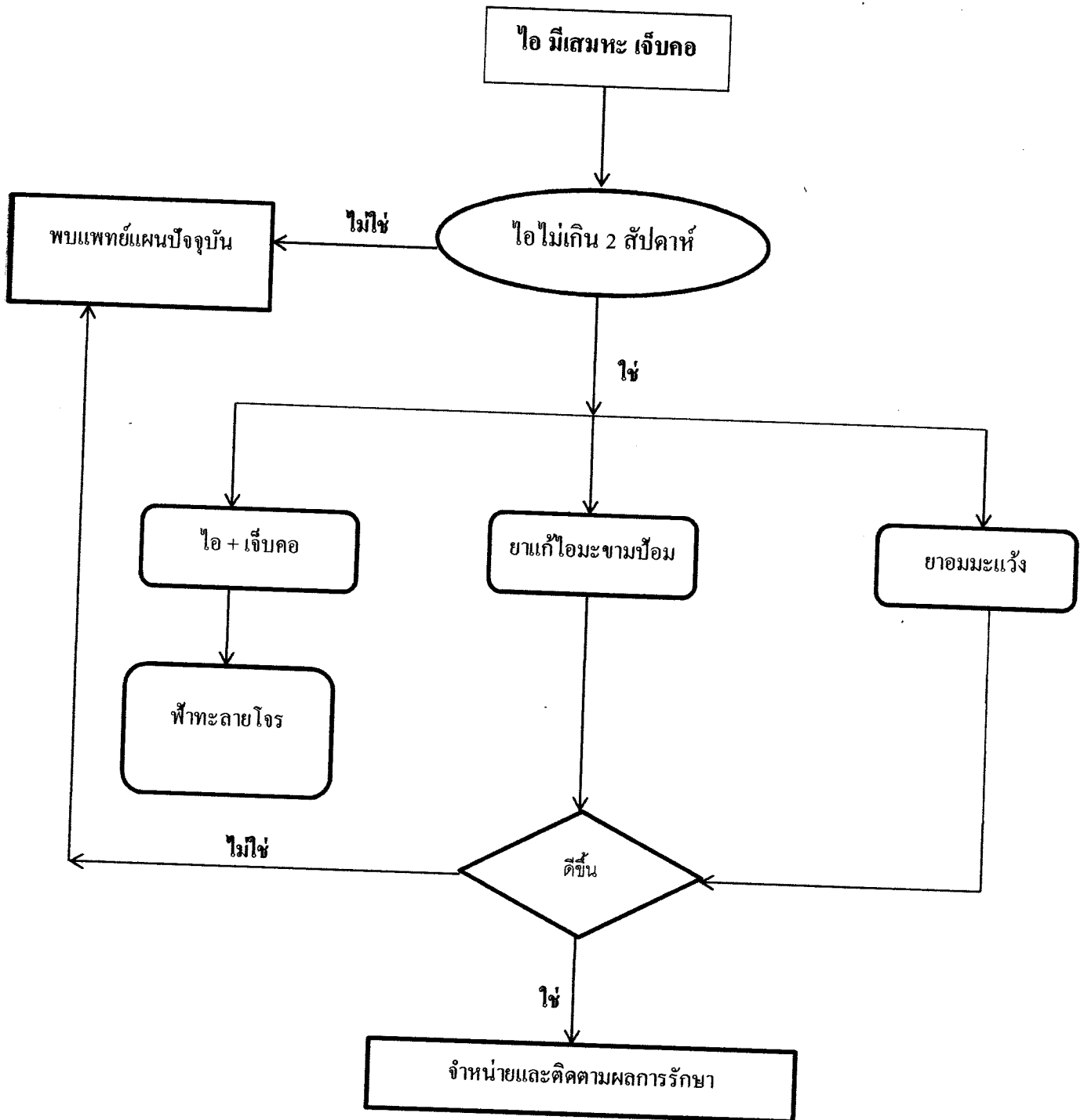
