



กรมการแพทย์
Department of Medical Services



แนวทางการวินิจฉัย ดูแลรักษา ผู้ป่วยถูกงูพิษกัด ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2568

กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข



กรมการแพทย์
Department of Medical Services



แนวทางการวินิจฉัย ดูแลรักษา ผู้ป่วยถูกงูพิษกัด ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2568

กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข

แนวทางการวิจัย ดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2568

ที่ปรึกษา

นายแพทย์ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน

อธิบดีกรมการแพทย์

นายแพทย์สแกนต์ บุณนา

รองอธิบดีกรมการแพทย์

กองบรรณาธิการ

แพทย์หญิงปิยะธิดา หาญสมบูรณ์

ผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์

แพทย์หญิงพลอยไพลิน รัตนสัญญา

สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์

แพทย์หญิงบุษกร ไพศาลโรจน์รัตน์

โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

แพทย์หญิงพันธุ์ชิตา วงศ์ธน

กองวิชาการแพทย์

นายแพทย์เกษมสุข โยธาสุมุท

กองวิชาการแพทย์

แพทย์หญิงพิษณุพร พริ้งลำภู

กองวิชาการแพทย์

นางสาววิษยาภา เอี่ยมสว่าง

กองวิชาการแพทย์

ฉบับที่ 1 สิงหาคม 2568

จำนวน 750 เล่ม

ISBN 978-616-11-5534-6

จัดทำโดย กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

พิมพ์ที่ บริษัท เอ แอนด์ เจ เมดิคอล จำกัด

คำนำ

สถานการณ์ของผู้ป่วยที่ถูกกัดและเสียชีวิต มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง อันเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย การให้การวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยถูกงูพิษกัดล่าช้าเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต อาจเกิดจากการไม่ทราบชนิดของงูพิษที่กัด หรือไม่รู้จำกัพิษ ซึ่งแนวทางการลดอัตราการเสียชีวิตจากงูพิษกัด ต้องเริ่มตั้งแต่การให้ความรู้ภาคประชาชน การปฐมพยาบาลเบื้องต้นที่ถูกต้องก่อนนำส่งโรงพยาบาล การรักษาที่ได้มาตรฐาน รวมถึงมีการบริหารจัดการให้มีเซรุ่มอย่างเพียงพอ และการส่งต่อผู้ป่วยอย่างปลอดภัย โดยกรมการแพทย์ได้มีการจัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยถูกงูพิษกัดขึ้น เมื่อปี พ.ศ. 2547 เพื่อให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ได้ใช้เป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วย ดังนั้น เพื่อให้แนวทางดังกล่าวมีเนื้อหาที่เหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบัน กรมการแพทย์จึงมีการปรับปรุงแนวทางการวินิจฉัย ดูแลรักษาผู้ป่วยถูกงูพิษกัดในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2568 ขึ้น มีเนื้อหาครอบคลุมตั้งแต่ลักษณะงูมีพิษที่พบในประเทศไทย และพยาธิกำเนิดของพิษงู แนวทางการวินิจฉัยการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับพิษจากงูกัด และกรณีศึกษาตลอดจนการบริหารจัดการเซรุ่มต้านพิษงู

ขอขอบคุณ และชื่นชมในความมานะอุตสาหะของคณะผู้จัดทำแนวทางฯ เล่มนี้ทุกท่าน ที่ได้เสียสละเวลาในการรวบรวมองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง จนเกิดเป็นแนวทางการวินิจฉัย ดูแลรักษาผู้ป่วยถูกงูพิษกัดในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2568 ซึ่งจะเป็นประโยชน์กับบุคลากรทางการแพทย์ต่อไป



นายแพทย์ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน

อธิบดีกรมการแพทย์



รายนามผู้นิพนธ์

ณธิตา สุ่มธโชติเมธา	พบ., วว.เวชศาสตร์ดุกเฉิน, อว.เวชศาสตร์ดุกเฉินนอกโรงพยาบาล นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลราชวิถี 2 (รังสิต)
ณิกานต์ เกกนิชะ	พบ., วว.เวชศาสตร์ดุกเฉิน นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
ธีรชัย เลิศอมรภัทร	พบ., วว.เวชศาสตร์ดุกเฉิน นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลราชวิถี
นนทกา นิพิธกุล	พบ., วว.เวชศาสตร์ดุกเฉิน นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลราชวิถี 2 (รังสิต)
บุษกร ไพศาลโรจนรัตน์	พบ., วว.เวชศาสตร์ดุกเฉิน, อว.เวชศาสตร์ชววิทยาและพิษวิทยา นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
พลอยไพลิน รัตนสัญญา	พบ., วว.เวชศาสตร์ดุกเฉิน, อว.เวชศาสตร์ชววิทยาและพิษวิทยา นายแพทย์เชี่ยวชาญ สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ ปฏิบัติราชการโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

รายนามผู้นิพนธ์ (ต่อ)

พิชญพร พริงลำภู	พบ., อว.เวชศาสตร์ครอบครัว นายแพทย์ชำนาญการ กองวิชาการแพทย์
พัฒนชีตา วงศ์ธนู	พบ., วว.เวชศาสตร์ฉุกเฉิน นายแพทย์ชำนาญการ กองวิชาการแพทย์
พัทธ์ชปภา ชัยสุข	พบ., วว.เวชศาสตร์ฉุกเฉิน นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลเลิดสิน
สุภัทรา อินทร์อยู่	พบ., วว.เวชศาสตร์ฉุกเฉิน นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
วริษฐา เอกเมธีพันธ์	พบ., วว.เวชศาสตร์ฉุกเฉิน นายแพทย์ปฏิบัติการ โรงพยาบาลเลิดสิน
วริษฐา โยธาสุมุท	ภ.บ. เภสัชกรปฏิบัติการ โรงพยาบาลราชวิถี
อมรรัตน์ วิจิตรลีลา	ภ.บ., ศ.ม. (เศรษฐศาสตร์ธุรกิจ) เภสัชกรเชี่ยวชาญ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปฏิบัติราชการกองวิชาการแพทย์



สารบัญ

คำนำ

รายนามผู้นิพนธ์

บทที่ 1 ข้อมูลระบาดวิทยา	1
บทที่ 2 งูพิษที่พบในประเทศไทย	7
งูพิษต่อระบบประสาท (Neurotoxic snakes)	7
งูพิษต่อระบบโลหิต (Hematotoxic snakes)	11
งูพิษต่อระบบกล้ามเนื้อ (Myotoxic snakes)	15
งูพิษเขี้ยวหลัง (Colubrid snakes)	16
บทที่ 3 กลไกของพิษงู	19
กลไกของพิษงูที่มีพิษต่อระบบประสาท	19
กลไกของพิษงูที่มีพิษต่อระบบโลหิต	20
บทที่ 4 แนวทางการวินิจฉัยผู้ป่วยที่ได้รับพิษจากงูกัด	23
การซักประวัติ	23
การตรวจร่างกาย	25
อาการแสดง	28
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	30
แผนภาพแนวทางการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยที่ได้รับพิษจากงูกัด	33
บทที่ 5 แนวทางการรักษาผู้ป่วยที่ถูกงูกัด	37
การดูแลรักษาก่อนมาโรงพยาบาล (Pre-hospital care)	37
การประเมินอาการและให้รักษาเบื้องต้น ณ ห้องฉุกเฉิน	38
การพิจารณารับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล	40
การส่งต่อผู้ป่วย	40
การเฝ้าระวังและติดตามอาการ	41
การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการติดตามผลหลังการรักษา	42
คำแนะนำก่อนการจำหน่ายผู้ป่วย	42



สารบัญ (ต่อ)

บทที่ 6	เซรุ่มต้านพิษงู	45
	การเก็บรักษาเซรุ่ม	46
	กลไกการออกฤทธิ์ของเซรุ่มต้านพิษงู	46
	อาการไม่พึงประสงค์จากการให้เซรุ่มต้านพิษงู	47
	ชนิดและขนาดของเซรุ่มต้านพิษงูที่ต้องใช้	48
	วิธีการบริหารเซรุ่มต้านพิษงู	49
	ประสิทธิภาพของเซรุ่มในการรักษาผู้ป่วย	49
	แนวทางการเบิกจ่ายจัดหาเซรุ่มต้านพิษงูในโครงการยาต้านพิษ	49
	ตัวอย่างโรงพยาบาลที่มีเซรุ่มต้านพิษงู	51
บทที่ 7	การดูแลผู้ป่วยในระบบบริการปฐมภูมิ: แนวทางองค์รวม สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติในบริบทประเทศไทย	53
	ความท้าทายในการดูแลผู้ป่วยงูกัดในระบบปฐมภูมิ	54
	องค์ประกอบของการดูแลแบบองค์รวม	55
	การดูแลผู้ป่วยโรคเฉียบพลันและเรื้อรังในมิติองค์รวม	56
	บทบาทและหน้าที่ของแต่ละสาขาวิชาชีพ	58
	ปัจจัยสำคัญสู่การทำงานสหวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพ	59
	บทเรียนจากการดูแลโรคเรื้อรัง: ประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับพิษงู	59
ภาคผนวก ก	กรณีศึกษา	65
ภาคผนวก ข	คำถามที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ	71

สารบัญรูปภาพ

รูปที่ 1	แสดงอัตราป่วยจากงูพิษกัดต่อแสนประชากร จำแนกตามจังหวัดของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2562	2
รูปที่ 2	แสดงจำนวนผู้ถูกงูพิษกัด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 – 2562	2
รูปที่ 3	แสดงจำนวนผู้ถูกงูพิษกัด จำแนกตามปีงบประมาณ 2562 – 2566	3
รูปที่ 4	แสดงจำนวนผู้เสียชีวิต จากสาเหตุงูกัด จำแนกตามปีงบประมาณ 2562 – 2566	3
รูปที่ 5	งูเห่าไทย	7
รูปที่ 6	ลายดอกจันงูเห่าไทย	7
รูปที่ 7	งูเห่าพ่นพิษสยามสีน้ำตาล	8
รูปที่ 8	งูเห่าพ่นพิษสยาม (ลายดอกจันไม่ชัด)	8
รูปที่ 9	งูเห่าพ่นพิษสยามสีดำ	8
รูปที่ 10	ลายดอกจันงูเห่าพ่นพิษสยาม	8
รูปที่ 11	งูเห่าพ่นพิษสีทอง	9
รูปที่ 12	งูจงอาง	9
รูปที่ 13	occipital scales	9
รูปที่ 14	งูสามเหลี่ยม	10
รูปที่ 15	ท้องงูสามเหลี่ยม	10
รูปที่ 16	งูสามเหลี่ยมหัวแดง	10
รูปที่ 17	งูทับสมิงคลา	11
รูปที่ 18	งูทับสมิงคลา	11
รูปที่ 19	งูแมวเซา	11
รูปที่ 20	งูกะปะ	12
รูปที่ 21	งูเขียวหางไหม้ท้องเหลือง	12
รูปที่ 22	งูเขียวหางไหม้ตาโต	13
รูปที่ 23	งูเขียวหางไหม้ลายเสือ หรือ งูพังกา	13
รูปที่ 24	งูหางแอมซุมพร	14
รูปที่ 25	งูหางแอมซุมพร	14



สารบัญรูปภาพ (ต่อ)

รูปที่ 26	งูเคอะลอหัวศร	14
รูปที่ 27	งูคออ่อนปากจะงอย	15
รูปที่ 28	ท้องงูคออ่อนปากจะงอย	15
รูปที่ 29	งูแสมรังท้องเหลือง	15
รูปที่ 30	งูลายสาบคอแดง	16
รูปที่ 31	รอยเขี้ยวงูพิษ	25
รูปที่ 32	รอยเขี้ยวไม่มีพิษ	25
รูปที่ 33	อาการบวมแดงจากงูเขียวหางไหม้กัด	26
รูปที่ 34	วิธีการวัด palpebral fissure	27
รูปที่ 35	อุปกรณ์วัด Peak expiratory flow rate	30
รูปที่ 36	20-minute whole blood clotting test ผลปกติ (ซ้าย) ผลผิดปกติ (ขวา)	31
รูปที่ 37	pressure immobilization bandage	37
รูปที่ 38	ตัวอย่างเซรุ่มพิษงูเฉพาะชนิด (เซรุ่มต้านพิษงูเขียวหางไหม้)	45
รูปที่ 39	เซรุ่มต้านพิษงูรวมระบบโลหิต	45
รูปที่ 40	เซรุ่มต้านพิษงูรวมระบบประสาท	45
รูปที่ 41	การเก็บรักษาเซรุ่ม	46
รูปที่ 42	ตัวอย่างการแสดงผลการค้นหาลูกเซรุ่ม จากโปรแกรมระบบยาแก้พิษงูกลุ่มยาด้านพิษ	50

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	ตารางแสดงข้อมูลทางระบาดวิทยาและลักษณะพฤติกรรมของงูที่พบได้บ่อย	24
ตารางที่ 2	ตารางแสดงลักษณะบาดแผลจากงู และการแยกชนิดของงูพิษแต่ละชนิด	26
ตารางที่ 3	ตารางแสดงอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยถูกงูพิษกัด	28
ตารางที่ 4	ตารางแสดงชนิดและขนาดของเซรุ่มที่ต้องใช้	48
ตารางที่ 5	บทบาทและหน้าที่ของแต่ละสาขาวิชาชีพ	58



บทที่ 1

ข้อมูลระบาดวิทยา

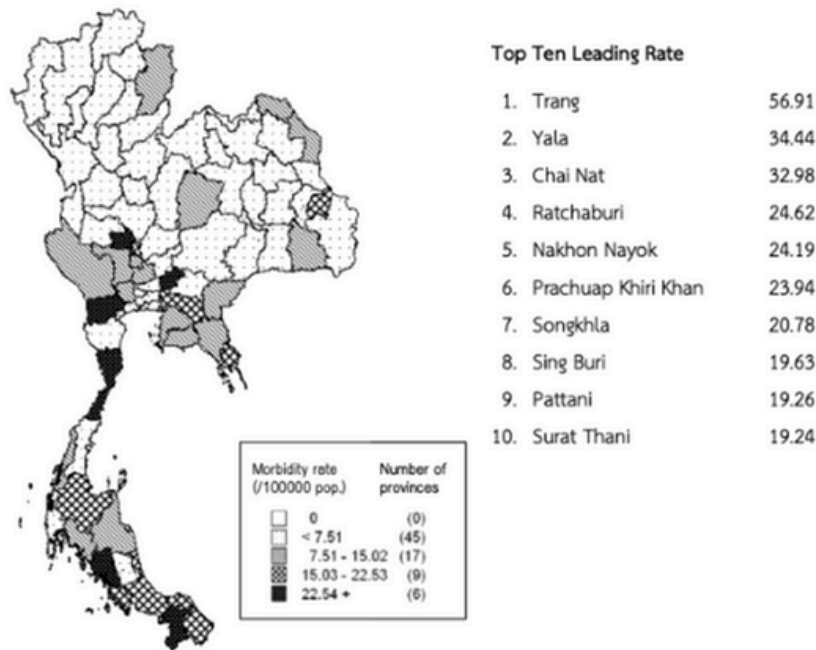
แพทย์หญิงนนทกา นิพิธกุล

โรคงูพิษกัด เกิดจากสารพิษในงูที่กัดซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่า มีผู้ถูกงูกัดทั่วโลกประมาณ 4.5 – 5.4 ล้านรายต่อปี โดยมีอาการบาดเจ็บหลังจากถูกงูพิษกัดประมาณ 1.8 – 2.7 ล้านราย เสียชีวิต 81,000 – 138,000 ราย จากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยเฉพาะในแถบเอเชีย พบผู้ป่วยงูกัดมากถึง 2 ล้านคนต่อปี กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ เกษตรกรในชนบท คนเลี้ยงสัตว์ ชาวประมง พรานล่าสัตว์ แรงงานเด็ก ประชาชนที่อาศัยในบ้านที่ก่อสร้างไม่ดี รวมถึงผู้ด้อยโอกาสทางการศึกษา และผู้ที่เข้าถึงการดูแลสุขภาพได้อย่างจำกัด ผู้เสียชีวิตส่วนหนึ่งไม่ได้ได้รับการรักษาที่สถานอนามัยหรือโรงพยาบาล แต่รักษาตามความเชื่อพื้นบ้าน⁽¹⁾

ปัญหางูกัดยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย และเป็นปัญหาที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติทั่วไป เนื่องจากประเทศไทยตั้งอยู่ในเขตร้อน มีลักษณะภูมิประเทศและอากาศที่เหมาะสมต่อการดำรงชีวิตของงูหลายชนิด ซึ่งกระจายอยู่ทั่วทุกภูมิภาค งูพิษที่พบในประเทศไทย สามารถแบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1. งูที่มีพิษต่อระบบประสาท ได้แก่ งูเห่าไทย งูเห่าพ่นพิษ งูจงอาง งูสามเหลี่ยม และงูทับสมิงคลา
2. งูที่มีพิษต่อระบบเลือด ได้แก่ งูแมวเซา งูกะปะ และงูเขียวหางไหม้
3. งูที่มีพิษต่อกล้ามเนื้อ ได้แก่ งูทะเล

