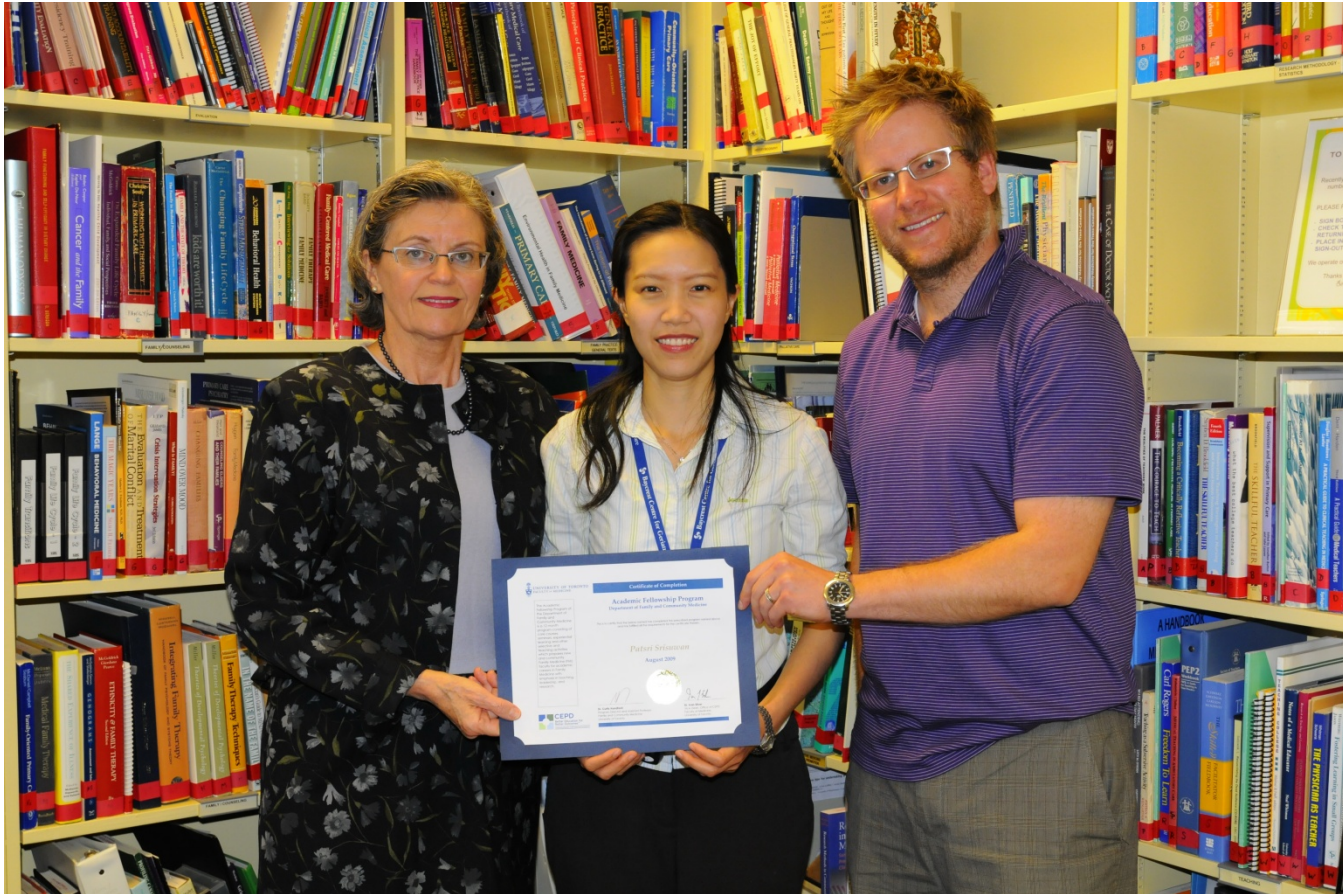


Home Health Care

Patsri Srisuwan, MD



UNIVERSITY OF TORONTO FACULTY OF MEDICINE



วัตถุประสงค์

- ทราบหลักการ **home health care**
- ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลแบบองค์รวม
- มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวลักษณะเฉพาะ ได้แก่
 - ความจำเสื่อม
 - ความดันสูง
 - เบาหวาน
 - อัมพาต
 - แผลกดทับ
 - ระยะสุดท้าย



Home health care

- การดูแลสุขภาพที่บ้าน
- ระบบการให้บริการด้านสุขภาพโดยบุคลากรสหวิชาชีพที่บ้านของผู้ป่วย



McWhinney I, 1997

ประเภทของการเยี่ยมบ้าน

- กรณีเจ็บป่วย
 - จุกเงิน, เจ็บพลงัน, โรคเรื้อรัง
- ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต
 - ระยะสุดท้าย
 - ประกาศเสียชีวิต
 - ความโศกเศร้า
- ประเมินภาวะสุขภาพ
- หลังผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล
 - การรักษา, หลังคลอดบุตร



Brian K, 1991

แนวทางการเยี่ยมบ้าน

- วางประเมินปัญหาสุขภาพและความต้องการของครอบครัว
- ผนเพื่อช่วยเหลือครอบครัว
- ปฏิบัติตามแผน
- ประเมินผลการให้บริการ



อุปกรณ์ในการเยี่ยมชมบ้าน 1

- แผนที่ในการเดินทาง
- แฟ้มบันทึกประวัติครอบครัว
- ไบโสังยา
- ถุงมือแบบใช้แล้วทิ้ง
- พรอทวัตซ์
- ไม้กีดลิ้น



อุปกรณ์ในการเยี่ยมบ้าน 2

- ไฟฉาย
- หูฟัง
- เครื่องวัดความดัน และที่พันขนาดต่าง
- เครื่องตรวจหู ตรวจตา
- เจลหล่อลื่น



INHOMESSS

- Immobility
- Nutrition
- Housing
- Other people
- Medication
- Examination
- Services
- Safety
- Spiritual



"I'm just the census-taker—I don't have to read you your rights."

INHOMESSS

- Immobility function
- Nutrition quality, quantity, preparation
- Housing ventilation, bed, stuffs
- Other people family, caregiver
- Medication traditional, CAM
- Examination V/S, CVS, Neuro
- Services social, community, health care
- Safety home, environment
- Spiritual believe, religious

การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

- **Activity of Daily Livings**
- **Behavioral and Psychological**
- **Cognitive function**
- **Caregiver and family**
- **Discussion about goal of care**
- **Environment**

การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

- อาการ **hypo/hyperglycemia**
- ประเมินภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน
 - ตา, ระบบประสาท, ไต
- ประเมินความเสี่ยงอื่น ๆ ต่อ **vascular diseases**
 - HT, dyslipidemia
- **Medication**
 - Compliance, side effect
- ควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์
 - **FBS** 90-130 **mg /dl**

แนวทางการรักษาความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยเบาหวาน

- เป้าหมาย ความดันโลหิตในผู้ป่วยเบาหวาน ไม่เกิน 130 / 80 **mm Hg**
- ถ้า **SBP** = 130-139 หรือ **DBP** = 80- 89 ให้รักษาโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ควบคุมอาหาร , ออกกำลังกาย ถ้าปฏิบัติ 3 เดือน ไม่ได้ตามเป้าเริ่มให้ยาลดความดัน
- **HCTZ**
- **ACEI**