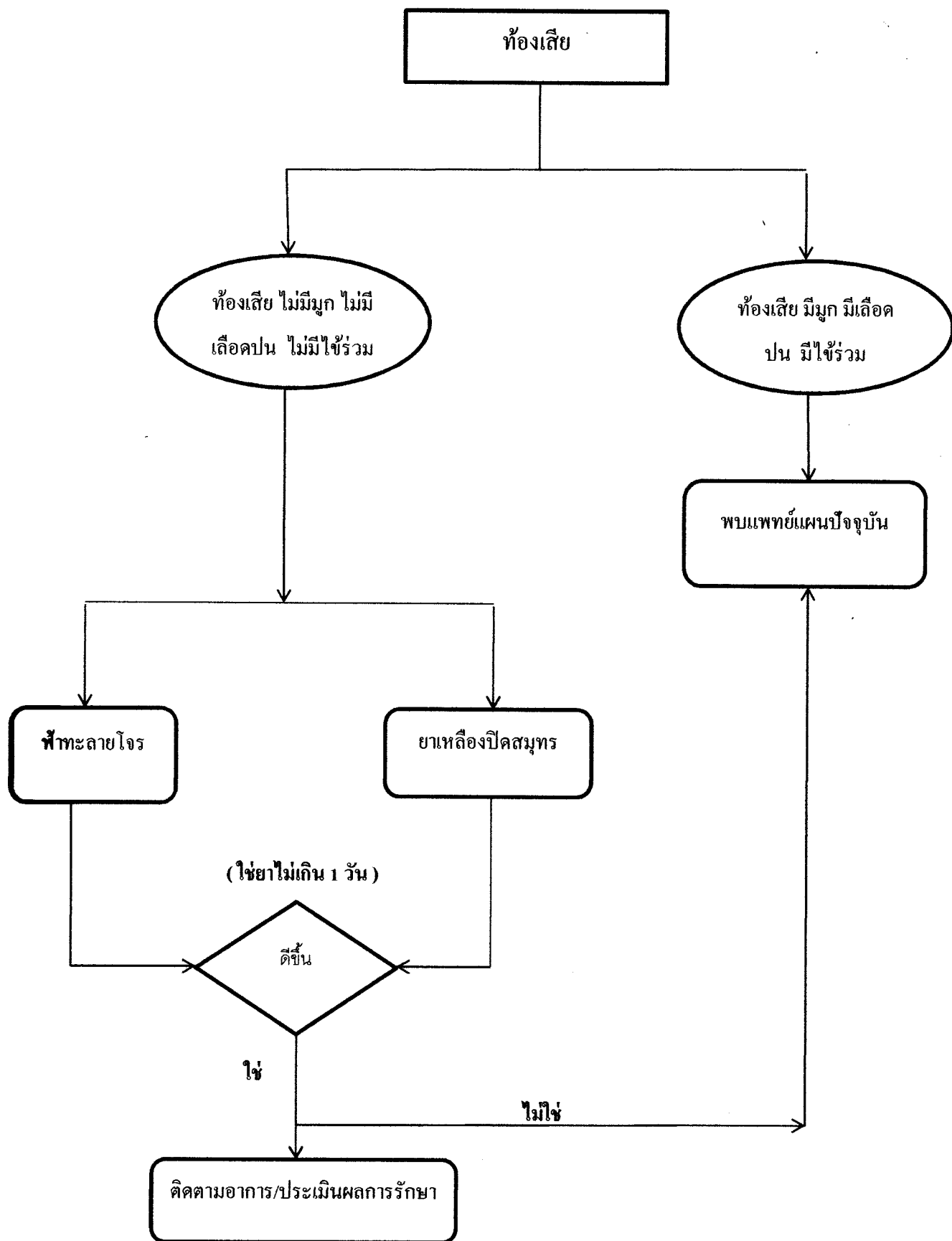


