

แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยสำหรับรพช. Version1.0(16/11/2560)

๑. แผนก อายุรกรรม

กรณีฉุกเฉิน

- ส่งผู้ป่วยตามระบบ โทรติดต่อส่งเคสมายังรพ.ชยันนาท โดยขณะโทรส่งข้อมูลแบบที่ดีที่สุดคือให้แพทย์ส่งข้อมูลกับแพทย์ (Doctor to Doctor) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ต้องการและแพทย์ฉุกเฉินอาจให้คำแนะนำการรักษาเพื่อรักษาให้ผู้ป่วยอาการคงที่ก่อนส่งต่อ
- Stroke fast track :
 - ส่ง CT brain non contrast ที่ศูนย์เอกซเรย์คอมพิวเตอร์รพ.ชยันนาทเรนทรก่อนเข้าห้องฉุกเฉินทุกรายพร้อมเขียนเอกสาร fast track รวมถึงซักประวัติ last seen normal(***)สำคัญมาก) ยกเว้นผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม รพ.ชยันนาทเป็นผู้เขียนส่งเอง โดยทางรพช.แจ้งเลข 13 หลักก่อนส่งตัวผู้ป่วยมาทุกครั้ง และให้เจาะCBC, Coag.(ถ้าสามารถเจาะได้) และส่งผลมายัง line ER chainat เมื่อได้ผลแล้ว
 - หมายเหตุ : ID line = er-chainat (ฝากทุกรพ.add line ด้วยค่ะ), ประวัติ last seen normal เป็นประวัติที่รพช.ซักผิดพลาดค่อนข้างบ่อยค่ะ, อย่าลืมเจาะ DTX
- STEMI fast track
 - ในเวลาราชการ โทรปรึกษาอายุรแพทย์ ICU ก่อนส่งตัวและติดต่อส่งเคสมาที่ศูนย์ส่งต่อผู้ป่วย (refer)รพ.ชยันนาท
 - นอกเวลาราชการ โทรปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน
 - ในกรณีให้ SK ต้องมีแพทย์ติดตามส่งต่อด้วยทุกครั้ง
 - กรณี Inferior wall MI ให้ทำ EKG V3RV4R, V7-9 ด้วยทุกครั้งก่อนให้ ISDN เพื่อระวังอาจจะมี RV infarction MI ร่วมด้วย (การให้ nitrate ใน RV infarction จะทำให้มี BP drop ได้ ซึ่งจะทำการ resuscitate. ยากมาก)
 - หากผู้ป่วย unconscious ให้ retain NG tube มาด้วย
- Sepsis
 - กรณีผู้ป่วยจาก ER รพช. ให้เจาะ H/C 1 ชุด ส่งรพ.ชยันนาท
 - กรณีผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยในของรพช. ให้ระบุนการรักษาอย่างละเอียด ลงในใบรีเฟอ เช่น การให้ยาปฏิชีวนะเริ่มตั้งแต่วันที่เท่าไร เวลาอะไร, ได้ให้สารน้ำอะไรตั้งแต่เมื่อไหร่, แขนงหลอดเลือดและผล

เอกซเรย์ของผู้ป่วยมากับใบรีเฟอด้วยทุกครั้ง (หากระบุในระบบuthai refer ไม่ครบ สามารถเขียนใบรีเฟอสีชมพูแนบมาด้วยได้)

- เขียนเอกสาร sepsis แนบมาด้วยทุกครั้ง
- ในผู้ป่วย septic shock ให้ retain Foley's cath. มาด้วยทุกครั้ง
- Alteration of Conscious
 - Retain NG, Foley's cath. มาด้วยทุกครั้งเพื่อประเมินสาเหตุของอาการ
 - หากหาสาเหตุไม่ได้ ให้โทรปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินให้ช่วยประเมินอาการ ว่าควรส่งทำ CT brain หรือไม่
- UGIH
 - NG lavage 1-2 L หากยังไม่ clear
 - Hct stat หากสามารถเจาะCBC, Coag., LFT ได้ ให้เจาะแล้วส่งผลมาพร้อมผู้ป่วย
 - Vitamin K 10 mg iv, Omeprazole(or Pantoprazole ถ้ามี) 80 mg iv, หากมียา Transamine ให้ 2 amp iv
 - ในผู้ป่วยที่มีประวัติ Chronic alcohol drinking ให้ Thiamine 100 mg iv
- อื่นๆ
 - ทำ EKG ในผู้ป่วยที่มี Hypotension