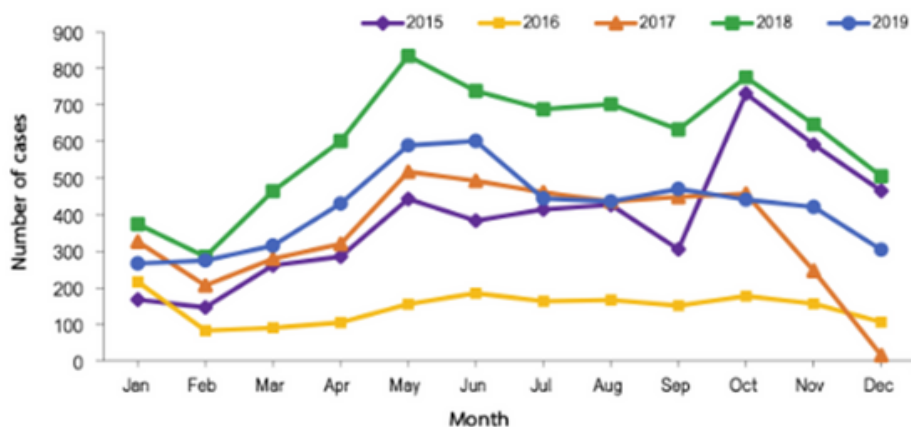
ชนิดของงูที่พบในแต่ละพื้นที่ ประกอบด้วย ในภาคเหนือ ได้แก่ งูเห่าไทย งูจงอาง งูทับสมิงคลา งูสามเหลี่ยม ในภาคกลาง ได้แก่ งูเห่าพ่นพิษ งูเขียวหางไหม้ งูจงอาง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ งูทับสมิงคลา ในภาคใต้ ได้แก่ งูจงอาง งูแมวเซา งูกะปะ ในภาคตะวันออก ได้แก่ งูแมวเซา งูกะปะ และงูพิษที่พบได้ทั่วประเทศ ได้แก่ งูเห่าไทย และงูสามเหลี่ยม⁽²⁾ โดยภูมิภาคที่มีอัตราป่วยจากงูพิษกัดมากที่สุด ได้แก่ ภาคใต้ 17.62 ต่อแสนประชากร รองลงมา คือ ภาคกลาง (7.53) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (4.86) และภาคเหนือ (4.35) มีรายงานจากจังหวัดสูงสุด ได้แก่ จังหวัดตรัง อัตราป่วย 56.91 ต่อแสนประชากร รองลงมา คือ ยะลา (34.44) ชัยนาท (32.98) ราชบุรี (24.62) นครนายก (24.19) ประจวบคีรีขันธ์ (23.94) สงขลา (20.78) สิงห์บุรี (19.63) ปัตตานี (19.26) และสุราษฎร์ธานี (19.24)⁽³⁾ (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 แสดงอัตราป่วยจากพิษกัดต่อแสนประชากร จำแนกตามจังหวัดของประเทศไทย ในปี พ.ศ.2562

ในปีพ.ศ. 2562 กองระบาดวิทยา⁽⁴⁾ ได้รับข้อมูลจากศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าถูกงูกัดตามรหัส ICD-10: T63.0 โดยแยกเป็น ชนิดงูที่มีพิษ T63.03 รายงานผู้ถูกงูพิษกัด 4,991 ราย อัตราป่วย 7.51 ต่อแสนประชากร ไม่มีข้อมูลผู้เสียชีวิต แบ่งเป็นชนิดงูที่กัดไม่สามารถระบุชนิดได้ 3,456 ราย (ร้อยละ 69.24) และสามารถระบุชนิดได้ 1,535 ราย (ร้อยละ 30.76) จำแนกเป็น งูกะปะ 915 ราย (18.34) งูเห่า 283 ราย (5.67) งูแมวเซา 28 ราย (0.56) งูสามเหลี่ยม 3 ราย (0.06) งูจงอาง 2 ราย (0.04) ที่เหลือเป็นงูพิษอื่น ๆ 304 ราย (6.09)

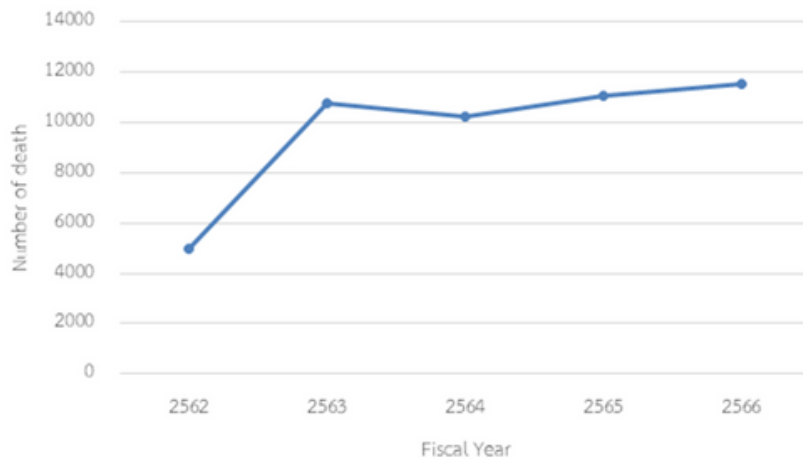
การรายงานผู้ถูกงูพิษกัดมีตลอดทั้งปี เริ่มมีรายงานมากขึ้นตั้งแต่ปลายฤดูร้อน ซึ่งฤดูฝนเป็นช่วงที่มีรายงานสูงกว่าฤดูกาลอื่น และลดลงในช่วงฤดูหนาว เดือนที่มีรายงานสูงสุด ได้แก่ มิถุนายน 601 ราย (12.04) รองลงมา คือ พฤษภาคม 589 ราย (11.80) และกันยายน 470 ราย (9.41) ต่ำสุด มกราคม 2566 ราย (5.33) (รูปที่ 2)



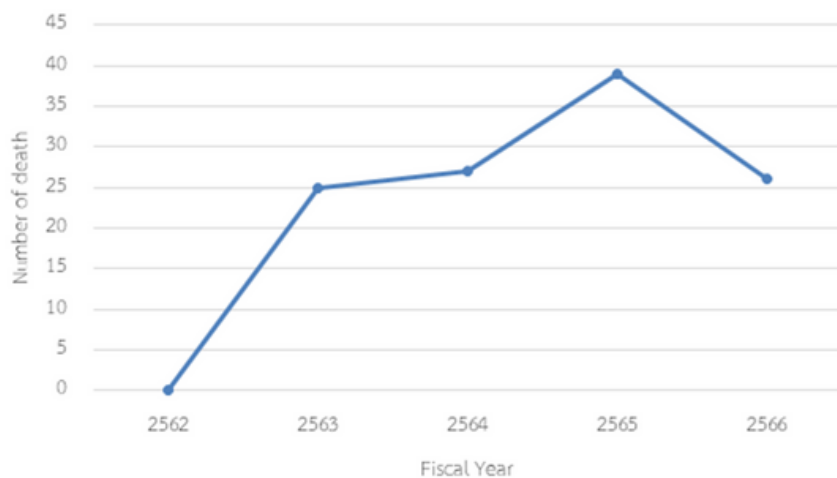
รูปที่ 2 แสดงจำนวนผู้ถูกงูพิษกัด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 – 2562



จากรายงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)⁽⁵⁾ ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากการวินิจฉัยตามรหัส ICD-10: T63.0 และ T63.9 ในปีงบประมาณ 2563 – 2566 พบว่า มีผู้ถูกงูพิษและสัตว์มีพิษกัด 45,257 ราย เฉลี่ยปีละ 11,314 ราย ซึ่งมีจำนวนสูงขึ้นกว่าในปีพ.ศ.2562 (รูปที่ 3) และมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากสาเหตุงูกัด รวม 117 ราย โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (รูปที่ 4)



รูปที่ 3 แสดงจำนวนผู้ถูกงูพิษกัด จำแนกตามปีงบประมาณ 2562 – 2566



รูปที่ 4 แสดงจำนวนผู้เสียชีวิต จากสาเหตุงูกัด จำแนกตามปีงบประมาณ 2562 – 2566

จากรายงานที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่า มีรายงานจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากการถูกงูพิษและสัตว์มีพิษกัด มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น จึงควรมีการเตือนและให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับชนิดของงู เพื่อลดความล่าช้าในการวินิจฉัย และเป็นประโยชน์ต่อการใช้เซรุ่มแก้พิษงูที่ตรงชนิดของงู รวมถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้น การดูแลผู้ป่วยก่อนนำส่งโรงพยาบาล การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามพยาธิสรีรวิทยาของพิษงูแต่ละชนิด การเฝ้าระวังสถานการณ์ เพื่อป้องกันการเกิดอาการรุนแรง หรือการเสียชีวิตก่อนเดินทางถึงสถานพยาบาลได้

เอกสารอ้างอิง

1. Snakebite envenoming [Internet]. www.who.int. Available from: http://www.who.int/health-topics/snakebite#tab_1
2. World Health Organization. Snake bite [Internet]. 2020 [cited 2020 sep 30]. Available from: https://www.who.int/health-topics/snakebite#tab=tab_1
3. อรรถวิทย์ วิชรธรรมรักษ์. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม โรคไม่ติดต่อ และโรคจากการป้องกันการบาดเจ็บ ประจำปี 2562 Annual Epidemiological Surveillance Report 2019 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2562 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 31 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://appsdoe.moph.go.th/boeeng/download/MIX_AW_2_AESR_6410-12.pdf
4. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. งูกัด (Snake bite). ใน: รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ประจำปี 2562 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กองระบาดวิทยา; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 25 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://apps-doe.moph.go.th/boeeng/annual/Annual/AESR2015/aesr2558/Part%201/09/snake_bite.pdf
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). สถานการณ์ผู้ถูกงูกัดและสัตว์มีพิษในประเทศไทย ปีงบประมาณ 2563 – 2566.



บทที่ 2

งูพิษที่พบในประเทศไทย

นายแพทย์ธีรชัย เลิศอมรภัทร
แพทย์หญิงพัฒนจิตา วงศ์ธนู

งูพิษที่พบในประเทศไทย สามารถแบ่งประเภทงูพิษตามกลไกออกฤทธิ์ของพิษงูได้เป็น 4 ประเภท ได้แก่

- งูพิษต่อระบบประสาท (Neurotoxic snakes)
- งูพิษต่อระบบโลหิต (Hematotoxic snakes)
- งูพิษต่อระบบกล้ามเนื้อ (Myotoxic snakes)
- งูพิษเขี้ยวหลัง (Colubrid snakes)

1

งูพิษต่อระบบประสาท (Neurotoxic snakes)

งูเห่า (Cobra - *Naja spp.*)

เป็นงูพิษที่พบได้ทุกภูมิภาคในประเทศไทย ส่วนใหญ่พบในภาคกลาง มีขนาดความยาวประมาณ 100 - 180 ซม. เป็นงูที่มีพฤติกรรมป้องกันตัวเองโดยการยกส่วนหัวและคอขึ้น แล้วจะกางส่วนคอให้ขยายออกไป หรือที่เรียกกันว่าแผ่แม่เบี้ย ด้านหลังของส่วนคอจะมีลวดลายที่เรียกว่า ดอกจัน โดยงูเห่าที่สำคัญในประเทศไทย จะมีอยู่ 3 สายพันธุ์ ได้แก่

► งูเห่าไทย หรือ งูเห่าหม้อ (Monocled Cobra – *Naja kaouthia*)

จัดเป็นงูขนาดกลางที่มีความแปรผันของสีมาก ลายดอกจันส่วนใหญ่เป็นรูปวงแหวนเดี่ยว (O-shaped) ตามชื่อ Monocled ที่มีความหมายว่า แว่นตาข้างเดียว



รูปที่ 5 งูเห่าไทย

ภาพโดย: มุลนิจิระต่ายในดวงจันทร์



รูปที่ 6 ลายดอกจันงูเห่าไทย

ภาพโดย: มุลนิจิระต่ายในดวงจันทร์

► งูเห่าพ่นพิษสยาม (Indochinese Spitting Cobra – *Naja siamensis*)

มีขนาดเล็กกว่างูเห่าไทยเป็นงูเห่าที่สามารถพ่นพิษได้ไกล 1 - 2 เมตร และมีลายดอกจันเป็นรูปตัว U ตัว V หรืออาจมองเห็นไม่ชัดจนเหมือนไม่มีลายดอกจันก็ได้



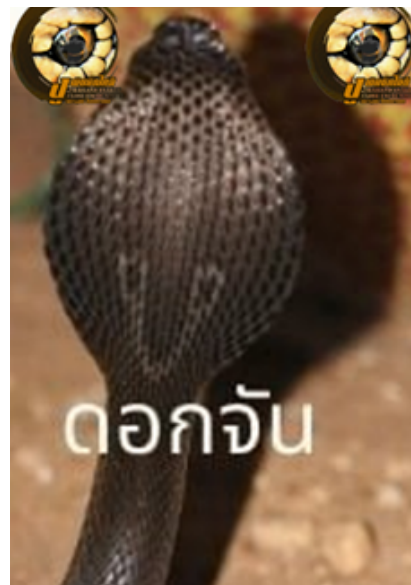
รูปที่ 7 งูเห่าพ่นพิษสยามสีน้ำตาล
ภาพโดย: มุลนิธิกระต่ายในดวงจันทร์



รูปที่ 8 งูเห่าพ่นพิษสยาม (ลายดอกจันไม่ชัด)
ภาพโดย: มุลนิธิกระต่ายในดวงจันทร์



รูปที่ 9 งูเห่าพ่นพิษสยามสีดำ
ภาพโดย: มนตรี สุมณฑา เพ็ญพิษชนิดใกล้



รูปที่ 10 ลายดอกจันงูเห่าพ่นพิษสยาม
ภาพโดย: มนตรี สุมณฑา เพ็ญพิษชนิดใกล้

► **งูเห่าพ่นพิษสีทอง** (Equatorial Spitting Cobra หรือ Golden Spitting Cobra – *Naja sumatrana*)

เป็นงูเห่าที่สามารถพ่นพิษได้ พบมากในภาคใต้ของประเทศไทย ลักษณะลำตัวเป็นสีเหลือง หรือสีทอง มีแถบสีขาวบริเวณแผงคอด้านหลัง แต่ไม่มีลายดอกจัน



รูปที่ 11 งูเห่าพ่นพิษสีทอง
ภาพโดย: มนตรี สุมณฑา เพจงูพิษชนิดใกล้

งูจงอาง (King Cobra – *Ophiophagus Hannah*)

เป็นงูขนาดใหญ่ ตัวโตเต็มวัยมีขนาดความยาว 200 - 540 ซม. อาศัยอยู่ในป่าดิบพบได้ทุกภาคของประเทศไทย มีพฤติกรรมการฉกกัดแบบติดแน่น งูจงอางจะมีลายขวางที่ด้านหลังและไม่มีลายดอกจัน สามารถแผ่แม่เบี้ยได้ โดยแผ่เบี้ยรูปร่างเรียวยาวแคบ มีลักษณะเป็นวงรีแตกต่างจากงูเห่าที่จะมีลักษณะเป็นวงกลมมากกว่า งูจงอางจะมีเกล็ดท้ายทอยขนาดใหญ่ 1 คู่ (occipital scales) เป็นลักษณะเด่นที่ใช้แยกชนิดนี้ออกจากงูเห่าในตระกูล *Naja*



รูปที่ 12 งูจงอาง
ภาพโดย: มูลนิธิกระต่ายในดวงจันทร์



รูปที่ 13 occipital scales
ภาพโดย: มูลนิธิกระต่ายในดวงจันทร์

งูสามเหลี่ยม (Banded Krait – *Bungarus fasciatus*)

เป็นงูพิษที่พบได้ทุกภูมิภาคในประเทศไทย มีลักษณะลายที่ลำตัวเป็นปล้องสีเหลืองสลับกับสีดำตลอดตัว ขนาดใกล้เคียงกันทั้งในส่วนท้องและด้านหลัง มีขนาดความยาว 100 - 200 ซม. ปลายหางทุ่ มีลักษณะเด่นที่กระดูกสันหลังยกตัวสูง ทำให้งูมีรูปร่างคล้ายสามเหลี่ยม อันเป็นที่มาของชื่อ งูสามเหลี่ยม จะมีลายที่ท้อง ซึ่งเป็นลักษณะที่สำคัญที่ใช้แยกงูสามเหลี่ยม และงูทับสมิงคลา



รูปที่ 14 งูสามเหลี่ยม

ภาพโดย: มุลนิธิกระต่ายในดวงจันทร์



รูปที่ 15 ท้องงูสามเหลี่ยม

ภาพโดย: มุลนิธิกระต่ายในดวงจันทร์

งูสามเหลี่ยมหัวแดง (Red-headed Krait – *Bungarus flaviceps*)

เป็นงูพิษที่พบได้มากในภาคใต้และภาคตะวันตกของประเทศไทย มีลักษณะลำตัวสีดำ ส่วนหัวและหางสีแดงอมส้ม เห็นผิวหนังสีขาวยระหว่างเกล็ดได้ชัดเจน ลักษณะเด่นที่กระดูกสันหลังยกตัวสูง ทำให้งูมีรูปร่างคล้ายสามเหลี่ยม



รูปที่ 16 งูสามเหลี่ยมหัวแดง

ภาพโดย: มุลนิธิกระต่ายในดวงจันทร์



งูทับสมิงคลา (Malayan Krait – *Bungarus candidus*)