แนวทางการตรวจสุขภาพประจำปีในผู้ป่วยเบาหวาน

- **FBS** ทุกครั้งที่นัด
- **Urine microalbumine**
- **Cr**
- **Triglyceride Cholesterol HDL**
- ตรวจตา
- ตรวจเท้า

แนวทางการรักษาภาวะ **Dyslipidemia** ในผู้ป่วยเบาหวาน

- เป้าหมาย **LDL** < 100 , **TG** < 150 , **HDL** > 40 ในชาย , **HDL** > 50 ในหญิง
- การคำนวณ **LDL = CHOLESTEROL - TG/5 - HDL**
- **Statin** (10) 1 × 1 pc หลังอาหารเย็น
- ถ้า **TG** > 400 ให้ **Gemfibrozil, fenofibrate**
- **lipid profile** อีก 3 เดือนต่อมา
- ถ้าระดับ **HDL** < เป้าหมาย แนะนำให้ออกกำลังกาย

การให้ยาต้านเกล็ดเลือด

- ให้ **ASA** ในผู้ป่วยเบาหวานทุกรายที่มี **Macro vascular disease** เช่น **CVA IHD RF** ให้ **ASA gr 1 2 tab OD**
- ให้ **ASA** ในผู้ป่วยเบาหวานที่อายุ มากกว่า 40 ปี ที่มี ≥ 2 ปัจจัยเสี่ยงของหลอดเลือดหัวใจ (**primary prevention**)
 - สูบบุหรี่
 - มีประวัติ **CVA IHD** ใน **First degree relation** ในชายอายุ ≤ 55 ปี
- ในหญิงอายุ ≤ 65 ปี
- **HT**
- **LDL** > 100
- **HDL** < 35

**การควบคุมและ การดูแลผู้ป่วย
โรคความดันโลหิตสูง**

Classification of Blood Pressure (JNC 7)

| Category | SBP mmHg | DBP mmHg |
|-------------------------|-----------------------|---------------|
| Normal | <120 and | <80 |
| Pre hypertension | 120-139 or | 80-89 |
| Hypertension stage 1 | 140- 159 or | 90-99 |
| Hypertension stage 2 | ≥160 or | ≥100 |

- ระดับความดันโลหิต $\geq 140 / 90$ mm Hg (วัดมากกว่า 2 ครั้ง ห่างกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์)
 - แนะนำให้เปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค
 - ลดความเครียด
 - ควบคุมน้ำหนัก
 - ออกกำลังกายสม่ำเสมอ
 - ให้ **HCTZ 0.5 Tab OD PC** เข้า
 - **F/U** ความดัน 1 เดือน

แนวทางการตรวจสุขภาพประจำปี ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

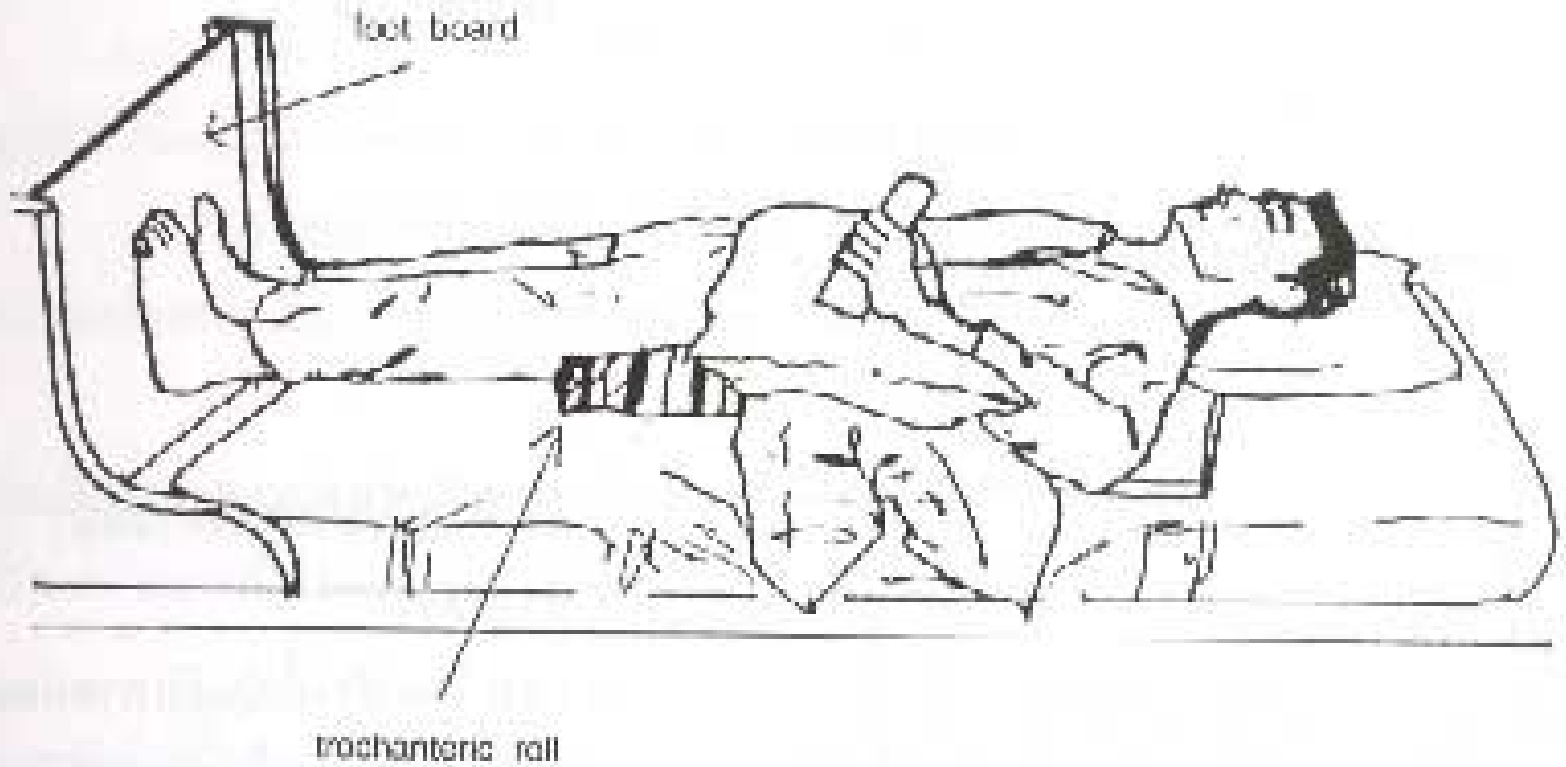
- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ
 - **FBS** ในครั้งแรกที่ตรวจพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง.
 - **FBS** ปีละครั้ง
 - ตรวจปัสสาวะดู **protein sugar** ทุกปี
 - ตรวจ **Chol Tg HDL** ให้ยึดหลักดังนี้
- ตรวจ **Cr** ทุกปี