คู่มือการให้บริการงานส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลแก่งกระจาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....	
เรื่อง : แนวทางเวชปฏิบัติการใช้ยาแผนไทย	หน้า : วันที่ : 25 เมษายน 2562
แผนก : กลุ่มงานแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลแก่งกระจาน	แผนกที่เกี่ยวข้อง : รพ.สต.ใน คปสอ.แก่งกระจาน
คณะผู้จัดทำ : คณะกรรมการจัดทำคู่มือการให้บริการงานส่งเสริมสุขภาพ  ผู้ทบทวน : ..... (แพทย์ปรีชญา ระหว่างบ้าน) ประธานคณะกรรมการจัดทำคู่มือการบริการ	ผู้ควบคุมกำกับ..... (นายสุขประเสริฐ ทับสี) สาธารณสุขอำเภอแก่งกระจาน  ผู้อนุมัติ..... (นายจตุภูมิ นิละศรี) นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแก่งกระจาน

แผนภูมิแสดงแนวทางเวชปฏิบัติทางการแพทย์แผนไทย อาการไอ เจ็บคอ



แผนภูมิแสดงแนวทางเวชปฏิบัติทางการแพทย์แผนไทย ท้องเสีย



## 1. ยาแคปซูลฟ้าทะลายโจร

**ข้อบ่งใช้ :** แก้อาการหวัด เจ็บคอ แก้ท้องเสียชนิดไม่ติดเชื้อ

**ขนาดและวิธีใช้ :** รับประทานครั้งละ 3-4 แคปซูล วันละ 4 ครั้ง หลังอาหารและก่อนนอน

**ข้อห้ามใช้ :** ห้ามใช้ในผู้ที่มีอาการแพ้ฟ้าทะลายโจร

ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตร

### ข้อควรระวัง

1. ฟ้าทะลายโจรอาจทำให้เกิดอาการปวดท้อง ท้องเดิน ปวดเอว หรือเวียนศีรษะ ใจสั่น ในผู้ป่วยบางราย หากมีอาการดังกล่าว ควรหยุดใช้ฟ้าทะลายโจร
2. หากใช้ติดต่อกันเป็นเวลานาน อาจทำให้แขนขามีอาการชาหรืออ่อนแรง
3. หากใช้ฟ้าทะลายโจรติดต่อกัน 3 วัน แล้วไม่หาย หรือมีอาการรุนแรงขึ้นระหว่างใช้ยา ควรหยุดใช้ และไปพบแพทย์
4. ไม่ควรรับประทานยาติดต่อกันเกิน 7 วัน เนื่องจากเป็นยาที่มีฤทธิ์เย็น อาจทำให้ปลายมือปลายเท้าชาได้
5. สตรี มีครรภ์ไม่ควรใช้ฟ้าทะลายโจร การที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์และให้นมบุตร เนื่องจากมีการศึกษาในหนูทดลองพบว่าน้ำคั้นฟ้าทะลายโจรมีผลทำให้หนูแท้งได้

## 2. ยาแก้ไอมะขามป้อม

**ข้อบ่งใช้ :** แก้ไอ ขับเสมหะ

**ขนาดและวิธีใช้ :** ผู้ใหญ่ รับประทานครั้งละ 1-2 ช้อนชา วันละ 4 ครั้ง หลังอาหารและก่อนนอน

**ข้อห้ามใช้ :** ห้ามในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

**ข้อควรระวัง :** ผู้ที่ท้องเสียง่าย เนื่องจากมะขามป้อมมีฤทธิ์เป็นยาระบาย

## 3. ยาอมมะแว้ง

**ข้อบ่งใช้ :** แก้ไอ ขับเสมหะ

**ขนาดและวิธีใช้ :** อมครั้งละ 1-2 เม็ด วันละ 3 ครั้ง

**ข้อควรระวัง :** ผู้ที่ท้องเสียง่าย เนื่องจากมีส่วนผสมของมะขามป้อมมีฤทธิ์เป็นยาระบาย

## 4. ขมิ้นชัน

**ข้อบ่งใช้ :** ขับลม บรรเทาอาการจุกเสียด แน่นท้อง

**ขนาดและวิธีใช้ :** รับประทานครั้งละ 1-2 แคปซูล วันละ 4 ครั้ง หลังอาหารและก่อนนอน

**อาการไม่พึงประสงค์ :** ผื่นหนังอักเสบจากการแพ้

## **ข้อควรระวัง**

1. ควรระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคถุงน้ำดีอุดตัน ยกเว้นภายใต้การดูแลของแพทย์
2. ควรระวังการใช้ในหญิงตั้งครรภ์ยกเว้นภายใต้การดูแลของแพทย์
3. การใช้ไขมันเป็นยารักษาโรคระเคาะ ถ้าใช้นานเกินไป จะทำให้เกิดแผลในกระเพาะ
4. ควรระมัดระวังในการใช้ร่วมกับยาต้านการแข็งตัวของเลือด เนื่องจากเสริมฤทธิ์กัน อาจทำให้เลือดแข็งตัวช้า และเลือดไหลหยุดยากได้

