

แนวทางการปฏิบัติงานของแพทย์
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

เอกสารภายในที่ถูกลควบคุม		
รหัสเอกสาร : S-MD-002	<input checked="" type="checkbox"/>	ต้นฉบับ
แก้ไขครั้งที่ : 02	<input type="checkbox"/>	สำเนาที่.....
ประกาศใช้ : 15 / 2 / 59		
จัดทำโดย	ทบทวนโดย	อนุมัติโดย
สอช/ สอช	นพ. นพ. นพ.	สอช

สารบัญ

หัวข้อเรื่อง	เอกสารหมายเลข
1. ข้อบ่งชี้ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน	2
2. แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน	3
3. ข้อบ่งชี้ในการรับผู้ป่วยไว้รักษา	4
4. ข้อบ่งชี้การส่งผู้ป่วยไปตรวจพิเศษต่างๆ	7
5. ข้อบ่งชี้ผู้ป่วยรับยาเดิม	9
6. ข้อบ่งชี้ผู้ป่วยรับยาใกล้บ้าน	10
7. แนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคทางกาย	11
8. เกณฑ์ในการประเมินความผิดปกติความเจ็บป่วยทางกาย	12
9. ข้อปฏิบัติในการตามแพทย์กรณีผู้ป่วยนอก ในเวลาราชการ	13
10. ข้อปฏิบัติในการตามแพทย์กรณีผู้ป่วยใน ในเวลาราชการ	14
11. เกณฑ์การรายงานอาการผู้ป่วยใน	15
12. เกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วย	16
13. ข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วยไฟฟ้า	17
14. ข้อบ่งชี้ในการจำหน่ายผู้ป่วย	18
15. แนวทางการปฏิบัติงานของแพทย์นอกเวลาราชการ	19
16. Criteria การนำ case เข้า conference	20
17. แนวทางการรักษาด้วยยาโคลซาพีน (Clozapine)	21
18. แนวทางการรักษาด้วยยาลิเทียม (Lithium)	22
19. แนวทางการรักษาผู้ป่วยที่ภาวะ Morbid obesity	23
20. อักษรย่อชื่อยาที่ใช้บ่อยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	24

กลุ่มงานการแพทย์

เอกสารหมายเลข 1

ข้อบ่งชี้ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน

ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน คือ ผู้ป่วยที่มีลักษณะดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง ก้าวร้าว ทำร้ายตัวเองหรือผู้อื่นและทำร้ายทรัพย์สิน เป็นที่เดือดร้อนแก่ญาติหรือบุคคลทั่วไป
2. ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างรวดเร็ว เช่น นั่งเฉยๆแล้วมีท่าทางอ่อนเพลียมากหรือตะโกนเสียงดังแล้วมีท่าที่อ่อนเพลียมาก
3. ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองอย่างเห็นได้ชัด
4. ผู้ป่วยไม่พูดหรือไม่ตอบคำถามใดๆและจะพยายามออกจากห้องปฏิบัติการพยาบาลหรือโรงพยาบาล หรือผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วย และไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
5. ผู้ป่วยที่มีอาการ Hyperventilation

ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ที่มีโรคแทรกซ้อนทางกายรุนแรง

เอกสารหมายเลข 1 เกณฑ์การคัดกรองโรคแทรกซ้อนทางกายรุนแรง : งานบริการ

ผู้ป่วยนอก

เกณฑ์การคัดกรองโรคแทรกซ้อนทางกายรุนแรง

ในกรณีที่สงสัยว่าผู้ป่วยอาจมีโรคแทรกซ้อนทางกายรุนแรง ให้ใช้เกณฑ์นี้คัดกรองเบื้องต้น เพื่อส่งต่อไปยังโรงพยาบาลฝ่ายกายได้ทันที

1. HT

- มีประวัติโรคความดันโลหิตสูง
ร่วมกับข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ข้อ
- แขนขาอ่อนแรง, เจ็บหน้าอก, หอบเหนื่อย, บวม, นอนราบกับพื้นไม่ได้
- วัด BP Systolic P \geq 180 , Diastolic P \geq 120
- มีอาการสับสน หรือซีม

2. ภาวะ Hypoglycemia (น้ำตาลในเลือดต่ำกว่าปกติ)

- มีประวัติโรคเบาหวาน
ร่วมกับข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ข้อ
- มีการเปลี่ยนแปลงของ conscious ชัดเจน
- เจาะ DTX $<$ 50 mg/dl

3. ภาวะ Diabetic ketoacidosis (น้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ)

- มีประวัติโรคเบาหวาน
ร่วมกับข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ข้อ
- ปวดท้อง หรือคลื่นไส้ อาเจียน
- หายใจหอบลึก
- มีลักษณะอาการของภาวะ Dehydration เช่น \uparrow BP \downarrow , P

4. Neurological system

ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ข้อ (ทั้ง 2 ภาวะ)

- Seizure : มีอาการชักเกร็ง กระตุก (GTCS) ติดต่อกันมากกว่า 2 ครั้ง ภายใน 24 ชั่วโมง
- Stroke : มีแขนขาอ่อนแรง ขยับไม่ได้เลยภายใน 24 ชั่วโมง
- ปวดศีรษะรุนแรง, อาเจียนพุ่ง
- หมดสติ , สับสน, ซีม
- Injury : มีประวัติ Head injury ร่วมกับมี Neurological Deficit
- มีประวัติ accident ร่วมกับมี Deformity Extremity

5. Cardiovascular and Respiratory system ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ข้อ

- เจ็บหน้าอกเฉียบพลันรุนแรง
- หายใจหอบเหนื่อย และนอนราบไม่ได้
- หมดสติ สับสน ซีม
- มีอาการเขียวปลายมือ, ปลายเท้า, ริมฝีปากชัดเจน
- บวมอย่างรุนแรง
- RR $>$ 40 ครั้ง/นาที
- มีการหายใจติดขัด , มีเสียงครืดคราดอย่างรุนแรง
- O₂ Sat \leq 95 %

แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน

1. ผู้ป่วยนอกทุกรายจะได้รับการประเมินโดยทีมพยาบาลผู้ป่วยนอกหากพบว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินตามเอกสารหมายเลข 1 ทีมจิตเวชฉุกเฉินจะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องจิตเวชฉุกเฉิน เพื่อให้การพยาบาลเบื้องต้น
 - a. หากผู้ป่วยมีสัญญาณชีพผิดปกติหรือหยุดหายใจ ทีมจิตเวชฉุกเฉินจะรายงานแพทย์ทันทีและดำเนินการปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยตามแนวทางการปฏิบัติการกู้ชีพ
 - b. กรณีผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่มีโรคแทรกซ้อนทางกายรุนแรง เอกสารหมายเลข 1 เพื่อส่งต่อไปยัง รพ.ฝ่ายกายทันที
 - c. กรณีที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ควบคุมตนเองไม่ได้จะจำกัดพฤติกรรมไว้ที่เตียงหรือเก้าอี้ผูกมัด โดยอธิบายให้ญาติทราบถึงความจำเป็นในการผูกมัดก่อนลงมือปฏิบัติ
2. OPD card ของผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินเร่งด่วนหรือฉุกเฉินรอได้จะได้รับการติดบัตรสีแดง และในผู้ป่วยที่ร่วมมือจะวัดสัญญาณชีพทุกราย
3. พยาบาลประเมินสภาวะฉุกเฉินทางกายและจิตเวช สังเกตอาการและซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจสอบอาวุธหรือสิ่งของที่จะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้ใกล้ชิด
4. รายงานแพทย์