การดูแลผู้ป่วยอัมพาต

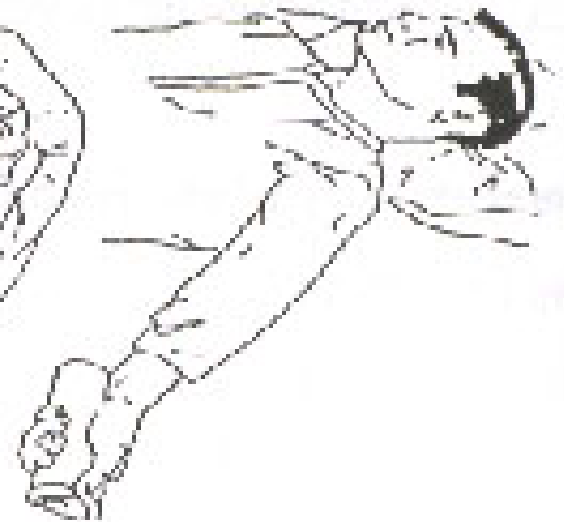
- ร่างกาย
 - กายภาพบำบัด
 - Stretching exercise
 - Appropriate position
 - ป้องกันภาวะแทรกซ้อน
 - แผลกดทับ
 - ปอดบวม
 - ฝ้าระวัง
 - ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ
- จิตใจ
 - ประเมินภาวะซึมเศร้า, เครียด, กังวล