## **5. ครีมไทล**

**ข้อบ่งใช้ :** บรรเทาอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย เคล็ดขัดยอก

**ขนาดและวิธีใช้ :** ใช้ทา ถู นวด วันละ 2-3 ครั้ง หรือเมื่อมีอาการ

**ข้อห้ามใช้/ข้อควรระวัง :** ห้ามทาบริเวณขอบตา เนื้อเยื่ออ่อน และผิวหนังที่มีบาดแผลหรือมีแผลเปิด

**อาการไม่พึงประสงค์ :** อาจทำให้รู้สึกคันบริเวณที่ทายา

**ข้อมูลความเป็นพิษ :** ไม่พบความเป็นพิษในการใช้ขนาดปกติ

## **6. ครีมพญาอ**

**ข้อบ่งใช้ :** มีฤทธิ์บรรเทาอาการของโรคเริม งาม

**ขนาดและวิธีใช้ :** ทาบางๆ บริเวณที่เป็นวันละ 3-5 ครั้ง สำหรับโรคเริม งาม

**ข้อห้ามใช้/ข้อควรระวัง :** ไม่มีรายงานข้อห้ามใช้และข้อควรระวัง

**ข้อเตือนแนะ :** ในรูปแบบของยาครีมพญาอ ยาหม่องพญาอ และคาลาไมน์พญาอ ห้ามใช้บริเวณริมฝีปาก และภายในช่องปาก

**อาการไม่พึงประสงค์ :** ไม่มีรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

## **7. ยาน้ำเหลืองปิดสมุทร**

**ข้อบ่งใช้ :** บรรเทาอาการท้องเสียชนิดที่ไม่เกิดจากการติดเชื้อ เช่น อุจจาระไม่เป็นมูกหรือมีเลือดปน  
ท้องเสียชนิดที่ไม่มีไข้ เป็นต้น

**ขนาดและวิธีใช้ :** รับประทาน 8-10 เม็ด ทุก 3-5 ชม.เมื่อมีอาการ ห้ามใช้เกิน 1 วัน

**ข้อห้ามใช้ :** ห้ามใช้เกิน 1 วัน หากไม่ดีขึ้นควรพบแพทย์

## น้ชษษษษษษษษษษ

**บ่งใช้** : บรรเทาอาการริดสีดวงทวารหนัก

**ขนาดและวิธีใช้** : รับประทานครั้งละ 500 มิลลิกรัม - 1 กรัม วันละ 3 ครั้ง หลังอาหารทันที

**ข้อห้ามใช้/ข้อควรระวัง** : ไม่มีรายงานข้อห้ามใช้และข้อควรระวัง

**อาการไม่พึงประสงค์** : ท้องเสีย มวนท้อง

## ๑. น้ชษษษษษ

**บ่งใช้** : แก้กึ่งผุก เป็นยาระบาย

**ขนาดและวิธีใช้** : รับประทานครั้งละ 2-3 แคปซูล ก่อนนอน หรือเมื่อมีอาการ

**ข้อห้ามใช้/ข้อควรระวัง** : ไม่ควรทานเพื่อลดน้ำหนัก ไม่ควรทานติดต่อกันเป็นเวลานาน อาจทำให้ระบบ

ย่อยผิดปกติและอาจทำให้เกิดการคือยจนไม่สามารถขับถ่ายได้เป็นปกติหากไม่รับยา

## ๑. เฉววัลย์เปรียง

**บ่งใช้** : บรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อลดการอักเสบของกล้ามเนื้อ

**ขนาดและวิธีใช้** : รับประทานครั้งละ 500 มิลลิกรัม - 1 กรัม วันละ 3 ครั้ง หลังอาหารทันที

**ข้อห้ามใช้/ข้อควรระวัง** : ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ - ควรระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคแผลเปื่อยเพปติก เนื่องจาก

าวัลย์เปรียงออกฤทธิ์คล้ายยาแก้ปวดกลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs: NSAIDs)

**อาการไม่พึงประสงค์** : ปวดท้อง ท้องผูก ปัสสาวะบ่อย คอแห้ง ใจสั่น

แบบสำหรับส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจหรือรักษาต่อแพทย์แผนไทย

เลขที่...../.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

จาก.....(โทรศัพท์.....)