กรณีที่ 1 ฉุกเฉินเร่งด่วน แพทย์ต้องมาตรวจภายใน 15 นาที ตั้งแต่เริ่มทำบัตรได้แก่ ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต ควบคุมตนเองไม่ได้ หงุดหงิดก้าวร้าว เอะอะอาละวาด ร้องโวยวาย เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายทั้งต่อตัวเองและผู้อื่น ผู้ป่วยทางกายที่มีสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง ซึ่งอันตรายต่อชีวิต ผู้ป่วยมีอาการเกร็งชักกระตุกถี่มาก หรือผู้ป่วยที่ต้องช่วยฟื้นคืนชีพอย่างเร่งด่วน เป็นต้น

กรณีที่ 2 ฉุกเฉินรอได้ เมื่อรายงานแพทย์ที่ห้องตรวจแล้วแพทย์อาจตรวจผู้ป่วยที่นั่งรออยู่หน้าห้องก่อนจึงไปตรวจที่ห้องฉุกเฉิน แต่แพทย์ต้องมาตรวจภายใน 28 นาที ตั้งแต่เริ่มทำบัตร ได้แก่ ผู้ป่วยทางจิตที่มีอาการสับสน งุนงง เดินไปมาแต่พอควบคุมได้ หรือจำกัดพฤติกรรมไว้แต่ไม่รุนแรง หรือผู้ป่วยที่ใส่กุญแจมือมาไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว และผู้ป่วยทางกาย มีภาวะแทรกซ้อนทางกายชัดเจน เช่น มีไข้ แต่สัญญาณชีพอื่นไม่เปลี่ยนแปลง อ่อนเพลียไม่มีแรงต้องนอนบนรถนอน เป็นต้น
5. แพทย์ทำการตรวจและสั่งการรักษาต่อไป

ข้อบ่งชี้ในการรับผู้ป่วยไว้รักษา

1. เป็นโรคทางจิตเวช
2. ไม่มีภาวะฉุกเฉินของโรคทางฝ่ายกาย (Medical illness) หรือภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชที่จำเป็นต้องให้การดูแลโดยแพทย์ทางฝ่ายกายร่วมด้วย เช่น ผู้ป่วยกินสารพิษเพื่อฆ่าตัวตายที่ต้องให้การช่วยชีวิตเบื้องต้นก่อน และ ผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การคัดกรองโรคแทรกซ้อนทางกายรุนแรงเอกสารหมายเลข 1
3. มีลักษณะที่เข้าได้กับข้อหนึ่งข้อใดดังต่อไปนี้
 - มีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายหรือฆ่าผู้อื่น (Suicide or homicide)
 - ไม่สามารถที่จะดูแลความต้องการขั้นพื้นฐานของตนเองได้ ซึ่งเกิดขึ้นจากสาเหตุของโรคทางจิตเวช เช่น ไม่กินอาหาร ไม่สนใจดูแลตนเอง แต่งตัวสกปรกรูปร่าง
 - มีภาวะขาดน้ำหรือขาดอาหารอย่างรุนแรง ที่จำเป็นต้องให้การดูแลรักษาอาการทางจิตให้ดีขึ้นพร้อมไปกับการให้การช่วยเหลือทางฝ่ายกาย
 - ไม่มีญาติหรือคนใกล้ชิดที่จะดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้
 - ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา และจำเป็นต้องให้การรักษาด้วยไฟฟ้า
 - การวินิจฉัยโรคไม่แน่นอน
 - มีอาการก้าวร้าว อละวาดรุนแรง ซึ่งก่อให้เกิดผลเสียหรือเป็นอันตรายต่อร่างกายเกิดความเสียหายในด้านสังคมและหน้าที่การงาน
 - ศาลมีคำสั่งให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ข้อปฏิบัติในการตรวจกรณีผู้ป่วยนอก ในเวลาราชการ

1. แพทย์ที่ตรวจภาคเช้าให้รับผิดชอบตรวจผู้ป่วยของตนเองที่ลงทะเบียนภายใน 12.00 น.
2. แพทย์ที่ตรวจภาคบ่ายให้รับผิดชอบตรวจผู้ป่วยที่ลงทะเบียนตั้งแต่ 11.31-16.00 น.
3. หากแพทย์ที่ตรวจภาคเช้าออกตรวจจนถึงเวลา 12.00 น. แต่ยังมีผู้ป่วยที่ยังค้างประวัติไม่ได้ (แต่ลงทะเบียนภายใน 11.30 น.) แพทย์ท่านนั้นต้องรับผิดชอบผู้ป่วยของตนเองโดยมาตรวจภาคบ่ายต่อจนเสร็จ

หมายเหตุ : ผู้ป่วยที่ลงทะเบียนหลัง 16.00 น. ให้ถือเป็นความรับผิดชอบของแพทย์เวรนอกเวลา

ข้อบ่งชี้การส่งผู้ป่วยไปตรวจพิเศษต่างๆ

การตรวจทางจิตวิทยา

1. กรณีที่ยังไม่สามารถให้คำวินิจฉัยที่แน่นอน (Definite diagnosis) ได้ จากการซักประวัติ ตรวจร่างกายและตรวจสภาพจิต
2. ตรวจระดับเซาว์นปัญญา เพื่อเป็นแนวทางในการวินิจฉัย การรักษา การจัดสิ่งแวดล้อม หรือชั้นเรียนที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย
3. ตรวจพยาธิสภาพทางสมอง ซึ่งอาจจะเกี่ยวข้องกับอาการแสดงทางจิตเวช เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดต่างๆ เป็นต้น
4. ตรวจเพื่อศึกษาถึงพฤติกรรม บุคลิกภาพ การปรับตัว สภาพอารมณ์ กลไกการป้องกันตนเองของผู้ป่วย สภาพทางจิตในปัจจุบัน ปมขัดแย้งในใจ
5. เพื่อเป็นแนวทางในการบำบัดรักษาทางจิตวิทยา
6. เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการออกใบรับรองแพทย์ให้กับผู้ป่วยหรือญาติตามแต่กรณีที่ต้องการ เช่น ใบรับรองเซาว์นปัญญา ใบรับรองการเจ็บป่วย
7. ตรวจเพื่อเป็นหลักฐานประกอบคดี