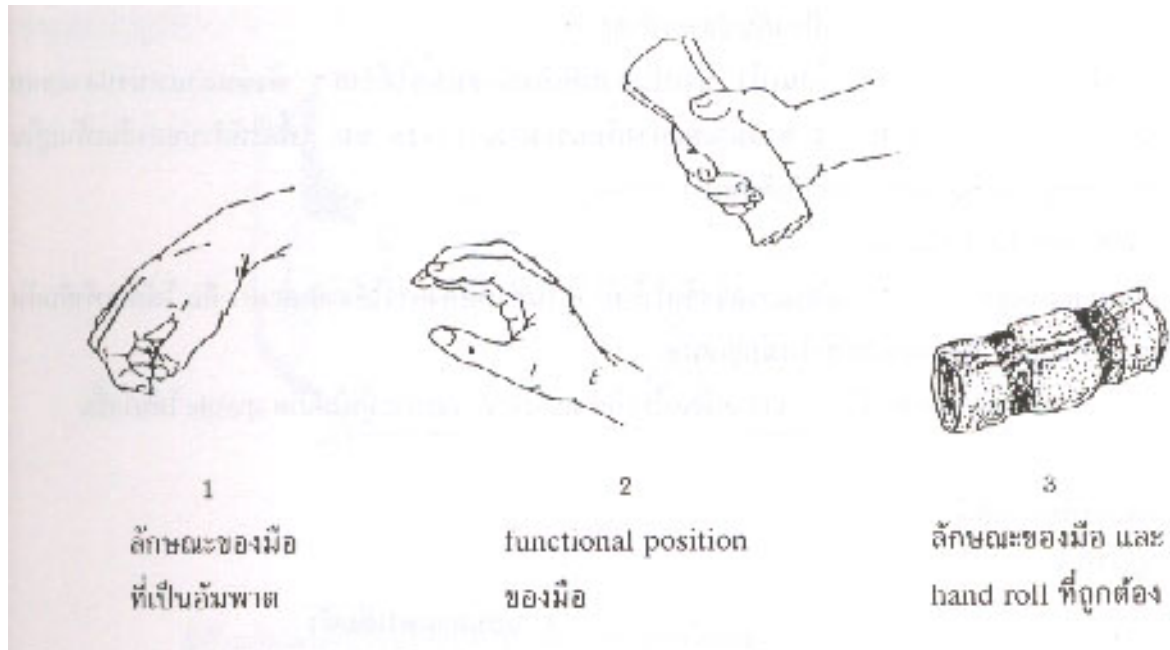
การจัดท่านอนหงาย



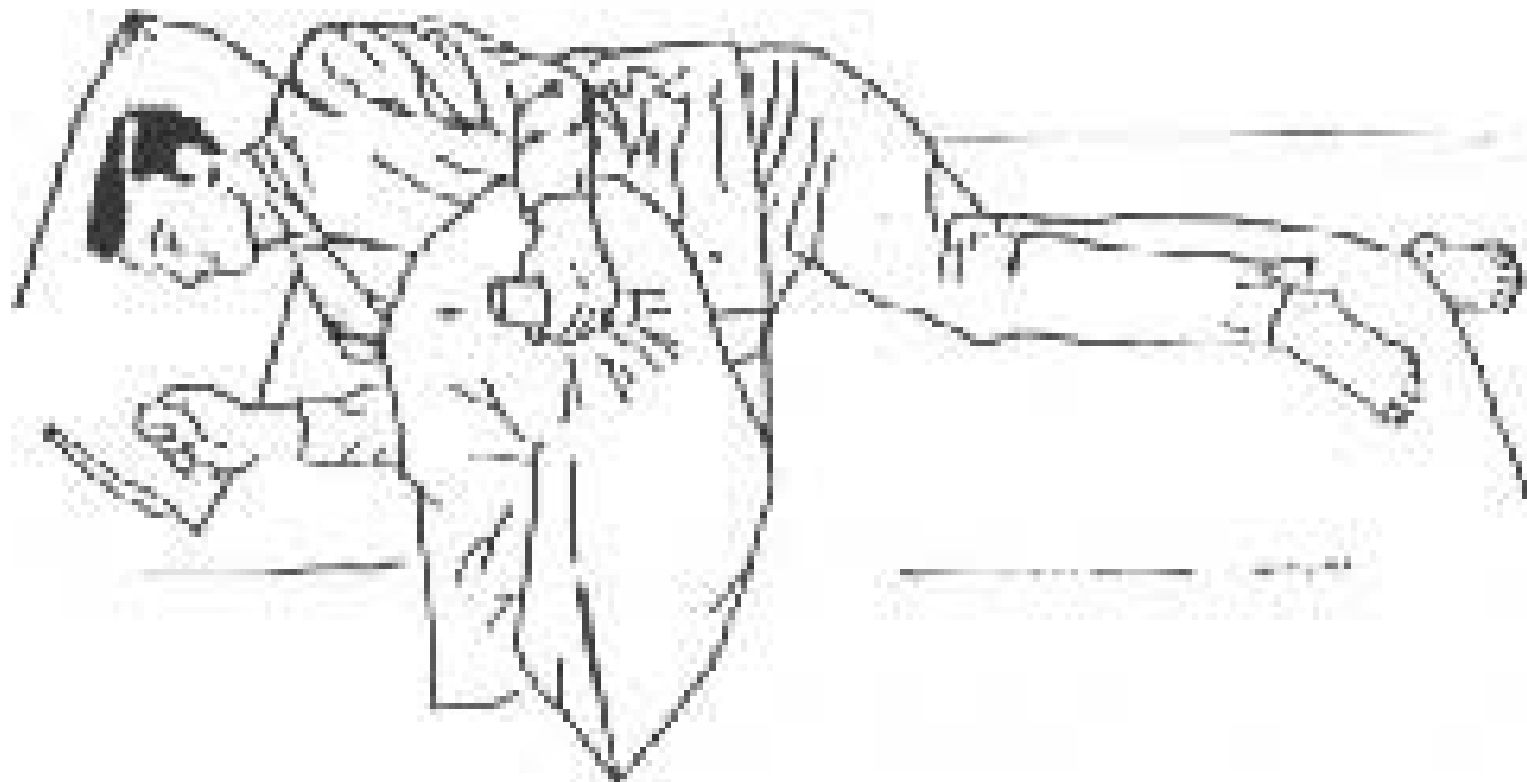
การจัดลักษณะของแขน



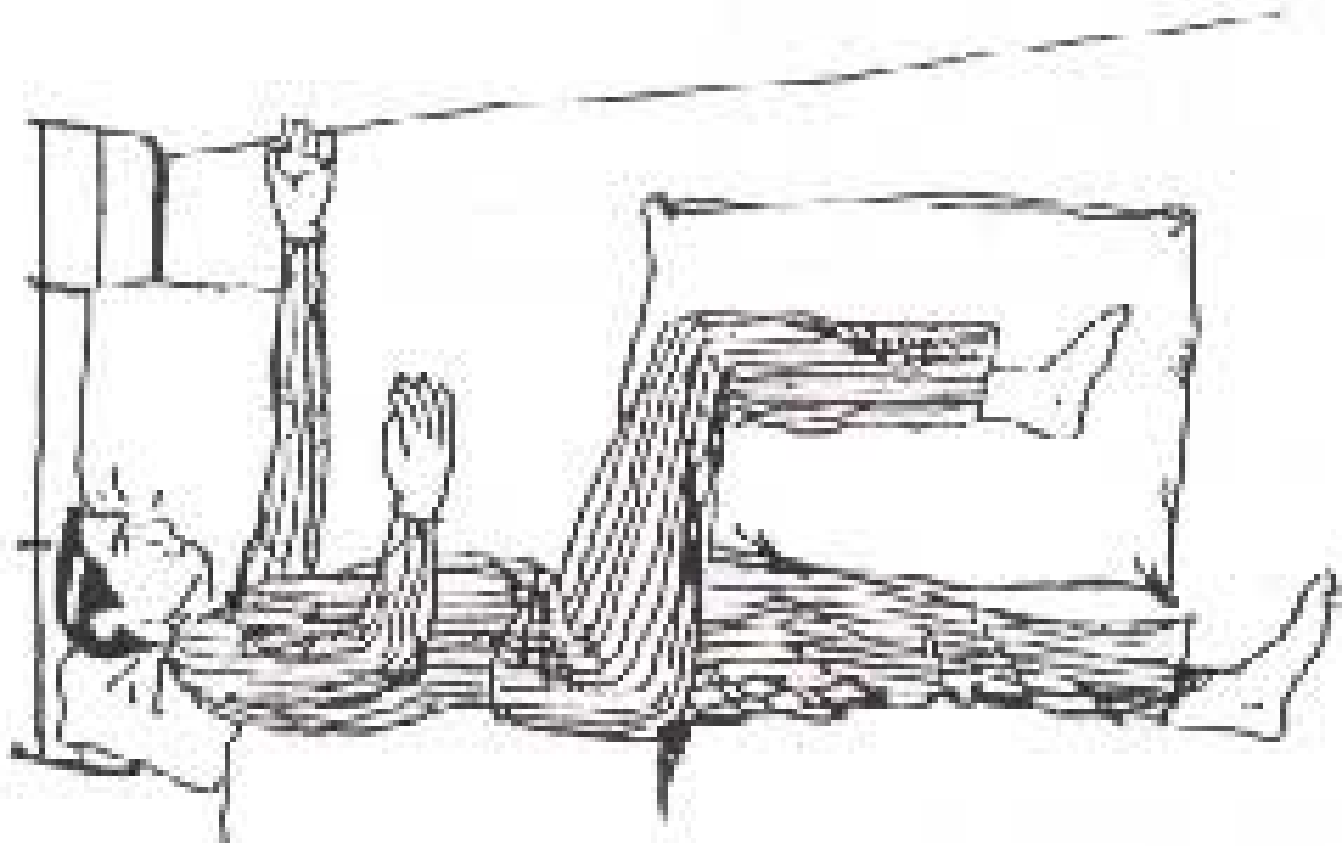
การจับมือและข้อมือ



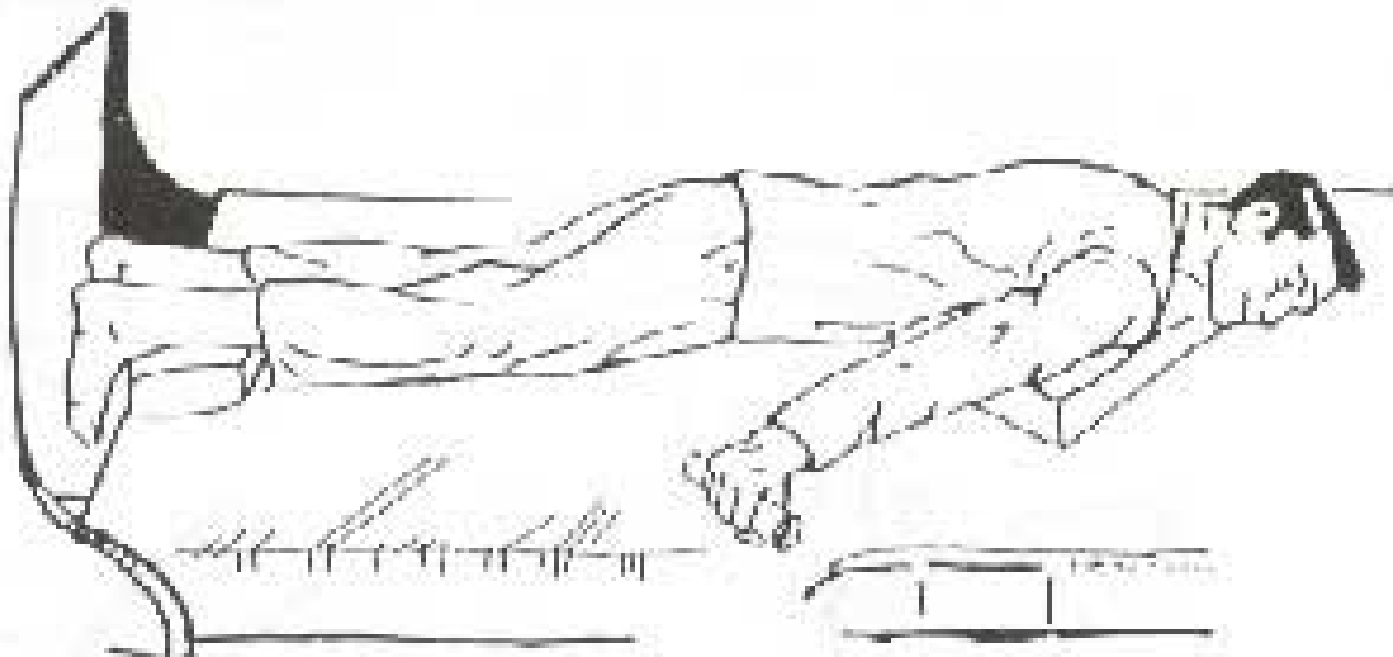
การจัดทำนอตตะแคงข้างดี



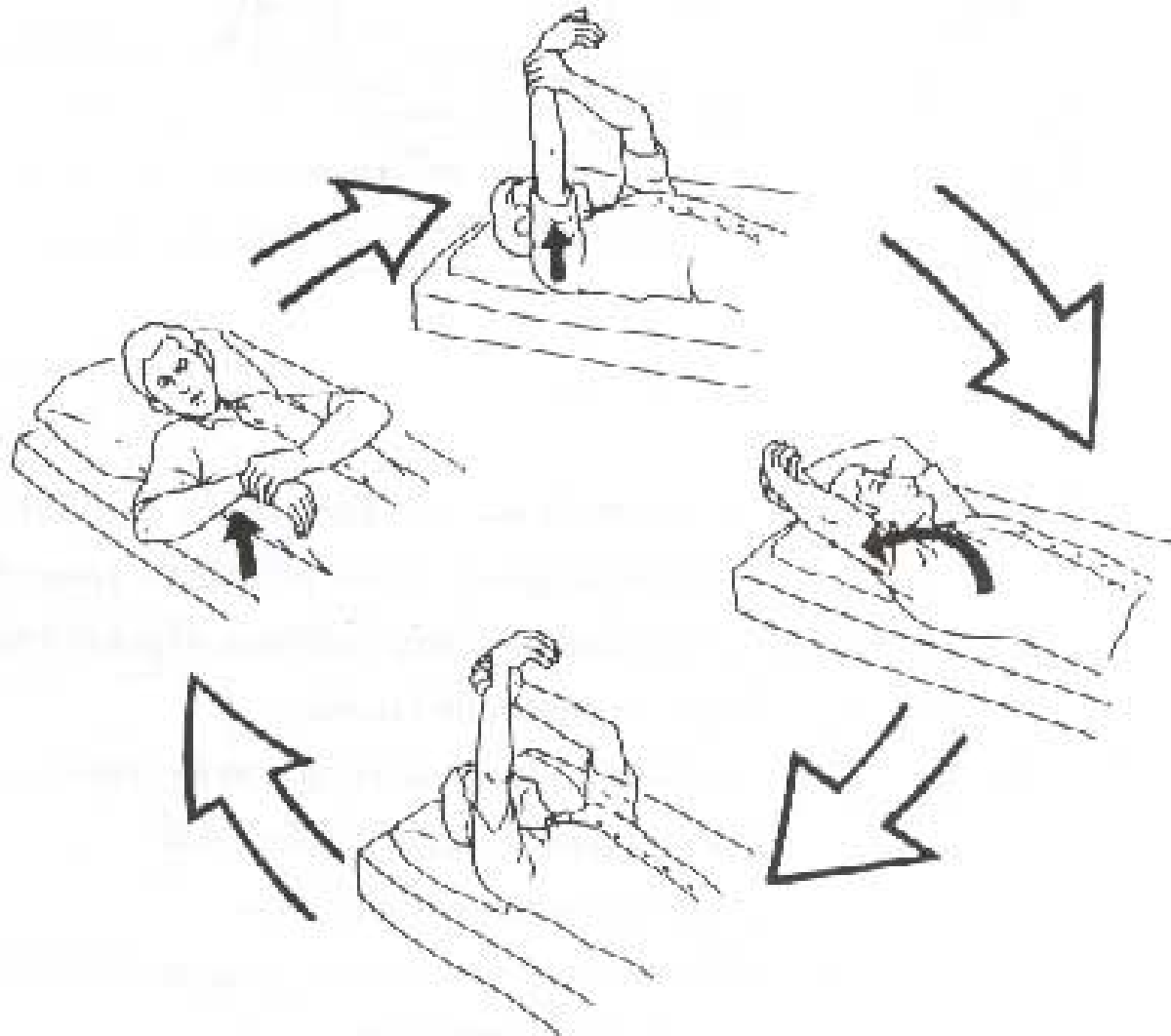
การจัดทำนอนตะแคงทับข้างที่เป็นอัมพาต



