	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา		
	วิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction)	เอกสารหมายเลข : WI-YCPH-PCT-062	จัดทำเมื่อ : 10/06/2567
		ฉบับที่ : A วันที่ออกเอกสาร : 10/06/2567	แก้ไขครั้งที่ : 00 หน้าที่ : 1 ของ 26 หน้า

เรื่อง : การพยาบาลการจัดการความปวดที่ไม่ได้เกิดจากการบาดเจ็บ (Pain Management)
แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

หน่วยงาน/ทีม PCT

กลุ่มงาน -

วิธีปฏิบัติงาน

เรื่อง : การพยาบาลการจัดการความปวดที่ไม่ได้เกิดจากการบาดเจ็บ
(Pain Management) แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

PCT

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา จังหวัดยะลา

ผู้จัดทำเอกสาร




(นางสาวอัญชญา โชติช่วง)

ทีม PCT รพร.ยะหา

ผู้ทบทวนเอกสาร

ผู้อนุมัติใช้



(นายสุภวุฒิ มงคลมะไฟ)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ



(นายทินกร บินหะยี่อารง)

ผอ.ก.รพร.ยะหา

เอกสารนี้เป็นสมบัติของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา ห้ามนำออกไปใช้ภายนอกหรือทำซ้ำโดยไม่ได้รับอนุญาต

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการจัดการความปวดที่ไม่ได้เกิดจากการบาดเจ็บ (Pain Management)

แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา

ความหมายของการปวด (Pain Definition)

ความปวด (Pain) : หมายถึง ความรู้สึกและประสบการณ์ทางอารมณ์ที่ไม่สบาย สัมพันธ์กับเนื้อเยื่อถูกทำลายและเป็นประสบการณ์จริงที่บุคคลกำลังเผชิญอยู่ไม่ว่าจะมีการบาดเจ็บเกิดขึ้นหรือไม่ก็ตาม บุคคลที่ประสบอยู่นั้นจะรู้และบอกได้ว่าความปวดยังคงอยู่เท่าที่ความรู้สึกนั้นยังไม่หายไป

วัตถุประสงค์การให้การพยาบาล

- 1.พยาบาลสามารถประเมินความปวดในผู้ป่วยที่มีความปวดที่ไม่ได้เกิดจากการบาดเจ็บสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินในระดับที่ 1 ถึง 5 ได้
- 2.พยาบาลให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความปวดที่มาบริการได้
- 3.พยาบาลสามารถวิเคราะห์ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดที่ไม่ได้เกิดจากการบาดเจ็บ สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้

ความปวด เป็นสาเหตุพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล โดยแบ่งตามระยะเวลาได้เป็น 2 ชนิด คือ

- 1.ความปวดเฉียบพลัน (acute pain) เป็นความปวดที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ระบุตำแหน่งสาเหตุ ระยะเวลาเริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดได้ และมีระยะเวลาเจ็บปวด น้อยกว่า 3 เดือน
- 2.ความปวดเรื้อรัง (chronic pain) คือ ความปวดที่เกิดขึ้นเป็นพัก 1 และต่อเนื่องนานกว่า 3 เดือน ซึ่งความปวดจะค่อย ๆ เกิดขึ้น และไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าจะสิ้นสุดเมื่อใด

ความปวดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย เช่น กระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้ร่างกายต้องการออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น ระบบภูมิคุ้มกันทำงานลดลง กระบวนการหายของแผลช้าลง เป็นต้น ความปวดยังทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สบาย กระวนกระวาย พักไม่ได้ หรือก้าวร้าว นอกจากนี้ความปวดเฉียบพลันยังส่งผลให้ผู้ป่วยซึ่งอยู่ในช่วงพักฟื้นจากการเจ็บป่วย เกิดข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว การฟื้นฟูสภาพร่างกาย ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย เกิดความพิการ และการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น

การประเมินระดับความปวดสามารถประเมินด้วยเครื่องมือประเมินความปวด ซึ่งที่นิยมใช้ ได้แก่ คะแนนมาตรวัดตัวเลข (Numeric Pain Rating Scale; NPRS หรือ Numeric Rating Scale; NRS) ซึ่งมีระดับคะแนน 0-10 โดยการประเมินความปวดสำหรับผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉิน แบ่งความปวดออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

ปวดระดับรุนแรง คะแนน 8-10

ปวดระดับปานกลาง คะแนน 5-7

ปวดระดับน้อย คะแนน 1-4

และคะแนน 0 คือ ไม่ปวด

สำหรับการจัดการความปวดที่ไม่ได้เกิดจากการบาดเจ็บสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยฉุกเฉินนี้ แบ่งความปวดเป็น 2 ส่วนของร่างกาย ได้แก่

1. ความปวดตั้งแต่ศีรษะถึงทรวงอก ได้แก่ ปวดศีรษะ ปวดตา ปวดฟัน และเจ็บหน้าอก

2. ความปวดตั้งแต่ช่องท้องลงมา ได้แก่ ปวดท้อง ปวดหลัง และปวดขา

กรณีผู้ป่วยปวดระดับน้อย

1 ยาระงับปวดในกลุ่มไม่ใช่โอปิออยด์ (non-opioid analgesics) เช่น อะเซตามิโนเฟน (acetaminophen) หรือพาราเซตามอล (paracetamol) โดยการให้แบบรับประทานทางปาก (กรณีไม่มีข้อห้าม) การออกฤทธิ์ระงับปวด ยากลุ่มนี้จะยับยั้งการหลั่งสารที่ทำให้เกิดความปวด เช่น prostaglandins เป็นต้น จึงทำให้ไม่มีการส่งผ่านสัญญาณความปวด ผู้ป่วยจึงไม่เกิดความปวด ผลข้างเคียง ขนาดยาปกติไม่ทำให้เกิดอาการข้างเคียง ยาจะถูกทำลายที่ตับ สำหรับผู้ป่วยที่มีการทำงานของตับบกพร่องควรลดขนาดของยาโดยใช้ไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน และไม่ควรใช้ยาติดต่อกันนานเกิน 5 วัน

2. กรณีผู้ป่วยได้รับยากลุ่ม opioid ให้ติดตามประเมินระดับความง่วงซึม (sedation score) หลังได้รับยากลุ่ม opioid เพื่อประเมินการได้รับยาเกินขนาด ดังนี้

ระดับ 0 = ไม่ง่วงซึม รู้สึกตัว ตื่น

ระดับ 1 = ง่วงซึมเล็กน้อย ปลุกตื่นง่าย

ระดับ 2 - ง่วงซึมปานกลาง ง่วงตลอดเวลา แต่ยังปลุกตื่นง่าย

ระดับ 3 = ง่วงซึมมาก ปลุกตื่นยาก

ระดับ S = นอนหลับปกติ ไม่แสดงอาการปวดหรือต้องการยาแก้ปวด

3. ติดตามประเมินคะแนนความปวดซ้ำหลังได้รับการบรรเทาปวด หากผู้ป่วยได้รับการบรรเทาปวดด้วยควรติดตามประเมินความปวดซ้ำ ดังนี้

3.1 ประมาณ 5-10 นาที หลังได้รับยาฉีดทางหลอดเลือดดำ

3.2 ประมาณ 30 นาที หลังได้รับยาฉีดทางกล้ามเนื้อหรือใต้ผิวหนัง

3.3 ประมาณ 60 นาที หลังการรับประทานยาทางปาก

. กรณียังพบว่าผู้ป่วยความปวดไม่ลดลง พยาบาลประชุมหารือกับทีม เพื่อวางแผนการพยาบาล

4. เตรียมบริหารยาแก้ปวดตามแผนการรักษาและติดตามอาการข้างเคียงของยา ร่วมกับจัดทำผู้ป่วยให้สุขสบาย พุดคุย ให้ข้อมูลเบี่ยงเบนความสนใจ

5. บันทึกติดตามประเมินอาการปวดและคะแนนความปวดซ้ำหลังได้รับการบรรเทาปวด หากผู้ป่วยได้รับการบรรเทาปวดด้วยยาฉีด ควรติดตามประเมินความปวดซ้ำ 5 (ดังข้อ 5)

ตารางที่ 4.2 แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดที่ไม่ได้เกิดจากการบาดเจ็บสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน

การประเมิน	การพยาบาล
การประเมินและจัดการช่วยเหลือตามหลัก (Primary survey and resuscitation) : ABCD เพื่อค้นหาภาวะคุกคามต่อชีวิต ภายใน 10 วินาที	
Airway maintenance ประเมินทางเดินหายใจส่วนต้น - การส่งเสียงพูด - เสียงลมหายใจ	1. กรณีผู้ป่วยไม่สามารถส่งเสียงออกมาได้ หายใจมีเสียงครี๊ดคราด อาจมีภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น ให้ปฏิบัติดังนี้ - จัดทำเปิดทางเดินหายใจทำ head tilt chin lift - หลังการจัดทำ หากพบว่าผู้ป่วยยังคงหายใจมีเสียงครี๊ดคราดอยู่ ควร