เป็นงูพิษที่พบได้ทุกภูมิภาคในประเทศไทย โดยเฉพาะในพื้นที่ดินลุ่มชื้นใกล้แหล่งน้ำ
งูชนิดนี้มีขนาดความยาว 100 - 150 ซม. มีลักษณะลายที่ลำตัวเป็นปล้องสีดำสลับขาว
เฉพาะส่วนหลังส่วนท้องจะเป็นสีขาวล้วน ไม่มีลาย ปลายหางจะมีลักษณะเรียวแหลม



รูปที่ 17 งูทับสมิงคลา
ภาพโดย: มุลนิธิกระต่ายในดวงจันทร์



รูปที่ 18 งูทับสมิงคลา
ภาพโดย: เพ็ญพิชิตไกล่

2

งูพิษต่อระบบโลหิต (Hematotoxic snakes)

งูแมวเซา (Russell's Viper – *Daboia siamensis*)

พบได้มากในภาคกลาง ภาคตะวันออก และภาคตะวันตกของประเทศไทย มีขนาด
ความยาว 90 - 150 ซม. มีลักษณะส่วนหัวรูปร่างสามเหลี่ยม ลำตัวอ้วนป้อม มีลวดลายเป็นวงกลม
สีน้ำตาลเข้มที่ล้อมด้วยเส้นขอบสีดำ และจะมีเส้นขอบสีขาวบาง ๆ ล้อมด้านนอกอีกชั้น โดยลวดลาย
จะกระจายอยู่บริเวณด้านหลังตลอดความยาว ส่วนท้องจะเป็นสีขาวนวลที่มีแต้มสีน้ำตาลเข้ม
กระจายอยู่ทั่วไป เวลาถูกรบกวนจะขดตัวเป็นวงกลมพร้อมกับพองตัว และพ่นลมผ่านรูจมูกออกมาแรง ๆ
จนเกิดเสียงคล้ายแมวขู่



รูปที่ 19 งูแมวเซา
ภาพโดย: มุลนิธิกระต่ายในดวงจันทร์

งูกะปะ (Malayan Pit Viper – *Calloselasma rhodostoma*)

พบได้ทุกภูมิภาคในประเทศไทย ส่วนใหญ่จะมีลำตัวสีน้ำตาลแดงหรือน้ำตาลเทา จึงทำให้สามารถพรางตัวกับเศษซากไม้ หรือใบไม้ได้ จึงทำให้เป็นงูที่มีสถิติกัดคนมากที่สุดชนิดหนึ่ง ตัวเต็มวัยมีขนาดความยาว 50 - 80 ซม. บริเวณหลังจะมีลวดลายสามเหลี่ยมสีเข้ม โดยยอดสามเหลี่ยมจะชี้เข้าหาเส้นสีน้ำตาลที่เป็นแนวกระดูกสันหลังตรงกลาง ส่วนหัวจะมีรูปร่างสามเหลี่ยม ด้านบนมีสีเข้ม และมีแถบสีน้ำตาลเข้ม หรือสีดำพาดจากบริเวณขอบลูกตาไปถึงมุมปากทำให้เห็นเป็นเส้นแถบสีน้ำตาลอ่อนแทรกอยู่ระหว่างกลาง



รูปที่ 20 งูกะปะ

ภาพโดย: มุลนิจระต่ายในดวงจันทร์

งูเขียวหางไหม้ (*Trimeresurus spp.*)

ในประเทศไทยมีงูเขียวหางไหม้หลายสายพันธุ์ พบได้ทุกภูมิภาค ส่วนใหญ่มักอาศัยอยู่บนต้นไม้ มีขนาดค่อนข้างเล็ก มีลักษณะเด่น คือ หัวโตเป็นรูปร่างสามเหลี่ยม คอเล็ก หางสามารถใช้จับยึดกิ่งไม้ได้ ปลายหางมักมีสีน้ำตาล ลำตัวมักพบสีเขียว แต่สามารถพบได้ทั้งลำตัวสีเหลือง ส้ม แดง น้ำตาล ดำ หรือทอง

▶ งูเขียวหางไหม้ท้องเหลือง (*White-lipped Pit/Tree Viper – Trimeresurus albolabris*)

พบได้ทั่วทุกภูมิภาคของประเทศไทย มีลักษณะส่วนหัวรูปร่างสามเหลี่ยม ขนาดใหญ่กว่าลำตัว มีรูที่เป็นอวัยวะรับความร้อน (pit organ) อยู่ระหว่างจมูกกับตา ลำตัวสีเขียวอ่อน ส่วนท้อง และริมฝีปากสีเหลือง สีขาว หรือสีเขียวที่อ่อนกว่า ในเพศผู้จะมีแถบสีขาวบริเวณด้านข้างของลำตัว



รูปที่ 21 งูเขียวหางไหม้ท้องเหลือง

ภาพโดย: มุลนิจระต่ายในดวงจันทร์



► **งูเขียวหางไหม้ตาโต** (Large/Big-eyed Pit Viper – *Trimeresurus macrops*)

พบได้ทั่วทุกภาคของประเทศไทย โดยเฉพาะภาคกลาง ลักษณะทั่วไปจะคล้ายงูเขียวหางไหม้ท้องเหลือง ลำตัวจะเป็นสีเขียวคล้ำกว่า ส่วนท้องจะเป็นสีฟ้า หรือเขียวอมฟ้า มีลักษณะเด่น คือ ลูกตากกลมโตสีเหลือง ลักษณะส่วนหัวรูปร่างสามเหลี่ยมขนาดใหญ่กว่าลำตัว มีรูที่เป็นอวัยวะรับความร้อน (pit organ) อยู่ระหว่างจมูกกับตา ลำตัวสีเขียวอ่อน ส่วนท้อง และริมฝีปากสีเหลือง สีขาว หรือสีเขียวที่อ่อนกว่า ในเพศผู้จะมีแถบสีขาวบริเวณด้านข้างของลำตัว



รูปที่ 22 งูเขียวหางไหม้ตาโต
ภาพโดย: มุลนิธิกระต่ายในดวงจันทร์

► **งูเขียวหางไหม้ลายเสือ หรือ งูพังกา** (Mangrove Pit Viper – *Trimeresurus purpureomaculatus*)

พบได้บริเวณป่าชายเลนทางภาคใต้ ฝั่งอันดามันของประเทศไทย โดยเฉพาะภาคกลาง ลักษณะหัวคล้ายงูเขียวหางไหม้ท้องเหลือง กล่าวคือ หัวโตรูปสามเหลี่ยม มีรูอวัยวะรับความร้อนระหว่างจมูกและคอ คอเล็ก ลำตัวด้านบนมีสีน้ำตาล น้ำตาลอมเหลือง หรือน้ำตาลอมม่วง ส่วนท้องสีเขียวครีม หรือสีน้ำตาล มีลายเป็นวงรีขอบหนา สีน้ำตาลอมม่วงตามตัว



รูปที่ 23 งูเขียวหางไหม้ลายเสือ หรือ งูพังกา
ภาพโดย: มุลนิธิกระต่ายในดวงจันทร์

► **งูหางแหม่มชุมพร** ⁽¹⁾ (Kra Isthmus pit viper – *Trimeresurus kraensis*)
เป็นงูเขียวชนิดใหม่ค้นพบอย่างเป็นทางการ ปี ค.ศ. 2024 ค้นพบที่จังหวัดชุมพร

อาศัยอยู่บริเวณเขาหินปูนบริเวณคอคอดกระของประเทศไทย มีลักษณะหัวโตรูปสามเหลี่ยม คอเล็ก ตาสีทองแดงอ่อน ลำตัวด้านบนมีสีเขียวเข้ม มีลายแถบขวางน้ำตาลแดง หรือม่วง ส่วนท้องเป็นสีเขียวอ่อน ไม่มีลาย มีแถบด้านข้างลำตัว ปลายหางสีน้ำตาล และมีลายแถบขวางสีน้ำตาลอมม่วงเข้ม



รูปที่ 24 งูหางแหม่มชุมพร
ภาพโดย: มนตรี สุมนธา เพ็ญพิชิตไกล่



รูปที่ 25 งูหางแหม่มชุมพร
ภาพโดย: มุลินธิกระต่ายในดวงจันทร์

งูเกอลอหัวศร (Brown Spotted Pit Viper หรือ Chinese Habu หรือ Taiwanese Habu - *Protobothrops mucrosquamatus*) ^(2,3)

พบได้ทั่วไปในบริเวณภาคตะวันออก ถึงตอนใต้ของประเทศไทย บริเวณภาคเหนือของประเทศไทย และเวียดนาม สำหรับประเทศไทยพบงูชนิดนี้ในพื้นที่ภาคเหนือ อาศัยในพื้นที่ป่า หรือบนดอย มีพิษต่อระบบเลือดเช่นเดียวกับงูกะปะ และงูเขียวหางไหม้ มีลักษณะลำตัวสีเทาน้ำตาล มีลายแต้มใหญ่ สีน้ำตาลขอบดำที่ด้านหลัง และมีลายแต้มเล็กที่ด้านข้างลำตัวตลอดความยาวของงู มีลายจุดสีขาวกระจายอยู่ทั่วส่วนท้อง คอเล็ก หัวโตเป็นรูปสามเหลี่ยม ส่วนหัวมีสีน้ำตาลแดง มีลายคาดสีดำตั้งแต่ตาถึงมุมปาก



รูปที่ 26 งูเกอลอหัวศร
ภาพโดย: มุลินธิกระต่ายในดวงจันทร์

3

งูพิษต่อระบบกล้ามเนื้อ (Myotoxic snakes)

งูพิษต่อระบบกล้ามเนื้อ พบในกลุ่มงูทะเล ซึ่งในประเทศไทยพบงูทะเลได้หลายสายพันธุ์ เช่น งูคออ่อนปากจะงอย งูสมิงทะเลปากดำ งูแสมรัง งูชายธง เป็นต้น มีสีและขนาดแตกต่างกัน ส่วนใหญ่จะมีลักษณะลำตัวและหางแบนคล้ายใบพาย เพื่อช่วยในการว่ายน้ำ บางชนิดสามารถเคลื่อนที่บนบกได้ โดยนิสัยของงูทะเล ปกติจะไม่ทำร้ายคน ทำให้โอกาสการถูกงูทะเลกัดค่อนข้างน้อย



รูปที่ 27 งูคออ่อนปากจะงอย

ภาพโดย: มนตรี สุมนชา เพ็ญพิชิตโกศล



รูปที่ 28 ท้องงูคออ่อนปากจะงอย

ภาพโดย: มนตรี สุมนชา เพ็ญพิชิตโกศล



รูปที่ 29 งูแสมรังท้องเหลือง

ภาพโดย: มนตรี สุมนชา เพ็ญพิชิตโกศล

ในปัจจุบันยังไม่มีเซรุ่มรักษาพิษจากการถูกงูทะเลกัดในประเทศไทย งูทะเลมีเขี้ยวพิษขนาดเล็ก อาการในระยะแรก อาการเจ็บจะไม่รุนแรง ต่อมาภายหลังจะมีอาการปวดกล้ามเนื้อรุนแรง อ่อนแรงจากพิษต่อระบบกล้ามเนื้อ และทำให้เกิดภาวะ rhabdomyolysis จึงพบอาการปัสสาวะเป็นสีดำ (myoglobinuria) และมีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงได้

งูลายสาบคอแดง Red-necked Keelback snake
(*Rhabdophis subminiatus*)

เป็นงูมีพิษต่อระบบโลหิต พบได้ทุกภาคของประเทศไทย มีลักษณะส่วนหัวสีเขี้ยวอมเทา มีแถบสีดำจากขอบตาไปยังริมฝีปากบน ลักษณะเด่นอยู่ที่ส่วนคอที่มีสีแดงอมส้ม มีขนาดความยาว 80 - 130 ซม. เกล็ดด้านหลังจะเป็นลักษณะเป็นสัน (Keeled scale) เห็นเป็นลวดลายสีดำกับสีเหลืองกระจายตลอดลำตัว ในปัจจุบันมีรายงานผู้เสียชีวิต และผู้บาดเจ็บที่มีอาการรุนแรงหลังจากถูกงูลายสาบคอแดงกัด จึงทำให้งูลายสาบคอแดง เป็นหนึ่งในงูพิษที่มีความสำคัญทางสาธารณสุขไทย



รูปที่ 30 งูลายสาบคอแดง
ภาพโดย: มุลนิธิกระต่ายในดวงจันทร์

เอกสารอ้างอิง

1. Idiatullina SS, Pawangkhanant P, Suwannapoom C, Tawan T, Chanhom L, Van Nguyen T, et al. Another new species of karst-associated pitviper (Serpentes, Viperidae: Trimeresurus) from the Isthmus of Kra, Peninsular Thailand. *European Journal of Taxonomy* [Internet]. 2024 Mar 27;930. Available from: <https://doi.org/10.5852/ejt.2024.930.2489>
2. Tangtermpong A, Pinyopornpanish K, Vasaruchapong T, Chenthanakij B, Pinyopornpanish K. The Treatment of Unidentified Hematotoxic Snake Envenomation and the Clinical Manifestations of a *Protobothrops kelomohy* Bite. *Wilderness Environ Med*. 2021 Mar;32(1):83-87. doi: 10.1016/j.wem.2020.11.001. Epub 2021 Jan 27. PMID: 33516621.
3. Chanhom L, Khaw O, Reamtong O, Vasaruchapong T, Laoungbua P, Tawan T, Suntrarachun S, Sitprija S, Kumkate S, Chaiyabutr N. Biochemical and proteomic analyses of venom from a new pit viper, *Protobothrops kelomohy*. *J Venom Anim Toxins Incl Trop Dis*. 2022 Apr 11;28:e20210080. doi: 10.1590/1678-9199-JVATITD-2021-0080. PMID: 35432492; PMCID: PMC9005077.

บทที่ 3

กลไกของพิษงู

แพทย์หญิงบุษกร ไพศาลโรจนรัตน์
แพทย์หญิงณิกานต์ เกกينة
แพทย์หญิงสุภัทรา อินทร์อยู่
แพทย์หญิงพัชร์ชปภา ชัยสุข
แพทย์หญิงวริษฐา เอกเมธีพันธ์

พิษงู ประกอบด้วย โปรตีนชนิดต่าง ๆ ทั้งเอนไซม์ (enzymes) และโปรตีนที่ไม่มีคุณสมบัติเป็นเอนไซม์ (non-enzymatic polypeptides) ซึ่งเข้าสู่ร่างกายผ่านระบบไหลเวียนโลหิต และนำเหลือง ในผู้ป่วยบางรายที่ถูกงูพิษกัด อาจไม่แสดงอาการของการได้รับพิษ ซึ่งเรียกว่า "dry bite" โดยพบได้ประมาณ 50% ของผู้ป่วยทั้งหมด ในทางคลินิกแบ่งพิษงูออกเป็น 2 กลุ่ม คือ พิษงูต่อระบบประสาท และพิษงูต่อระบบเลือด

กลไกของพิษงูที่มีพิษต่อระบบประสาท

พิษงูที่มีผลต่อระบบประสาท จะออกฤทธิ์ที่แผ่นเชื่อมประสาทและกล้ามเนื้อ (neuromuscular junction) โดยจับกับทั้งปลายประสาท (Pre-synapse) และตัวรับสัญญาณประสาทที่ปลายประสาท (Post-synapse) แต่พิษงูไม่สามารถผ่าน blood-brain barrier ได้ จึงไม่มีผลต่อสมอง ผู้ป่วยมักมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงแต่ระดับความรู้สึกตัวในระยะเริ่มต้นปกติ อาการอ่อนแรงจะเริ่มจากกล้ามเนื้อมัดเล็กก่อน ได้แก่ หนังตาตก พุดไม่ชัด กลืนลำบาก และสามารถรุนแรงจนกล้ามเนื้อมัดใหญ่อ่อนแรง ทำให้มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวลดลง ระบบทางเดินหายใจล้มเหลว เป็นสาเหตุให้เสียชีวิตได้⁽¹⁾ โดยอาการแสดงมักเกิดในระยะเวลาภายใน 10 นาทีถึง 24 ชั่วโมงหลังได้รับพิษ

กลไกของพิษงู แบ่งตามชนิดของงูพิษต่อระบบประสาท^(2,3,4) ออกเป็น 2 กลุ่ม ซึ่งทั้ง 2 กลุ่ม มีอาการแสดงเหมือนกัน แต่มีความสำคัญในแง่ของการรักษาที่แตกต่างกัน ดังนี้

งูเห่าและงูจงอาง

พิษของงูกลุ่มนี้ คือ alpha-cobratoxin ซึ่งจับกับ nicotinic acetylcholine receptor (nAChR) ที่ตัวรับสัญญาณประสาทด้านเซลล์กล้ามเนื้อ (Post-synapse) ทำให้สารสื่อประสาท acetylcholine ไม่สามารถจับกับตัวรับสัญญาณที่ปลายประสาทได้ การส่งสัญญาณจากปลายประสาทไปยังกล้ามเนื้อจึงไม่เกิดขึ้น จึงทำให้มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง