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1. ตรวจเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค
2. ส่งตรวจเพื่อเป็นหลักฐานหรือข้อมูลประกอบการตรวจวินิจฉัยโรค กรณีมีการวินิจฉัยแยกโรคหลายโรค
3. เพื่อติดตามผลการรักษา กรณีที่ได้ให้การรักษาไปแล้ว และต้องติดตามความก้าวหน้าของการรักษา
4. เพื่อตรวจเช็คสุขภาพประจำปี เช่น ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด เป็นต้น
5. การตรวจ CBC ก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT)
6. การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อเป็นพื้นฐาน และกำกับติดตามผลข้างเคียงของยา ขณะที่รับประทานยา เช่น ยา Clozapine

การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

1. ส่งตรวจเพื่อเป็นหลักฐานหรือข้อมูลประกอบการตรวจวินิจฉัยโรค
2. เพื่อติดตามผลการรักษา กรณีที่ได้ให้การรักษาไปแล้ว และต้องติดตามความก้าวหน้าของการรักษา
3. ส่งตรวจตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ≥ 60 ปี
4. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT)
5. เพื่อตรวจเช็คสุขภาพประจำปี เช่น ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจในผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป

การตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง

1. ส่งตรวจเพื่อเป็นหลักฐานหรือข้อมูลประกอบการตรวจวินิจฉัยโรค
2. เพื่อติดตามผลการรักษา กรณีที่ได้ให้การรักษาไปแล้ว และต้องการติดตามความก้าวหน้าของการรักษา

การตรวจทางรังสี

1. ตรวจเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค
2. กรณีที่ยังไม่สามารถให้คำวินิจฉัยที่แน่นอน (Definite diagnosis) ได้ หรือมีการวินิจฉัยแยกโรคหลายโรค แพทย์ต้องการตรวจเพื่อแยกโรคต่างๆโดยใช้ผลการตรวจทางรังสีเป็นหลักฐานประกอบ
3. เพื่อติดตามผลการรักษา กรณีที่ได้ให้การรักษาไปแล้ว และต้องติดตามความก้าวหน้าของการรักษา
4. ส่งตรวจตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ≥ 60 ปี
5. การตรวจทางรังสี ได้แก่ Chest X-Ray , T-L spine ก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้า
6. เพื่อตรวจเช็คสุขภาพประจำปี เช่น ตรวจเอ็กซเรย์ปอดประจำปี

ข้อบ่งชี้การส่งผู้ป่วยไปบริการคลินิกพิเศษต่างๆ

บริการคลายเครียด

1. ไม่มีอาการของโรคจิตและไม่ได้อยู่ในภาวะฉุกเฉิน ซึ่งกำหนดไว้ในข้อบ่งชี้ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (เอกสารหมายเลข 1)
2. มีอาการของความเครียด ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้
 - ทางกาย : ปวดศีรษะ ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว การย่อยอาหารไม่ปกติ ปากแห้ง
 - ทางอารมณ์และจิตใจ : หงุดหงิดง่าย ฝันร้าย วิตกกังวล เศร้า เบื่อหน่าย หว่นไหว้ง่าย ตัดสินใจลำบาก ลืมง่าย มองโลกในแง่ร้าย
 - ทางพฤติกรรม : ตีมีจัด สุกดิบหรือจัด นอนไม่หลับ หลงลืมง่าย ไม่มีสมาธิ
3. อาการเหล่านี้ไม่ได้มีสาเหตุจากโรคทางกาย
4. ผู้ป่วยยอมรับว่าอาการเหล่านี้เกิดจากความเครียด และยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษา

บริการให้คำปรึกษา

1. ไม่มีอาการของโรคจิตและไม่ได้อยู่ในภาวะฉุกเฉิน ซึ่งกำหนดไว้ในข้อบ่งชี้ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (เอกสารหมายเลข 1)
2. มีอาการของความเครียด ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้
 - ทางกาย : ปวดศีรษะ ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว การย่อยอาหารไม่ปกติ ปากแห้ง
 - ทางอารมณ์และจิตใจ : หงุดหงิดง่าย ฝันร้าย วิตกกังวล เศร้า เบื่อหน่าย หว่นไหว้ง่าย ตัดสินใจลำบาก ลืมง่าย มองโลกในแง่ร้าย
 - ทางพฤติกรรม : ตีมีจัด สุกดิบหรือจัด นอนไม่หลับ หลงลืมง่าย ไม่มีสมาธิ
3. อาการเหล่านี้ไม่ได้มีสาเหตุจากโรคทางกาย
4. อาการเหล่านี้เกิดขึ้นเนื่องจากปัญหาการปรับตัวต่อสภาพการเปลี่ยนแปลงต่างๆในชีวิตของผู้ป่วยซึ่งการพูดคุยให้คำปรึกษาเพื่อแก้ไขปัญหา จะมีส่วนช่วยให้เกิดแนวทางในการปรับตัวของผู้ป่วย
5. ผู้ป่วยยอมรับว่าอาการเหล่านี้เกิดจากปัญหาสุขภาพจิต และยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษา
6. การให้คำปรึกษาก่อนและหลังการตรวจ HIV

บริการคลินิกนิติจิตเวช

1. แพทย์ส่งผู้ป่วยตรวจหรือรับคำแนะนำเพื่อออกใบรับรองแพทย์ทางจิต ใบรับรองการป่วย
2. ส่งผู้ป่วยและญาติไปปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาทางคดี

ข้อบ่งชี้ผู้ป่วยรับยาเดิม

ผู้ป่วยรับยาเดิม หมายถึง ผู้ป่วยที่มาใช้บริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่มีอาการดีขึ้นตามความเห็นของแพทย์ผู้รักษาและเป็นที่พึงพอใจของญาติ และมีกรตกลงร่วมกันระหว่างแพทย์ผู้รักษาและผู้ป่วยหรือญาติในการเข้ารับบริการรับยาเดิม โดยต้องมีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ในข้อบ่งชี้ผู้ป่วยรับยาเดิม