หมายเหตุ : กรณีต้องการส่งต่อเคสอายุรกรรมฉุกเฉินทุกราย ให้ปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินเท่านั้น ทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการที่มีแพทย์EP อยู่เวร (ยกเว้นเวรดึก) ไม่ต้องปรึกษาแพทย์อายุรกรรม ยกเว้นกรณีที่แพทย์EP แจ้งให้แพทย์รพช. ปรึกษาแพทย์อายุรกรรม

กรณีไม่ฉุกเฉิน

- ส่ง OPD Med ก่อนเวลา 11.00 น. ในเวลาราชการ
- OPD เฉพาะทางมีเฉพาะในเวลาราชการเท่านั้น
- OPD นอกเวลา ไม่มีแพทย์เฉพาะทางออกตรวจ ไม่สามารถส่งตัวผู้ป่วยมาเป็น OPD case นอกเวลาได้
- การส่งเคสเพื่อปรึกษาแพทย์เฉพาะทางที่ OPD สามารถทำได้ตามสมควร แต่หากส่งเคสมาเกินเวลาที่ OPD ออกตรวจให้นำเคสกลับไปแอดมิทต่อที่รพช.เพื่อส่งมาใหม่ในวันราชการถัดไป

๒. แผนก ศัลยกรรม

กรณีฉุกเฉิน

1. Traumatic Head Injury

- โทรปรึกษาศัลยแพทย์ทุกเคสก่อนนำส่ง ER
- ในผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ให้ส่ง CT brain non contrast ที่รพ.ชยันนาทนเรนทรเป็นหลัก นอกจากกรณีอุบัติเหตุรุนแรง สามารถส่ง CT ที่รพ.รวมแพทย์ได้
- กรณีต้องผ่าตัดหรือมีภาวะ Shock ให้ retain foley's cath. ด้วยทุกครั้ง
- เคส Peritonitis ให้ Retain NG, Foley's cath พร้อมให้ยาปฏิชีวนะทางเส้นเลือด(iv Antibiotics) ก่อนนำส่งรพ.ชยันนาทนเรนทร ทุกเคส
- กรณีมีเลือดออกในสมอง ให้รพ.ฉุกเฉินและพยาบาลของรพช. รอแพทย์เวรปรึกษาเคสที่รพ.สปร.ก่อน ถ้าต้องนำส่งต่อให้ทางรพช.เป็นผู้นำส่งผู้ป่วยไปที่รพ.ปลายทาง เช่น ส่งต่อ รพ.สปร. เป็นต้น
 - ในวันราชการ รวมเวรเช้า-บ่าย-ดึก คือ 8.00 น. ของวันจันทร์ ถึง 8.00 น. ของวันเสาร์ รพช. ทำการส่งต่อผู้ป่วยไปที่รพ.สปร.เอง (ยกเว้นรพ.หนองมะโมงและรพ.เนินขาม ให้ดำเนินการเฉพาะเวรเช้า 8.00-16.00 น.)
 - ในวันหยุดราชการและวันหยุดนักขัตฤกษ์ ทางรพ.ชยันนาทนเรนทร เป็นผู้ดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยเอง
 - กรณีเคสที่ต้องทำการ investigate เพิ่มเติม ใช้เวลา >2 ชั่วโมง นับจากผู้ป่วยเข้าห้องฉุกเฉินรพ.ชยันนาท ทางรพ.ชยันนาทนเรนทรจะรับผิดชอบเคสและส่งต่อผู้ป่วยเอง
 - กรณีเคสที่สงสัยมีเลือดออกในสมอง ให้รพช.ใช้ทีม พยาบาลอย่างน้อย 1 คน และ EMT 1 คน นำส่งผู้ป่วยต่อ พร้อมนำ Infusion pump มาด้วยทุกครั้ง