งูสามเหลี่ยมและงูทับสมิงคลา

พิษของงูสามเหลี่ยม และงูทับสมิงคลา คือ Bungarotoxin โดย alpha-bungarotoxin จะจับกับ nAChR (Post-synapse) ส่วน beta-bungarotoxin จะจับกับโปรตีนที่ตัวรับสัญญาณประสาทด้าน Pre-synapse ดังนั้นพิษของงูกลุ่มนี้จึงมีผลยับยั้งทั้ง Pre-synapse และ Post-synapse นอกจากนี้ พิษกลุ่มนี้ยังมีความสามารถในการทำลายแผ่นปลายประสาทสั่งการ (motor end plate) ได้โดยตรง ส่งผลให้ผู้ถูกกัดเกิดภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงเป็นระยะเวลานาน และฟื้นตัวได้ช้า จึงควรให้เซรุ่มทันทีที่วินิจฉัยได้ แม้ยังไม่มีอาการ^(4,5) เนื่องจากเมื่อมีอาการทางระบบประสาท แสดงว่าปลายประสาทเสียหายแล้ว การให้เซรุ่มต้านพิษมักจะไม่ได้ผล⁽⁵⁾

กลไกของพิษงูที่มีพิษต่อระบบโลหิต

พิษงูที่มีผลต่อระบบโลหิต มีพยาธิกำเนิดหลักจากการกระตุ้นให้เกิดการใช้สารช่วยการแข็งตัวของเลือด (coagulation factors) จนสารช่วยการแข็งตัวของเลือดหมดสิ้น (venom-induced consumption coagulopathy) ทำให้การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ และเกิดภาวะเลือดออกง่าย เช่น เลือดออกตามไรฟัน ผิวน้ำ ทางเดินอาหาร ทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น⁽⁶⁾ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ อาจพบความผิดปกติของเกล็ดเลือดต่ำ (Platelet < 50,000 per microliter) เพียงอย่างเดียว โดยไม่พบความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือดได้

กลไกของพิษงู แบ่งตามชนิดของงูที่มีพิษต่อระบบโลหิต^(2,3,4,7) ดังนี้

Viperidae (Vipers)

งูใน family นี้มีเขี้ยวยาวอยู่บริเวณกรามบนด้านหน้า สามารถพับเก็บเขี้ยวได้ ทำให้เกิดรอยเขี้ยวจากการกัดได้ชัดเจน

Subfamily Crotalinae

ได้แก่ งูเขียวหางไหม้ (Green pit viper) และ งูกะปะ (Malayan pit viper) พิษมีฤทธิ์เป็น Thrombin-like enzyme เพิ่ม fibrinolytic activity โดยกระตุ้น Factor I (Fibrinogen) ให้เป็น Fibrin แต่ Thrombin-like enzyme จะต่างกับ Thrombin ตรงที่ Thrombin-like enzyme จะไม่กระตุ้น Factor XIII ทำให้ Fibrin ไม่สามารถจับตัวกัน (cross-linked) จึงถูกสลายได้ง่าย ส่งผลให้เลือดออกง่าย นอกจากนี้ พิษยังส่งผลให้เกล็ดเลือดลดลง

Subfamily Crotalinae

ได้แก่ งูแมวเซา (Russell's viper) พิษมีฤทธิ์เป็น Procoagulant enzyme กระตุ้น Factor V และ X เป็นหลักในกระบวนการสร้างลิ่มเลือด (coagulation cascade) ทำให้เกิด Prothrombinase complex (VaXa) ซึ่งเปลี่ยน Prothrombin เป็น Thrombin กระตุ้นกระบวนการ fibrinogenolysis ส่งผลให้มีการใช้ Fibrinogen รวมถึง clotting factor อื่น ๆ จนหมด (consumption coagulopathy) จึงทำให้เกิดภาวะเลือดออกง่าย อีกทั้ง Fibrin ที่เกิดจากกระบวนการนี้เป็น cross-linked fibrin จึงเกิดเป็นลิ่มเลือดทั่วร่างกาย เกิดภาวะ disseminated intravascular coagulation (DIC) ส่งผลให้เกล็ดเลือดลดลงอีกด้วย นอกจากนี้ พิษงูแมวเซายังมี Nephrotoxin ทำลายไตโดยตรง หรือทางอ้อมจากภาวะช็อก หรือ DIC



นอกจากนี้ พิษของกลุ่ม Subfamily Crotalinae และ Subfamily Viperinae ยังมี Hemorrhagins ซึ่งทำลายผนังหลอดเลือด (vascular endothelium) ทำให้เกิดเลือดออกตามไรฟัน ผิวหนัง เลือดกำเดาไหล และเลือดออกในทางเดินอาหาร รวมถึงมี Cytotoxins ทำให้บริเวณที่ถูกกัด บวม ช้ำ เนื้อตาย หรือเกิดตุ่มน้ำพองและตุ่มพองชนิดเลือดออก (hemorrhagic bleb)

Colubridae

ที่พบในประเทศไทย ได้แก่ งูลายสาบคอแดง (*Rhabdophis subminiatus*) งูใน family นี้ จัดเป็นงูเขี้ยวหลัง มีเขี้ยวสันบริเวณด้านในสุดของขากรรไกรบน ทำให้การกัดมนุษย์ เกิดได้ยาก และมีความรุนแรงต่ำ ต่อมพิษพัฒนาจากต่อม Duvernoy's gland ผู้ป่วยที่ได้รับพิษ มักเกิดจากการโดนกัดซ้ำ ๆ



เอกสารอ้างอิง

1. สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยถูกงูพิษกัด Practice Guideline for Management of Patients with Snake Bite. พิมพ์ครั้งที่ 1. ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย: 2547. 6-7. เข้าถึงได้จาก: http://www.imrta.dms.moph.go.th/imrta/images/pdf_cpg/2547/18.pdf
2. World Health Organization. Venomous snakes of the South-East Asia region, their venoms and pathophysiology of human envenoming. In: Guidelines for the management of snakebites. 2nd ed. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia; 2016. p. 25–72.
Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/searo/india/health-topic-pdf/who-guidance-on-management-of-snakebites.pdf?sfvrsn=5528d0cf_2
3. ศูนย์พิษวิทยารามาธิบดี. (ไม่ทราบปี). งูพิษ. สืบค้นจาก <https://www.rama.mahidol.ac.th/poisoncenter/th/pois-cov/snake>
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์สุชัย สุเทพารักษ์. เซรุ่มต้านพิษงู. ใน: จารุวรรณ ศรีอาภา, บรรณาธิการ. ยาต้านพิษ ง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สมาคมพิษวิทยาคลินิก ศูนย์พิษวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี; 2556. หน้า 29-33. เข้าถึงได้จาก: https://www.rama.mahidol.ac.th/poisoncenter/sites/default/files/public/pdf/books/Antidote_book3.pdf
5. Blessmann J, Kreuels B. Urgent administration of antivenom following proven krait bites in Southeast Asia irrespective of neurotoxic symptoms. PLoS Negl Trop Dis. 2024 Apr 11;18(4):e0012079. doi: 10.1371/journal.pntd.0012079. PMID: 38603643; PMCID: PMC11008851.
6. Marsh N. Snake Venoms and Envenomations. By Jean-Philippe Chippaux; translated by , F W Huchzermeyer. Malabar (Florida): Krieger Publishing. p. 91–107; index. ISBN: 1-57524-272-9. [Originally published in French as Venins de Serpent et Envenimements, 2002.] 2006. The Quarterly Review of Biology [Internet]. 2007 Feb 3;82(1):61. Available from: https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers20-06/010037104.pdf
7. Ruha AM, Pizon AF. Native (US) venomous snakes and lizards. In: Nelson LS, editor. Goldfrank's toxicologic emergencies. 11th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2019. p. 1617–1626.



บทที่ 4

แนวทางการวินิจฉัยผู้ป่วยที่ได้รับพิษจากงูกัด

แพทย์หญิงบุษกร ไพบูลย์โรจน์รัตน์
แพทย์หญิงณิชากร เกกนิษฐ์
แพทย์หญิงสุภัทรา อินทร์อยู่

ในการวินิจฉัยผู้ป่วยที่ถูกงูพิษกัด สิ่งที่ต้องคำนึงถึงคือ ผู้ป่วยถูกงูพิษกัดจริง ๆ หรือไม่ หากสงสัยถูกงูพิษกัด แล้วผู้ป่วยได้รับพิษหรือไม่ หากได้รับพิษสงสัยได้รับพิษต่อระบบอะไร หรือคาดว่าจะป็นชนิดใดเกิดโดยอาศัยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ⁽¹⁾ ดังนี้

การซักประวัติ

เพื่อแยกชนิดของงูพิษที่กัดผู้ป่วย การซักประวัติเป็นสิ่งสำคัญ โดยพิจารณาจากพื้นที่ระบาดวิทยาที่พบในประเทศไทย ลักษณะของเหตุการณ์ขณะเกิดเหตุที่ถูกกัด ซึ่งบ่งบอกถึงลักษณะพฤติกรรมของงู ประกอบกับลักษณะของบาดแผล และอาการอื่น ๆ ที่พบร่วม จำเป็นต้องพิจารณาหลายปัจจัย ดังนี้

1 ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์การถูกกัดเพื่อแยกชนิดของงูพิษ

ลักษณะทางระบาดวิทยา: บริเวณที่ถูกกัด เช่น ใกล้แหล่งน้ำ ป่า หรือทุ่งนา และสภาพแวดล้อมที่เกิดเหตุ มีการมองเห็นชัดเจนหรือไม่

กิจกรรมก่อนถูกกัด: เช่น การเดินป่า การทำงานในไร่ นา หรือระหว่างนอนหลับ ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับชนิดของงูในบริเวณนั้น

ลักษณะพฤติกรรมของงูพิษ: ถามผู้ป่วยหรือผู้เห็นเหตุการณ์ มั่นใจรู้จักชนิดงูหรือไม่ ลักษณะงู เช่น ขนาด สี ลักษณะลวดลาย หรือเสียง (เช่น เสียงฟู่ของงูเห่า)

ภาพถ่าย: ภาพถ่ายงูที่กัดจากโทรศัพท์มือถือ สามารถนำมาให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบได้

อาการเฉพาะที่บริเวณบาดแผลหลังโดนกัด: เช่น รอยเขี้ยว (fang mark) ปวด บวม แดง การเกิดตุ่มน้ำ (bleb), ต่อมเหงื่ออักเสบ หรือมีบาดแผลเลือดออก

2 อาการอื่น ๆ ตามระบบ

เช่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้ หายใจลำบาก กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชัก หรือภาวะเลือดออกผิดปกติ

3 ประวัติการโดนงูกัดมาก่อนในอดีต

4 ประวัติโรคประจำตัวและประวัติการแพ้ยา

5 การปฐมพยาบาลเบื้องต้นที่ผู้ป่วยทำก่อนมาถึงโรงพยาบาล

ประวัติการปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น หากมีการรัดแผล หรือขันชะเนาะ ต้องประเมินเรื่องความเสี่ยงของอวัยวะบริเวณนั้นขาดเลือด และต้องระวังว่าหากทำการเอาเชือกที่รัดแผลออกในผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการแยลงทันทีอย่างรวดเร็ว เพราะพิษจะเข้าสู่กระแสเลือด นอกจากนี้หากมีอาการพอกสมุนไพรหรือกรีดตัดแผล อาจจะทำให้มีโอกาสแผลติดเชื้อที่สูงขึ้น

ตารางที่ 1 ตารางแสดงข้อมูลทางระบาดวิทยาและลักษณะพฤติกรรมของงูที่พบได้บ่อย

ชนิดของงู	ลักษณะทางระบาดวิทยา	ลักษณะพฤติกรรมของงูพิษ
งูพิษต่อระบบประสาท		
งูเห่า	พบบ่อยในพื้นที่ชนบท และพื้นที่เกษตรกรรม สามารถพบได้ในทุกพื้นที่ของประเทศไทย	งูเห่ามักพบใกล้กับที่อยู่อาศัยของมนุษย์ และมีการรายงานการถูกกัดบ่อยในกลุ่มเกษตรกร
งูจงอาง	พบบ่อยในพื้นที่ป่าดิบ และป่าชื้น	งูชนิดนี้มักกัดผู้ที่เข้าไปทำงานในป่า และชาวบ้านที่อาศัยใกล้พื้นที่ป่า
งูสามเหลี่ยม	พบทั่วไปตามที่ราบลุ่ม ป่าชายเลน พุงนา พบได้ทุกภาคของประเทศไทย	งูชนิดนี้มักออกหากินในเวลากลางคืน ทำให้ผู้ที่ถูกกัดมักเป็นผู้ที่ทำงาน หรือพักผ่อนในเวลากลางคืน
งูทับสมิงคลา	พบอาศัยตามพื้นที่ดินที่ลุ่มชื้นใกล้แหล่งน้ำ พบมากทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคตะวันออก และภาคใต้	งูชนิดนี้พบได้บ่อยในช่วงฤดูฝน และฤดูร้อน โดยเฉพาะช่วงเวลากลางคืน ทำให้มักพบผู้ถูกกัดขณะนอนหลับในเวลากลางคืน
งูพิษต่อระบบเลือด		
งูเหียวทางไหม้	พบอาศัยอยู่ตามต้นไม้ในสวน ใกล้บ้านเรือน หรือใกล้แหล่งน้ำลำธาร พบได้ทั่วทุกภาคของประเทศไทย มักพบในกรุงเทพมหานครมากกว่างูชนิดอื่น	งูชนิดนี้มีรายงานการกัดบ่อย
งูกะปะ	ชอบขดตัวนอนนิ่ง ๆ อยู่ตามซอกหิน ใต้ใบไม้ร่วง ในสวนยางพารา พบบริเวณที่ลุ่มในป่าชื้น มักพบในภาคใต้ของประเทศไทย	การกัดของงูกะปะมักเกี่ยวข้องกับ การทำเกษตรกรรม โดยเฉพาะผู้ที่ทำสวนยางพารา
งูแมวเซา	อาศัยอยู่ตามที่ดอนแห้ง พุงนา ขดตัวนอนตามโพรงดิน ซอกหิน หรือพงหญ้ารก มักพบในภาคกลาง และภาคตะวันออก	พบได้บ่อยในช่วง ฤดูฝน และฤดูร้อน หากินในเวลากลางคืน มักมีความเสี่ยงในผู้ที่ประกอบอาชีพทำนา

การตรวจร่างกาย

1 การตรวจดูเบื้องต้น

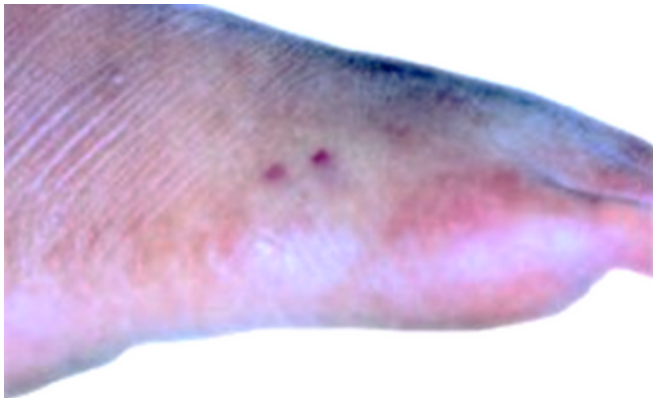
ประเมินสภาพทั่วไป: ตรวจสอบระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย (ผู้ป่วยที่ถูกงูพิษต่อระบบประสาทกัด จะยังมีระดับความรู้สึกตัวปกติ แต่เนื่องจากมีปัญหากล้ามเนื้ออ่อนแรง จึงมีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวลดลง)

สัญญาณชีพ: วัดอุณหภูมิ ชีพจร ความดันโลหิต และอัตราการหายใจ

2 การตรวจบริเวณที่ถูกกัด

ตรวจรอยเขี้ยว (fang mark) ต่อมาน้ำเหลืองไหลเคือง และขนาดบาดแผลที่ถูกกัด แยกลักษณะแผลงูพิษ หรืองูไม่มีพิษกัด

ตรวจลักษณะของบาดแผล อาการบวมเฉพาะที่ ตุ่มเลือดออก หรือเนื้อเยื่อตาย เพื่อแยกชนิดของงูพิษ ดังแสดงในตารางที่ 2



รูปที่ 31 รอยเขี้ยวงูพิษ



รูปที่ 32 รอยเขี้ยวงูไม่มีพิษ

ตารางที่ 2 ตารางแสดงลักษณะบาดแผลจากงูและการแยกชนิดของงูพิษแต่ละชนิด

ชนิดของงู	ลักษณะบาดแผล
งูเห่า	มักมีลักษณะเป็นรอยเขี้ยว (fang marks) ที่มีระยะห่างระหว่างเขี้ยวประมาณ 1 - 2 ซม. มีอาการบวม แดง ปวดแผลบริเวณที่ถูกกัด และในบางกรณีอาจเกิดเนื้อเยื่อตาย
งูจงอาง	มีลักษณะเขี้ยวคู่ (fang marks) ที่เห็นได้ชัดเจน และเนื่องจากงูจงอางมีขนาดใหญ่ บาดแผลจากเขี้ยวจะมีความลึก และกว้างกว่างูเห่า มีอาการปวดบวมบริเวณที่ถูกกัด อาจมีอาการของเนื้อเยื่อตาย
งูสามเหลี่ยม	รอยเขี้ยวอาจมองเห็นยาก หรือไม่พบรอยเขี้ยว บางครั้งอาจมีอาการบวมเล็กน้อย บริเวณแผล
งูทับสมิงคลา	รอยเขี้ยวอาจมองเห็นยาก หรือไม่พบรอยเขี้ยว บางครั้งอาจมีอาการบวมเล็กน้อย บริเวณแผล
งูเขียวหางไหม้	มักทั้งรอยเขี้ยว (fang marks) บนผิวหนัง บาดแผลกัดมักมีอาการบวมแดง และอาจเกิดจุดเลือดออก หรือเนื้อเยื่อบริเวณที่ถูกกัดตาย มีเลือดไหลออกจากแผลได้ 
งูกะปะ	มีลักษณะเป็นรอยเขี้ยว (fang marks) ที่เห็นได้ชัดเจน รอยแผลอาจมีเลือดออก บวมแดง ฤงน้ำ ปวดแผลรุนแรง และอาจมีการติดเชื้อ รวมถึงเนื้อเยื่อตายร่วมด้วย
งูแมวเซา	มีรอยเขี้ยว (fang marks) บาดแผลมักมีอาการเฉพาะที่น้อย