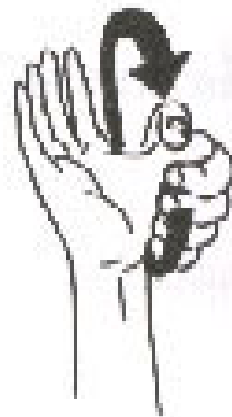
การจัดท่านอนคว่ำ



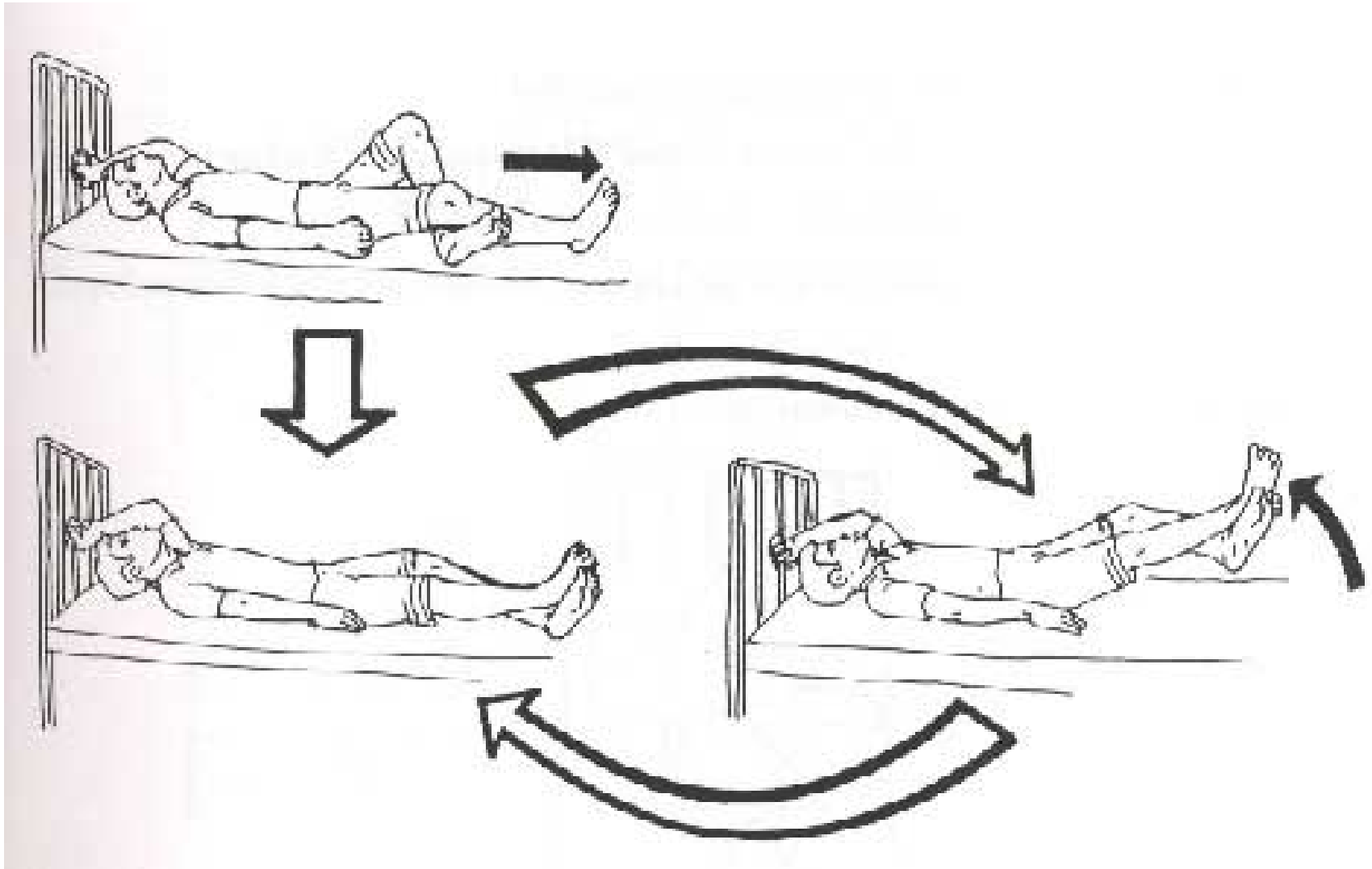
การป้องกันข้อติด



แสดงการบริหารบริเวณนิ้วมือ



การบริหารขา



การตะแคง



แผลกดทับ

- บริเวณที่มีการตายของเซลล์และเนื้อเยื่อจากการขาดเลือด
- ถูกกดทับเป็นเวลานาน
- แผลกดทับมักจะเกิดบริเวณเนื้อเยื่อที่อยู่เหนือปุ่มกระดูก
 - กระดูกก้นกบ
 - กระดูกสะโพก
 - ตาตุ่ม

ปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลกดทับ

- การกดทับ
 - บริเวณที่มีกล้ามเนื้อมากจะทนต่อแรงกดทับได้ดี
 - แรงกดประมาณ 70 มม.ปรอท กดทับเป็นเวลา 1 - 2 ชั่วโมง
 - แรงกดจำนวนมากแม้เพียงระยะเวลาสั้นๆ ก็ทำให้เกิดอันตราย
 - ผู้ป่วยอัมพาตแบบ **flaccid > spastic**
- แรงไถและความเสียดทาน
 - ผู้ป่วยอัมพาตที่นั่งรถเข็น

ปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลกดทับ

- เพิ่มอุณหภูมิ
- อายุมาก
- ขาดสารอาหาร
 - การขาดโปรตีน : ควรได้รับโปรตีน 80 - 100 กรัม/วัน
 - ขาดวิตามิน
- การบวมน้ำ
- ภาวะความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ
- ปัจจัยอื่นๆ เช่น ความชื้นจากเหงื่อ อุจจาระ ภาวะติดเชื้อมาเป็นต้น

ความรุนแรงของแผลกดทับ

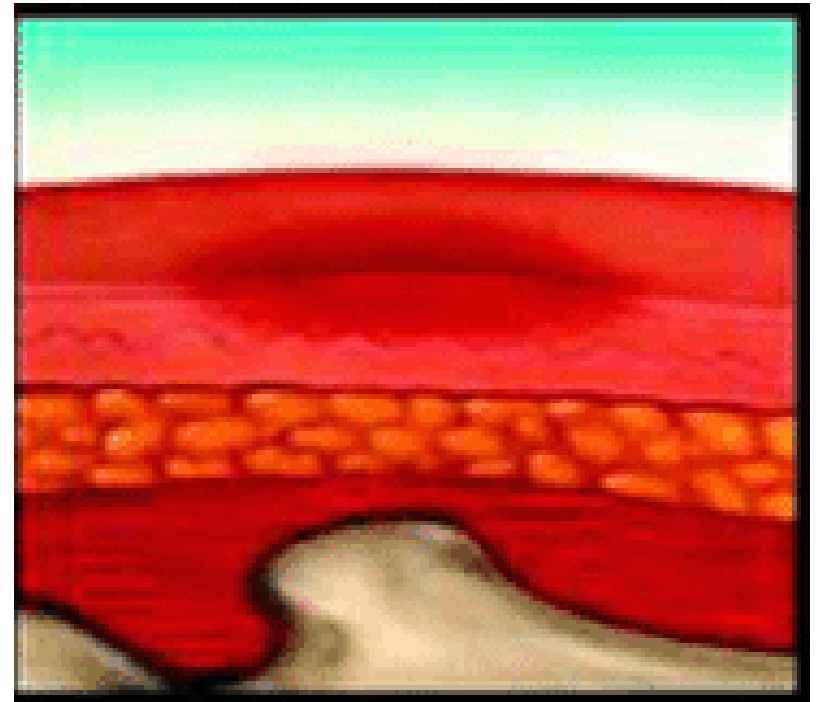
- เกรด **1**
- เกรด **2**
- เกรด **3**
- เกรด **4**



เกรด 1

- อักเสบเฉียบพลัน
- ขยายตัวของหลอดเลือดและ
การบวมจากการขาดเลือด
- เนื้อเยื่อบริเวณนั้นจะบวม
แดง ร้อน และแข็งตัวขึ้นกว่า
ปกติ
- เจ็บ
- ระดับที่รุนแรงแผลจะแฉะ ๆ
มีการหลุดลอกของหนัง
กำพำร้ำจนมองเห็นหนังแท้

แผลกดทับระดับ 1



การรักษา แผลเกรด 1

- ใช้อุปกรณ์ลดการกดทับ
- เปลี่ยนท่าทุก 2 ชั่วโมง และกระตุ้นให้เคลื่อนไหว
- ทาโลชั่น หรือครีมในผิวหนังแห้ง
- ไม่ให้ผิวหนังเปียกชื้น
- การกดทับซ้ำอีกแผลจะหายเป็นปกติได้ภายใน 5-10 วัน

เกรด 2

- ลึกลงชั้นหนังแท้ ไปถึงรอยต่อกับชั้น
ไขมันใต้ผิวหนัง
- ลักษณะที่ปรากฏให้เห็นทางคลินิกคือ
เป็นแผลขอบชัด
- รอบ ๆ จะมี ลักษณะบวมแดง ร้อน

แผลกดทับเกรดที่ 2 นี้ แม้ว่าจะกินลึก
ขึ้นและมีการอักเสบมากขึ้น แต่ก็ยัง
หายได้ถ้าดูแลรักษาแผลอย่างดี ร่วมกับ
การป้องกันและหลีกเลี่ยงการกดทับ
ต่อไป

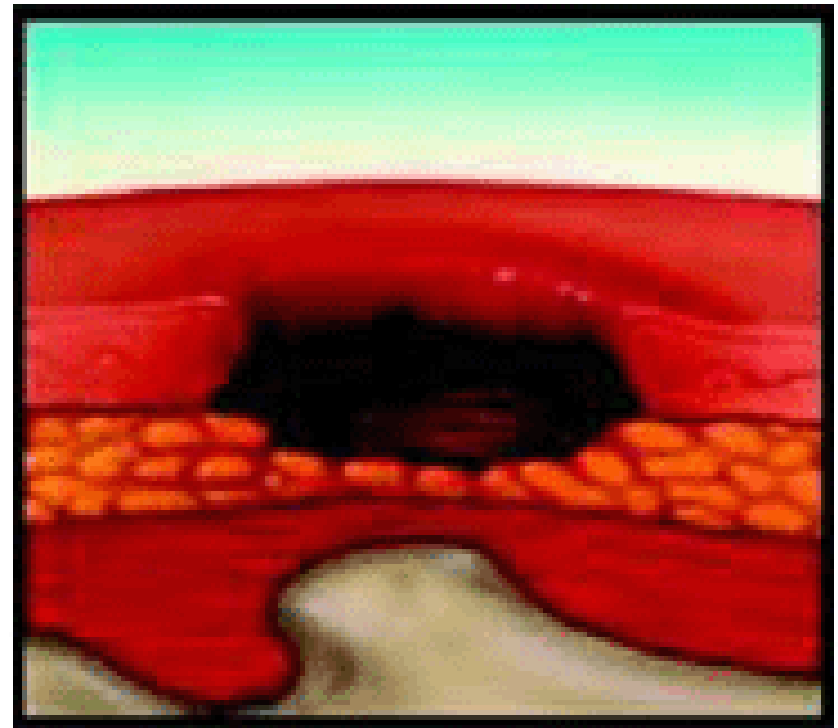
แผลกดทับระดับ 2



เกรด 3

- ลึกถึงชั้นไขมันใต้ผิวหนังมีการติดเชื้อ และการเน่าตายของ ไขมัน
- ผิวหนังรอบ ๆ จะบวมแดงขอบแข็ง ม้วนเข้าใน การอักเสบจะลามถึงชั้น พังผืด ชั้นกล้ามเนื้อบวมแดง
- การยึดติดของกล้ามเนื้อ และการผิดรูป ของข้ออันเป็นผลจากการเกร็งของ กล้ามเนื้อได้
- กระดูกอาจมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการ อักเสบ เช่น มีกระดูกพรุน