2. Trauma fast track

(Blunt or Penetrating Thoraco-abdominal injury with Shock class III+IV, Severe head injury with signs of brain herniation)

- เจาะเลือดใส่ tube CBC, BUN/Cr, Electrolyte, Anti-HIV, Group match นำส่งรพ.ชยันนาทนเรนทร เพื่อความรวดเร็ว พร้อมทั้งเขียนเอกสาร trauma fast track, retain Foley's cath., FAST ในผู้ป่วย High mechanism ทุกราย และทำการ resuscitate คนไข้ ให้ stable ก่อนออกรณำส่งผู้ป่วย และทำการ activate fast track trauma ที่รพ.ชยันนาทนเรนทร

3. ในวันที่ไม่มีแพทย์ศัลยกรรมอยู่เวร ให้ดำเนินการดังนี้

- ทางรพช.เป็นผู้ติดต่อ refer ไปที่รพ.อุทัยธานีด้วยตัวเอง
- หากเป็นเคส Neuro.Sx .ให้ส่งเคสมาที่รพ.ชัยนาทเรนทร เพื่อให้รพ.ชัยนาทปรึกษาแพทย์ที่รพ.สปร. หากต้องส่งต่อ รพช.เป็นผู้ส่ง ตามข้อ 1
- เคส multiple trauma
 - หากมีหรือไม่มี ICH ทางรพ.ชัยนาทปรึกษาเคสให้รพช. หากต้องส่งต่อ รพช. เป็นผู้ส่ง

กรณีไม่ฉุกเฉิน

- ส่งตรวจ OPD ศัลยกรรมก่อนเวลา 11.00น. ในเวลาราชการ หากมาถึงรพ.ชัยนาทเกิน 11.00น. ให้นำผู้ป่วยกลับเพื่อนำมาตรวจใหม่ในวันราชการถัดไป

๓. แผนก ศัลยกรรมกระดูก

1. Case ที่สามารถให้การรักษาได้เอง สามารถรักษาได้โดยไม่ต้องส่งต่อ กรณีที่ไม่แน่ใจ สงสัย หรือมีปัญหา สามารถปรึกษาได้
2. Case ที่แพทย์ รพช.ไม่แน่ใจการรักษา หรือการวินิจฉัย แพทย์ รพช. สามารถปรึกษา แพทย์ออร์โธปิดิกส์ รพ.ชัยนาท
เวลา 8.00 - 21.00 น. Consult แพทย์เวรได้เลย
เวลา 21.00 - 8.00 ให้ ส่ง consult .ในวันถัดไป ตามเวรวันถัดไป
3. Case ที่สามารถ manage ขึ้นต้นได้ และมาในเวรบาย, ดึก ให้ manage ก่อนแล้วจึง refer ในช่วงเวรเช้าวันถัดไป หรือ
อาจส่งมาตรวจ OPD ใน 1 สัปดาห์ (คือส่งตรงวันที่เกิดเหตุ เช่นมาตรวจที่ รพช.วันพุธ ก็ส่งมารพ.ชัยนาทวันพฤหัสบดี ถ้า
เป็นเสาร์อาทิตย์อาจโทรถามที่ ER รพ.ชัยนาท) ตามความเหมาะสม เช่น