ผู้ป่วยรับยาเดิม ต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่มาใช้บริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
2. หลังจากได้รับการตรวจรักษา มีอาการดีขึ้นตามความเห็นของแพทย์ผู้รักษาและเป็นที่พึงพอใจของผู้ป่วยหรือญาติ
3. มารับบริการตรวจรักษาติดต่อกันตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป
4. ไม่มีอาการแทรกซ้อนหรือผลข้างเคียงของยาเกิดขึ้น ก่อนจะเข้ารับบริการยาเดิม
5. แพทย์และผู้ป่วยหรือญาติมีความเห็นพ้องกันในการเข้ารับบริการรับยาเดิม
6. กรณีเป็นผู้ป่วยในที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต้องมีการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องที่แผนกผู้ป่วยนอก 1 ครั้งขึ้นไป
7. ผู้ป่วยที่ขาดการติดต่อกับทางโรงพยาบาลเกินกว่า 6 เดือนขึ้นไป หรือมีอาการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมต้องเข้าพบแพทย์ก่อน เพื่อพิจารณาการรับยาเดิม
8. ไม่อนุญาตให้ผู้ป่วยที่ได้รับยา Lithium carbonate Carbamazepine และ Clozapine รวมถึงยาฝ่ายกายอื่นๆ เช่น ยาลดความดัน ยารักษาโรคเบาหวาน
9. ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับอนุญาตให้ได้รับยาเดิม สามารถรับยาได้ครั้งละไม่เกิน 2 เดือน
10. ผู้ป่วยที่ครบกำหนดพบแพทย์ ต้องมาพบแพทย์เพื่อประเมินอาการหรือปรับเปลี่ยนการรักษาและลงคำสั่งอนุญาตให้รับยาเดิมต่อไป
11. ในแฟ้มประวัติหรือในระบบออนไลน์ของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการยาเดิม ต้องมีคำสั่งอนุญาตให้รับยาเดิมได้ มีบันทึกการวินิจฉัยครั้งสุดท้าย บันทึกชื่อยาที่จะให้ผู้ป่วยรับบริการยาเดิมทุกตัวและแพทย์ลงลายมือชื่อกำกับ
12. กรณีผู้ป่วยหรือผู้รับบริการต้องการพบแพทย์เพื่อปรึกษาเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย หากแพทย์มิได้เปลี่ยนแปลงการรักษา ให้คงคำสั่งการรับยาเดิมไว้ต่อไปจนครบกำหนดเดิม โดยไม่ต้องส่งพบแพทย์อีก
13. กรณีผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการแทนมาขอรับยาเดิมก่อนที่จะถึงกำหนดรับยาครั้งต่อไปด้วยเหตุผลใดๆก็ตาม หรือมีกรณีอื่นที่ไม่ได้อยู่ในเงื่อนไขที่กำหนดดังกล่าวข้างต้น ต้องพบแพทย์เพื่อพิจารณา
14. ผู้ป่วยทุกรายที่รับยาเดิมจะได้รับการประเมินอาการโดยพยาบาลก่อนจ่ายยา

ข้อบ่งชี้ผู้ป่วยรับยาใกล้บ้าน

ผู้ป่วยรับยาใกล้บ้าน หมายถึง ผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่มีอาการดีขึ้นตามความเห็นของแพทย์ผู้รักษาและเป็นที่พึงพอใจของญาติ และมีการตกลงร่วมกันระหว่างแพทย์ผู้รักษาและผู้ป่วยหรือญาติในการไปรับยาที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน

ผู้ป่วยรับยาใกล้บ้าน โดยต้องมีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
2. หลังจากได้รับการตรวจรักษา มีอาการดีขึ้นตามความเห็นของแพทย์ผู้รักษาและเป็นที่พึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ
3. มารับบริการตรวจรักษาติดต่อกันตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป
4. ไม่มีอาการแทรกซ้อนหรือผลข้างเคียงของยาเกิดขึ้น ก่อนจะส่งผู้ป่วยไปรับยาที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน
5. แพทย์และผู้ป่วยหรือญาติมีความเห็นพ้องกันในการกลับไปรับยาใกล้บ้าน
6. หากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ให้เป็นดุลยพินิจของแพทย์ประจำสถานพยาบาลใกล้บ้านของผู้ป่วยนั้นเป็นผู้ดูแล หรือตัดสินใจส่งกลับมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
7. ในแฟ้มประวัติหรือในระบบออนไลน์ของผู้ป่วยที่จะไปรับยาใกล้บ้าน แพทย์ต้องลงคำสั่งอนุญาตให้รับยาใกล้บ้านได้ ต้องมีบันทึกการวินิจฉัยครั้งสุดท้าย บันทึกชื่อยาที่จะให้ผู้ป่วยรับยาที่สถานพยาบาลใกล้บ้านทุกตัวและแพทย์ลงลายมือชื่อกำกับ

แนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคทางกาย

1. ผู้ป่วยทุกรายจะผ่านการประเมินภาวะเจ็บป่วยทางกายโดยแพทย์ พยาบาลและวัตถุประสงค์
2. ถ้าพบว่ามีอาการเจ็บป่วยทางกายที่รุนแรง จะดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่นเพื่อให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป
3. ในกรณีที่พบอาการเจ็บป่วยในภายหลังจากการได้รับการรักษาในโรงพยาบาลและมีอาการทางกาย รุนแรงจะดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยโดยเร็วที่สุด หรือผู้ป่วยที่อาการทางกายไม่รุนแรงจะดำเนินการส่งปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
4. สำหรับผู้ป่วยในจะมี เกณฑ์ในการประเมินความผิดปกติความเจ็บป่วยทางกาย (ตามเอกสาร หมายเลข 11) หากพบว่ามีผิดปกติ ให้รายงานแพทย์ทันที
5. กรณีผู้ป่วยในมีการวัตถุประสงค์และมีตารางการบันทึกตลอดการอยู่รักษาในโรงพยาบาล

เกณฑ์ในการประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกาย

1. สัญญาณชีพ ผิดปกติ ได้แก่
 - อุณหภูมิกายมากกว่าหรือเท่ากับ 38°C
 - ชีพจรน้อยกว่า 60 ครั้งต่อนาที หรือมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที
 - ความดันโลหิตน้อยกว่า 90/60 mmHg หรือมากกว่า 140/90 mmHg
 - อัตราการหายใจน้อยกว่า 15 ครั้งต่อนาที หรือมากกว่า 24 ครั้งต่อนาที
2. สติสัมปชัญญะเปลี่ยนแปลงไป ,สับสน ,ซึม (ให้ประเมิน GCS ถ้า น้อยกว่าหรือเท่ากับ 13 ให้รายงานทันที)
3. อุบัติเหตุ ,บาดแผล ,บาดเจ็บ
4. อาการปวดเฉียบพลัน รุนแรง
5. ความผิดปกติในเรื่องการขับถ่าย
6. การเปลี่ยนแปลงระดับการมองเห็น
7. มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน
8. เดินเซ ,อ่อนแรง
9. มีผื่นคัน ,จุดจ้ำเลือด
10. ปัสสาวะไม่ออก ปัสสาวะแสบขัด
11. มีเลือดออกผิดปกติ
12. ชัก
13. ตาเหลือง ตัวเหลือง
14. อาการผิดปกติอื่นๆ เช่น ขาดน้ำ ขาดอาหาร เป็นต้น
15. Lab ผิดปกติ

ข้อปฏิบัติในการตามแพทย์กรณีผู้ป่วยนอก ในเวลาราชการ

- First line : ให้ดำเนินการตามแพทย์เจ้าของไข้หรือผู้ที่สั่งการรักษา
- Second line : กรณีที่ได้ดำเนินการตามข้อ 1.แล้วแต่ตามแพทย์ไม่ได้และจำเป็นต้องแก้ไข คำสั่งการรักษาหรือต้องดำเนินการใดๆต่อ ให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องบันทึกลงใน OPD card หรือใบที่มีรายการยาที่แพทย์ท่านนั้นมีคำสั่งรักษามาในครั้งแรก (กรณีเจ้าหน้าที่เป็นเภสัชกร) ว่ามีปัญหาอย่างไรที่ต้องการแก้ไขและได้ทำการตามแพทย์เจ้าของไข้แล้วเมื่อเวลาใดแต่ไม่สามารถตามได้ จากนั้นให้รายงานแพทย์ที่เป็น second line

ช่วงบ่ายนับตั้งแต่ 12.00 -16.30 น.