<p>- เสมหะ</p>	<p>พิจารณาใส่อุปกรณ์เปิดทางเดินหายใจร่วมด้วย</p> <p>2. กรณีที่ผู้ป่วยมีเสมหะหรือน้ำลายหรือเลือดอยู่ในช่องปาก ไม่สามารถขับออกได้ให้ปฏิบัติดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ดูดเสมหะหรือน้ำลายหรือเลือดออกให้ด้วยอุปกรณ์ดูดเสมหะ โดยใช้แรงดัน 80-120 mmHg <p>3. สอบถามตำแหน่งที่ปวด ลักษณะความปวด คะแนนความปวด กรณีผู้ป่วยระดับที่ 1 ที่ยังสามารถสื่อสารได้ กรณีผู้ป่วยระดับที่ 2-5 ประเมินทุกราย</p>
การประเมิน	การพยาบาล
<p>Breathing and ventilation</p> <p>2. ประเมินการหายใจ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ลักษณะการหายใจ - อัตราการหายใจ - เสียงปอด - ค่าความอิ่มตัวออกซิเจน (O₂saturation) 	<p>1. กรณีพบผู้ป่วยมีหายใจเร็ว RR > 24 - 26 /min ร่วมกับเสียงปอดผิดปกติ (wheeze, crepitation) O₂ saturation < 95% (กรณีเป็นโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง keep O₂, saturation > 88%) ให้ปฏิบัติดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดท่าศีรษะสูง - ให้ออกซิเจนให้ผู้ป่วย เช่น O₂ cannula 2:5 LPM หรือ O₂ mask with reservoir bag 6-10 LPM <p>2. กรณีพบผู้ป่วย GCS :8, หายใจมี abdominal paradoxical, RR >40 /min เตรียมอุปกรณ์การใส่ท่อช่วยหายใจ</p> <p>3. กรณีผู้ป่วยมีความปวดมากกว่า 7 คะแนนและไม่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต มี RR > 20 /min ให้ปฏิบัติดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดให้ผู้ป่วยให้โซน Emergency (level 2) และแจ้งทีมแพทย์พยาบาล - ปฏิบัติตามแนวทาง ฯ การจัดการความปวดระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง - บันทึกการพยาบาลบรรเทาความปวดและการติดตามผลข้างเคียงของยา - ติดตามคะแนนความปวดและสัญญาณชีพซ้ำหลังการให้ยาบรรเทาความปวด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง RR

Circulation

3. ประเมินระบบหัวใจและหลอดเลือด

- ชีพจร
- อัตราการเต้นของหัวใจ
- คลื่นไฟฟ้าหัวใจ
- ความดันโลหิต
- อุณหภูมิผิวหนัง
- capillary refill time

1. พยาบาลประชุมหารือกับทีมเร่งด่วน เพื่อวางแผนการพยาบาล และปฏิบัติตาม ACLS algorithm's เมื่อพบผู้ป่วยดังนี้
 - 1.1 กรณีพบผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว คล่าชีพจรไม่ได้ ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นแบบ Asystole / Pulseless electrical activity (PEA), pulseless ventricular fibrillation/tachycardia
 - 1.2 กรณีพบผู้ป่วยมีภาวะการเต้นของหัวใจผิดปกติทั้งแบบ bradyarrhythmia (HR < 50/min), tachyarrhythmia (HR > 150/min)ที่มีอาการไม่คงที่ คือ
 - ความดันโลหิตต่ำลง (hypotension)
 - มีอาการของภาวะช็อค เช่น เหงื่อออก ตัวเย็น MAP < 60-65 mm.Hs, capillary refill time > 2 sec เป็นต้น
 - เจ็บอก
 - มีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น หายใจหอบเหนื่อย นอนราบ ไม่ได้ เหนื่อยง่าย เป็นต้น
 - ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง
2. กรณีผู้ป่วยมีความปวดมากกว่า 7 คะแนนและไม่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต มี HR > 100 /min และ/ร่วมกับ BP > 120/80 mm. Hg ให้ปฏิบัติดังนี้
 - จัดให้ผู้ป่วยให้โซน Emergency (level 2) และแจ้งทีมแพทย์พยาบาล
 - ปฏิบัติตามแนวทางฯ การจัดการความปวดระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง
 - บันทึกการพยาบาลบรรเทาความปวดและการติดตามผลข้างเคียงของยา
 - ติดตามคะแนนความปวดและสัญญาณชีพซ้ำหลังการให้ยาบรรเทาความปวด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง HR และ BP

การประเมิน	การพยาบาล
<p>Disability</p> <p>4. ประเมินระดับความรู้สึกตัว โดยใช้ Glasgow coma score และการตอบสนองรูม่านตา (pupils) ต่อแสง</p> <ul style="list-style-type: none"> - บอกได้ถึงความปลอดภัย(verbal) - พฤติกรรมตอบสนองต่อความปลอดภัย 	<p>1. กรณีพบผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง หรือ GCS ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน หรือคะแนนของ motor response ลดลง 1 คะแนน หรือ GCS น้อยกว่า 8 คะแนน ปฏิบัติดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดให้ผู้ป่วยให้โซน Resuscitation (level 1) หาก GCS น้อยกว่า 8 คะแนน และแจ้งทีมแพทย์พยาบาล - จัดให้ผู้ป่วยให้โซน Emergency (level 2) หากระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง หรือ GCS ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน หรือคะแนนของ motor response ลง 1คะแนน และแจ้งทีมแพทย์พยาบาล <p>2. กรณีผู้ป่วยสามารถบอกความปลอดภัยได้ ร่วมกับมีพฤติกรรมที่แสดงถึงความปวด เช่น ร้องไห้ หน้ามึนคิ้วขมวด โกรธ ก้าวร้าว เป็นต้น และไม่มีความเสี่ยงหรือมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ปฏิบัติ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - หากประเมินได้คะแนนความปลอดภัย 7-10 จัดให้ผู้ป่วยให้โซน Emergency(level 2) และแจ้งทีมแพทย์พยาบาล - ปฏิบัติตามแนวทาง ฯ การจัดการความปลอดภัยระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง - บันทึกการพยาบาลบรรเทาความปลอดภัยและการติดตามผลข้างเคียงของยา - ติดตามคะแนนความปลอดภัย พฤติกรรมแสดงออก และสัญญาณชีพซ้ำหลังการให้ยาบรรเทาความปลอดภัย <p>3. กรณีผู้ป่วยตอบสนองต่อความปลอดภัยด้วยพฤติกรรม เนื่องจากไม่สามารถบอกได้ เช่น ปัดป้องบริเวณที่ปวด ร้องไห้ ก้าวร้าว เป็นต้น ปฏิบัติดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ใช้เครื่องมือประเมินความปลอดภัยแบบสีหน้า (Faces Pain Scale) หากประเมินได้คะแนน 7-10 คะแนนให้ปฏิบัติเหมือนข้อ 2
<p>ประเมินอย่างละเอียด (Focus assessment) เพื่อค้นหาปัญหาเพิ่มเติม หลังจากผู้ป่วยมีอาการคงที่แล้ว</p>	
<p>1. ตำแหน่งที่ปวดเฉพาะ และอาการร่วม</p> <p>1.1 ความปวดที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ</p> <p>1.2 ความปวดตั้งแต่ศีรษะถึงทรวงอก ได้แก่ ปวดศีรษะ ปวดตา ปวดฟัน และเจ็บอก</p> <p>1.3 ความปวดตั้งแต่ช่องท้องลงมา ได้แก่ ปวดท้อง ปวดหลัง และปวดขา</p>	<p>ความปลอดภัยที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ</p> <p>1. เจ็บหน้าอก (chest pain) รุนแรง</p> <p>1.1 แบบเสียด ๆ แหลม ๆ ร่วมกับปวดร้าวทะลุไปที่หลัง คอ ขากรรไกร หรือฟัน นอกจากนี้อาจมีอาการอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ปวดท้อง เหงื่อออกมาก คลื่นไส้ อาเจียน เป็นลม ความดันโลหิตอาจปกติ สูง หรือต่ำลง คล้ำซีฟงรส่วนปลายที่แขนจะแข็งแรงกว่าที่ขา หรือความดันของแขนซ้ายและขวาแตกต่างกัน เป็นต้น พยาบาลควรปฏิบัติดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปลอดภัยระดับรุนแรง <p>หากแพทย์ พิจารณาให้ยาแก้ปวด จะประชุมปรึกษารักษาอีกครั้ง เพราะการให้ยาจะบดบังอาการปวดที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อน เช่น การแตกของหลอดเลือด aorta เป็นต้น เนื่องจากอาจมีการโป่งพองของหลอดเลือด aorta</p> <ul style="list-style-type: none"> - พยาบาลประชุมหารือกับทีม เพื่อวางแผนการพยาบาล