1) Fracture neck หรือ intertrochanteric of Femur

- 1.1) ให้ส่งปรึกษาทางโทรศัพท์ และส่งรูปทาง Line ทุก Case
- 1.2) ที่ผู้ป่วยไม่ปฏิเสธการผ่าตัด ให้นอน bed rest ไว้ และให้ยาแก้ปวด supportive (เช่น Morphine, Pethidine, Tramol) แล้วส่งมาในเช้าวันถัดไป 8.00 น-11.00น. พร้อม NPO
- 1.3) ผู้ป่วยที่ไม่ผ่าตัด สามารถให้การรักษาที่ รพช. ได้ โดยให้ใส่ skin traction ประมาณ 2 กก.
 - Fracture neck of Femur ใส่จนหายปวด แล้วถอดออก ให้เริ่มเดิน โดยใช้อุปกรณ์ได้
 - Fracture intertrochanteric of Femur ใส่นาน 4 สัปดาห์ แล้วให้เริ่มเดิน โดยใช้อุปกรณ์ได้
 - หลังและระหว่างการรักษาสสามารถปรึกษาแพทย์ออร์โธปิดิกส์ ที่รับเป็นที่ปรึกษาในวันแรกที่ส่งปรึกษาได้ทางโทรศัพท์ และส่งรูปทาง Line

2) Close Fracture distal end radius

1. กรณี non หรือ minimal displace,ไม่บวมมาก ถ้าไม่สามารถรักษาเองได้ ให้ใส่ short arm slab ส่งมาในสัปดาห์ถัดไป
2. กรณี displace มาก ให้ใส่ short arm slab แล้วส่งมาในเช้าวันถัดไป ก่อนเวลา 8.00 น พร้อม NPO

3) Close Fracture clavicle

- 1) กรณี middle 1/3 ส่วนใหญ่รักษา conservative ที่ รพช.ได้เลย ให้ใส่ figure of eight นาน 6 สัปดาห์
- 2) กรณี proximal หรือ distal ให้ใส่ arm sling แล้วส่งมาในเช้าวันถัดไป ก่อนเวลา 8.00 น พร้อม NPO

4) Close Fracture of Upper extremities ถ้าไม่สามารถรักษาเองได้ ให้ใส่ slab แล้วส่งมาในสัปดาห์ถัดไป

5) Close Fracture of Lower extremities ถ้าไม่สามารถรักษาเองได้ ให้ใส่ slab แล้วส่งมาในเช้าวันถัดไป พร้อม NPO

4. เบอร์โทรศัพท์แพทย์ออร์โธปิดิกส์ให้ดูในคู่มือแพทย์ใช้ทุน หรือโทรถามที่ประชาสัมพันธ์โรงพยาบาลชัยนาท
5. สามารถติดต่อส่งรูปเพื่อปรึกษาได้ทาง Line โดยต้องโทรแจ้งแพทย์ที่จะปรึกษาด้วยทุกครั้ง

1) Line กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ คือ ออร์โธปิดิกส์ ชัยนาท

2) Line นพ.นฤทธิ์ บุญเพชร คือ User ID : nbaxx

6. กรณีเคส open fracture distal phalanx or fingertip injury ให้ปรึกษาแพทย์EP ก่อนส่งเคสทุกราย

๔. แผนก สูติ-นรีเวชกรรม

กรณีฉุกเฉิน

- โทร consult case ก่อนรีเฟอทุกเคส
ในเวลาราชการ
 - GA $\geq$ 28 wks : staff LR
 - GA < 28 wks : staff GYN
 - ตกเลือดหลังคลอด <7 วัน : staff postpartumนอกเวลาราชการ ปรีक्षा staff ที่อยู่เวร
- กรณีเคส LR ที่รีเฟอ ให้ทำตามแนวทางล่าสุด และเคสใดที่แพทย์พิจารณาว่าน่าจะต้องมา C/S ให้ shave Perineum และ retain foley's cath มาก่อนทุกครั้ง

กรณีไม่ฉุกเฉิน

- ส่งตรวจ OPD ก่อนเวลา 11.00น. ในเวลาราชการ หากมาถึงรพ.ช้าเกิน 11.00น. ให้นำผู้ป่วยกลับเพื่อนำมาตรวจใหม่ในวันราชการถัดไป