แพทย์ผู้รับผิดชอบคือแพทย์ที่ออก OPD ช่วงบ่ายคู่กัน

ข้อปฏิบัติในการตามแพทย์กรณีผู้ป่วยใน ในเวลาราชการ

1. การรายงาน case ผู้ป่วยในให้รายงานแพทย์เจ้าของไข้เป็นอันดับแรก ไม่ว่ากรณีใด (ลาป่วย ลาพักผ่อน ไปราชการ) หากโทรศัพท์ภายในรพ.ไม่พบให้ตามโดยโทรศัพท์มือถือ
- ยกเว้น - ไปต่างประเทศหรือภาวะฉุกเฉิน ให้รายงาน buddy
- แพทย์ที่ติดภารกิจหรือไม่สามารถรับรายงาน ได้มอบหมายแพทย์ท่านอื่น เพื่อดูแลผู้ป่วยแทน และแพทย์ได้โทรแจ้งพยาบาลหอผู้ป่วยใน และพยาบาลผู้ป่วยนอกแล้ว กรณีนี้พยาบาลสามารถรายงานแพทย์ที่ได้รับมอบหมายโดยตรง

<u>กลุ่มที่ 1</u>	แบ่งเป็น	1.1 พญ.กนกวรรณ - พญ.สิริกุล
		1.2 นพ.อิทธิชัย - นพ.ศักรินทร์ - นพ.พีระ
<u>กลุ่มที่ 2</u>	แบ่งเป็น	2.1 พญ.นันทน์ภัสร์ - นพ.วรสรรพ
		2.2 นพ.ณสมพล - พญ.โชติมา - นพ.วีรชมา

First line : รายงานแพทย์ที่เป็นคู่ buddy ย่อย (1.1, 1.2)

Second line : ให้รายงานแพทย์ที่อยู่ในกลุ่มเดียวกัน เช่น กลุ่มที่ 1 หากตามแพทย์กลุ่ม 1.1 ไม่ได้ทั้งสองคนให้รายงานแพทย์ในกลุ่ม 1.2 คนใดคนหนึ่งหรือทั้งสองคน

Third line : กรณีที่ไม่สามารถติดต่อแพทย์ในกลุ่มเดียวกันทั้ง 4 หรือ 6 ท่านได้ ให้รายงานประธานกลุ่มงานการแพทย์ (พญ. กนกวรรณ) , รองผู้อำนวยการฯ (พญ. กนกวรรณ) และผู้อำนวยการ ฯ ตามลำดับ

เกณฑ์การรายงานอาการผู้ป่วยใน

1. ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง ก้าวร้าว เอะอะ โวยวาย เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และ สิ่งแวดล้อม
2. ผู้ป่วยที่มีอาการที่เกิดจากผลข้างเคียงของยาจิตเวชที่ได้รับ ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน เช่น ตัวแข็ง ตาเหลือกค้าง พูดลำบาก น้ำลายไหล คอบิด หน้าแดง เดินไม่ได้ เป็นต้น
3. ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว หรือภาวะแทรกซ้อนทางกาย
4. ผู้ป่วยมีอาการที่เข้าได้กับเกณฑ์ในการประเมินความผิดปกติความเจ็บป่วยทางกาย(ตามเอกสาร หมายเลข 11)
5. ผู้ป่วยหลบหนี
6. ผู้ป่วย หรือญาติต้องการพบแพทย์
7. ผู้ป่วยที่ไม่รับประทานอาหารหรือน้ำเป็นเวลาเกิน 12 ชม.

เกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วย

1. กรณีอาการทางจิตสงบ ไม่มีภาวะรุนแรง

กรณีที่ผู้ป่วยสามารถไปรับการรักษาต่อยังหน่วยงานอื่น เช่น โรงพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลชุมชนที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้ และผู้ป่วยสะดวกในการไปรับยาต่อเนื่อง

2. กรณีที่อาการทางจิตยังไม่ทุเลา

2.1 ผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคทางกายร่วมกับอาการทางจิตเวช หรือมีปัญหาโรคทางกายเกิดขึ้นระหว่างเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งสมควรได้รับการตรวจวินิจฉัยและให้การดูแลรักษาจากแพทย์ผู้มีความชำนาญกว่า

2.2 กรณีที่ต้องมีการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการบางประเภท หรือต้องการรักษาเพิ่มเติม ซึ่งไม่สามารถกระทำได้ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

หมายเหตุ ทั้งนี้การพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยจะขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยเป็นสำคัญ

ข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วยไฟฟ้า

การรักษาด้วยไฟฟ้ามักใช้ในผู้ป่วยโรคทางจิตเวชที่มีอาการรุนแรงมาก มีปัญหาในการให้ยา หรือรักษาด้วยวิธีการอื่นไม่ได้ผลและมีปัญหาแทรกซ้อนต่างๆดังโรคต่อไปนี้

1. Mood disorders

1.1 Major depressive disorder ผู้ป่วยมีอาการเศร้าอย่างมาก ถึงขนาดคิดฆ่าตัวตาย หรือมีอาการรุนแรง เช่น แยกตัวไม่กินอาหาร น้ำหนักลดอย่างมาก มีปัญหาการนอน ร้องไห้ไม่หยุด หรือ ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา เป็นต้น

1.2 Bipolar disorder กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงทั้งช่วงที่เป็น depressive episode หรือ manic episode และต้องการให้สงบโดยเร็ว ซึ่งหากรอผลการรักษาด้วยยาจะ ไม่ทันการณ์ หรือ ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา

2. Schizophrenia ใน Catatonic type หรือผู้ป่วยที่มีอาการก้าวร้าวรุนแรงที่ต้องการให้สงบ โดยเร็ว หรือถ้าเป็น Chronic schizophrenia ควรทำ ECT ร่วมกับการรักษาด้วยยา

3. Schizoaffective disorders ที่มีอาการรุนแรง หรือ ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา

4. Obsessive compulsive disorder ในกรณีที่รุนแรงจนรบกวนผู้ป่วยมากและอยู่ระหว่าง รอผลการรักษาด้วยยาหรือผลของ behavior therapy หรือกรณีที่รักษาด้วยวิธีต่างๆแล้วไม่ ดีขึ้น