	<ul style="list-style-type: none"> - ดูแลให้พักบนเตียง - ให้ O₂, cannula 3-5 LPM หรือ O₂ mask c bag 6-10 LPM - ติดตามประเมินชีพจรส่วนปลายเทียบกัน 2 ข้าง - ตามอาการและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อน เช่น <p>ท้องแข็งเกร็งเหมือนกระดาน (guarding and rigidity) ปวดมากขึ้น ความดันโลหิตต่ำ เป็นต้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ECG 12 leads และ monitor ECG - ติดตาม v/s, O₂ sat ทุก 30 นาที โดยเฉพาะอย่างยิ่ง BP - เตรียมผู้ป่วยสำหรับการตรวจพิเศษ <p>เจ็บอกรุนแรงแบบมีอะไรกดทับ หรือรู้สึกเหมือนมีอะไรมารัดบริเวณกลางอกหรือค่อนข้างไปด้านซ้าย เจ็บอกนานกว่า 20 นาที ร่วมกับอาการปวดร้าวไปที่แขน ไหล่ ขากรรไกรทั้ง 2 ข้าง โดยเฉพาะข้างซ้าย จุกบริเวณลิ้นปี่หรือหลัง มักมีสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการเจ็บอก เช่นการออกกำลังกาย ความตื่นเต้น ความเครียด เป็นต้น แม้ขณะพักหรือรับประทานยาขยายหลอดเลือด อาการปวดก็ไม่บรรเทา พยาบาลควรปฏิบัติดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดระดับรุนแรง - พยาบาลประชุมหารือกับทีม เพื่อวางแผนการพยาบาล - ดูแลให้พักบนเตียง - Keep O₂, saturation > 90% - ECG 12 leads และ monitor ECG <p>กรณีผล ECG มี ST-elevation ให้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดเอสทียกสูง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ติดตาม v/s, O₂ sat ทุก 30 นาที - เตรียมผู้ป่วยสำหรับการตรวจพิเศษ <p>2. ปวดท้อง (abdominal pain) รุนแรง</p> <p>2.1 ปวดท้องแบบตื้อ ๆ หรือแน่น ๆ ร่วมกับอาการดังนี้</p> <p>ปวดบริเวณกลางท้องหรือหลัง ร่วมกับปวดร้าวไปที่ขาหนีบ ขา หรือก้น บางรายอาจรู้สึกว่ามีก้อนเด่นที่ท้องและคลำได้ก้อนบางรายอาจคลำไม่เจอก้อนเด่น นอกจากนี้อาจพบร่วมกับอาการอื่นๆ เช่น เหงื่อออก หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตอาจปกติ สูง หรือต่ำลงได้ เป็นต้น พยาบาลควรปฏิบัติดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดระดับรุนแรง หากแพทย์พิจารณาให้ยาแก้ปวด จะประชุมปรึกษารักษาแผนการรักษาอีกครั้ง เพราะการให้ยาจะบดบังอาการปวดที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อน เช่น การแตกของหลอดเลือด abdominal aorta เป็นต้น เนื่องจากอาจมีการโป่งพองของหลอดเลือด abdominal aorta - พยาบาลประชุมหารือกับทีม เพื่อวางแผนการพยาบาล
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - ดูแลให้พักบนเตียง - งดการกด / คลำบริเวณก้อนที่เด่นที่ท้อง - เก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC เป็นต้น และติดตามผล - ติดตามอาการของภาวะแทรกซ้อน เช่น หน้าท้องแข็งตึงเหมือนกระดาน (rigidity) ปวดท้องมากขึ้น ความดันโลหิตต่ำ เป็นต้น - ติดตาม v/s โดยเฉพาะอย่างยิ่ง BP ทุก 30 นาที - เตรียมผู้ป่วยทำหัตถการการตรวจพิเศษ <p>2.1.2 ปวดท้องบริเวณท้องส่วนบนหรือทั่วท้องก่อน หลังจากนั้น จะปวดแบบเสียดๆแหลมๆ บริเวณท้องส่วนล่างด้านขวา หรืออาจจะเริ่มปวดได้ที่ท้องส่วนล่างด้านขวาก่อนได้ ร่วมกับอาการอื่นๆ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อาจไม่มีไข้จนถึงมีไข้สูง (> 38 c) ได้ เป็นต้น พยาบาลควรปฏิบัติดังนี้</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดระดับรุนแรง หากแพทย์พิจารณาให้ยาแก้ปวด จะประชุมปรึกษาแผนการรักษาอีกครั้ง เพราะการให้ยาจะบดบังอาการปวดที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อน เช่น การแตกของไส้ติ่งอักเสบ เป็นต้น - พยาบาลประชุมหารือกับทีม เพื่อวางแผนการพยาบาล - ดูแลให้พักบนเตียง - เก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC เป็นต้น และติดตามผล - ติดตามอาการของภาวะแทรกซ้อน เช่น หน้าท้องแข็งตึงเหมือนกระดาน (rigidity) ปวดท้องมากขึ้น เป็นต้น - ติดตาม v/s โดยเฉพาะอย่างยิ่ง BP ทุก 30 นาที <p>2.2 ปวดท้องแบบเกร็ง ร่วมกับอาการดังนี้</p> <p>2.2.1 ปวดบริเวณท้องส่วนบน (ยอดมดลูก) สม่่าเสมอทุก 10-15 นาที และรุนแรงเพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับการหดตัวของมดลูกร่วมกับอาการปวดที่หลังส่วนล่างหรือขั้วเอว นอกจากนี้จะพบร่วมกับอาการอื่นๆ เช่น มีมูกเลือดหรือมูกทางช่องคลอด ทารกเคลื่อนต่ำ ปากมดลูกบางและขยาย เป็นต้น พยาบาลควรปฏิบัติดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดระดับรุนแรง - พยาบาลประชุมหารือกับทีม เพื่อวางแผนการพยาบาล - ดูแลให้พักบนเตียง - ติดตาม v/s ทุก 30 นาที - เก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC เป็นต้น และติดตามผล - ติดตามฟังเสียงการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์และการหดตัวของมดลูก ทุก 30 นาที - ประสานไปหน่วยงานสูติศาสตร์อย่างเร่งด่วน <p>2.2.2 ปวดบริเวณช่องท้องส่วนล่างหรือท้องน้อย อู้งเชิงกราน หรือไหล่</p>

	<p>และคอร่วมด้วย ร่วมกับเลือดออกทางช่องคลอด และขาดประจำเดือน นอกจากนี้อาจพบร่วมกับอาการอื่นๆ เช่น อาการกดเจ็บบริเวณหน้าท้อง หรือปีกมดลูก เหงื่อออก หัวใจเต้นเร็ว อ่อนเพลีย หน้าที่จะเป็นลม ความดันโลหิตสูงหรือต่ำได้ เป็นต้น พยาบาลควรปฏิบัติดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> • ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดระดับรุนแรง แต่งตั้งเวรให้การให้ยาเพราะจะบดบังอาการปวดที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อน เช่น การแตกของท่อหน้าไข เป็นต้น - พยาบาลประชุมหารือกับทีม เพื่อวางแผนการพยาบาล - ดูแลให้พักบนเตียง - เก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC เป็นต้น และติดตามอาการของภาวะแทรกซ้อน เช่น หน้าท้องแข็งตึงเหมือนกระดาน (rigidity) ปวดท้องมากขึ้น ความดันโลหิตต่ำ เป็นต้น - ติดตาม V/S โดยเฉพาะอย่างยิ่ง BP ทุก 30 นาที - ประสานไปหน่วยงานสูติศาสตร์อย่างเร่งด่วน
	<p>ความปวดตั้งแต่ศีรษะถึงทรวงอก</p> <p>1. ปวดศีรษะ (headache)</p> <p>1.1 ปวดระดับรุนแรง</p> <p>1.1.1 ปวดศีรษะปวดแบบตุ๊บๆ ปวดระดับรุนแรง ร่วมกับอาการดังนี้</p> <p>1) ปวดข้างใดข้างหนึ่ง และมีอาการนำ เช่น ตาพร่ามัว มองเห็นแสงกระพริบ เป็นต้น หรือสัมพันธ์กับความไวต่อเสียง แสง การเคลื่อนไหวของศีรษะ พยาบาลควรปฏิบัติดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดระดับรุนแรง - พยาบาลประชุมหารือกับทีม เพื่อวางแผนการพยาบาล <p>2) ปวดแบบหนักๆ หรือคล้ายมีอะไรมารัดแน่น โดยอาการปวดมักเริ่มที่ท้ายทอย แล้วร้าวมาที่ขมับทั้ง 2 ข้าง จนทั้งปวดทั้งศีรษะ พยาบาลควรปฏิบัติดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดระดับรุนแรง - พยาบาลประชุมหารือกับทีม เพื่อวางแผนการพยาบาล <p>3) มีการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท เช่น พุดไม่ชัด ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง การขยายของรูม่านตาผิดปกติ การอ่อนแรงของร่างกาย ชัก เป็นต้น นอกจากนี้อาจร่วมกับอาการตาพร่ามัว อาเจียน</p> <p>พยาบาลควรปฏิบัติดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดระดับรุนแรง - พยาบาลประชุมหารือกับทีม เพื่อวางแผนการพยาบาล - ติดตามประเมิน GCS และ pupil ทุก 1 ชั่วโมง