๕. แผนก จักษุ

- อัตรากำลัง: จักษุแพทย์ 2 คน

1. พญ.ธีรภา ชาญกุล 086-7365171, 084-7519838
2. นพ.กฤษณะ อรุณเจริญยิ่ง 086-6740060

- **แนวทางปฏิบัติในการส่งผู้ป่วยจักษุ**

1. คลินิกผู้ป่วยโรคตา เปิดตรวจตา ช่วงเช้า วันจันทร์ ถึง วันพฤหัสบดี เวลา 08.30-12.00 น.จะมีเจ้าหน้าที่รับบัตรคิวตรวจตั้งแต่เวลา 6.00 น.

(กรณีที่ส่งผู้ป่วยมาตรวจตาทั่วไปหรือ Case ไม่ฉุกเฉินที่ รพช.พบว่าต้องReferมาพบจักษุแพทย์ให้ออกใบส่งตัวและแนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจแต่เช้า ในวันรุ่งขึ้น (จันทร์ – พฤหัสบดี)เนื่องจากถ้ามาสายจำนวนคนไข้เต็มแล้วจะตัดปิดรับบัตรตรวจตาผู้ป่วยจะถูก screen ได้ตรวจพบแพทย์ทั่วไปและต้องนัดมาตรวจตาใหม่ในครั้งถัดไปจะทำให้ผู้ป่วยเสียเวลาในการเดินทาง)

2. กรณีตรวจเบาหวานขึ้นจอตา (Screening DR) ถ้ามีประวัติเป็นโรคเบาหวาน แนะนำให้ผู้ป่วยมาแต่เช้า เนื่องจาก ต้องใช้เวลาในการขยายม่านตา และไม่ควรขับรถมาเอง

3. คลินิกตรวจจอตาทารกเกิดก่อนกำหนด(ROP)วันศุกร์เช้าเวลา 08.30-12.00 น.

4. กรณี Caseฉุกเฉิน** ทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ ให้คำปรึกษาตามตารางเวรจักษุแพทย์ โดยให้โทรศัพท์ประสานกับจักษุแพทย์โดยตรงก่อนทุกราย ก่อนส่งโรงพยาบาลชยันนาทนเรนทรและเขียนใบ Refer ว่าได้ Consult (ระบุชื่อแพทย์) แล้ว

หมายเหตุ :

- กรณีส่งตรวจเบาหวานขึ้นจอตาตรวจจอตาทารกเกิดก่อนกำหนด และยิงเลเซอร์ตา ให้แนะนำผู้ป่วยมาถึงที่ OPD จักษุ 7.00 น.เนื่องจากต้องมีขั้นตอนการวัดสายตา และการหยอดยาเพื่อขยายม่านตาก่อนพบจักษุแพทย์ และไม่ให้ผู้ป่วยขับรถมาเองและควรมีญาติมาด้วย เพราะหลังหยอดยาขยายม่านตา การมองเห็นจะมัวลงประมาณ 4-6 ชั่วโมง
- กรณีนัดทำการตรวจอื่นๆ เช่น นัดวัดเลนส์ตา นัดผ่าตัด จะมีใบนัดแจ้งวันและเวลาให้แก่ผู้ป่วย แนะนำให้ผู้ป่วยมาตรงตามนัด ถ้าไม่มาตามนัด กรุณาโทรศัพท์แจ้งล่วงหน้า

หมายเหตุ เดือน กุมภาพันธ์ – เมษายน 2560 (แพทย์ลาคลอด) จะมี OPD ตา 2 วัน คือ จันทร์ และ พฤหัสบดี, และในบางวันจะไม่มีแพทย์จักษุอยู่เวร หากมีเคสฉุกเฉินให้ติดต่อรพ.อุทัยธานีและรพ.สปร. เช่นเดียวกับแผนกศัลยกรรม