ข้อห้ามในการรักษาด้วยไฟฟ้า

- ไม่มี absolute Contraindication

โรคหรืออาการที่ควรระวังเป็นพิเศษ

- การตั้งครรภ์ สามารถทำได้โดยไม่ต้องมี fetal monitoring ยกเว้นเป็น High Risk pregnancy หรือมี complication
- Space Occupying CNS lesion
- มีภาวะ Increased Intracranial pressure หรือเสี่ยงต่อ Cerebral bleeding
- Recent Myocardial infarction ควรรอให้อาการดีขึ้น ประมาณ 3 เดือน เพื่อลดความเสี่ยง
- Hypertension ควรให้ยาลดความดัน จนความดันปกติ จึงค่อยทำ ECT
- โรคปอด
- โรคเกี่ยวกับกระดูกและข้อ

Mortality

- 0.002% ECT death ส่วนใหญ่เกิดจากความผิดปกติของระบบหัวใจ และหลอดเลือด

ข้อบ่งชี้ในการจำหน่ายผู้ป่วย

ต้องมีลักษณะที่เข้ากับข้อบ่งชี้กรณีใดกรณีหนึ่งต่อไปนี้

กรณีที่ 1

เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะเรงต์ว่นทางกายที่รุนแรงและอาจมีอันตรายถึงชีวิต หากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมและทันท่วงที ซึ่งจำเป็นต้องส่งต่อไปรักษายังโรงพยาบาลฝ่ายกาย

กรณีที่ 2

เป็นผู้ป่วยทั่วไปและไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางกายที่รุนแรง

1. ต้องมีอาการเข้าได้กับทุกข้อต่อไปนี้

1.1 อาการสงบ ไม่มีอาการกำเริบซ้ำซึ่งเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น และควบคุมความ ต้องการของตนเองได้

1.2 อาการทางจิตทุเลา เช่น อาการหลงผิดหรือประสาทหลอนทุเลา

1.3 มีอารมณ์คงที่พอสมควร ไม่มีการผันแปรของอารมณ์ ทั้งอารมณ์เศร้าและอารมณ์รื่นเริง หรือหงุดหงิดเกินปกติ

1.4 ไม่มีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายหรือฆ่าผู้อื่น

1.5 สามารถดูแลความต้องการขั้นพื้นฐานของตนเองได้ เช่น กินอาหาร อาบน้ำ แต่งตัวได้ด้วยตนเอง

2. มีญาติมารับ หรือกรณีไม่มีญาติมารับต้องเป็นผู้ป่วยที่ญาติขาดการติดต่อกันเกิน 2 เดือน ในกรณีนี้ผู้ป่วยต้องมีการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมดีพอที่จะกลับบ้านเองได้ หรือเป็นผู้ป่วยที่นักสังคมสงเคราะห์ให้ความร่วมมือในการส่งกลับบ้าน

กรณีที่ 3

เป็นผู้ป่วยที่หลบหนีออกจากโรงพยาบาลและไม่สามารถตามตัวกลับมาได้ภายใน 1 วัน

กรณีที่ 4

เป็นผู้ป่วยที่ญาติและผู้ป่วยไม่สมัครใจอยู่รักษา แม้ว่าจะได้รับคำแนะนำที่เหมาะสมแล้วและต้องยินยอมลงชื่อในแบบฟอร์มไม่ยินยอมอยู่รักษา

แนวทางการปฏิบัติงานของแพทย์นอกเวลาราชการ

เพื่อให้การปฏิบัติงานนอกเวลาราชการองค์กรแพทย์ดำเนินไปอย่างเรียบร้อย มีประสิทธิภาพ จึงข้อกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานเพื่อให้เป็นแนวทางเดียวกันดังนี้
บริการผู้ป่วยนอก

1. พิจารณาตรวจรักษาผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ส่วนกรณีอื่นๆให้แพทย์ผู้อยู่เวรพิจารณาเป็นรายๆไป
2. ให้บริการตรวจรักษาโดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจสภาพจิตตามความเหมาะสมและรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในหากมีข้อบ่งชี้ตามที่ได้กำหนดไว้
3. กรณีรับไว้รักษา ให้บันทึกข้อมูลในใบตรวจรักษา ใบบันทึกประวัติการตรวจร่างกาย การตรวจสภาพจิต ใบสั่งการรักษาให้ครบถ้วน
4. กรณีไม่ได้รับไว้รักษา แพทย์ให้การตรวจรักษาแล้วบันทึกข้อมูลในใบตรวจรักษาหรือในระบบออนไลน์ และนัดตรวจติดตามอาการตามความเหมาะสมในวันราชการต่อไป
5. ให้บริการงานของศูนย์วิกฤตสุขภาพจิต โดยการให้คำปรึกษาหรือออกปฏิบัติงานนอกโรงพยาบาลตามที่กำหนด
6. หากจำเป็นต้องส่งต่อไปรักษายังโรงพยาบาลฝ่ายกาย ให้เขียนบันทึกรายละเอียดในใบส่งต่อเพื่อการรักษา (refer) ไปกับผู้ป่วยด้วย
7. การตามแพทย์จะตามแพทย์ที่รับผิดชอบโดยตรง หากตามไม่ได้จะตามแพทย์คู่เวร ตัวอย่างเช่น
 - มีการรายงานผู้ป่วยใน จะ ตามแพทย์เวรใน 1 ก่อน หากตามไม่ได้ ลำดับต่อไปจะตามแพทย์เวรนอก หากตามไม่ได้จะตามแพทย์เวรใน 2
 - มีการรายงานผู้ป่วยนอกฉุกเฉิน จะตามแพทย์เวรนอกก่อน หากตามไม่ได้ ลำดับต่อไปจะตามแพทย์เวรใน 1 หากตามไม่ได้จะตามแพทย์เวรใน 2

Criteria การนำ case เข้า conference

1. อุบัติการณ์ ระดับ G-I
2. ผู้ป่วยที่ Refer ภายใน 24 ชั่วโมงหลัง Admit
3. ผู้ป่วยมีปัญหาทางกายรุนแรง เช่น
 - ไข้เกิน 39 องศาเซลเซียส
 - ชัก
 - หมดสติ
 - CVA
 - Delirium due to general medical condition
 - Chicken pox
 - Pulmonary TB, pneumonia
 - AIDs
4. ผู้ป่วยมีผลข้างเคียงจากการใช้ยารุนแรง เช่น
 - Lithium intoxication (moderate to severe)
 - febrile neutropenia
 - Steven Johnson syndrome
 - มีอาการแพ้ยารุนแรง
5. ผู้ป่วย admit นานเกิน 3 เดือน
6. ผู้ป่วยหลบหนี
7. ผู้ป่วยทำร้ายเจ้าหน้าที่ (moderate to severe)
8. ผู้ป่วยทำลายทรัพย์สินของโรงพยาบาล (moderate to severe)
9. ผู้ป่วยพยายาม suicide ขณะ admit ในโรงพยาบาล
10. ผู้ป่วยที่อาการทางจิตไม่สงบภายใน 1 เดือน

แนวทางการใช้ยาโคลซาพิน (Clozapine)

ข้อบ่งใช้ของโคลซาพิน

1. Psychotic disorders

ได้แก่ ผู้ป่วย Schizophrenia และ Schizoaffective disorder ที่มีลักษณะเข้ากับข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้