	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตามประเมินอาการชัก - เก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น blood for chemistry เป็นต้น และติดตามผล - ติดตามประเมิน v/s ทุก 30 นาที เพื่อเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง - ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน <p>4) ใช้สูง หนาวสั่น คอแข็ง (stiff neck) หรืออาจมีอาการอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น ตาสู้แสงไม่ได้ ปวดกล้ามเนื้อ คลื่นไส้ อาเจียน ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ชัก เป็นต้น พยาบาลควรปฏิบัติดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดระดับรุนแรง - ให้การพยาบาลในคราวเดียวกัน ลดการกระตุ้นผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น - พยาบาลประชุมหารือกับทีม เพื่อวางแผนการพยาบาล - เก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC เป็นต้น และติดตามผล - ติดตามประเมิน GCS และ pupil ทุก 1 ชั่วโมง - ติดตามประเมินอาการชัก - ติดตามประเมิน v/s ทุก 30 นาที เพื่อเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง <p>5) ปวดข้างใดข้างหนึ่งและปวดมากในเวลาเช้า ปวดทันทีทันใดเป็นชั่วโมง อาการไม่ดีขึ้นแม้รับประทานยาแก้ปวด มักเกิด</p>
	<p>ร่วมกับอาการอื่นๆ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ชัก การมองเห็นไม่ชัดเจน กล้ามเนื้ออ่อนแรง ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง เป็นต้น พยาบาลควรปฏิบัติดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดระดับรุนแรง - พยาบาลประชุมหารือกับทีม เพื่อวางแผนการพยาบาล - เก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น blood for chemistry เป็นต้น และติดตามผล - ติดตามประเมิน GCS และ pupil ทุก 1 ชั่วโมง - ติดตามประเมินอาการชัก - ติดตามประเมิน v/s ทุก 30 นาที เพื่อเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง <p>6) ปวดบริเวณท้ายทอย ร่วมกับอาการตาพร่ามัว คลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure:SBP)มากกว่าหรือเท่ากับ 140 mm.Hg หรือความดันไดแอสโตลิก blood pressure; DBP)มากกว่าหรือเท่ากับ 90 mmHg พยาบาลควรปฏิบัติดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดระดับรุนแรง - พยาบาลประชุมหารือกับทีม เพื่อวางแผนการพยาบาล

	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตามประเมิน GCS และ pupil ทุก 1 ชั่วโมง - ติดตามประเมินอาการชัก และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น - ติดตามประเมิน v/s ทุก 30 นาที โดยเฉพาะอย่างยิ่ง BP <p>1.1.2 ปวดศีรษะแบบแหลมๆ จี๊ดๆ ที่ศีรษะข้างใดข้างหนึ่ง ร่วมกับบริเวณขมับหรือระหว่าง / ด้านหลังเบ้าตาข้างใดข้างหนึ่ง ร่วมกับมี น้ำตา น้ำมูกไหล เปลือกตาและใบหน้าข้างที่เป็นมีอาการบวม อาจมีอาการหนังตาตก (ptosis) และรูม่านตาหด (miosis) พยาบาลควรปฏิบัติ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดระดับรุนแรง - พยาบาลประชุมหารือกับทีม เพื่อวางแผนการพยาบาล <p>1.2 ปวดระดับปานกลาง และปวดระดับน้อย</p> <p>1.2.1 ปวดศีรษะปวดแบบตื้อๆ ปวดระดับรุนแรง ร่วมกับอาการ ดังนี้</p> <p>1) ปวดแบบหนักๆ หรือคล้ายมีอะไรมารัดแน่น โดยอาการปวดมักเริ่มที่ท้ายทอย แล้วร้าวมาที่ขมับทั้ง 2 ข้าง จนทั้งปวดทั้งศีรษะ พยาบาลควรปฏิบัติดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - หากผู้ป่วยมีคะแนนความปวด 5-7 ให้ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดระดับปานกลาง - หากผู้ป่วยมีคะแนนความปวด 1-4 ให้ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดระดับน้อย - พยาบาลประชุมหารือกับทีม เพื่อวางแผนการพยาบาล <ul style="list-style-type: none"> - ติดตามประเมิน GCS และ pupil ทุก 2 ชั่วโมง - ติดตามประเมินอาการชัก - ติดตามประเมิน ง/ร ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง
	<ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน <p>blood pressure; DBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 mm.Hg พยาบาลควรปฏิบัติดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดระดับรุนแรง - พยาบาลประชุมหารือกับทีม เพื่อวางแผนการพยาบาล <ul style="list-style-type: none"> - ติดตามประเมิน GCS และ pupil ทุก 1 ชั่วโมง - ติดตามประเมินอาการชัก และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น - ติดตามประเมิน v/s ทุก 30 นาที โดยเฉพาะอย่างยิ่ง BP <p>1.1.2 ปวดศีรษะแบบแหลมๆ จี๊ดๆ ที่ศีรษะข้างใดข้างหนึ่ง ร่วมกับบริเวณขมับหรือระหว่าง / ด้านหลังเบ้าตาข้างใดข้างหนึ่ง ร่วมกับมี น้ำตา น้ำมูกไหล เปลือกตาและใบหน้าข้างที่เป็นมีอาการบวม อาจมีอาการหนังตาตก (ptosis) และรูม่านตาหด (miosis) พยาบาลควรปฏิบัติ</p>

	<p>ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดระดับรุนแรง - พยาบาลประชุมหารือกับทีม เพื่อวางแผนการพยาบาล <p>1.2 ปวดระดับปานกลาง และปวดระดับน้อย</p> <p>1.2.1 ปวดศีรษะปวดแบบตุ๊บๆ ปวดระดับรุนแรง ร่วมกับอาการ ดังนี้</p> <p>1) ปวดแบบหนักๆ หรือคล้ายมีอะไรมารัดแน่น โดยอาการปวดมักเริ่มที่ท้ายทอย แล้วร้าวมาที่ขมับทั้ง 2 ข้าง จนทั้งปวดทั้งศีรษะ พยาบาลควรปฏิบัติดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - หากผู้ป่วยมีคะแนนความปวด 5-7 ให้ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดระดับปานกลาง - หากผู้ป่วยมีคะแนนความปวด 1-4 ให้ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดระดับน้อย - พยาบาลประชุมหารือกับทีม เพื่อวางแผนการพยาบาล - ติดตามประเมิน GCS และ pupil ทุก 2 ชั่วโมง - ติดตามประเมินอาการชัก - ติดตามประเมิน ง/ร ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง - ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน <p>2) ปวดบริเวณท้ายทอย ร่วมกับอาการตาพร่ามัว คลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure; SBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 mmHg หรือความดันไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 mmHg พยาบาลควรปฏิบัติดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - หากผู้ป่วยมีคะแนนความปวด 5-7 ให้ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดระดับปานกลาง - หากผู้ป่วยมีคะแนนความปวด 1-4 ให้ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดระดับน้อย
	<ul style="list-style-type: none"> - พยาบาลประชุมหารือกับทีม เพื่อวางแผนการพยาบาล - ติดตามประเมิน GCS และ pupil ทุก 2 ชั่วโมง - ติดตามประเมินอาการชัก และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น - ติดตามประเมิน v/s ทุก 1 ชั่วโมง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง BP <p>2. ปวดตา (eye pain)</p> <p>แดง น้ำตาไหล ตาสู้แสงไม่ได้ (photophobia) เมื่อมองที่ดวงไฟจะเห็น</p> <p>2.1 ปวดระดับรุนแรง ได้แก่ ปวดตาแบบตื้อๆ ตุ๊บๆ ร่วมกับตาเหมือนสายรุ้งรอบ ๆ (halos) หรือเมื่อมองรอบดวงไฟจะเห็นลักษณะคล้ายวงกลมรอบดวงไฟ คลื่นไส้ อาเจียน และปวดศีรษะด้านเดียวกับตาที่เป็น</p>