กลุ่มงาน หู คอ จมูก

อัตรากำลัง : โสต ศอ นาสิกแพทย์ ๓ คน

ตารางการตรวจผู้ป่วยนอก

๑. นพ. นฤกุล อาจคงหาญ
๒. พญ. กรองทอง กสิกิจ
๓. พญ.ทิตยารัตน์ แดงทอง
 - วันจันทร์ พุธ - พญ.กรองทอง กสิกิจ
 - วันอังคาร พฤหัส -พญ.ทิตยารัตน์ แดงทอง
 - วันศุกร์ -นพ.นฤกุล อาจคงหาญ

ตารางการเข้าห้องผ่าตัด

- วันจันทร์ -พญ.ทิตยารัตน์ แดงทอง
- วัน วันศุกร์ - พญ.กรองทอง กสิกิจ
- วันพุธ นพ.นฤกุล อาจคงหาญ

ระบบการส่งต่อผู้ป่วยมารับการรักษาที่รพ.ชัยนาทนเรนทร

ในเวลาราชการ

๑ .ผู้ป่วยโรคหู คอ จมูกไม่ฉุกเฉินส่งมาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกหู คอ จมูกขอความร่วมมือส่งผู้ป่วยมาตรวจในช่วงเช้าก่อนเที่ยงและกรณีมาตรวจที่แผนกตรวจทั่วไปในช่วงบ่ายสามารถปรึกษาแพทย์หู คอ จมูกได้ตลอดในเวลาราชการ

๒. ผู้ป่วยโรคหู คอ จมูกฉุกเฉินส่งตรวจในแผนกฉุกเฉินหลังจากนั้นแพทย์เวรแผนกฉุกเฉินจะพิจารณาปรึกษาแพทย์หู คอ จมูกตามเวรที่รับผิดชอบต่อไป

นอกเวลาราชการ

ส่งผู้ป่วยเฉพาะโรคฉุกเฉินโดยส่งมาพบแพทย์ที่แผนกฉุกเฉินตามระบบหลังจากนั้นแพทย์เวรห้องฉุกเฉินจะพิจารณาปรึกษาแพทย์หู คอ จมูกตามเวรที่รับผิดชอบ กรณีพบว่าไม่ฉุกเฉินให้นัดผู้ป่วยมาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกหู คอ จมูก ในเวลาราชการต่อไป

ข้อเสนอแนะ

๑. กรณี ผู้ป่วยอุบัติเหตุ มีเลือดออกทางช่องคอ ช่องจมูก หรือบาดแผล ควรทำแผล/ห้ามเลือดและ resuscitate ให้ stable ในเบื้องต้นก่อน ผู้ป่วย epistaxis ให้ทำ nasal packing ก่อนการส่งตัวเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

๒. ผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่อง airway obstruction ไม่ว่าจะจาก trauma,tumor หรือ infection ควรต้องให้การช่วยการหายใจตามความเหมาะสมเพื่อไม่ให้เกิดภาวะhypoxia ระหว่างการส่งตัว ถ้าไม่แน่ใจให้โทรปรึกษา staff เวรหุ คอ จมูก โดยตรงได้ ตามช่องทางที่ให้ไว้ผ่านประชาสัมพันธ์

๖. แผนกจิตเวช

OPD จิตเวช เปิดบริการเวลา 08.30-12.00น. จันทร์ – ศุกร์ ยกเว้น วันพฤษห

วันจันทร์: รับ new case , case refer จากรพช. , case นัดติดตามจาก ward

วันอังคาร และ วันพุธ : case เก่าที่มีนัดมาติดตามการรักษา

วันศุกร์ : case ที่นัดมาบำบัดสุรา

-กรณี case ไม่ฉุกเฉิน : ให้ส่งมาปรึกษาเป็น OPD case ในวันจันทร์ – พุธ (โดยเน้นเป็นวันจันทร์ซึ่งเป็นวันรับ new case เป็นหลัก) โดยไม่ต้องโทรมาปรึกษาก่อน ให้วงเล็บในใบ Refer ว่าส่งปรึกษา OPD จิตเวช

