูร	ภัทรการ	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
2. ดร.นันทา	ชัยพิชิตพันธ์	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
3. นางสาววัชร	มีศิลป์	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
4. นางระเบียบ	โตแก้ว	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
5. นางนันทนา	อินทรพรหม	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี



- | | |
|------------------------|------------------|
| 6. นางอมวาลี | กลั่นสุวรรณ |
| 7. นางสุภาวณีย์ | สายแสงทอง |
| 8. นางวันเพ็ญ | ใจปทุม |
| 9. นางนภัสสรณ์ | รังสิโรจน์ |
| 10. นางอรุณญา | แพจ้อย |
| 11. นายแพทย์อัครศักดิ์ | วิทยานุกุลลักษณ์ |
| 12. นายแพทย์อัศรพัฒน์ | เตชะราชกุล |
| 13. แพทย์หญิงนันทพร | บุรพาขจรพงษ์ |
| 14. นายฉลอง | ประสิทธิ์นุ้ย |

สังกัดกรมสุขภาพจิต

- | | |
|----------------------|-----------------|
| 1. นายแพทย์บุรินทร์ | สุรอรุณสัมฤทธิ์ |
| 2. นางกฤษณา | จันทร์ตรี |
| 3. นางวีณา | บุญแสง |
| 4. นางสาวพนิดา | สินาเวช |
| 5. นายแพทย์วิญญู | ชนะกุล |
| 6. นายแพทย์พงศ์กร | เล้งดี |
| 7. นางสาวกาญจนา | แสนรักษา |
| 8. นางสาวศิริพร | แห่งสันติเยะ |
| 9. นายก่อเกียรติ | อุเต็น |
| 10. นายบัณฑิตเดช | แก้วสุวรรณ |
| 11. นางสาววิมลวรรณ | คำลิม |
| 12. นายแพทย์ไพฑูรย์ | สมุทรสินธุ์ |
| 13. นายสัมพันธ์ | พัฒนศรี |
| 14. นายวงศ์พัทธ์ | บุญสง่า |
| 15. นายแพทย์ภาณุ | คุณฉายกร |
| 16. แพทย์หญิงมณีขวัญ | รุจิโรจน์สุวรรณ |
| 17. นางสาวพัชรี | วัฒนาเมธี |
| 18. แพทย์หญิงสายสุดา | สุพรรณทอง |
| 19. นางวรรณภา | ขวัญเมือง |
| 20. แพทย์หญิงกนกวรรณ | กิตติวัฒนากุล |
| 21. นายแพทย์วรท | ลำไย |
| 22. นายแพทย์อาทิตย์ | เล่าสู่อังกร |
| 23. นายณรงค์ | ตั้งวงศ์ |
| 24. นายพิทักษ์ | ภูศรีฤทธิ์ |
| 25. นายจิตกัณฑ์ | กมลรัตน์ |
| 26. นางสาวธีรภา | ธานี |
| 27. แพทย์หญิงสรสพร | จวงษ์ |
| 28. นางจุฑาทิพย์ | พลสวัสดิ์ |

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

- | | |
|---------------|----------|
| 1. นางพรทิพย์ | วชิรดิกล |
| 2. นางพัชรี | รณที |

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
โรงพยาบาลลัญญารักษ์เชียงใหม่
โรงพยาบาลลัญญารักษ์เชียงใหม่
โรงพยาบาลลัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน
โรงพยาบาลลัญญารักษ์ขอนแก่น
โรงพยาบาลลัญญารักษ์ปัตตานี
โรงพยาบาลลัญญารักษ์สงขลา

กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
สถาบันกัลยาณราชนครินทร์
สถาบันกัลยาณราชนครินทร์
โรงพยาบาลสวนปรุง
โรงพยาบาลสวนปรุง
โรงพยาบาลสวนปรุง
โรงพยาบาลศรีธัญญา
โรงพยาบาลศรีธัญญา
โรงพยาบาลศรีธัญญา
โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก
โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก
โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก
โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์
โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนครินทร์
โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชชนครินทร์
โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชชนครินทร์
โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชชนครินทร์
โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชชนครินทร์
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชชนครินทร์

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ