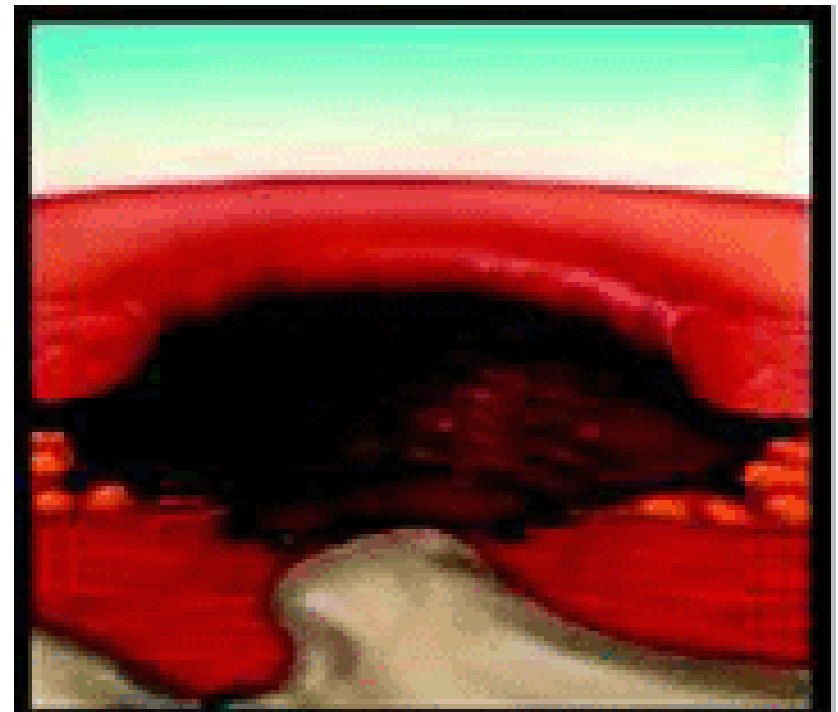
แผลกดทับระดับ 3



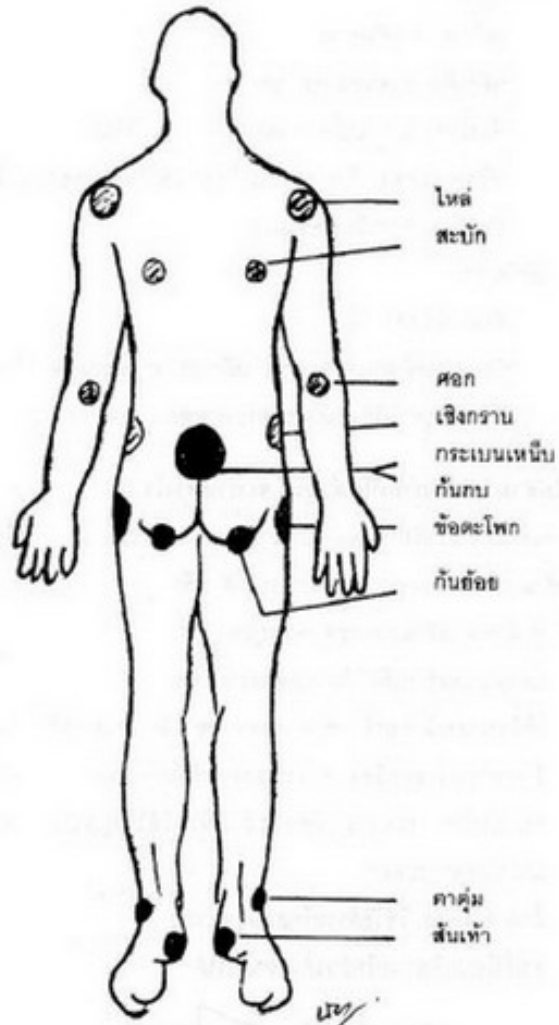
เกรด 4

- จากภาวะติดเชื้อและเน่าตายของเนื้อเยื่ออย่างมาก
- เข้าไปถึงชั้นกล้ามเนื้อ และกระดูกอย่างรวดเร็ว
- ติดเชื้อในกระดูก และข้อ
- เห็นกระดูกที่ฐานของแผล
- ภาพทางรังสีจะพบลักษณะของการอักเสบติดเชื้อของกระดูกและมีการเสียเนื้อกระดูกไป

แผลกดทับระดับ 4



ตำแหน่งแผลกดทับ



- ตำแหน่งแผลกดทับที่พบบ่อย
- ⊘ ตำแหน่งแผลกดทับที่พบได้แต่ไม่บ่อย

การป้องกันการเกิดแผลกดทับ

- ผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่าย คือ ไม่สามารถขยับตัวหรือช่วยเหลือตนเองได้ เสียการรับรู้ความรู้สึก เช่น อัมพาต
- หมั่นพลิกตัวผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง
- ถ้าผู้ป่วยนั่งรถเข็นต้องสอนให้ยกกันหรือเอียงตัวถ่ายน้ำหนักบ่อยๆ และหารถเข็นที่เหมาะสม
- มีความระมัดระวังในการเคลื่อนย้ายตัวผู้ป่วย
- เลือกใช้อุปกรณ์เสริมที่เหมาะสม เช่น ที่นอน เบาะรองนั่ง