-กรณี case ฉุกเฉิน : ให้โทรศัพท์มาปรึกษาได้ดังนี้

-ในเวลาราชการ 08.30-12.00 : โทรติดต่อ OPD จิตเวช

13.00-16.00 : ติดต่อประชาสัมพันธ์เพื่อติดต่อกับจิตแพทย์ (ในกรณีที่

จิตแพทย์ลาให้โทรติดต่อเจ้าหน้าที่ OPD จิตเวชแทน)

-นอกเวลาราชการและวันหยุดราชการ : ให้โทรสอบถามประชาสัมพันธ์ว่าในวันนั้นมีจิตแพทย์อยู่เวรปรึกษาหรือไม่ หากไม่มีเวรจิตแพทย์ในวันนั้นๆ ให้พิจารณาปรึกษาอายุรแพทย์ที่ขึ้นเวรในวันนั้นๆ แทน

ข้อเสนอแนะ

-กรณี case ฉุกเฉินที่มีอาการก้าวร้าวรุนแรง หรืออาการ psychotic ที่รุนแรงมาก โดยที่มีสาเหตุมาจาก functional cause ชัดเจน (เช่น case ที่มีประวัติรักษาโรคทางจิตเวชเดิมแล้วขาดยา, มีประวัติใช้สารเสพติดมาก่อนชัดเจน) สามารถพิจารณา sedate และส่งต่อไปรักษาที่รพ.จิตเวชนครสวรรค์ได้ เนื่องจากรพ.ชยันตนาเรนทรมีข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชรุนแรง หากไม่แน่ใจสามารถโทรมาปรึกษาจิตแพทย์ก่อนได้ (หากไม่มีเวรจิตแพทย์ในวันนั้นๆ ให้พิจารณาปรึกษาอายุรแพทย์ที่ขึ้นเวรในวันนั้นๆ แทน)

-กรณี case ที่มีอาการทางจิตเวชที่มีสาเหตุมาจากโรคทางกายชัดเจน เช่น delirium , psychotic disorder due to another medical conditions ให้พิจารณาส่งปรึกษาแผนกอายุรกรรมเพื่อรักษาภาวะทางกายก่อน

๗. แผนกกุมารแพทย์

กรณีฉุกเฉิน

- Doctor to doctor ทุกเคส
- ถ้ากุมารแพทย์รับเคส ให้โทรบอกอีอาร์ด้วย พร้อมส่งเวรศูนย์รีเฟอ

กรณีไม่ฉุกเฉิน

- การปรึกษากุมารแพทย์ เวลา 8.30-12.00 น. ปรึกษาแพทย์ที่ออก OPD,
- เวลา 12.00-16.00 น. เด็กอายุ <1 เดือน ปรึกษาแพทย์ที่รวาน์ กม.2, เด็กอายุ >1เดือน – 15 ปี ปรึกษาแพทย์ที่รวาน์ กม.1

แนวทางการส่งตัวผู้ป่วยไข้เลือดออก

ความรุนแรงของไข้เลือดออกเดงกี แบ่งได้เป็น 4 ระดับ (grade) คือ

- **Grade I**
 - ผู้ป่วยไม่ช็อก มีแต่ positive tourniquet test และ/หรือ easy bruising
- **Grade II**
 - ผู้ป่วยไม่ช็อก แต่มีเลือดออก เช่น มีจุดเลือดออกตามตัว มีเลือดกำเดา หรืออาเจียน/ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด/สีดำ
- **Grade III**
 - ผู้ป่วยช็อก โดยมีชีพจรเบาเร็ว, pulse pressure แคบ หรือความดันโลหิตต่ำ หรือ มีตัวเย็นเหงื่อออก กระสับกระส่าย
- **Grade IV**
 - ผู้ป่วยที่ช็อกรุนแรง วัดความดันโลหิต และ/หรือ จับชีพจรไม่ได้

ผู้ป่วยที่ควรส่งต่อ

1. ผู้ป่วย grade IV ที่มีภาวะช็อกรุนแรงวัดความดัน/จับชีพจรไม่ได้
2. ผู้ป่วยช็อก grade III ที่...
 - แก้ไขด้วย 5% D/NSS ปริมาณ 10 ซีซี/กก./ชม. เป็นเวลา 1 - 2 ชม. ดุติขึ้น แต่ไม่สามารถลด rate ให้ต่ำกว่า 7 - 10 ซีซี/กก./ชม. ได้ในเวลา 3 - 4 ชม. ต่อมา (กรณีไม่มี colloidal solution)
 - แก้ไขด้วย 5% D/NSS ปริมาณ 10 ซีซี/กก./ชม. เป็นเวลา 1 - 2 ชม. แล้วยังไม่ดีขึ้น Hct ยังสูงอยู่หรือสูงขึ้นกว่าเดิม และให้ colloidal solution เช่น dextran-40 ปริมาณ 10 ซีซี/กก./ชม.ไปแล้ว แต่ยังไม่ดีขึ้น
 - มีอาการช็อกอีกครั้ง หรือ ลด rate IV fluid ไม่ได้แม้จะได้ volume replacement ในปริมาณมากเพียงพอแล้ว
 - มี Hct ลดลงกว่าเดิมเช่นลดลงจาก 50% ลงมา 45% เป็น 40% ให้นึกถึงภาวะเลือดออกภายใน ควรประเมินผู้ป่วยก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับ IV fluid มากเกินไป จนมีอาการของ fluid overload
3. ผู้ป่วยที่มีอาการเลือดออก/มีประจำเดือนมาก หรือคาดว่าจะต้องการเลือดทดแทน (ไม่มี blood bank)
4. ผู้ป่วยที่มีอาการแสดงผิดปกติ (unusual manifestations) เช่น มีอาการชัก, มีการเปลี่ยนแปลงของการรู้สติ, เอะอะว๊ายว๊าย, สับสน, ใช้คำพูดไม่สุภาพ, ซึมมากหรือไม่รู้สึกตัว
5. ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 1 ปี
6. ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว (underlying diseases) เช่น G-6-PD deficiency, Thalassemia, heart disease
7. ผู้ป่วยที่มีอาการบวม แน่นท้อง แน่นหน้าอก (เนื่องจากมี massive ascites และ pleural effusion)

การเตรียมการก่อนการส่งต่อผู้ป่วย

- รถส่งต่อผู้ป่วย : มีเจ้าหน้าที่แพทย์/ พยาบาล ไปกับผู้ป่วยด้วย
- การ refer ทุกครั้งควรมีการติดต่อโรงพยาบาลศูนย์ก่อน : โดยต้องมีชื่อแพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่ที่จะรับผิดชอบประสานงานในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่จะส่งต่อ
- การเขียนใบ refer : ต้องมีประวัติผู้ป่วย เวลาที่ admit, เวลาที่ซื้อ, แผ่นบันทึก vital signs(Form ปรอต), Hct ก่อนการส่งต่อ, serial Hct ทุกครั้งในระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล, ปริมาณ intake/ output ของผู้ป่วย, ผลLab ทั้งหมดขณะ admit, +/-CXR
- ผู้ป่วย high risk ที่จะส่งต่อ : ต้องให้การดูแลรักษาเบื้องต้น และผู้ป่วย “ *ต้องมี vital signs stable ก่อนการส่งต่อ* ”
 - rate ของ IV fluid ระหว่าง refer ไม่ควรเกิน 10 ซีซี/กก./ชม.
- ในรถส่งต่อ ควรมี อุปกรณ์กู้ชีพ พร้อมสำหรับเด็ก/ผู้ใหญ่ที่จะส่งต่อ และมีแพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไปกับผู้ป่วย
- มี การตรวจ/บันทึกสัญญาณชีพ (อย่างน้อยการจับชีพจร การหายใจ) เป็นระยะ