- ดื้อต่อการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตกลุ่มเดิม (Resistant to conventional antipsychotics)
- ไม่สามารถทนต่อผลข้างเคียงด้าน Extrapyrimal side effect
- เกิด Tardive dyskinesia จากยาต้านโรคจิตกลุ่มเดิม

2. Bipolar disorders

ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยดื้อต่อการรักษาด้วยวิธีอื่น (Refractory bipolar disorder) โดยใช้เป็นยาเสริมร่วมกับ mood stabilizers

3. Dementia

ใช้ในผู้ป่วยสมองเสื่อม (Dementia) ที่มีอาการรบกวนว้าวุ่นหรือมีอาการทางจิต (Agitation , psychosis) ที่ไม่สามารถทนผลข้างเคียงด้าน Extrapyrimal side effect ได้

วิธีการใช้โคลซาพินทางคลินิก

1. การประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนการใช้ยา

ผู้ป่วยควรได้รับการซักประวัติเกี่ยวกับโรคทางกายและตรวจร่างกายอย่างละเอียด โดยโรคที่สำคัญคือ โรคระบบเลือด โรคลมชัก โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคตับ โรคไต วัณโรค และโรคเอดส์

การตรวจทางห้องปฏิบัติการควรตรวจ Complete blood counts (CBC) ก่อนเริ่มการใช้ยา ถ้าพบว่าเม็ดเลือดขาว (WBCs) น้อยกว่า $3,500 / \text{mm}^3$ ห้ามให้ยาโคลซาพิน ส่วนการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ เช่น การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การทำงานของตับ การทำงานของไต ให้ทำในกรณีที่มีประวัติ อาการหรืออาการแสดงที่บ่งชี้ถึงโรคระบบนั้น

2. ขนาดยา

การเริ่มให้ยา

- ขนาดเริ่มต้น 25 mg. 1-2 ครั้ง ต่อวัน
- การเพิ่มยา เพิ่มได้ 25-50 mg. ต่อวัน ทุก 2-3 วัน
- ขนาดยาเป้าหมายเมื่อครบ 2 สัปดาห์ คือ 300-450 mg. ต่อวัน โดยแบ่งให้กิน 2-3 ครั้ง ต่อวัน
- การเพิ่มยาในระยะหลัง เพิ่มได้วันละ 100 mg. ทุก 1-2 สัปดาห์
- ขนาดยาสูงสุดคือ 900 mg. ต่อวันควรเริ่มใช้ยาในขนาดน้อยๆก่อนแล้วจึงค่อยเพิ่มขนาดยาขึ้นช้าๆ ขนาดยาเริ่มแรกควรให้ 25 mg/day แล้วค่อยๆเพิ่มขึ้น 25 mg/day ทุก 2-3 วัน จนได้ขนาดยา 300 mg/day การให้ยาควรแบ่งให้ 2-3 ครั้งต่อวัน ไม่ควรให้ยาเกิน 900 mg/day

3. การประเมินขณะใช้ยา

ระหว่างการให้ยาโคลซาพินควรมีการตรวจ CBC โดยในช่วง 18 สัปดาห์แรกควรตรวจทุก 1 สัปดาห์ และหลังจากนั้น ควรตรวจทุก 4 สัปดาห์ สำหรับการแปลผลมีหลักการดังนี้

- WBCs มากกว่าหรือเท่ากับ $3,500 / \text{mm}^3$ สามารถให้ยาได้

- b. WBCs 3,000-3,500/mm³ ให้ยาต่อได้แต่ต้องตรวจ CBC 2 ครั้งต่อสัปดาห์
- c. WBCs น้อยกว่า 3,000/mm³ หรือ Absolute neutrophils count น้อยกว่า 1,500/mm³ ให้หยุดการใช้ยาโคลซาปินและตรวจ CBC ทุก 1 สัปดาห์ เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ถ้าพบว่าในช่วงที่หยุดยา WBCs ลดต่ำลงอีกหรือ WBCs ไม่กลับมาเป็นปกติใน 4 สัปดาห์ควรปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเลือดและในกรณีนี้ห้ามให้ยาโคลซาปินแก่ผู้ป่วยอีก
- d. ถ้าพบว่า WBCs ลดลงเรื่อยๆในการตรวจแต่ละครั้งแต่ยังมากกว่า 3,500/mm³ ควรเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด

อักษรย่อชื่อยาที่ใช้บ่อยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

อักษรย่อ	ชื่อเต็ม
AMI10 , Amitrip10	Amitriptyline 10 mg tab
AMI25 , Amitrip25	Amitriptyline 25 mg tab
AMI50 , Amitrip50	Amitriptyline 50 mg tab
Alpra 0.25	Alprazolam 0.25 mg
Alpra 0.5	Alprazolam 0.5 mg
Alpra 1	Alprazolam 1 mg
Alum milk	Antacid suspension (สูตร)
Amoxy250	Amoxycillion 250 mg
Amoxy500	Amoxycillion 500 mg
ASA60	Aspirin 60 mg
ASA300	Aspirin 300 mg
Benz2	Trihexyphenidyl 2 mg tab
Benz5	Trihexyphenidyl 5 mg tab
B1612	Vitamin B1-6-12 tab
B co	Vitamin B Complex tab
B1	Vitamin B1 100 mg tab
Buscopan	Hyoscine N Butylbromide
Brufen 200	Ibuprofen 200 mg
Brufen 400	Ibuprofen 400 mg
Brom 5	Bromperidone 5 mg
CARBA 200	Carbamazepine 200 mg
CDX 5	Chlordiazepoxide 5 mg tab
CDX 10	Chlordiazepoxide 10 mg tab
CDX 25	Chlordiazepoxide 25 mg tab
CPM4	Chlorpheniramine 4 mg tab
CPZ 25	Chlorpromazine 25 mg tab
CPZ 50	Chlorpromazine 50 mg tab

อักษรย่อ	ชื่อเต็ม
CPZ 100	Chlorpromazine 100 mg tab
CPZ 200	Chlorpromazine 200 mg tab
Chalk-tab 1000	Calcium carbonate 1000 mg
CPPM 250	Chlorpropamide 250 mg
Cinna 25	Cinnarizine 25 mg
Clona 0.5	Clonazepam 0.25 mg
Clona 2	Clonazepam 2 mg
Cafergot	Cafergot (สูตร)
Cypro 4	Cyproheptadine 4 mg
Co-der 1	Co-dergocrine mesylate 1 mg
D2 , DZP2	Diazepam 2 mg tab
D5 , DZP5	Diazepam 5 mg tab
D10 , DZP10	Diazepam 10 mg tab
Dimen 50	Dimenhydrinate 50 mg
Ditoin 100	Phenytoin 100 mg
Danzen 5	Serratopeptidase 5 mg
Fendec , Deca	Fluphenazine decanoate (25 mg / 1 cc)
Fluna 5	Flunarizine 5 mg
Fluanxol depot 40	Flupenthixol decanoate 40 mg
Fluox 20	Fluoxetine 20 mg
Gliben 5	Glibenclamide 5 mg
Halo 0.5	Haloperidol 0.5 mg tab
Halo 2	Haloperidol 2 mg tab
Halo 5	Haloperidol 5 mg tab
Halo 10	Haloperidol 10 mg tab
Halo-D , Halo-Dec	Haloperidol decanoate 50 mg / amp
HCTZ	Hydrochlorothiazide 50 mg tab
Imi 10	Imipramine 10 mg
Imi 25	Imipramine 25 mg
Imi 50	Imipramine 50 mg
Intermen 5	Bromperidone 5 mg
อักษรย่อ	ชื่อเต็ม