	<p>โรค พยาบาลควรปฏิบัติดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดระดับรุนแรง - พยาบาลประชุมหารือกับทีม เพื่อวางแผนการพยาบาล - ให้ออกซิเจน - งดกิจกรรมที่เพิ่มแรงดันในลูกตา เช่น การก้มต่ำกว่าระดับเอว การไอ การจาม เป็นต้น - ประคบเย็นบริเวณดวงตาที่ปวด และการปิดตาเพื่อลดการเคลื่อนไหวของดวงตา - เตรียมบริหารยาตามแผนการรักษา เช่น ยาหยอดตา ยาหยอดยาชา ยาลดความดันของลูกตา เป็นต้น และติดตามอาการข้างเคียงของยา <p>2.2 ปวดระดับปานกลางและปวดระดับน้อย ได้แก่ ปวดตาแบบตื้อๆ ตู๋ๆ ร่วมกับการมองเห็นไม่ชัดเจนโดยเฉพาะเมื่อแสงลดลง และลานสายตาแคบลง พยาบาลควรปฏิบัติดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - หากผู้ป่วยมีคะแนนความปวด 5-7 ให้ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดระดับปานกลาง - หากผู้ป่วยมีคะแนนความปวด 1-4 ให้ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดระดับน้อย - พยาบาลประชุมหารือกับทีม เพื่อวางแผนการพยาบาล - ปฏิบัติการพยาบาลเช่นเดียวกับ 2.1 <p>3.ปวดฟัน (toothache)</p> <p>3.1ปวดระดับรุนแรง ได้แก่ ปวดฟันแบบตื้อๆ ร่วมกับอาการจะปวดมากขึ้นเมื่อรับประทานอาหารร้อนหรือเย็น หรือเวลาเคี้ยวอาหาร แม้จะหยุดรับประทานอาหารแล้วอาการปวดก็ไม่หายไป ร่วมกับลมหายใจมีกลิ่นเหม็น / มีกลิ่นปาก พยาบาลควรปฏิบัติดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดระดับรุนแรง - พยาบาลประชุมหารือกับทีม เพื่อวางแผนการพยาบาล <p>ปวดระดับปานกลาง และปวดระดับน้อย ได้แก่ ปวดฟัน โดยเฉพาะฟันบน ซี่ด้านในและปวดพร้อมกันหลาย ๆ ซี่ ร่วมกับปวดบริเวณโหนกแก้มใต้ตา รอบ ๆ ตา ขมับ กลางศีรษะ หรือท้ายทอย คัดจมูก น้ำมูกไหล ลมหายใจมีกลิ่นเหม็น พยาบาลควรปฏิบัติดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - หากผู้ป่วยมีคะแนนความปวด 5-7 ให้ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดระดับปานกลาง
	<ul style="list-style-type: none"> - พยาบาลประชุมหารือกับทีม เพื่อวางแผนการพยาบาล <p>4. กรณีผู้ป่วยเจ็บหน้าอก (chest pain)</p> <p>4.1 ปวดระดับรุนแรง</p> <p>4.1.1 เจ็บอกแบบเสียด ๆ แหลม ๆ ปวดมากขึ้นเวลาหายใจ ไอ หรือจาม</p>

	<p>ร่วมกับปวดร้าวไปบริเวณคอหรือไหล่ หรือหายใจได้สั้นๆ (shortness of breathing) พยาบาลควรปฏิบัติดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดระดับรุนแรง - พยาบาลประชุมหารือกับทีม เพื่อวางแผนการพยาบาล <p>ดูแลให้พักบนเตียง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้ O2 cannula 3-5 LPM หรือ O2 mask with reservoir bag 6-10 LPM - ติดตามประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน กระสับกระส่าย หายใจเร็ว หายใจใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ เป็นต้น - ติดตาม v/s, O2 sat ทุก 30 นาที - พยาบาลประชุมหารือกับทีม เพื่อวางแผนการพยาบาล <p>4.1.2 เจ็บอกแบบตื้อ ๆ ลึก ๆ หรือแบบแหลม ๆ เสียดย ๆ</p> <p>เจ็บอกมากขึ้นเวลาหายใจเข้าและออกไอ หรือจามร่วมกับอาการเหนื่อย ขณะออกกำลังกายเฉียบพลัน โดยเกิดอาการภายใน 1-2 สัปดาห์ หรืออาจร่วมกับอาการอื่นๆ เช่น ไข้สูง (อุณหภูมิ > 38 องศาเซลเซียส) หนาวสั่น ไอ หรือไอมีเสมหะมากขึ้น อาจมีสีคล้ายหนอง หายใจลำบาก รู้สึกใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตอาจปกติหรือเริ่มต่ำลง ความอึดตัวของออกซิเจนลดลง เป็นต้น พยาบาลควรปฏิบัติดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดระดับรุนแรง ปวดระดับปานกลาง และปวดระดับน้อย ได้แก่ ปวดฟัน โดยเฉพาะฟันบนซี่ด้านในและปวดพร้อมกันหลาย ๆ ซี่ ร่วมกับปวดบริเวณโหนกแก้มใต้ตา รอบ ๆ ตา ขมับ กลางศีรษะ หรือท้ายทอย คัดจมูกน้ำมูกไหล ลมหายใจมีกลิ่นเหม็น พยาบาลควรปฏิบัติดังนี้ - หากผู้ป่วยมีคะแนนความปวด 5-7 ให้ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดระดับปานกลาง - หากผู้ป่วยมีคะแนนความปวด 1-4 ให้ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดระดับน้อย - พยาบาลประชุมหารือกับทีม เพื่อวางแผนการพยาบาล <p>ดูแลให้พักบนเตียง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้ O2 cannula 3-5 LPM หรือ O2 mask with reservoir bag 6-10 LPM - ติดตามประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน เช่น กระสับกระส่าย หายใจเร็ว หายใจใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ เป็นต้น - ติดตาม v/r, O2 sat ทุก 30 นาที <p>4.1.3 เจ็บอกแบบแสบร้อน (heartburn) บริเวณหน้าอกส่วนล่าง ร่วมกับอาการดังนี้</p>
--	--

การประเมิน	การพยาบาล
	<p>1) รู้สึกแสบร้อนไปถึงบริเวณลำคอและขากรรไกรได้ หรืออาจมีปวดท้องส่วนบน (dyspepsia) มักเกิดสัมพันธ์กับระยะเวลา เช่น หลังรับประทานอาหาร ขณะนอนหงาย หลังตื่นนอน เป็นต้น อาจเกิดร่วมกับอาการอื่นๆ เช่น รู้สึกว่ามีน้ำหรือของเหลวอุ่นๆ ขึ้นมาในลำคอ และมีรสชาติขมหรือเปรี้ยว น้ำลายออกมากกว่าปกติ เป็นต้น</p> <p>พยาบาลควรปฏิบัติดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดระดับรุนแรง - พยาบาลประชุมหารือกับทีม เพื่อวางแผนการพยาบาล - ดูแลให้พักบนเตียง - เก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC เป็นต้น และติดตามผล - ติดตาม v/s, O2 sat ทุก 30 นาที <p>2) เจ็บอกมากโดยอย่างยิ่งตอนนอนหงาย และทุเลาลงเมื่อโน้มตัวไปข้างหน้าหรืออึดๆเหมือนทารก ร่วมกับอาการปวดท้องรุนแรงส่วนบน ปวดร้าวไปบริเวณหลัง และอาการเป็นมากขึ้น</p> <p>รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง นอกจากนี้ยังมีอาการอื่นๆร่วมด้วย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน หัวใจเต้นเร็ว มีไข้ ท้องโป่งตึง ตัวตาเหลือง เป็นต้น</p> <p>พยาบาลควรปฏิบัติดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดระดับรุนแรง - พยาบาลประชุมหารือกับทีม เพื่อวางแผนการพยาบาล - ดูแลให้พักบนเตียง - เก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC เป็นต้น และติดตามผล - ติดตาม v/s, O2 sat ทุก 30 นาที <p>ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตอาจปกติหรือเริ่มต่ำลง ความอิ่มตัวของออกซิเจนลดลง เป็นต้น พยาบาลควรปฏิบัติดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดระดับรุนแรง - พยาบาลประชุมหารือกับทีม เพื่อวางแผนการพยาบาล - ดูแลให้พักบนเตียง - ให้ O2 cannula 3-5 LPM หรือ O2 mask with reservoir bag 6-10 LPM - ติดตามประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน เช่น กระสับกระส่าย หายใจเร็ว หายใจใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ เป็นต้น - ติดตาม v/r, O2 sat ทุก 30 นาที <p>4.2 ปวดระดับปานกลาง และปวดระดับน้อย</p> <p>4.2.1 เจ็บอกแบบตื้อๆ เป็นพักๆ เป็นๆ หายๆ ประมาณ 3-5 นาที ร่วมกับอาการดังนี้</p> <p>1) ปวดร้าวไปที่แขน ไหล่ ขากรรไกรทั้ง 2 ข้าง</p>