รูปที่ 33 อาการบวมแดงจากงูเขียวหางไหม้กัด

ตรวจร่างกายตามระบบให้ครอบคลุม และตรวจแบบมุ่งประเด็นเพื่อแยกกลุ่มอาการพิษตามระบบ มีข้อพิจารณา ดังนี้

งูพิษต่อระบบประสาท

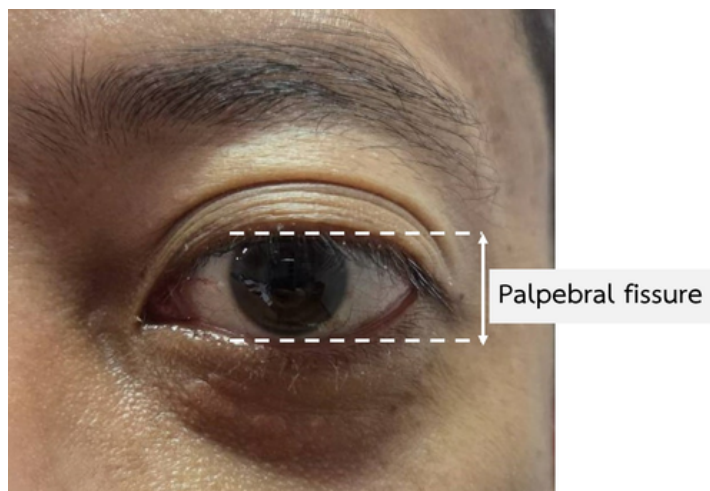
ตรวจร่างกายระบบประสาทให้ครบถ้วน ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว, cranial nerves, motor function, sensory function, reflexes, และ coordination โดยมีรายละเอียดที่ต้องพิจารณา ดังนี้

▶ **1. ตรวจระดับความรู้สึกตัว** โดยการตรวจ Glasgow Coma Scale (GCS) โดยดูการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการกระตุ้น ดังนี้

Eye Opening		Verbal Response		Motor Response	
	Point		Point		Point
Spontaneous	4	Oriented	5	Follow command	6
To voice	3	Confused	4	Localizes pain	5
To pain	2	Inappropriate word	3	Withdraws to pain	4
None	1	Incomprehensible sound	2	Abnormal flexion (Decorticate)	3
		Silent	1	Abnormal extension (decerebrate)	2
				No movement	1

ในผู้ป่วยที่ถูกงูพิษต่อระบบประสาทก็จะมีระดับความรู้สึกตัวปกติ แต่เนื่องจากมีปัญหากล้ามเนื้ออ่อนแรง จึงมีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวลดลง

▶ **2. Cranial Nerves** ตรวจดูภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงทั้งกล้ามเนื้อมัดเล็ก เช่น drooling, หนังตาตก (ptosis) โดยตรวจ palpebral fissure คือช่องว่างระหว่างเปลือกตาบนและเปลือกตาล่างที่เปิดอยู่เมื่อเราลืมตา หาก < 0.5 เซนติเมตร แสดงว่ามีอาการของพิษระบบประสาท



รูปที่ 34 วิธีการวัด palpebral fissure

▶ **3. Motor Function** ของกล้ามเนื้อใหญ่ทั้ง 4 รางค์ ตรวจภาวะกล้ามเนื้อหายใจอ่อนแรงโดยดูสัญญาณชีพ paradoxical respiration คือ ลักษณะการหายใจผิดปกติ โดยหน้าอกยุบเข้าหาลำตัวและท้องพองออกในช่วงหายใจเข้า และหน้าอกพองออกและท้องยุบเข้าในช่วงหายใจออก ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวแบบ Seesaw motion ระหว่างหน้าอกและช่องท้อง ซึ่งเป็นลักษณะของภาวะกล้ามเนื้อหายใจอ่อนแรง

งูพิษต่อระบบเลือด

▶ **1. ตรวจร่างกายภายนอก** หาภาวะเลือดออกง่าย เช่น เลือดออกตามไรฟัน จมูก ตา จุดเลือดออกหรือจ้ำเลือดตามผิวหนัง และเยื่อต่างๆ

▶ **2. ตรวจหาภาวะเลือดออกภายใน** เช่น ในช่องท้อง โดยดูลักษณะท้องอืด ปวดท้อง กดเจ็บ

▶ **3. ตรวจภาวะเลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง** โดยการตรวจความรู้สึกตัว Glasgow Coma Scale (GCS) stiff neck (meningism), lateralizing neurological signs (asymmetrical pupils)

▶ **4. ตรวจดูลักษณะอาการบวม** ของร่างกายที่ถูกงูกัด ตรวจชีพจร และการรับความรู้สึก เฝ้ารวังภาวะ compartment syndrome

อาการแสดง

อาการและอาการแสดง สามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ อาการเฉพาะที่ (local symptoms) และอาการทั่วร่างกาย (systemic symptoms) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตารางแสดงอาการ และอาการแสดงของผู้ป่วยถูกงูพิษกัด

ลักษณะของอาการ	อาการ และอาการแสดง	
	งูพิษต่อระบบประสาท	งูพิษต่อระบบเลือด
อาการเฉพาะที่ (Local symptoms)	งูเห่า และงูจงอาง: มีอาการบวม ปวด และการอักเสบชัดเจนรอบบริเวณแผลเนื่องจากพิษประกอบด้วยเอนไซม์ Phospholipase A ₂ ซึ่งมีฤทธิ์เป็น Cytotoxin อาจทำให้เกิดเนื้อตาย (tissue necrosis) ในบริเวณรอบแผลที่ถูกกัดได้ กรณีงูเห่าพิษเข้าตา ก่อให้เกิดอาการปวดแสบ ระคายเคืองตา น้ำตาไหล กระจกตาไหล โดยยังไม่พบรายงานการเกิดอาการทั่วร่างกาย	งูเขียวหางไหม้ และงูกะปะ: ปวด บวม หรือเกิดตุ่มน้ำพองบริเวณที่โดนงูกัด มีอาการบวมค่อนข้างชัดเจน ห่อเลือด (ecchymosis) มีเลือดซึมออกจากแผลรอบเขี้ยว และอาจเกิดเป็นตุ่มน้ำพอง หรือมีตุ่มน้ำเลือด (hemorrhagic bleb) นอกจากนี้ยังอาจเกิดภาวะเนื้อตาย (tissue necrosis) รอบบริเวณแผลได้



ตารางที่ 3 ตารางแสดงอาการ และอาการแสดงของผู้ป่วยถูกงูพิษกัด (ต่อ)

ลักษณะของอาการ	อาการ และอาการแสดง	
	งูพิษต่อระบบประสาท	งูพิษต่อระบบเลือด
อาการเฉพาะที่ (Local symptoms) (ต่อ)	งูสามเหลี่ยม และงูทับสมิงคลา: มีอาการบวม และปวดเล็กน้อย รอบบริเวณแผล บางรายอาจไม่แสดง อาการเฉพาะที่เลย	งูแมวเซา: มีลักษณะบวมเพียงเล็กน้อย หรืออาจไม่พบลักษณะอาการเฉพาะที่
อาการทั่วร่างกาย (Systemic symptoms)	มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง โดยเริ่มจากกล้ามเนื้อมัดเล็กก่อน ได้แก่ หนังตาตก ตาพร่ามัว มองเห็นภาพซ้อน เป็นสองภาพ (double vision) พูดไม่ชัด กลืนลำบาก และสามารถ รุนแรงจนเป็นอัมพาต และหยุดหายใจได้ การดำเนินของภาวะพิษ ผู้ป่วย สามารถมีอาการแย่ลงได้ในระยะเวลา อันรวดเร็วภายใน 10 นาที ถึง 24 ชั่วโมง โดยเฉลี่ยจะมีอาการหลังโดนกัด 1 ชั่วโมง ⁽²⁾ จากรายงานในปัจจุบัน พบว่า ผู้ป่วยที่ถูกงูทับสมิงคลากัดในระยะแรก อาจพบอาการม่านตาขยาย หรือ ความดันโลหิตสูงร่วมด้วย เนื่องจาก การลดลงของ parasympathetic activities นอกจากนี้ยังมีรายงาน พบภาวะความผิดปกติของเกล็ดแร่ ได้แก่ ระดับโซเดียมในเลือดต่ำ ระดับโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ⁽³⁾ อาการทั่วไปอื่น ๆ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตต่ำ และ ในบางกรณีอาจเกิดปฏิกิริยาภูมิแพ้ อย่างรุนแรง (anaphylactic reaction) จากการได้รับพิษได้เช่นกัน	ภาวะเลือดออกผิดปกติจากการ ที่เลือดไม่สามารถแข็งตัวได้อย่าง เหมาะสม ส่งผลให้เกิดภาวะเลือด ออกง่ายในหลายระบบ เช่น เลือดออกตามไรฟัน ผิวหนัง ทางเดินอาหาร ทางเดินปัสสาวะหรือ เลือดออกในสมอง ซึ่งอาจนำไปสู่การ เสียชีวิตในกรณีที่มีเลือดออกรุนแรง นอกจากนี้ พิษของงูแมวเซา ยังส่งผลให้เกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน (acute renal failure) ได้ อาการทั่วไปอื่น ๆ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตต่ำ และ ในบางกรณีอาจเกิดปฏิกิริยาภูมิแพ้ อย่างรุนแรง (anaphylactic reaction) จากการได้รับพิษได้เช่นกัน

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ พิจารณาส่งตรวจพื้นฐานเพื่อเป็นประโยชน์ในการรักษาและให้ยา เช่น Blood Urea Nitrogen (BUN), Creatinine, Electrolyte, Complete Blood Count (CBC) การตรวจอื่น ๆ ขึ้นอยู่กับชนิดของงูที่กัดผู้ป่วย เช่น ตรวจ Creatinine phosphokinase (CPK), urinalysis (UA), Blood Urea Nitrogen (BUN), Creatinine, Electrolyte ในผู้ป่วยที่ถูกงูทะเลหรืองูแมวเซากัด ซึ่งมีพิษต่อระบบกล้ามเนื้อ ทำให้เกิด rhabdomyolysis และเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันได้ หรือในผู้ป่วยที่ถูกงูทับสมิงคลากัด อาจมีภาวะ Hyponatremia ได้

การตรวจเพื่อจำแนกชนิดของงู และประเมินความรุนแรงของการได้รับพิษ ขึ้นอยู่กับชนิดของงูที่กัดผู้ป่วย ดังนี้

งูพิษต่อระบบประสาท

▶ Peak expiratory flow rate หรือ negative inspiratory force ลดลง กรณีที่สงสัยงูพิษต่อระบบประสาทกัด ซึ่ง Peak flow จะเกิดขึ้นภายใน 1 - 2 ชั่วโมงภายหลังถูกงูกัด ในบางคนอาจใช้เวลานาน 6 - 10 ชั่วโมง จึงแสดงอาการ

▶ Arterial blood gas อาจพบปัญหา ค่า PaCO_2 สูงกว่าค่าปกติ (ค่าปกติ 35 - 45 mmHg)

▶ Electrolyte ในผู้ป่วยบางรายที่ถูกงูสามเหลี่ยม หรืองูทับสมิงคลากัด อาจพบระดับโซเดียม หรือระดับโพแทสเซียมในเลือดต่ำได้

▶ Creatinine phosphokinase (CPK) และ urinalysis (UA) กรณีสงสัยภาวะกล้ามเนื้อสลาย (rhabdomyolysis)

▶ การส่งตรวจ serodiagnosis เพื่อตรวจหาพิษงูในเลือดนั้น ปัจจุบันอาจทำได้โดยวิธี Enzyme Link Immunosorbent Assay (ELISA), passive hemagglutination และ latex agglutination แต่ยังไม่ได้นำมาใช้อย่างแพร่หลายทางคลินิก



รูปที่ 35 อุปกรณ์วัด Peak expiratory flow rate

งูพิษต่อระบบโลหิต

- ▶ Complete blood count รวมถึงการนับจำนวนเกล็ดเลือด
- ▶ International normalized ratio (INR)
- ▶ 20-minute whole blood clotting test (20WBCT) สามารถทำได้โดยเจาะเลือด

2 - 3 มิลลิลิตร ใส่หลอดแก้ว หรือขวดแก้วที่สะอาด ตั้งทิ้งไว้ที่อุณหภูมิห้อง แปลผลเมื่อครบเวลา 20 นาที โดยการเอียงหลอดแก้วเพียงครั้งเดียว

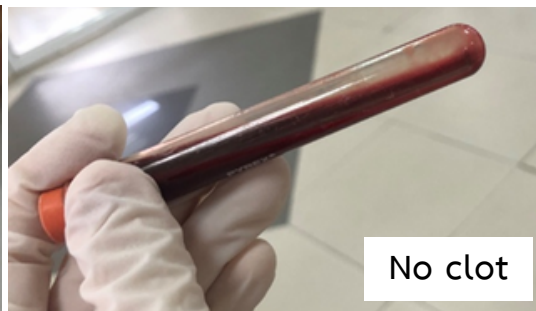
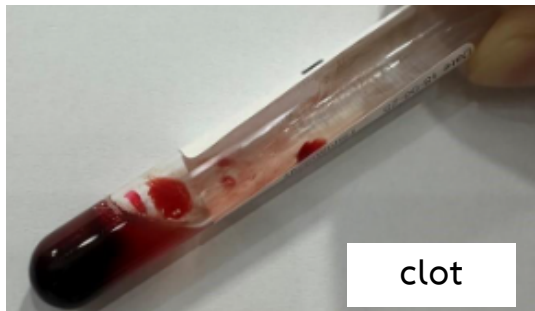
การแปลผล:

ผลปกติ หมายถึง เลือดมีการแข็งตัวเป็นบางส่วน (partial clot) หรือแข็งตัวทั้งหมด

ผลผิดปกติ หมายถึง ไม่พบภาวะเลือดแข็งตัวเลย (no clot)

ข้อควรระวัง

หากภาชนะที่ใช้ทดสอบไม่ใช่แก้ว หรือภาชนะนั้นทำความสะอาดด้วยน้ำยาทำความสะอาด อาจไม่กระตุ้นการแข็งตัวของเลือด และทำให้การแปลผลไม่ถูกต้อง



รูปที่ 36 20-minute whole blood clotting test ผลปกติ (ซ้าย) ผลผิดปกติ (ขวา)

▶ Venous clotting time (VCT) เนื่องจากมีเทคนิคที่ค่อนข้างซับซ้อน และอาจมีความคลาดเคลื่อน ในการแปลผลปัจจุบัน องค์การอนามัยโลกจึงได้แนะนำให้ทำการส่ง 20WBCT แทน VCT

▶ Fibrinogen level มีระดับต่ำ

▶ กรณีงูแมวเซากัด อาจพบภาวะลิ่มเลือดแพร่กระจายในหลอดเลือด (Disseminated Intravascular Coagulation ; DIC) ได้ ให้พิจารณาการตรวจสเมียร์เลือด (peripheral blood smear) เพื่อดู fragmented red blood cell, ตรวจปัสสาวะ (urinalysis), ตรวจเลือดเพื่อดูระดับ BUN, creatinine และ electrolyte สำหรับการประเมินภาวะไตวายเฉียบพลัน และสามารถพบ factor V และ factor X activity ที่ลดลงได้⁽⁴⁾

▶ นอกจากนี้อาจพิจารณาส่ง 12 lead Electrocardiogram (ECG) เมื่อมีอาการของ acute coronary syndrome

▶ การส่ง CT brain ในกรณีมีอาการเข้าได้กับ acute stroke syndrome ซึ่งสามารถพบได้ทั้ง ischemic หรือ hemorrhagic stroke

▶ การส่งตรวจ serodiagnosis เพื่อตรวจหาพิษงูในเลือดนั้น ปัจจุบันอาจทำได้โดยวิธี Enzyme Link Immunosorbent Assay (ELISA), passive hemagglutination และ latex agglutination แต่ยังไม่ได้นำมาใช้อย่างแพร่หลายทางคลินิก

งูไม่ทราบชนิดกัด

กรณีที่ผู้ป่วยถูกงูไม่ทราบชนิดกัด แนะนำให้รับผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาล เพื่อสังเกตอาการทางระบบประสาทเป็นระยะ และส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อจำแนกพิษของงู ดังนี้