การรักษาแผลกดทับ

1. รักษาทั่วไป
2. รักษาเฉพาะที่



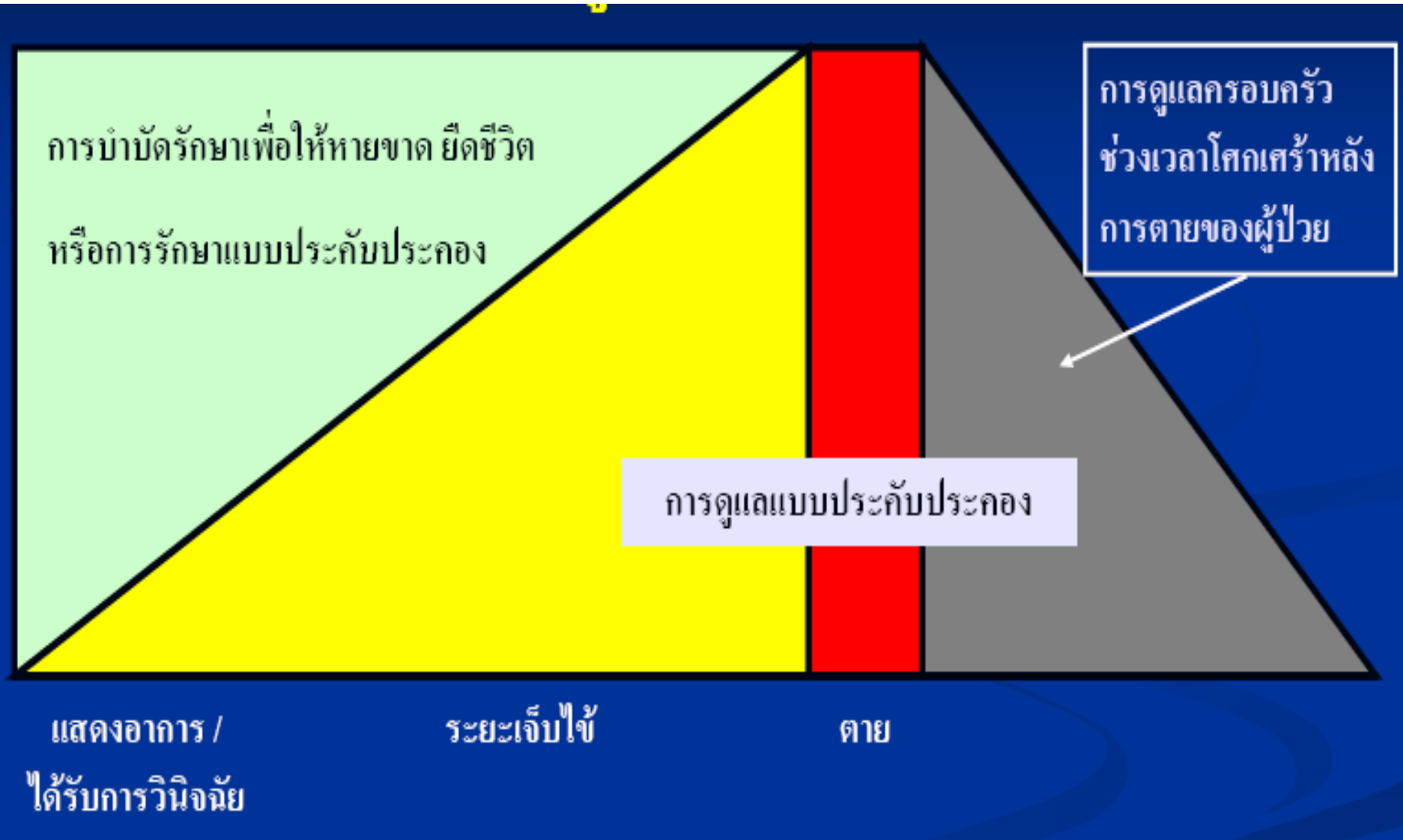
รักษาทั่วไป

- ภาวะโภชนาการที่ดี
- แก้ไขภาวะโลหิตจาง
- ลดภาวะเกร็งของกล้ามเนื้อ



รักษาเฉพาะที่

- น้ำยาที่ใช้ทำความสะอาดในแผลกดทับ
 - รอบแผล : **70%** แอลกอฮอล์
 - ในแผล
 - น้ำเกลือ
 - **Silver sulfa diazine**
 - ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ ผสมกับน้ำเกลือในอัตรา 1:1
 - ควรหลีกเลี่ยง **providine**
- การควบคุมการติดเชื้อ ถ้ามีการอักเสบติดเชื้ออย่างรุนแรงให้ยาปฏิชีวนะ
- การรักษาแผลกดทับโดยการผ่าตัด ในเกรด 3 และเกรด 4 ขึ้นไป



World Health Organization Pain Relief and Palliative Care. In: National Cancer Control Programmes. Policies and managerial guideline 2nd ed WHO's Geneva 2002;83-91.

ความหมายของ “ผู้ป่วยระยะสุดท้าย”

“ระยะซึ่งภูมิคุ้มกันของร่างกายและอวัยวะสำคัญบางส่วนของ
ร่างกายถูกทำลายไปมากแล้ว การรักษาไม่ได้ผลอีกต่อไป”

สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี

“เวลาที่บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยอยู่จะไม่แปลกใจ หาก
ผู้ป่วยเสียชีวิตภายใน 6 เดือน”

American Psychological Association

หลักสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

- ดูแลแบบองค์รวม และต่อเนื่อง
- ดูแลทั้งผู้ป่วย และครอบครัว
- เคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย และครอบครัว
- วางแผนร่วมกันในการรักษา
- ไม่ยึดความทรมาน และไม่เร่งการเสียชีวิต
- ทีมสหวิชาชีพ

ท้องผูก

- หาสาเหตุ เช่น จากยา ความผิดปกติทางเมตาบอลิซึม
- ชักประวัติ ตรวจร่างกาย
- รักษา
 - ไม่ใช้ยา : เพิ่มสารน้ำ ลุกเดิน
 - ใช้ยา :
 - **Senna** : ลำไส้บีบตัวมาก
 - **Lactulose** : ท้องอืด
 - **Milk of Magnesia**
 - สวน

หอบเหนื่อย

- สาเหตุ : มะเร็งโดยตรง อื่นๆ เช่น ชีด จากการรักษา มะเร็ง
- รักษา
 - ไม่ใช้ยา
 - **Oxygen**
 - อากาศถ่ายเท ศีรษะสูง ฝึกการหายใจ
 - ใช้ยา
 - **Opioid**
 - **Benzodiazepine**
 - **Bronchodilator**

คลื่นไส้ อาเจียน

- สาเหตุ : ท้องผูก ลำไส้อุดตัน ติดเชื้อ ยา
- รักษา
 - ไม่ใช้ยา
 - รับประทานมื่อละไม่มาก รสไม่จัด
 - ไม่ใส่เสื้อผ้าคับเกินไป
 - ใช้ยา
 - **Serotonin antagonist : ondansetron**
 - **Metoclopramide**
 - **Domperidone**
 - **Haloperidol**

ลึบสนกระวนกระวาย

- สาเหตุ : ยา ติดเชื้อ ซีด ขาดน้ำปวด
- การรักษา
 - ไม่ใช้ยา
 - จัดสถานที่ให้ปลอดภัย ไม่มีดเกินไป
 - จัดให้มีปฏิทิน นาฬิกา ของที่ผู้ป่วยคุ้นเคยรอบๆห้อง
 - ใช้ยา
 - **Antipsychotic ; haloperidol**
 - **+ Benzodiazepine**

เบื่ออาหาร

- สาเหตุ : **leptin, interleukin 1B** เพิ่มขึ้น ชีวมเศร้้า
- รักษา
 - ไม่ใช้ยา
 - จัดอาหารที่ผู้ป่วยชอบ และมีอาหารว่างระหว่างมื้อ
 - ไม่ควรคาดคั้นให้ผู้ป่วยทานอาหาร
 - ประเมินการกลืน
 - ใช้ยา
 - **Prokinetic**
 - **Corticosteroid**
 - **Megestrol acetate**

References

- Fawcett, J. Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories (2nd). Philadelphia: F.A. Davis.2005.
- Feldman H, Jacova C, et al. Diagnosis and treatment of dementia: 2. Diagnosis. CMAJ 2008;178(7):825-36.
- Pilot F, et al. Caring for the Elderly: A Case-based Approach. Kansas: American Academy of Family Physician, 2004.
- Pond D, Brodaty H. Diagnosis and management of dementia in general practice. Australian Family Physician 2004;33(10):789-93.
- Principles of family medicine. In McWhinney IR, editor. A textbook of family medicine. 2th ed. New York: Oxford University Press; 1997:13-28