ถึง งานแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลแก่งกระจาน

ขอส่งผู้ป่วยชื่อ.....เพศ.....

อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

สถานที่ใกล้เคียง คือ.....มาเพื่อโปรด :-

รับไว้รักษาต่อ  ตรวจอาการ  คুমไว้สังเกต  ขอทราบผล

๑. ประวัติการป่วยในอดีต และประวัติครอบครัว.....

.....

.....

๒. ประวัติการป่วยปัจจุบัน.....

.....

.....

๓. ผลการตรวจ.....

.....

๔. การวินิจฉัยโรคขั้นต้น.....

๕. การรักษาที่ได้ให้ไว้แล้ว.....

.....

.....

๖. สาเหตุที่ส่ง.....

๗. รายละเอียดอื่นๆ.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้ส่ง

ลงชื่อ.....ผู้รับ

แบบสำหรับส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจหรือรักษาต่อแพทย์แผนไทย

เลขที่...../.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

จาก.....(โทรศัพท์.....)

ถึง งานแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลแก่งกระจาน

ขอส่งผู้ป่วยชื่อ.....เพศ.....

อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

สถานที่ใกล้เคียง คือ.....มาเพื่อโปรด :-

รับไว้รักษาต่อ  ตรวจอาการ  คুমไว้สังเกต  ขอทราบผล

๑. ประวัติการป่วยในอดีต และประวัติครอบครัว.....

.....

.....

๒. ประวัติการป่วยปัจจุบัน.....

.....

.....

๓. ผลการตรวจ.....

.....

๔. การวินิจฉัยโรคขั้นต้น.....

๕. การรักษาที่ได้ให้ไว้แล้ว.....

.....

.....

๖. สาเหตุที่ส่ง.....

๗. รายละเอียดอื่นๆ.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้ส่ง

ลงชื่อ.....ผู้รับ



แบบแจ้งผลการตรวจ การรักษาหรือส่งผู้ป่วยกลับแพทย์แผนไทย

เลขที่...../.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

จาก.....(โทรศัพท์.....)

ถึง .....

ตามที่ท่านส่ง.....เพศ.....อายุ.....

มาเพื่อดำเนินการตามประสงค์นั้น ขอส่งรายละเอียดมาเพื่อทราบ ดังนี้ :-

๑. ผลการตรวจที่สำคัญ.....

.....

.....

.....

๒. การวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้าย.....

.....

๓. การรักษาที่ให้.....

.....

.....

๔. ขอให้ดำเนินการต่อ ดังนี้.....

.....

.....

.....

(ลงชื่อ) .....

...../...../.....

แบบบันทึกเหตุการณ์/อาการไม่พึงประสงค์

- การใช้ยาสมุนไพร     การนวด     การประคบสมุนไพร     การอบสมุนไพร  
 ทับหม้อเกลือ     อื่นๆระบุ.....  
 ไม่พบเหตุการณ์/อาการไม่พึงประสงค์  
 พบเหตุการณ์/อาการไม่พึงประสงค์

ว/ด/ปที่เริ่มเหตุการณ์/อาการไม่พึงประสงค์.....  
 การรักษา/คำแนะนำที่ได้ ระบุ.....

สาเหตุการเกิดเหตุการณ์/อาการไม่พึงประสงค์	แนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น
ลงชื่อ.....ผู้รับรองการรักษา	ลงชื่อ.....ผู้ให้บริการ

แบบบันทึกเหตุการณ์/อาการไม่พึงประสงค์

- การใช้ยาสมุนไพร     การนวด     การประคบสมุนไพร     การอบสมุนไพร  
 ทับหม้อเกลือ     อื่นๆระบุ.....  
 ไม่พบเหตุการณ์/อาการไม่พึงประสงค์  
 พบเหตุการณ์/อาการไม่พึงประสงค์

ว/ด/ปที่เริ่มเหตุการณ์/อาการไม่พึงประสงค์.....  
 การรักษา/คำแนะนำที่ได้ ระบุ.....

สาเหตุการเกิดเหตุการณ์/อาการไม่พึงประสงค์	แนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น
ลงชื่อ.....ผู้รับรองการรักษา	ลงชื่อ.....ผู้ให้บริการ