โดยเฉพาะข้างซ้าย จุกบริเวณลิ้นปี่ หรือหลัง มักมีสิ่งที่กระตุ้นให้เกิด
อาการเจ็บอก เช่น การออกกำลังกาย ความตื่นเต้น ความเครียด เป็นต้น
หากได้พัก อาการปวดจะบรรเทาลง พยาบาลควรปฏิบัติดังนี้
- หากผู้ป่วยมีคะแนนความปวด 5-7 ให้ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการ
ความปวดระดับปานกลาง

การประเมิน	การพยาบาล
	<ul style="list-style-type: none"> - หากผู้ป่วยมีคะแนนความปวด 1-4 ให้ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดระดับน้อย - พยาบาลประชุมหารือกับทีม เพื่อวางแผนการพยาบาล - ดูแลให้พักบนเตียง - Keep O2 saturation > 90% - ECG 12 leads และ monitor ECG กรณีผล ECG มี ST-elevation ให้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดเอสทียกสูง - เก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น cardiac enzyme เป็นต้น และติดตามผล - ติดตาม v/s, O2 sat ทุก 30 นาที - เตรียมผู้ป่วยสำหรับการตรวจพิเศษ <p>2) เหนื่อยเฉียบพลัน หายใจหอบ นอนราบไม่ได้ หายปอด และความดันโลหิตต่ำ หรือเป็นลมหมดสติ พยาบาลควรปฏิบัติดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - หากผู้ป่วยมีคะแนนความปวด 5-7 ให้ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดระดับปานกลาง - หากผู้ป่วยมีคะแนนความปวด 1-4 ให้ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดระดับน้อย - พยาบาลประชุมหารือกับทีม เพื่อวางแผนการพยาบาล - ดูแลให้พักบนเตียง - ให้ O₂, cannula 3-5 LPM หรือ O₂ mask with reservoir bag 6-10 LPM - ECG 12 leads และ monitor ECG - เก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น cardiac enzyme เป็นต้น และติดตามผล - ติดตาม v/s, O2 sat ทุก 30 นาที โดยเฉพาะอย่างยิ่ง BP - เตรียมผู้ป่วยสำหรับการตรวจพิเศษ <p>4.2.2 เจ็บอกแบบแน่นๆ ร่วมกับหายใจลำบากหรือ shortness of breathing หายใจมีเสียงวีซ (wheeze) อาจพบร่วมกับอาการอื่นๆ เช่น ไอ เหงื่อออก ความอึดตัวของออกซิเจนลดลง เป็นต้น พยาบาลควรปฏิบัติดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - หากผู้ป่วยมีคะแนนความปวด 5-7 ให้ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดระดับปานกลาง - หากผู้ป่วยมีคะแนนความปวด 1-4 ให้ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดระดับน้อย - พยาบาลประชุมหารือกับทีม เพื่อวางแผนการพยาบาล

- ให้ O2 cannula 3-5 LPM หรือ O2 mask with reservoir bag 6-10 LPM

- ติดตามประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิ กระสับกระส่าย หายใจเร็ว หายใจใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ เป็นต้น

- ติดตาม v/r, O2 sat ทุก 30 นาที

การประเมิน	การพยาบาล
	<p>4.2.3 เจ็บอกแบบแน่นๆ หรือเสียดๆ ร่วมกับหายใจหอบ เหนื่อยเฉียบพลัน ใจสั่น หรือมีอาการหน้ามืดเป็นลม หรือหมดสติหายใจเร็ว ความอึดตัวของออกซิเจนลดลง หัวใจเต้นเร็ว มีหลอดเลือดดำที่คอโป่ง (jugular vein engorgement) เป็นต้น บางรายอาจมีอาการบวมข้างใดข้างหนึ่งร่วมด้วย พยาบาลควรปฏิบัติดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - หากผู้ป่วยมีคะแนนความปวด 5-7 ให้ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดระดับปานกลาง - หากผู้ป่วยมีคะแนนความปวด 1-4 ให้ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดระดับน้อย - พยาบาลประชุมหารือกับทีม เพื่อวางแผนการพยาบาล - ดูแลให้พักบนเตียง - ให้ O2 cannula 3-5 LPM หรือ O2 mask with reservoir bag 6-10 LPM - ECG 12 leads และ monitor ECG - ติดตามประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน เช่น กระสับกระส่าย หายใจเร็ว หายใจใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ เป็นต้น - ติดตาม v/s โดยเฉพาะอย่างยิ่ง BP ทุก 30 นาที - ประเมินอาการบวม แดง ปวด ของขาเทียบกันทั้ง 2 ข้าง <p>ความปวดตั้งแต่ช่องท้องลงมา</p> <p>1. กรณีพบผู้ป่วยปวดท้อง (abdominal pain)</p> <p>1.1.1 ปวดระดับรุนแรง</p> <p>1.1.1.1 ปวดท้องแบบตื้อๆ หรือแน่นๆ ร่วมกับอาการดังนี้</p> <p>ปวดท้องบริเวณใดบริเวณหนึ่งของช่องท้อง มีก้อนนูนกดกลับเข้าไปตำแหน่งได้หรืออาจไม่ได้ อาจเกิดร่วมกับอาการอื่นๆ เช่น ท้องผูก มีไข้ คลื่นไส้ อาเจียน หัวใจเต้นเร็ว เป็นต้น อาจเกิดร่วมกับปวดอก</p> <p>ช่วงล่างแบบแสบร้อนหลังรับประทานอาหาร พยาบาลควรปฏิบัติดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดระดับรุนแรง - พยาบาลประชุมหารือกับทีม เพื่อวางแผนการพยาบาล - ดูแลให้พักบนเตียง - เก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC เป็นต้น และติดตามผล - ติดตาม v/s ทุก 30 นาที <p>2) ปวดบริเวณส่วนบน ปวดร้าวไปบริเวณหลัง และอาการเป็นมากขึ้นเมื่อรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง นอกจากนี้ยังมีอาการอื่นๆร่วมด้วย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน หัวใจเต้นเร็ว มีไข้ ท้องโป่งตึง ตัวตาเหลือง เป็นต้น ร่วมกับปวดอกแบบแสบร้อนบริเวณหน้าอกส่วนล่าง</p>