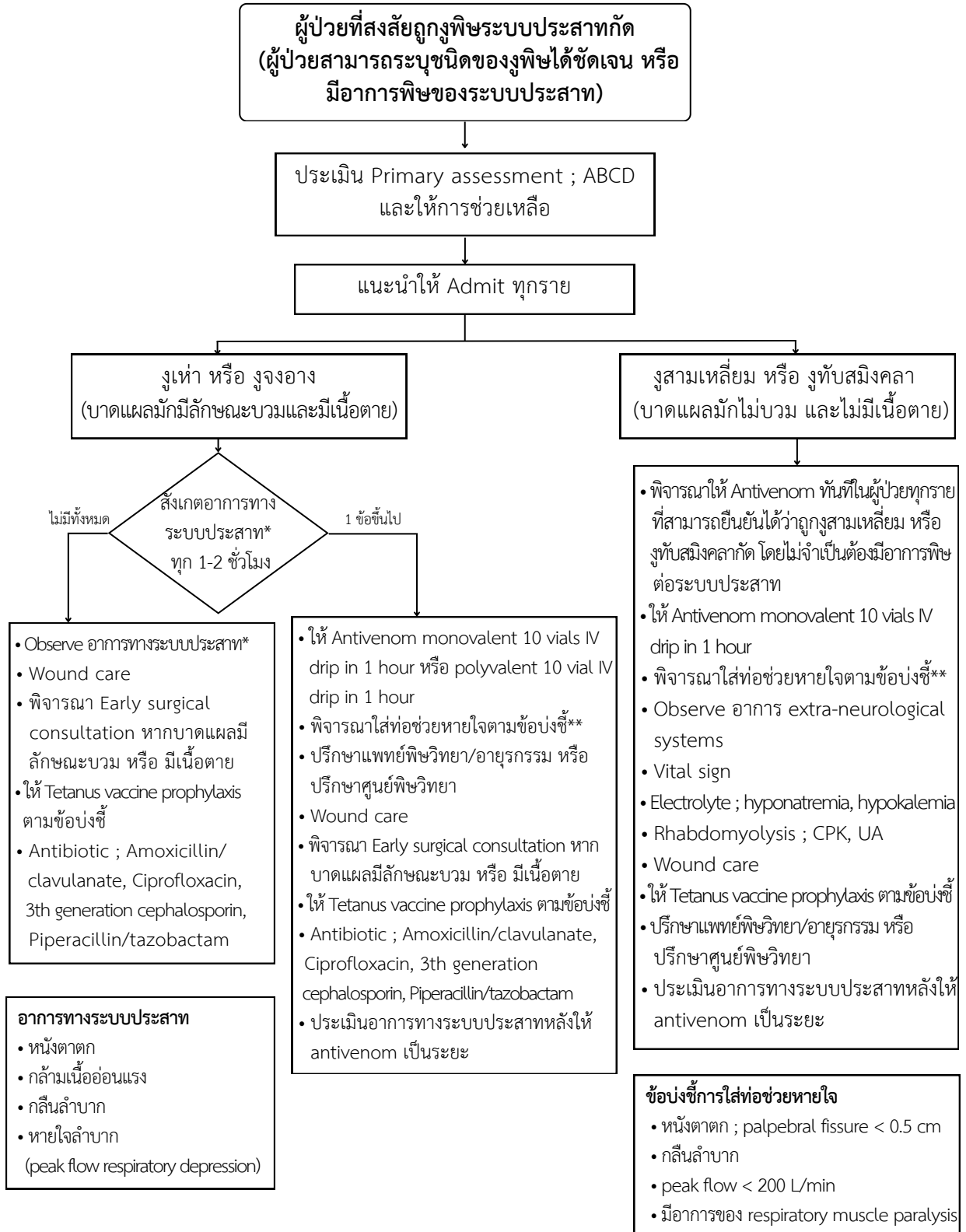
- ▶ 20-minute whole blood clotting test (20WBCT)
- ▶ Complete blood count (CBC) รวมถึงการนับจำนวนเกล็ดเลือด
- ▶ International normalized ratio (INR)
- ▶ BUN, Creatinine, Electrolyte
- ▶ Urinalysis

หากไม่พบความผิดปกติให้ติดตาม 20WBCT, CBC, INR ทุก 6 ชั่วโมง และสังเกตอาการจนครบ 24 ชั่วโมง หากอาการและผลเลือดปกติ สามารถให้กลับบ้านได้ หากผลตรวจผิดปกติ เข้าได้กับกลุ่มอาการพิษจากงูตามระบบ ให้รักษาตามแนวทางของพิษงูที่ได้รับ

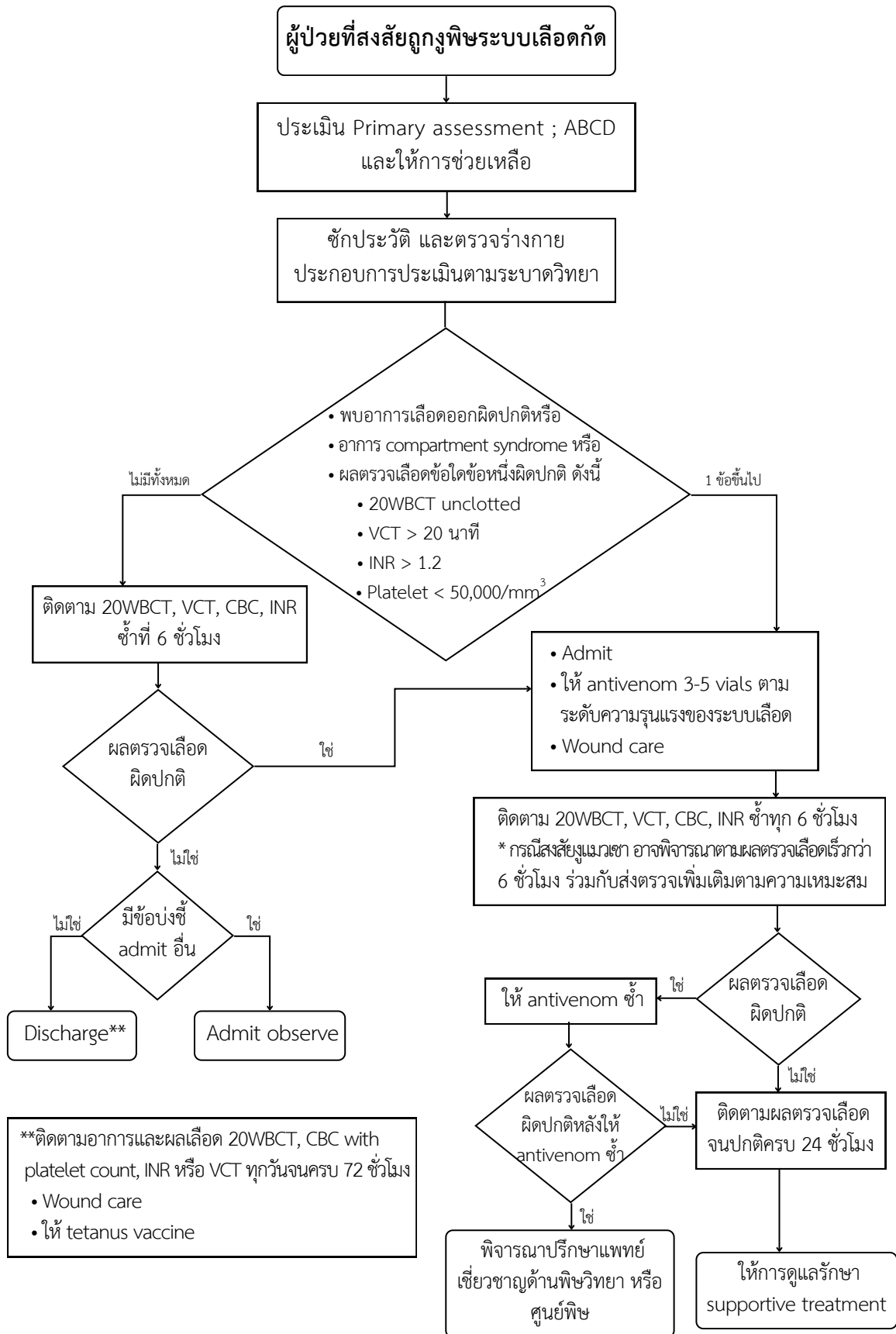
แผนภาพแนวทางการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยที่ได้รับพิษจากงูกัด

จัดทำขึ้นเพื่อเป็นข้อเสนอแนะเพื่อการรักษา แต่ทั้งนี้ต้องขึ้นกับดุลยพินิจของแพทย์
ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก

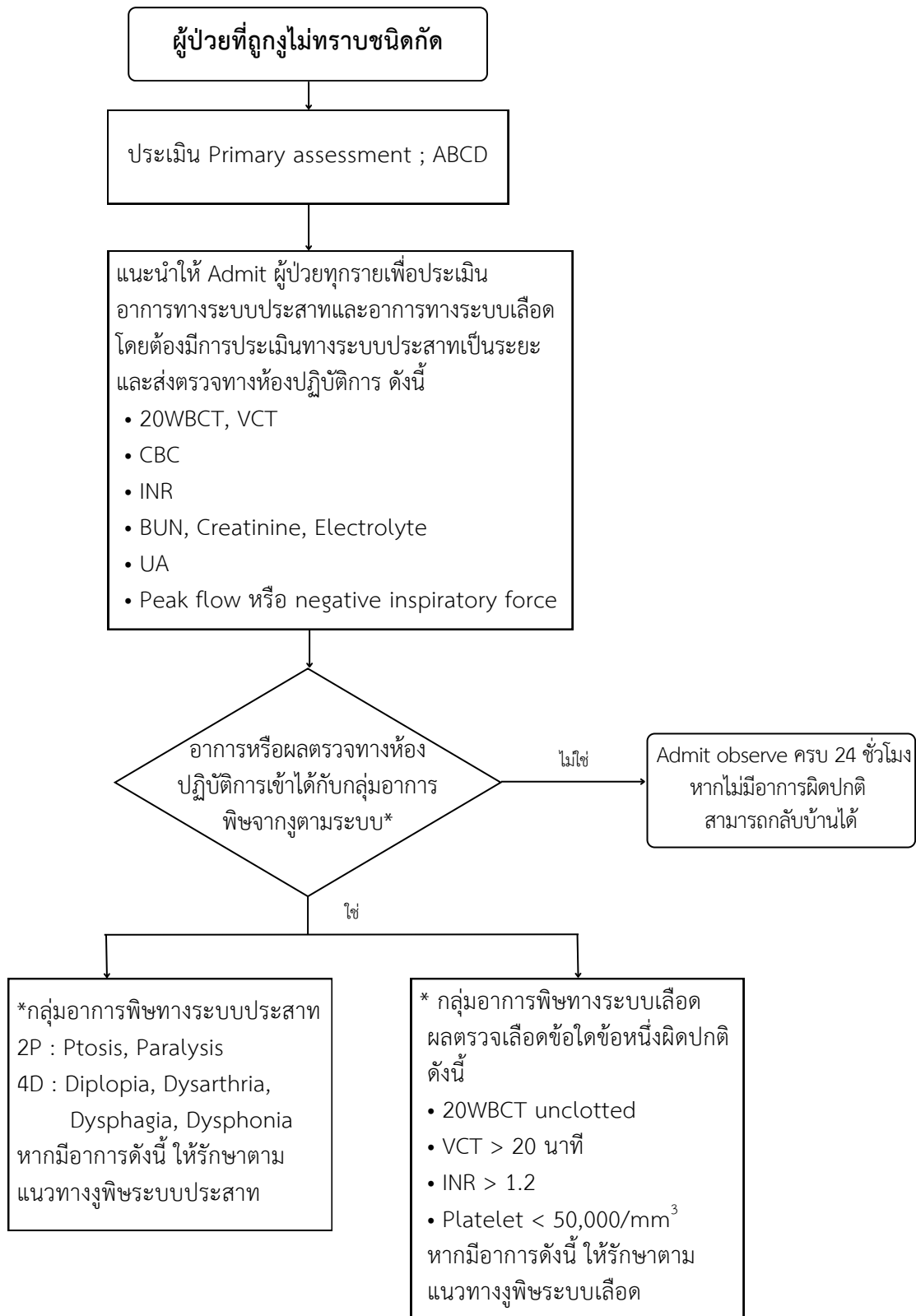
แนวทางการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยที่สงสัยถูกงูพิษระบบประสาทกัด



แนวทางการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยที่สงสัยกลุ่มอาการพิษทางระบบเลือด



แนวทางการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยที่ถูกงูไม่ทราบชนิดกัด



เอกสารอ้างอิง

1. Ralph R, Faiz MA, Sharma SK, Ribeiro I, Chappuis F. Managing snakebite. BMJ. 2022;376:e057926. Published 2022 Jan 7. doi:10.1136/bmj-2020-057926
2. Tansuwannarat, P.; Tongpoo, A.; Phongsawad, S.; Sriapha, C.; Wananukul, W.; Trakulsrichai, S. A Retrospective Cohort Study of Cobra Envenomation: Clinical Characteristics, Treatments, and Outcomes. Toxins 2023, 15, 468. doi:10.3390/toxins15070468. PMID:37505737; PMCID: PMC10467073.
3. Tongpoo A, Sriapha C, Pradoo A, et al. Krait envenomation in Thailand. Ther Clin Risk Manag. 2018;14:1711-1717. Published 2018 Sep 13. doi:10.2147/TCRM.S169581
4. Hung DZ, Yu YJ, Hsu CL, Lin TJ. Antivenom treatment and renal dysfunction in Russell's viper snakebite in Taiwan: a case series. Trans R Soc Trop Med Hyg. 2006 May;100(5):489-94. doi:10.1016/j.trstmh.2005.07.020. Epub 2005 Dec 1. PMID: 16325876.



บทที่ 5

แนวทางการรักษาผู้ป่วยที่ถูกงูกัด

แพทย์หญิงบุษกร ไพศาลโรจน์รัตน์
แพทย์หญิงนิชกานต์ เกกينة
แพทย์หญิงสุภัทรา อินทร์อยู่

การดูแลรักษาก่อนมาโรงพยาบาล (Pre-hospital care)

การดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นก่อน และระหว่างนำส่งโรงพยาบาล สามารถทำได้โดย

1. ให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนนิ่ง ๆ และสงบ เพื่อลดการกระจายของพิษในร่างกาย
2. ลดการเคลื่อนไหวของส่วนที่ถูกกัด โดยการใช้ผ้าพันแผลแบบยืดได้ (elastic bandage)

พันให้พอแน่น

3. ไม่แนะนำให้ทำการรีด หรือขันชะเนาะแผล
4. หลีกเลี่ยงการกรีดแผล การดูดพิษ การนวดแผล การใช้สมุนไพรพอกแผล

เนื่องจากจะเพิ่มโอกาสการติดเชื้อ

5. หากแผลมีตุ่มน้ำ ไม่ควรเจาะตุ่มน้ำ เนื่องจากจะเพิ่มโอกาสการติดเชื้อ
6. นำตัวผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลโดยเร็วที่สุด และนำงูที่กัดมาด้วยถ้าเป็นไปได้ โดยไม่ทำให้

การส่งตัวล่าช้า



1. กรณีโดนงูกัดที่เท้าให้เริ่มพัน elastic bandage จากส่วนปลายเท้า



2. พัน elastic bandage จากส่วนปลายเท้า ไปจนถึงต้นขา



3. ใส่ splint ที่ขาข้างที่โดนงูกัด



4. ใส่ splint ยาวเลยข้อเข่าเพื่อให้ผู้ป่วยขยับขาข้างที่โดนกัดน้อยที่สุด นำตัวผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล

รูปที่ 37 pressure immobilization bandage

การประเมินอาการและให้รักษาเบื้องต้น ณ ห้องฉุกเฉิน

การประเมินผู้ป่วยและให้การรักษ ณ ห้องฉุกเฉิน ประเมินตามหลัก Primary assessment ตาม ACLS guideline ในการประเมินเบื้องต้น ดังนี้

1 Airway (A) and Breathing (B)

- 1.1 Maintain airway and suction if needed
- 1.2 จัดทำผู้ป่วยให้เหมาะสม
- 1.3 พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อป้องกันทางเดินหายใจ หากผู้ป่วยมีอาการซึมหรือมีอาการตามข้อบ่งชี้ของพิษทางระบบประสาท ดังต่อไปนี้
 - Dysphagia
 - Ptosis โดย palpebral fissure น้อยกว่า 0.5 ซม.
 - End expiratory peak flow น้อยกว่า 200 L/min
 - มีอาการของ respiratory muscle paralysis
- 1.4 กรณีมีอาการแพ้พิษรุนแรง (anaphylaxis) ให้ Epinephrine 1:1000 (1 mg/1 ml)
 - เด็ก: ขนาด 0.01 mg/kg IM (สูงสุดไม่เกิน 0.3 ml)
 - ผู้ใหญ่: ขนาด 0.5 mg IM

2 Circulation (C)

- 2.1 IV access ที่แขนข้างที่ไม่โดนงูกัด
- 2.2 ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด crystalloid เช่น NSS (Normal Saline Solution), RLS (Ringer's lactate solution), Acetar (acetate ringer's solution) (ในเด็กแนะนำให้ NSS) กรณีพบความดันโลหิตต่ำ

