



สถาบันราชประชาสมาสัย
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

FO-PCT-LEP-002-REV02

เรื่อง

Care Map of Severe Reaction and /or Neuritis

	ชื่อ/สกุล หรือคณะกรรมการ/ทีม	ลายเซ็น	วัน เดือน ปี
จัดทำโดย	คณะกรรมการ PCT Leprosy	ดิฉัน	19 มกราคม 2567
ทบทวนโดย	คณะกรรมการองค์กรแพทย์		26 มกราคม 2567
อนุมัติโดย	ผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัย		2 กุมภาพันธ์ 2567
วันที่เริ่มใช้	2 กุมภาพันธ์ 2567		

ห้ามหน่วยงานแก้ไข/เพิ่มเติมข้อความใดๆ ในเอกสารควบคุมหรือทำสำเนาเผยแพร่เอง
สามารถดำเนินการได้โดยฝ่ายศูนย์พัฒนาคุณภาพเท่านั้น

สถาบันราชประชาสมาสัย RAJPRACHASAMASAI INSTITUTE	
FO : FO-PCT-LEP-002-REV02	ฉบับที่ : 2 หน้า 2/5
เรื่อง Care Map of Severe Reaction and / or Neuritis	วันที่ : 19 มกราคม 2567
แผนก : ผู้ป่วยนอก	แผนกที่เกี่ยวข้อง : สหสาขาวิชาชีพ /แผนกที่เกี่ยวข้อง
ผู้จัดทำ : คณะกรรมการ PCT Leprosy	ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัย

บันทึกการแก้ไข

ลำดับที่	รายละเอียด	แก้ไขโดย	วัน เดือน ปี
1	แผนการรักษาของแพทย์	คณะกรรมการ PCT Leprosy	11 สิงหาคม 2551
2	แผนการรักษาของแพทย์	คณะกรรมการ PCT Leprosy	19 มกราคม 2567

ห้ามหน่วยงานแก้ไข/เพิ่มเติมข้อความใดๆ ในเอกสารควบคุมหรือทำสำเนาเผยแพร่เอง
สามารถดำเนินการได้โดยฝ่ายศูนย์พัฒนาคุณภาพเท่านั้น

สถาบันราชประชาสมาสัย RAJPRACHASAMASAI INSTITUTE	
FO : FO-PCT-LEP-002-REV02	ฉบับที่ : 2 หน้า 3/5
เรื่อง Care Map of Severe Reaction and / or Neuritis	วันที่ : 19 มกราคม 2567
แผนก : ผู้ป่วยนอก	แผนกที่เกี่ยวข้อง : สหสาขาวิชาชีพ /แผนกที่เกี่ยวข้อง
ผู้จัดทำ : คณะกรรมการ PCT Leprosy	ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัย

Severe reaction and/or neuritis

(1-3) วันที่.....

- ☐ ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนขณะอยู่โรงพยาบาล
- ☐ (ปรึกษานักกายภาพ ถ้ามีอาการปวดเส้นประสาท)
- ☐ (ปรึกษากักขุแพทย์ ถ้ามีตาแดง ปวดตา ตามัว เฝิบพลัน)
- ☐ CBC, UA, Stool exam
- ☐ FBS, BUN, Cr, LFT, ELYTE
- ☐ CXR
- ☐ ปรึกษา IC
- ☐ H/C if Temp >.....
- ☐ Pus C/S ถ้ามีแผล ENL

(IV FLUID ถ้ามี Dehydrate หรือ กินอาหารได้น้อย)

ลงชื่อแพทย์.....

(1-3) วันที่.....

- ☐ Diet ; ☐ Soft ☐ High Protein ☐ Regular
- ☐ อื่นๆ.....

- ☐ BED REST
- ☐ D/S แผล O.D.
- ☐ NFA ทุก 1 สัปดาห์
- ☐ V/S ทุก 4 ชม. X 3 วัน Then BID

Medication

- ☐ MDT เดือนที่.....(ถ้ายังอยู่ในระหว่างการรักษา)
- ☐ Rifampicin (600) 1 cap ☒ เดือนละ1ครั้ง วันที่.....
- ☐ Clofazimine (100) 3x1 ☒ เดือนละ1ครั้ง วันที่.....
- ☐ Clofazimine (50) 1x1 ☒ pc หรือ (100-300 mg ถ้าเป็น SEVERE ENL)
- ☐ Clofazimine
- ☐ Dapsone (100) 1x1 ☒ pc
- ☐
(Antibiotics ถ้ามีแผลติดเชื้อ)
- ☐ Prednisolone (5) 4 X 2 ☒ pc
- ☐ CaCO₃ (1) 1x2 ☒ pc if plan long term
- ☐ Vitamin D (20,000) 1 tab 1x1 ☒ pc ทุกวัน.....
steroids Rx (Pred >5mg/day & duration >3 months)
(NSAIDs)
- ☐ MTV 1x2 ☒ pc
- ☐ Paracetamol (500) 1 tab ☒ prn for pain or fever q 4-6 hrs
- ☐ Omeprazole (20) 1 X 1 ☒ ac

ลงชื่อแพทย์.....

สถาบันราชประชาสมาสัย RAJPRACHASAMASAI INSTITUTE	
FO : FO-PCT-LEP-002-REV02	ฉบับที่ : 2 หน้า 4/5
เรื่อง Care Map of Severe Reaction and / or Neuritis	วันที่ : 19 มกราคม 2567
แผนก : ผู้ป่วยนอก	แผนกที่เกี่ยวข้อง : สหสาขาวิชาชีพ /แผนกที่เกี่ยวข้อง
ผู้จัดทำ : คณะกรรมการ PCT Leprosy	ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัย

(4-7) วันที่.....

☐ ตามผล LAB

☐

(IV fluid ถ้า Dehydration หรือ กินอาหาร ได้น้อย)

ลงชื่อแพทย์.....

(8-14)วันที่.....

☐ NFA ทุก 1 สัปดาห์

☐ ESSO (ถ้ามีแผลเรื้อรังที่มือและเท้า)

พิจารณา Prednisolone (5) เป็น 3X2 ☉pc
(หรือเพิ่มเป็น 4X3☉ pc ตามการตอบสนองของ
ภาวะโรคเห่อ)

.....
.....
.....

(8- 14)วันที่.....

☐ Counseling

☐ สอน Self care

ลงชื่อแพทย์.....

(15-21) วันที่.....

☐ NFA ทุก 1 สัปดาห์

☐ พิจารณาปรับขนาด Prednisolone ตามการ
ตอบสนองของภาวะโรคเห่อ

.....
.....
.....

ลงชื่อแพทย์.....

สถาบันราชประชาสมาสัย RAJPRACHASAMASAI INSTITUTE	
FO : FO-PCT-LEP-002-REV02	ฉบับที่ : 2 หน้า 5/5
เรื่อง Care Map of Severe Reaction and / or Neuritis	วันที่ : 19 มกราคม 2567
แผนก : ผู้ป่วยนอก	แผนกที่เกี่ยวข้อง : สหสาขาวิชาชีพ /แผนกที่เกี่ยวข้อง
ผู้จัดทำ : คณะกรรมการ PCT Leprosy	ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัย

(22-28)วันที่.....

☐ ประเมินการสอน self care

☐ วางแผน D/C

ลงชื่อแพทย์.....

(22-28)วันที่.....

☐ NFA ทุก 1 สัปดาห์

☐ พิจารณาปรับขนาด Prednisolone ตามการตอบสนองของภาวะโรคเห่อ(ครั้งเดียวหลังอาหารเช้า)

.....

.....

.....

ลงชื่อแพทย์.....