	<p>โดยเฉพาะอย่างยิ่งตอนนอนหงาย และทุเลาลงเมื่อโน้มตัวไปข้างหน้าหรืออตัวเหมือนทารก พยาบาลควรปฏิบัติดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดระดับรุนแรง - พยาบาลประชุมหารือกับทีม เพื่อวางแผนการพยาบาล
	<ul style="list-style-type: none"> - ดูแลให้พักบนเตียง - เก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC เป็นต้น และติดตามผล - ติดตาม v/r ทุก 30 นาที <p>1.1.2 ปวดท้องแบบแสบๆ บริเวณท้องส่วนบน (epigastrium) ร่วมกับอาการอื่นๆ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร บางครั้งอาจมีอาเจียนเป็นเลือดสดหรือสีคล้ายกาแฟ (coffee ground) หรือถ่ายอุจจาระมีสีเลือดเก่าๆ ได้ เป็นต้น พยาบาลควรปฏิบัติดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดระดับรุนแรง - พยาบาลประชุมหารือกับทีม เพื่อวางแผนการพยาบาล - ดูแลให้พักบนเตียง <p>เก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC เป็นต้น และติดตามผล</p> <ul style="list-style-type: none"> - เตรียมใส่สายสวนกระเพาะอาหารและสวนล้าง - ติดตามอาการและอาการแสดงของภาวะช็อค เช่น เหงื่อออก กระสับกระส่าย ใจสั่น ความดันโลหิตต่ำ เป็นต้น - ติดตาม v/s โดยเฉพาะอย่างยิ่ง BP ทุก 30 นาที - เตรียมผู้ป่วยทำหัตถการการตรวจพิเศษ <p>1.1.3 ปวดท้องเฉียบพลันแบบบิดๆ (colicky) ร่วมกับอาการ ดังนี้</p> <p>1) ปวดบริเวณท้องส่วนบนหรือด้านขวาบน ร่วมกับปวดร้าวไปไหล่หรือสะบักขวา นอกจากนี้อาจพบร่วมกับอาการอื่นๆ เช่น ท้องตึงกดเจ็บโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านขวาบน เหงื่อออก มีไข้ต่ำ ๆ คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น พยาบาลควรปฏิบัติดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดระดับรุนแรง <p>พยาบาลประชุมหารือกับทีม เพื่อวางแผนการพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ดูแลให้พักบนเตียง - เก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC เป็นต้น และติดตามผล - ติดตาม v/s ทุก 30 นาที <p>2) ปวดบริเวณกลางท้อง ท้องส่วนบน หรือท้องส่วนล่าง อาการปวดจะปวดเป็นพักๆ ทุก 3-10 นาที ร่วมกับอาการท้องอืด ไม่ผายลม อาเจียนออกมามีกลิ่นเหม็นเหมือนอุจจาระ หรือไม่อาเจียน ท้องผูก ท้องอืด การเคลื่อนไหวของลำไส้อาจเพิ่มขึ้นหรือไม่มีการเคลื่อนไหวเลย พยาบาลควรปฏิบัติดังนี้</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดระดับรุนแรง - พยาบาลประชุมหารือกับทีม เพื่อวางแผนการพยาบาล - ดูแลให้พักบนเตียง - หากผู้ป่วยมีคะแนนความปวด 5-7 ให้ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดระดับปานกลาง - หากผู้ป่วยมีคะแนนความปวด 1-4 ให้ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดระดับน้อย - พยาบาลประชุมหารือกับทีม เพื่อวางแผนการพยาบาล - ดูแลให้พักบนเตียง - เก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC เป็นต้น และติดตามผล
	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตามอาการของภาวะแทรกซ้อน เช่น หน้าท้องแข็งตึงเหมือนกระดาน (rigidity) ปวดท้องมากขึ้น เป็นต้น - ติดตาม v/s โดยเฉพาะอย่างยิ่ง BP ทุก 30 นาที - พยาบาลประชุมหารือกับทีม เพื่อวางแผนการพยาบาล <p>3) ปวดบริเวณกลางท้องหรือหลัง ร่วมกับปวดร้าวไปที่ขาหนีบ ขา หรือก้น บางรายอาจรู้สึกว่ามีก้อนเด่นที่ท้องและคลำได้ก้อนบางรายอาจคลำไม่เจอก้อนเด่น นอกจากนี้อาจพบร่วมกับอาการอื่น ๆ เช่น เหงื่อออก หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตอาจปกติ สูง หรือต่ำลงได้</p> <p>เป็นต้น พยาบาลควรปฏิบัติดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - หากผู้ป่วยมีคะแนนความปวด 5-7 ให้ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดระดับปานกลาง - หากผู้ป่วยมีคะแนนความปวด 1-4 ให้ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดระดับน้อย - พยาบาลประชุมหารือกับทีม เพื่อวางแผนการพยาบาล - งดการกด / คลำบริเวณก้อนที่เด่นที่ท้อง - เก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC เป็นต้น และติดตามผล - ติดตามอาการของภาวะแทรกซ้อน เช่น หน้าท้องแข็งตึงเหมือนกระดาน (rigidity) ปวดท้องมากขึ้น ความดันโลหิตต่ำ เป็นต้น - ติดตาม v/s โดยเฉพาะอย่างยิ่ง BP ทุก 30 นาที - เตรียมผู้ป่วยทำหัตถการการตรวจพิเศษ <p>1.2.2 ปวดท้องแบบบิดๆ (colicky) ค่อยๆ ปวดหรือปวดเรื้อรัง บริเวณท้องส่วนบนหรือด้านขวาบน ร่วมกับปวดร้าวไปไหล่หรือสะบักขวา นอกจากนี้อาจพบร่วมกับอาการอื่นๆ เช่น ท้องตึงกดเจ็บ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านขวาบน เหงื่อออก มีไข้ต่ำ ๆ คลื่นไส้ อาเจียนเป็นต้น พยาบาลควรปฏิบัติดังนี้</p> <p>หากผู้ป่วยมีคะแนนความปวด 5-7 ให้ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดระดับปานกลาง</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - หากผู้ป่วยมีคะแนนความปวด 1-4 ให้ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดระดับน้อย - พยาบาลประชุมหารือกับทีม เพื่อวางแผนการพยาบาล - ดูแลให้พักบนเตียง - เก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC เป็นต้น และติดตามผล - ติดตาม v/r ทุก 30 นาที <p>2. กรณีพบผู้ป่วยปวดหลัง</p> <p>2.1 ปวดระดับรุนแรง</p> <p>2.1.1 ปวดหลังบริเวณข้างลำตัว ร่วมกับอาการมีไข้ ลักษณะภาวะผิดปกติ เช่น ชून เป็นต้น นอกจากนี้อาจมีอาการอื่นๆ ร่วม เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะบ่อย เป็นต้น พยาบาล ควรปฏิบัติดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดระดับรุนแรง - พยาบาลประชุมหารือกับทีม เพื่อวางแผนการพยาบาล - ดูแลให้พักบนเตียง - เก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC, U/A เป็นต้น และติดตามผล
	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตาม v/s ทุก 30 นาที <p>2.1.2 ปวดหลังช่วงล่างเฉียบพลันหรือปวดบริเวณเอว ร่วมกับปวดร้าวลงที่ก้น ต้นขาและขาข้างใดข้างหนึ่ง โดยอาการปวดเพิ่มขึ้นในขณะมีกิจกรรม เช่น ยกของหนัก จาม หรือไอ เป็นต้น อาการปวดจะดีขึ้นเมื่อพัก นอกจากนี้อาจพบร่วมกับอาการอื่นๆ เช่น รู้สึกขาชาหรือมีอะไรแหลมๆมาทิ่มข้างใน กล้ามเนื้อขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้าง ปัสสาวะไม่ออก ท้องผูก เป็นต้น พยาบาลควรปฏิบัติดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดระดับรุนแรง - พยาบาลประชุมหารือกับทีม เพื่อวางแผนการพยาบาล - ดูแลให้พักบนเตียง - ติดตาม v/s ทุก 30 นาที - ติดตาม motor power - เตรียมผู้ป่วยทำหัตถการตรวจพิเศษ <p>2.2 ปวดระดับปานกลาง และปวดระดับน้อย</p> <p>2.2.1 ปวดหลังร่วมกับรู้สึกขาหรือมีอะไรมีแหลมๆบริเวณหลังหรือระดับที่ต่ำกว่า บางครั้งอาจไม่รู้สึก อาจพบร่วมกับอาการอื่นๆ เช่น กล้ามเนื้อขาอ่อนแรง ควบคุมการขยับถ่ายไม่ได้ เป็นต้น พยาบาลควรปฏิบัติดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - หากผู้ป่วยมีคะแนนความปวด 5-7 ให้ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดระดับปานกลาง - หากผู้ป่วยมีคะแนนความปวด 1-4 ให้ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการ

	<p>ความปวดระดับน้อย</p> <ul style="list-style-type: none"> - พยาบาลประชุมหารือกับทีม เพื่อวางแผนการพยาบาล - ดูแลให้พักบนเตียง - ติดตาม v/s ทุก 30 นาที - ติดตาม motor power <p>3. กรณีพบผู้ป่วยปวดขา</p> <p>3.1 ปวดระดับรุนแรง</p> <p>3.1.1 ปวดขาคล้ายกล้ามเนื้อหดเกร็ง (muscle cramp) ร่วมกับอาการดังนี้</p> <p>1) ปวดมากขึ้นเมื่อทำกิจกรรม เช่น เดิน ขึ้นบันได เป็นต้น หากได้พัก อาการจะบรรเทาลง นอกจากนี้อาจพบร่วมกับอาการอื่นๆ เช่น ขาที่มีพยาธิสภาพจะรู้สึกขาชา/เท้า เย็นขา/เท้า สีผิวของขา/เท้าเปลี่ยน สัมผัสผิวหนังเย็นขึ้น เป็นต้น พยาบาลควรปฏิบัติดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดระดับรุนแรง - พยาบาลประชุมหารือกับทีม เพื่อวางแผนการพยาบาล - ดูแลให้พักบนเตียง - ติดตาม v/s ทุก 30 นาที - ติดตามประเมินชีพจรส่วนปลาย 2 ข้าง
	<p>2) เริ่มปวดตั้งแต่บริเวณน่องลงมา ร่วมกับขาบวมแดงร้อน พยาบาลควรปฏิบัติดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดระดับรุนแรง - พยาบาลประชุมหารือกับทีม เพื่อวางแผนการพยาบาล - ดูแลให้พักบนเตียง - ติดตาม v/s ทุก 30 นาที - ติดตามประเมินชีพจรส่วนปลาย 2 ข้าง <p>3.2 ปวดระดับปานกลาง และปวดระดับน้อย</p> <p>3.2.1 ปวดขาคล้ายกล้ามเนื้อหดเกร็ง (muscle cramp) ปวดมากขึ้นเมื่อทำกิจกรรม เช่น เดิน ขึ้นบันได เป็นต้น หากได้พัก อาการจะบรรเทาลง นอกจากนี้อาจพบร่วมกับอาการอื่นๆ เช่น ขาที่มีพยาธิสภาพจะรู้สึกขาชา/เท้า เย็นขา/เท้า สีผิวของขา/เท้าเปลี่ยน สัมผัสผิวหนังเย็นขึ้น เป็นต้น พยาบาลควรปฏิบัติดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - หากผู้ป่วยมีคะแนนความปวด 5-7 ให้ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดระดับปานกลาง - หากผู้ป่วยมีคะแนนความปวด 1-4 ให้ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดระดับน้อย - พยาบาลประชุมหารือกับทีม เพื่อวางแผนการพยาบาล