3 Drug (D): Antivenom

พิจารณาให้เซรุ่มต้านพิษเฉพาะชนิดให้ตรงกับชนิดของงูที่กัด หรือให้เซรุ่มต้านพิษงูชนิดรวมในกรณีที่ไม่สามารถระบุชนิดของงูได้ โดยให้ทางหลอดเลือดดำ เมื่อมีข้อบ่งชี้ตามกลุ่มอาการพิษ ตามระบบข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- 3.1 ข้อบ่งชี้การให้เซรุ่มต้านพิษทางระบบประสาท
 - มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง (muscle paralysis) หนังตาตก (ptosis) กลืนลำบาก หรือภาวะหายใจล้มเหลว
 - ถูกงูพิษกัดหรือสัมผัสงูพิษ โดยไม่จำเป็นต้องมีอาการพิษระบบประสาท
- 3.2 ข้อบ่งชี้การให้เซรุ่มต้านพิษทางระบบโลหิต
 - มีอาการเลือดออกผิดปกติ (systemic bleeding)
 - 20-minute WBCT unclotted blood หรือ VCT>20 นาที หรือ INR >1.2
 - เกล็ดเลือดต่ำกว่า 50,000 per microliter
 - มีอาการบวมเฉพาะที่อย่างรุนแรง หรือเกิด compartment syndrome



4.1 ลดการเคลื่อนไหวของส่วนที่ถูกกัด โดยใช้ผ้าพันแผลแบบยืดได้ (elastic bandage) พันให้พอแน่น ไม่แนะนำให้ทำการรัด หรือขันชะเนาะแผล

4.2 ทำความสะอาดบาดแผลด้วย Normal Saline Solution (NSS) หรือ povidone iodine

4.3 พิจารณาปรึกษาสัตวแพทย์ กรณีพบภาวะเนื้อเยื่อตาย

หลังจากประเมินและให้การรักษาเบื้องต้น ผู้ป่วยมีอาการคงที่แล้ว ให้การรักษาต่อไปตามอาการที่พบ ดังนี้

แผลติดเชื้อ

- ไม่แนะนำให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ
- หากแผลมีการติดเชื้อ หรือมีเนื้อตาย พิจารณาให้ยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุม เช่น amoxicillin/clavulanic acid, piperacillin/tazobactam, ciprofloxacin และ third generation cephalosporin

อาการปวด

- สามารถให้ยาพาราเซตามอล (paracetamol) ได้
- หลีกเลี่ยงการใช้ยาในกลุ่มที่มีฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง เช่น morphine, pethidine ในผู้ป่วยที่ถูกงูพิษระบบประสาทกัด
- หลีกเลี่ยงการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs ในผู้ป่วยที่ถูกงูพิษระบบโลหิตกัด

วัคซีนบาดทะยัก⁽¹⁾

แนะนำให้วัคซีนกันบาดทะยัก (Tetanus toxoid) ทุกอายุ หากผู้ป่วยเคยได้รับวัคซีนเข็มสุดท้ายมากกว่า 5 ปี ฉีด Tetanus Immunoglobulin (TIG) 250 unit IM โดยฉีดคนละข้างกับ Tetanus toxoid ตามข้อบ่งชี้ ดังนี้⁽²⁾

- ผู้ป่วยติดเชื้อ HIV
- severe immunodeficiency
- ผู้ป่วยมีประวัติได้รับวัคซีนไม่ครบ
- ไม่เคยได้รับวัคซีนบาดทะยักมาก่อน

กรณีกลุ่มอาการพิษทางระบบโลหิต แนะนำให้วัคซีนบาดทะยัก เมื่อพ้นภาวะการณ้แข็งตัวของเลือดผิดปกติ และจำนวนเกล็ดเลือดที่ผิดปกติได้รับการแก้ไขให้อยู่ในระดับเกณฑ์ปกติ

งูเห่าพิษเข้าตา^(2,3,4)

หากผู้ป่วยถูกพิษงูเห่าเข้าตา ให้ล้างตาด้วยน้ำปริมาณมาก และตรวจดูรอยขีดข่วนที่กระจกตา (corneal abrasion) ให้ยาปฏิชีวนะแบบเฉพาะที่ (เช่น chloramphenicol, 0.5% framycetin, ciprofloxacin, moxifloxacin, และ polymyxin B sulphate) เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ตา หลีกเลี่ยงการใช้สเตียรอยด์ (steroid) เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ไม่จำเป็นต้องให้เซรุ่มต้านพิษงู เนื่องจากยังไม่มีรายงานการเกิดพิษทางระบบประสาทในกลุ่มผู้ป่วยที่โดนงูเห่าพิษเข้าตา พิจารณาส่งตัวพบจักษุแพทย์ เพื่อตรวจตาภายใน 24 - 48 ชั่วโมง⁽⁵⁾

กรณีที่มีผู้ป่วยมีอาการปวดตา ให้ยาแก้ปวดโดยใช้ Topical vasoconstrictors with weak mydriatic activity (เช่น 0.5% epinephrine drop) ในกรณีที่มีอาการปวดมาก สามารถให้ local anesthetics (เช่น tetracaine) ได้

การพิจารณาผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล

พิจารณาผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล หากมีอาการ ดังนี้

- มีอาการ และอาการแสดงของการได้รับพิษเข้าสู่ร่างกาย (systemic envenoming)
- มีอาการเฉพาะที่รุนแรง บวม หรือปวดมาก รวมถึงมีการติดเชื้อ
- ผู้ป่วยถูกงูไม่ทราบชนิดกัด ควรรับผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างน้อย 24 ชั่วโมง
- ผู้ป่วยถูกงูแมวเซากัด
- ผู้ป่วยที่มีอาการแพ้พิษงู
- กลุ่มผู้ป่วยเปราะบาง ได้แก่ ผู้ป่วยเด็ก โดยเฉพาะเด็กเล็ก ผู้ป่วยตั้งครรภ์ ผู้ป่วยที่มีปัญหาในการสื่อสาร ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการมาโรงพยาบาล

การส่งต่อผู้ป่วย

ในการส่งต่อผู้ป่วยขึ้นอยู่กับทรัพยากรในแต่ละโรงพยาบาล การเข้าถึงเซรุ่มต้านพิษงู และศักยภาพของโรงพยาบาลในการดูแลรักษาผู้ป่วยกรณีเกิดภาวะแทรกซ้อนจากงูกัด เช่น ภาวะทางเดินหายใจล้มเหลว ภาวะไตวายเฉียบพลัน และภาวะ compartment syndrome หากพิจารณาส่งต่อผู้ป่วย มีขั้นตอนดังนี้

1. จัดทำแผนการส่งต่อที่ชัดเจน รวมถึงการเตรียมความพร้อมด้านการส่งต่อ และการสื่อสารกับทีมแพทย์ที่รับการส่งต่อ
2. หากมีการให้ antivenom แนะนำให้บริหาร antivenom ให้หมดก่อน จึงจะเริ่มเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เพราะต้องมีการเฝ้าระวังภาวะ anaphylaxis
3. ประเมินอาการผู้ป่วยซ้ำก่อนการส่งต่อ
4. จัดเตรียมรถพยาบาล และทีมบุคลากรทางการแพทย์ ที่มีความพร้อมในการให้การช่วยชีวิตขั้นสูง เพราะอาจเกิดปัญหาฉุกเฉินระหว่างนำส่งผู้ป่วย



การเฝ้าระวังและติดตามอาการ

การติดตามสัญญาณชีพ และอาการทางระบบต่าง ๆ ตามชนิดของงูที่กัดผู้ป่วย เพื่อประเมินการตอบสนองต่อการรักษา และการเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติมตามความเหมาะสม เช่น ตรวจระดับเลือดของ electrolyte, creatinine, creatinine phosphokinase (CPK), urine analysis, คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG), เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT brain)

ผู้ป่วยที่มีอาการของกลุ่มอาการพิษทางระบบประสาท (neurotoxin)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับพิษระบบประสาทควรได้รับการติดตามสัญญาณชีพ และอาการทางระบบประสาทอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยที่ได้รับพิษจะเริ่มแสดงอาการได้ภายใน 10 นาที ถึง 24 ชั่วโมง หลังถูกงูพิษกัด โดยเฉลี่ยจะมีอาการหลังโดนกัด 1 ชั่วโมง⁽¹⁵⁾ ควรสังเกตอาการ และเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นเวลาต่อเนื่องอย่างน้อย 24 ชั่วโมง
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเซรุ่มต้านพิษงู ให้ติดตามอาการอีกครั้งภายหลังการให้เซรุ่มต้านพิษงูที่ 12 ชั่วโมง อาการของผู้ป่วยมักจะดีขึ้น หรือกลับมาปกติ สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับพิษจากงูเห่า และงูจงอาง อาจต้องใช้ระยะเวลา 1 - 3 วัน สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับพิษจากงูทับสมิงคลา และงูสามเหลี่ยม อาจต้องอาศัยระยะเวลาในการฟื้นฟูมากกว่า

ผู้ป่วยที่มีอาการของกลุ่มอาการพิษทางระบบเลือด (hematotoxin)

1. กรณีผู้ป่วยไม่มีอาการเลือดออกผิดปกติ ร่วมกับผลเลือดปกติจากการตรวจเลือดครั้งแรก และอีก 6 ชั่วโมงถัดมา สามารถพิจารณาการรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้ โดยมีการนัดติดตามอาการ และตรวจ CBC, INR, 20-WBCT หรือ VCT ซ้ำ วันละครั้งจนครบ 72 ชั่วโมง
2. กรณีติดตามอาการภาวะเลือดออก ร่วมกับการส่งตรวจเลือดเพื่อติดตาม CBC, INR, 20-WBCT หรือ VCT ทุก 6 ชั่วโมง หากพบภาวะเลือดออก หรือผลเลือดที่ผิดปกติ สามารถให้เซรุ่มแก้พิษงูซ้ำได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง เนื่องจากบางรายอาจพบว่า ผลเลือดกลับมาผิดปกติได้
3. สำหรับผู้ป่วยที่ถูกงูแมวเซากัด ปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานยืนยันว่าการให้เซรุ่มต้านพิษงูช่วยป้องกันภาวะไตวายเฉียบพลัน (acute kidney injury)
4. ในรายที่มีเลือดออกรุนแรง อาจให้ส่วนประกอบของเลือดทดแทน เช่น packed red cell, platelet concentrate, cryoprecipitate หรือ fresh frozen plasma ร่วมกับการให้เซรุ่มต้านพิษ
5. การรักษาภาวะ compartment syndrome ผู้ป่วยที่มีภาวะนี้จะมีอาการปวดรุนแรง บวมตึงที่รยางค์ที่ถูกกัด ผิวหนังเหี่ยน เขียวคล้ำ คลำชีพจรไม่ได้บริเวณรยางค์ที่ถูกกัด เกิดจากการเพิ่มความดันภายใต้ชั้นพังผืด (fascia) จนเกิดการขาดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลาย พิจารณาการให้เซรุ่มแก้พิษงู ร่วมกับการพิจารณาทำ fasciotomy เพื่อลดความดันภายใต้ชั้นพังผืด พร้อมทั้งแก้ไขความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด

การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการติดตามผลหลังการรักษา

การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) ทำด้วยการทำกายภาพบำบัด และบริหารกล้ามเนื้อซึ่งจะช่วยเร่งการฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายที่ถูกกด ในกรณีที่มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อหรือกล้ามเนื้อ

การติดตามผลหลังการรักษาระยะยาว เพื่อตรวจสอบภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น ภาวะไตวายเฉียบพลัน หรือการติดเชื้อเรื้อรัง

คำแนะนำก่อนการจำหน่ายผู้ป่วย

- ควรมีการให้คำแนะนำ การติดตามผล ฝ้าระวังปฏิกิริยาในระยะหลัง (serum sickness) หากผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยเซรุ่มต้านพิษงู
- ควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับการลดความเสี่ยงของการถูกงูกัดในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. Tejpratap S.P. Tiwari, MD; Pedro L. Moro, MD, MPH; and Anna M. Acosta, MD (2024) Chapter 21: Tetanus, Centers for Disease Control and Prevention. Available at: <https://www.cdc.gov/pinkbook/hcp/table-ofcontents/chapter-21-tetanus.html> (Accessed: 06 May 2025).
2. World Health Organization. Guidelines for the management of snakebites, 2nd ed. 2016. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/249547>.
3. Sharma VK, Baranwal VK. Snake venom ophthalmia. Med J Armed Forces India. 2015 Jul;71(Suppl 1):S197-8. doi: 10.1016/j.mjafi.2014.01.003. Epub 2014 Apr 3. PMID: 26265830; PMCID: PMC4529546.
4. Edward R. Chu, Scott A. Weinstein, Julian White, David A. Warrell, Venom ophthalmia caused by venoms of spitting elapid and other snakes: Report of ten cases with review of epidemiology, clinical features, pathophysiology and management, Toxicon, Volume 56, Issue 3, 2010, Pages 259-272, ISSN 0041-0101, <https://doi.org/10.1016/j.toxicon.2010.02.023>.
5. Tintinalli, J.E. et al. (2020) Tintinalli's emergency medicine a comprehensive study guide. 9th edn. New York, N.Y. McGraw-Hill Education.
6. Tansuwannarat, P.; Tongpoo, A.; Phongsawad, S.; Sriapha, C.; Wananukul, W.; Trakulsrichai, S. A Retrospective Cohort Study of Cobra Envenomation: Clinical Characteristics, Treatments, and Outcomes. Toxins 2023, 15, 468. doi: 10.3390/toxins15070468. PMID:37505737; PMCID: PMC10467073. <https://doi.org/10.3390/toxins15070468>

บทที่ 6

เซรุ่มต้านพิษงู

แพทย์หญิงบุษกร ไพศาลโรจน์รัตน์ แพทย์หญิงณิชากรณต์ เกกนิยะ
แพทย์หญิงสุภัทรา อินทร์อยู่ แพทย์หญิงพลอยไพลิน รัตนสัญญา
เภสัชกรหญิงอมรรัตน์ วิจิตรลีลา เภสัชกรหญิงวริษฐา โยธาสมุทร

การรักษาผู้ป่วยที่ถูกงูพิษกัด ได้รับการยอมรับว่าเซรุ่มแก้พิษงูเป็นยาที่สามารถลดอาการป่วยและเสียชีวิตจากพิษงูได้ หากใช้เซรุ่มถูกชนิดและในปริมาณที่เหมาะสม เช่น ลดอาการเลือดไม่แข็งตัวและเลือดออกมากจากพิษงูที่มีผลต่อระบบโลหิต หรือลดอาการหายใจอ่อนแรง และสามารถลดระยะเวลาในการฟื้นตัวจากกรณีถูกงูพิษที่มีผลต่อระบบประสาทกัด^(1,2) ปัจจุบันสถานเสาวภา สภากาชาดไทย เป็นผู้ผลิตเซรุ่มแก้พิษงูในประเทศไทย ซึ่งผลิตได้เพียงพอต่อความต้องการใช้ภายในประเทศ โดยผลิตเซรุ่มต้านพิษงู 2 ประเภท คือ

1. เซรุ่มต้านพิษงูเฉพาะชนิด (Monovalent antivenom) ได้แก่ เซรุ่มต้านพิษงูเฉพาะของงูเห่า งูจงอาง งูสามเหลี่ยม งูทับสมิงคลา งูแมวเซา งูกะปะ และงูเขียวหางไหม้



รูปที่ 38 ตัวอย่างเซรุ่มพิษงูเฉพาะชนิด
(เซรุ่มต้านพิษงูเขียวหางไหม้)

2. เซรุ่มต้านพิษงูรวม (Polyvalent antivenom) มี 2 ชนิด ได้แก่ เซรุ่มต้านพิษงูรวมระบบประสาท (Neuro polyvalent snake antivenom) สำหรับรักษาพิษงูเห่า งูจงอาง งูสามเหลี่ยม และงูทับสมิงคลา และเซรุ่มต้านพิษงูรวมระบบโลหิต (Hemato polyvalent snake antivenom) สำหรับรักษาพิษงูแมวเซา งูกะปะ และงูเขียวหางไหม้



รูปที่ 39 เซรุ่มต้านพิษงูรวมระบบโลหิต



รูปที่ 40 เซรุ่มต้านพิษงูรวมระบบประสาท



การเก็บรักษาเซรุ่ม

เก็บรักษาเซรุ่มที่อุณหภูมิต่ำกว่า 25 °C เซรุ่มจะมีอายุ 5 ปี นับจากวันที่ผลิต



รูปที่ 41 การเก็บรักษาเซรุ่ม

กลไกการออกฤทธิ์ของเซรุ่มต้านพิษงู

เซรุ่มต้านพิษงู เป็นอิมมูโนโกลบูลิน (immunoglobulin) มักเป็นชิ้นส่วน F(ab')₂ ผ่านการสกัดจาก polyclonal IgG หรือส่วนของ IgG ที่ทำให้บริสุทธิ์ จะจับพิษงูในกระแสเลือด และทำให้พิษงูหมดฤทธิ์

อาการไม่พึงประสงค์จากการให้เซรุ่มต้านพิษงู

อาการปฏิกิริยาในระยะต้น: anaphylactoid reaction

พบได้ทั้งในขณะกำลังได้รับเซรุ่ม หรือภายหลังเซรุ่มหมด โดยอาจพบภายใน 1 ถึง 180 นาที หลังเริ่มให้เซรุ่มแก้พิษ ในกรณีแพ้รุนแรง ผู้ป่วยอาจมีอาการผื่นลมพิษ หน้าบวม หายใจไม่สะดวก หอบเหนื่อย ความดันโลหิตตก ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการกระตุ้นระบบคอมพลีเมนต์ โดยกลุ่ม IgG หรือเศษ Fc ที่เหลือ หรือจากการกระตุ้น mast cells/basophils จากโปรตีนในเซรุ่มแก้พิษ