Lora 0.5	Lorazepam 0.5 mg tab
Lora 1	Lorazepam 1 mg tab
Lora 2	Lorazepam 2 mg tab
Lithium 300	Lithium carbonate 300 mg
MTV	Multivitamin tab
NOR 10 , Nortrip 10	Nortriptyline 10 mg tab
NOR 25 , Nortrip 25	Nortriptyline 25 mg tab
Norflox 200	Norfloracin 200 mg tab
Norflox 400	Norfloracin 400 mg tab
ORS	Oral Rehydration Salt
PARA , Paracet	Paracetamol 500 mg tab
P2 , perphen 2	Perphenazine 2 mg tab
P4 , perphen 4	Perphenazine 4 mg tab
P8 , perphen 8	Perphenazine 8 mg tab
P16 , perphen 16	Perphenazine 16 mg tab
Pheno gr 1/2 , Ph 1/2	Phenobarbital grain 1/2
Pheno gr 1 , Ph 1	Phenobarbital grain 1
PNT 100	Phenytoin 100 mg cap
PTU	Propylthiouracil 50 mg
PEN V4	Penicillin 250 mg
Phenobarb 30	Phenobarbital 30 mg
Phenobarb 60	Phenobarbital 60 mg
PPNL 10	Propranolol 10
PPNL 40	Propranolol 40
Scabicide emulsion	Benzyl Benzoate Emulsion
THIO 10	Thioridazine 10 mg tab
THIO 25	Thioridazine 25 mg tab
THIO 50	Thioridazine 50 mg tab
THIO 100	Thioridazine 100 mg tab
TFZ 5 , PSY 5 , Trifla 5	Trifluoperazine 5 mg tab
TFZ 10 , PSY 10 , Trifla 10	Trifluoperazine 10 mg tab
อักษรย่อ	ชื่อเต็ม

T5 , Tc5 , Tx5 , Clora5	Dipotassium Clorazepate 5 mg tab
T10 , Tc10 , Tx10 , Clora10	Dipotassium Clorazepate 10 mg tab
VIT C	Vitamin C 100 mg tab

หมายเหตุ การเขียนเอกสารที่ต้องการระบุถึงรายการยาใดๆที่อยู่ในบัญชียาพ.จิตเวชขอนแก่นราช
นครินทร์ให้ใช้หลักดังนี้

1. การเขียนชื่อยา สามารถใช้ชื่อย่อของยาดังปรากฏตามตาราง
2. ในกรณีที่เป็นการใช้ยาที่ไม่มีชื่อย่อตามตาราง ให้เขียนหรือระบุเป็นชื่อสามัญทางยา โดยยกเว้น
รายการที่เป็น

ยานำเข้าจากต่างประเทศ สามารถเขียนหรือระบุโดยใช้ชื่อทางการค้าได้

เกณฑ์การประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกายสำหรับพยาบาล/แพทย์

ชื่อ-สกุล..... อายุ..... ปี HN..... วันที่..... เดือน..... ปี.....

ลักษณะที่พบ (General Appearance)		การตรวจชีพจร		การตรวจ (Glasgow Coma Score)		ประวัติการเจ็บป่วยทางกายก่อนมาโรงพยาบาล		ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	
N	MD	N	MD	N	MD	N	MD	N	MD
ระดับความรู้สึกตัว		อัตราการหายใจ >28 ครั้ง/นาที หรือ <15 ครั้ง/นาที		ซึม สับสน		HT, DM, TB, AIDS		Severe Electrolyte imbalance	
ไม่สามารถปฏิบัติตามคำสั่ง		ระบบ.....		GCS ระบบ.....		การรักษา.....			
บาดแผล มีร่องรอยที่เกิดจากการถูกทำร้าย/อุบัติเหตุ		ระดับความดันโลหิตสูงเกิน 150/100 mmHg และไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้และมืออาการทางคลินิกร่วมด้วย		Pupil Ø มากกว่า 3.5 mm หรือน้อยกว่า 2.5 mm หรือ 2 ข้างไม่เท่ากันและตอบสนองต่อแสงช้า ระบบ.....		มีไข้ ไอ เจ็บคอ ไอเรื้อรังเกิน 3 สัปดาห์ ตามดง มีผลคลื่นตบ การรักษา.....		Severe Anemia ระบบ.....	
ลักษณะแขน ขา กระดูก และข้อผิดปกติ		มีไข้สูงเกินกว่า 38 องศา		มีอาการเกร็ง กระตุก ชัก แขนขาอ่อนแรง		อาหทัยในพื้นที่มีโรคติดเชื้อหรือระบบ กระดูกหัก/ติดเชื้อกับผู้ป่วยโรค ติดเชื้อ, ภูมิคุ้มกันต่ำ ระบบ.....		ผลการรักษาครั้งสุดท้าย ระบบ.....	
หายใจอหอบเหนื่อยรุนแรง มีภาวะพร่องออกซิเจน รุนแรง		อัตราการหายใจไม่คงที่ เต็มซ้ำ กว่า 60 ครั้ง/นาที หรือมากกว่า 100 ครั้ง/นาที ระบบ.....		อื่นๆ.....		ชักกระตุกรุนแรงบ่อยครั้ง ทรงตัวไม่ดี อุบัตเหตุทางสมอง/สมอง การรักษา.....		ค่า BUN, Cr, LFT ศิลปกติ ระบบ.....	
ปลายมือปลายเท้าซีด เหลือง เพียวคล้ำ						คลื่นนำเชื้ออาจถึงมาทุ่ง อาจเจ็บเป็นเนื้องอก ถ่ายเหลว / ถ่ายดำ / ถ่ายเป็นเลือด การรักษา.....		อื่นๆ.....	
ตัวเหลือง ตามเหลือง บวม ตัววาม						อื่นๆ.....			

หมายเหตุ N = พยาบาล MD = แพทย์

ใส่เครื่องหมาย “ / ” กรณีพบผิดปกติ

เครื่องหมายผิดปกติ “ - ” กรณีไม่พบความผิดปกติ

เขียน รอยขีดความที่พบความผิดปกติ “ว่าง” ไม่ใส่ตรวจ

ลงชื่อ..... (พยาบาล)

ลงชื่อ..... (แพทย์)