	<ul style="list-style-type: none"> - ดูแลให้พักบนเตียง - ติดตาม v/ร ทุก 30 นาที - ติดตามประเมินชีพจรส่วนปลาย 2 ชั่วโมง
--	---

สรุป




ความปวดที่ไม่ได้เกิดจากการบาดเจ็บในผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นภาวะฉุกเฉินที่นำผู้ป่วยมาแผนกฉุกเฉินได้บ่อยโดยเฉพาะอย่างยิ่งความปวดชนิดเฉียบพลันที่ความรุนแรงระดับปานกลางถึงมาก ซึ่งความปวดเกิดได้ทุกตำแหน่งของร่างกายที่พบบ่อยคือศีรษะ ทรวงอก ช่องท้อง หลัง และขา แต่ไม่ว่าจะเป็นความปวดที่เกิดขึ้นในตำแหน่งใดย่อมส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยฉุกเฉินทุกราย รวมถึงฉุกเฉินระดับที่ 1 ถึง 5 โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยฉุกเฉินระดับที่ 1 ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตต้องการการช่วยชีวิตอย่างรีบด่วนและมีระดับความรู้สึกตัวลดลงที่ไม่สามารถสื่อสารถึงความปวดได้ ดังนั้นพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่แผนกฉุกเฉินต้องเป็นผู้ที่มีความคิดวิเคราะห์และตัดสินใจทางคลินิกได้อย่างรวดเร็วและถูกต้องเพื่อประเมินและจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดที่ไม่ได้เกิดจากการบาดเจ็บสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินส่งผลให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. David, H., & Vanessa, N. Management of acute pain. Surgery (Oxford), In press, proof, 2019. Available from <https://www.sciencedirect.com/search/advanced?qs=pain%20managemenER&show=50&sortBy=relevance>
2. Sergey M., Reuben S., Bryan D. H., Mark R., & Daniel L.. The Treatment of acute emergency department: A white paper position statement prepared for the Academy of emergency medicine. JEM, 2019; 54: 7
3. Milan L.R., Frederick J.S., Niels W.S., Philipp L., & Goslings, J.C. Emergency department management in adult patients with traumatic injuries before and after implemented nurse-initiated pain treatment protocol utilizing fentanyl for severe Pain. JEM, 2017;
4. Knox, H.T. A review of current and emerging approaches to pain management in emergency department. JPain, 2017; 6: 193-2
5. Ozgur, K., Hakan, T., Ozgur, D., & Ozlem, D. A systematic review of the pain scale Which to use?. AJEM, 2018; 36:1-20.
6. Kamamarul, A.B., Nasir, M., Nik, R., Rashidi, A., & Nik, H. Assessing Patient Pain in Emergency. Malays J Med Sci. 2010;17: 17-22

7. วรารคณา อ่ำศรีเวียง. การจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต: บทบาทที่ทำนายสำหรับพยาบาล. วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 2557:8: 1-8.
8. รังสรรค์ ชัยเสวิกุล. โรคไมเกรน. 2563 เข้าถึงได้จาก https://www.simahidol.ac.th/sidoctor/e-pladmin/article_files/105_1.pdf
9. สมศักดิ์ เทียมเก่า. Fast and furious neurological symptoms in emergency room. North-Eastern Thai Journal of Neuroscience, มปป; 13: 30-9.
10. Saurabh G, Richard O., & Simon P. Treatment of acute migraine in the department. CFP, 2014; 60: 24-9.
11. Mia T M., Emma, O., Richard, B.L., & Robert, C. American Headache Society S Urgent and Emergency Management of Headache Patients. 2018. Available from <https://doi.org/10.1111/head.13387>
12. Ignatavicius, D.D. Care of patients with problems of the central nervous system: The brain, In D.D. Ignatavicius, M.L. Workman, & C.R. Rebar (Eds.), Medical-Surgical Nursing : Concepts for interprofessional collaborative care, 9th ed. Canada: Elsevier Inc; 2018. 857-886.
13. Rodrigo H. Meningitis. 2019. Available from <https://emedicine.medscape.com/article/232915-overview>
14. Lynne, T. Mechanism of Brain Tumor Headache. 2014. Available from <https://headachejournal.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/head.12317>
15. Diana, Y. W., Jonathan, J. Y. O., & Peter, J. G. Cluster Headache: Epidemiology, Pathophysiology, Clinical Features, and Diagnosis. Ann Indian Acad Neurol, 2018; 21(Suppl 1): S3-S8.
16. ดวงทิพย์ รักสนิท. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์การควบคุมความดันในลูกตาของผู้ป่วยโรคต้อหินปฐมภูมิที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วารสารการพยาบาลทหารบก, 2558:16: 109-16.
17. เสาวลักษณ์ เนียมโกคะ. การพยาบาลผู้ป่วยต่อกระจกที่มีภาวะแทรกซ้อนต้อหิน : กรณีศึกษา. วารสารการพยาบาลกำแพงเพชร, 2560; 21; 29-37.
18. นิภา วัฒนเวณ. การจัดการอาการปวดตา: บทบาทของพยาบาล. รามาธิบดีพยาบาลสาร, 2555: 16; 431-42.
19. อำนวย แก้วพิทักษ์ และชิตชนก ลีธนะกุล. แนวคิดการอักเสบของระบบประสาทต่อการเคลื่อนของฟันด้วยแรงทางทันตกรรมจัดฟัน. วิทยาศาสตร์ทันตแพทยศาสตร์, 2561: 64; 318-28
20. Laura, M. D. Care of patients with acute coronary syndrome, In D.D. Ignatavicius, M.L. Workman, & C.R. Rebar (Eds.), Medical-Surgical Nursing : Concepts for interprofessional collaborative care. 9th ed. Canada: Elsevier Inc; 2018. 768-794.
21. สุรพันธ์ สิทธิสุข. แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ปี 2557. พิมพ์ครั้งที่ 2. 2557. กรุงเทพฯ: บริษัทศรีเมืองการพิมพ์จำกัด.

22. Nicole, M. H. Care of patients with vascular problems, In D.D. Ignatavicius, M.L. Wo C.R. Rebar (Eds.), Medical-Surgical Nursing : Concepts for interprofessional collaborative care, 8th ed. Canada: Elsevier Inc; 2018. 720-750.
23. Mary, C. M. Aortic dissection clinical presentation. 2019. Available from <https://emedicine.medscape.com/article/2062452-clinical>
24. ฉัญญารัตน์ วัฒนเศรษฐศิริ. ภาพการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยาและแนวทางการรักษาการบาดเจ็บเลือดแดงใหญ่ช่องอก. ธรรมศาสตร์เวชสาร. 2561:18; 374-87.
25. Meg, B. Care of patients with infectious respiratory problems, In D.D. Ignatavicius, M.L. Workman, & C.R. Rebar (Eds.), Medical-Surgical Nursing : Concepts for interprofessional collaborative care, volume 1. 8th ed. Canada: Elsevier Inc; 2018. 596-610.
26. Jaymin, B. M, Lakshminarayana, P. L., & Kastelik, J. K. Pneumothorax: A tale of pain or spontaneity. Ther Adv Chronic Dis. 2014; 5; 269-73.

ผู้จัดทำเอกสาร	ผู้รับรอง	ผู้อนุมัติใช้
		
(นางสาวอัญชณา โชติช่วง)	(นายสุกฤตมิ มงคลมะไฟ)	(นายทินกร บินหะย็อรัง)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	ผอ.รพ.ระยอง

เอกสารนี้เป็นสมบัติของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชระยอง ห้ามนำออกไปใช้ภายนอกหรือทำซ้ำโดยไม่ได้รับอนุญาต