การรักษาภาวะแพ้รุนแรงจากเซรุ่มต้านพิษงู อันดับแรก ต้องหยุดการให้เซรุ่มต้านพิษงูทันที รักษาตามแนวทางการเกิดภาวะ anaphylaxis แนะนำให้ Adrenaline 0.01 mg/kg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อต้นขา ขนาด Adrenaline สูงสุดในเด็ก 0.3 mg IM และ ในผู้ใหญ่ 0.5 mg IM หากจำเป็นต้องให้ยา Adrenaline เข้าทางกล้ามเนื้อในผู้ป่วยที่ไม่แน่ใจว่ามีปัญหาการแข็งตัวของโลหิต ผิดปกติหรือไม่ แนะนำให้ใช้เข็มขนาดเล็ก (ขนาดเล็กกว่า 23 - gauge) หลังฉีกรวดบริเวณที่ฉีดอย่างน้อย 2 - 5 นาที เพื่อป้องกันภาวะเลือดออกในชั้นกล้ามเนื้อ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีระดับ INR มากกว่า 4 อาจพิจารณาการบริหารยา Adrenaline ทางหลอดเลือดดำแทนด้วยขนาดยา Adrenaline 100 ไมโครกรัม ฉีดเข้าเส้นเลือดช้า ๆ เป็นเวลา 5 ถึง 10 นาที (โดยมีวิธีการผสม คือนำ Adrenaline 1:1000 ปริมาณ 0.1 mL ผสม normal saline 10 mL) เมื่ออาการดีขึ้นให้พิจารณาว่าจำเป็นต้องได้เซรุ่มต้านพิษงูต่อหรือไม่ หากจำเป็นต้องให้เซรุ่ม ให้ใช้เซรุ่มขวดใหม่ ผสมเซรุ่มขวดใหม่โดยไม่เขย่าตอนผสมและให้เซรุ่มอัตราที่ช้าลง ภายใน 30 ถึง 60 นาที เพื่อลดการแพ้ และสามารถให้ยารักษาตามอาการ เช่น CPM หรือ steroid เพิ่มเติมได้

หากมีอาการไม่รุนแรง เช่น มีผื่นคัน ให้หยุดการให้เซรุ่มต้านพิษงูทันที และรักษาตามอาการ เช่น การให้ยาแก้แพ้ CPM ร่วมกับการให้ steroid เช่น dexamethasone เมื่ออาการดีขึ้น หากจำเป็นต้องให้เซรุ่มต้านพิษงูต่อ สามารถให้ได้โดยใช้เซรุ่มขวดใหม่ และผสมเซรุ่มโดยไม่เขย่าตอนผสม และให้เซรุ่มต้านพิษงู ในอัตราเร็วที่ช้าลง ภายใน 30 ถึง 60 นาที

อาการปฏิกิริยาในระยะหลัง: serum sickness

เกิดขึ้นหลังจาก 1 ถึง 12 วัน (ค่าเฉลี่ย 7 วัน) ภายหลังจากการรักษาด้วยเซรุ่มต้านพิษงู ผู้ป่วยอาจมีอาการไข้ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย อาการผื่นคัน ปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ ต่อม้ำเหลืองโต ขอบบวม ปวดประสาทอักเสบ ตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ หรือไตอักเสบจากภูมิคุ้มกัน สามารถให้การรักษาด้วยยาต้านฮิสตามีน (antihistamine) หรือ Steroid ในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา

ชนิดและขนาดของเซรุ่มต้านพิษงูที่ต้องใช้

เซรุ่มต้านพิษงูควรให้เฉพาะเมื่อมีข้อบ่งชี้ และมีประสิทธิภาพในการยับยั้งพิษของงูที่ทราบชนิดจำเพาะเจาะจง หรือพิษของงูตามกลุ่มอาการพิษตามระบบ

ตารางที่ 4 ตารางแสดงชนิดและขนาดของเซรุ่มที่ต้องใช้

ชนิดของเซรุ่ม	ขนาดของเซรุ่ม (vials)
เซรุ่มต้านพิษงูเฉพาะชนิด (Monovalent antivenom)	
งูเห่า	10
งูจงอาง	10
งูทับสมิงคลา	5 - 10
งูสามเหลี่ยม	10
งูแมวเซา	3 - 5*
งูกะปะ	3 - 5*
งูเขียวหางไหม้	3 - 5*
เซรุ่มต้านพิษงูรวม (Polyvalent antivenom)	
เซรุ่มต้านพิษงูรวมระบบประสาท (Neuro polyvalent snake antivenom)	10
เซรุ่มต้านพิษงูรวมระบบโลหิต (Hemato polyvalent snake antivenom)	3 - 5*

* ขนาดของเซรุ่มที่ใช้ขึ้นกับระดับความรุนแรงของภาวะเลือดออกผิดปกติ
หมายเหตุ กลุ่มผู้ป่วยเด็ก ใช้ขนาดเซรุ่มเช่นเดียวกับผู้ใหญ่



วิธีการบริหารเซรุ่มด้านพิษงู

การผสมเซรุ่ม

ผสมเซรุ่มด้านพิษงูในรูปแบบผงกับตัวทำละลายน้ำกลั่น 10 mL ที่แนบมาด้วย หากต้องการจะผสมให้เจือจางขึ้น สามารถผสมสารน้ำ 5% Dextrose in water เพิ่มได้ เซรุ่มให้ได้ โดยไม่จำเป็นต้องทำการทดสอบทางผิวหนัง (skin test) ก่อนให้เซรุ่ม เนื่องจากการทดสอบทางผิวหนัง ไม่สามารถทำนายการเกิดอาการข้างเคียงได้ เพราะกลไกการแพ้ส่วนใหญ่ไม่ได้เกิดผ่านการกระตุ้น IgE ดังกล่าวข้างต้น และยังทำให้การให้เซรุ่มล่าช้า

วิธีการบริหารยา

แนะนำให้หยดทางเส้นเลือดดำ ให้ drip ภายใน 30 ถึง 60 นาที ระหว่างการให้ยา แพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ต้องเฝ้าดูอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อเฝ้าระวังอาการแพ้รุนแรงที่อาจเกิดขึ้น

ประสิทธิภาพของเซรุ่มในการรักษาผู้ป่วย

เซรุ่มด้านพิษงูระบบประสาทจะออกฤทธิ์ภายใน 1 ชั่วโมง แต่อาการและอาการแสดง อาจจะไม่ดีขึ้นทันที การติดตามการตอบสนองต่อการรักษาในกรณีของพิษงูต่อระบบประสาท จะต้องรอ ให้พิษงูถูกกำจัดออกจากแผ่นเชื่อมประสาทสั่งการและกล้ามเนื้อ (neuromuscular junction: NMJ)

การตอบสนองต่อการให้เซรุ่มแก่พิษงูระบบโลหิต อาการเลือดออกมักหยุดภายใน 15 - 30 นาที การแข็งตัวของเลือดมักกลับมาปกติภายใน 3 - 9 ชั่วโมง หลังการตอบสนองเริ่มต้นต่อเซรุ่มด้านพิษงู อาการพิษ อาจกลับมาเป็นซ้ำได้ หลังจากให้เซรุ่มแก่พิษครั้งแรก ควรตรวจซ้ำอีกครั้งที่ 6 ชั่วโมงหลังให้เซรุ่ม หากยังมีข้อบ่งชี้ สามารถให้เซรุ่มซ้ำได้ อย่างไรก็ตามการให้เซรุ่มด้านพิษงู มักไม่มีผลต่ออาการบวมเฉพาะที่ หรือการหายใจ ของบาดแผล

แนวทางการเบิกจ่ายจัดหาเซรุ่มด้านพิษงูในโครงการยาด้านพิษ

โครงการยาด้านพิษของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้จัดให้เซรุ่ม ด้านพิษงูจัดอยู่ในยากำพร้ากลุ่มยาด้านพิษ ซึ่งสามารถใช้ได้ในคนไทยทุกสิทธิการรักษา โดยเซรุ่มด้านพิษงู ที่สามารถเบิกได้จากโครงการนี้ได้มี 7 ชนิด จากทั้งหมด 9 ชนิด ที่ผลิตโดยสถานเสาวภาสภากาชาดไทย ประกอบด้วย

1. เซรุ่มด้านพิษงูเห่า
2. เซรุ่มด้านพิษงูทับสมิงคลา
3. เซรุ่มด้านพิษงูเขียวหางไหม้
4. เซรุ่มด้านพิษงูกะปะ
5. เซรุ่มด้านพิษงูแมวเซา
6. เซรุ่มด้านพิษงูรวมระบบประสาท
7. เซรุ่มด้านพิษงูรวมระบบเลือด

ทั้งนี้ ไม่รวมเซรุ่มต้านพิษงูจงอาง และเซรุ่มต้านพิษงูสามเหลี่ยม ดังนั้น กรณีผู้ป่วยถูกงูจงอาง หรืองูสามเหลี่ยมกัด ให้ใช้เซรุ่มต้านพิษงูรวมระบบประสาทแทน โดยเงื่อนไขการสั่งซื้อยา เป็นไปตามที่ บัญชียาหลักแห่งชาติกำหนด

กรณีที่ไม่ใช่เซรุ่มต้านพิษงูในสถานพยาบาล และต้องการใช้อย่างเร่งด่วน ในผู้ป่วยที่เป็นคนไทย

ขอใช้ยาจากแหล่งสำรองใกล้เคียง โดยโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุขทุกแห่ง จะมีการสำรองตามชนิดพิษที่พบบ่อย ในแต่ละภูมิภาคมี 7 ชนิด ได้แก่ งูเห่า งูจงอาง งูสามเหลี่ยม งูทับสมิงคลา งูแมวเซา งูกะปะ งูเขียวหางไหม้ และหน่วยงานสถานพยาบาลสามารถทำการ สืบค้นจาก โปรแกรมระบบยาแก้พิษกลุ่มยาต้านพิษที่ website - <https://drug.nhso.go.th/Antidotes/index.jsp> (ใช้โดยคลิกเข้าสู่ระบบไม่ต้องใช้ username หรือ password เพื่อสืบค้นยาในโปรแกรม) หรือโทร 1330

1. คลิกเข้าสู่ระบบ

2. คลิกต้องการค้นหา โดยไม่ได้เข้าสู่ระบบ

3. ใส่ชื่อสถานพยาบาลของท่านแล้ว Enter 1 ครั้ง เพื่อเลือก สถานพยาบาลที่ต้องการขอเบิกเซรุ่ม เลือกชนิด Antidote ระยะทางในรัศมี จำนวนที่ต้องการ แล้วกดค้นหา

4. รายชื่อสถานพยาบาลที่มี Antidote ที่ต้องการ

ชื่อสถานพยาบาล	Antidote	ระยะทาง (กม.)	จำนวน	ค้นหา	เคลียร์
โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	Antidote	100			

ชื่อสถานพยาบาล	Antidote	ระยะทาง (กม.)	จำนวน	ค้นหา	เคลียร์
โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	Antidote	100			

รูปที่ 42 ตัวอย่างการแสดงผลการค้นหาเซรุ่ม จากโปรแกรมระบบยาแก้พิษกลุ่มยาต้านพิษ

กรณีที่ไม่ใช่เซรุ่มต้านพิษงูในสถานพยาบาล และต้องการใช้อย่างเร่งด่วน ในผู้ป่วยที่คนต่างชาติ

ขอใช้ยาจากแหล่งสำรองใกล้เคียง โดยทำการสืบค้นจากโปรแกรมระบบยาแก้พิษกลุ่มยาต้านพิษที่ website - <http://drug.nhso.go.th/Antidotes> โดยไม่ต้องใช้ username หรือ password เพื่อสืบค้นยาในโปรแกรม หรือโทร 1330

ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล สามารถขอใช้เซรุ่มต้านพิษงูจากศูนย์พิษวิทยารามาธิบดี โทร. 1367 ใช้ก่อนได้ แล้วติดต่อขอซื้อจากสถานเสาวภา เพื่อส่งกลับคืนไปยังศูนย์พิษวิทยารามาธิบดีภายหลัง



ตัวอย่างโรงพยาบาลที่มีเซิร์มด้านพิษงู			
กรุงเทพ ฯ	รพ.เลิดสิน รพ.ตากสิน รพ.จุฬาลงกรณ์ รพ.เจริญกรุงประชารักษ์ รพ.รามธิบดี รพ.ราชวิถี รพ.ราชพิพัฒน์ รพ.ทั่วไปขนาดใหญ่มีตบระชา รพ.จุฬารณ รพ.นพรัตนราชธานี รพ.ผู้สูงอายุบางขุนเทียน รพ.สิรินธร รพ.หลวงพ่อกวักคักคัก	นครนายก	รพ.ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพ ฯ
		นครปฐม	รพ.นครปฐม
		นครพนม	รพ.นครพนม
		นครราชสีมา	รพ.มหาราชนครราชสีมา รพ.ปักธงชัย รพ.ค่ายสุรนารี รพ.มหาวิทยาลัยสุรนารี รพ.เทพรัตน์นครราชสีมา
		นครศรีธรรมราช	รพ.มหาราชนครศรีธรรมราช รพ.ทุ่งสง รพ.ฉวาง
กระบี่	รพ.กระบี่ รพ.เหนือคลอง รพ.อ่าวลึก	นครสวรรค์	รพ.สวรรค์ประชารักษ์ รพ.ค่ายจิรประวัติ รพ.พยุหะคีรี รพ.ท่าตะโก
กาญจนบุรี	รพ.พหลพลพยุหเสนา รพ.บ้านโป่ง รพ.มะการักษ์ รพ.ไทรโยค รพ.จอมบึง รพ.โพธาราม	นนทบุรี	รพ.พระนั่งเกล้า ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ฯ สถาบันบำราศนราดูร รพ.จุฬารณ
		นราธิวาส	รพ.นราธิวาสราชนครินทร์ รพ.สุโงโก-ลก
กาฬสินธุ์	รพ.กาฬสินธุ์	น่าน	รพ.น่าน รพ.สันติสุข รพ.เวียงสา รพ.ปัว
กำแพงเพชร	รพ.กำแพงเพชร	บึงกาฬ	รพ.บึงกาฬ รพ.ศรีวิไล รพ.บึงคล้า รพ.ปากคาด รพ.พรเจริญ
ขอนแก่น	รพ.สิรินธร รพ.ขอนแก่น รพ.ศรีนครินทร์ รพ.บ้านฝาง รพ.หนองเรือ รพ.เวียงใหญ่ รพ.ข้าสูง	บุรีรัมย์	รพ.บุรีรัมย์
		ปทุมธานี	รพ.ปทุมธานี รพ.ธรรมศาสตร์ฯ
จันทบุรี	รพ.พระปกเกล้า	ประจวบคีรีขันธ์	รพ.ประจวบคีรีขันธ์ รพ.ทับสะแก รพ.สามร้อยยอด
ฉะเชิงเทรา	รพ.พุทธโสธร รพ.บ้านโพธิ์ รพ.บางคล้า รพ.บางน้ำเปรี้ยว รพ.บางปะกง	ปราจีนบุรี	รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร รพ.บ้านสร้าง รพ.กบินทร์บุรี
		ปัตตานี	รพ.ปัตตานี
ชลบุรี	รพ.ชลบุรี รพ.บ้านบึง รพ.บางปะกง รพ.สมเด็จพระบรมราชเทวี ฯ รพ.พนัสนิคม	พระนครศรีอยุธยา	รพ.พระนครศรีอยุธยา รพ.สมเด็จพระสังฆราชฯ รพ.เสนา
ชัยนาท	รพ.ชัยนาทเรนทร รพ.หนองมะโมง รพ.อินทร์บุรี รพ.พยุหะคีรี	พะเยา	รพ.พะเยา
ชัยภูมิ	รพ.ชัยภูมิ	พังงา	รพ.พังงา
ชุมพร	รพ.ชุมพรเขตรอุดมศักดิ์	พัทลุง	รพ.พัทลุง รพ.ศรีบรรพต
เชียงราย	รพ.เชียงรายประชานุเคราะห์ รพ.เทิง รพ.แม่จัน รพ.เชียงแสน รพ.แม่ฟ้าหลวง	พิจิตร	รพ.พิจิตร
		แพร่	รพ.แพร่
เชียงใหม่	รพ.นครพิงค์ รพ.สันทราย รพ.แม่ฮอน รพ.สันป่าตอง		
ตรัง	รพ.ตรัง รพ.ห้วยยอด รพ.วังวิเศษ รพ.สิเกา		
ตาก	รพ.สมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช		
ตราด	รพ.ตราด		

พิษณุโลก	รพ.พุทธชินราช รพ.บางกระทุ่ม รพ.ค่ายสมเด็จพระนเรศวร	สกลนคร	รพ.สกลนคร รพ.คำตากล้า
เพชรบุรี	รพ.พระจอมเกล้า รพ.บ้านลาด รพ.ท่ายาง รพ.เขาย้อย	สงขลา	รพ.สงขลา รพ.สงขลานครินทร์ รพ.หาดใหญ่
เพชรบูรณ์	รพ.เพชรบูรณ์ รพ.หล่มสัก รพ.หนองไผ่	สตูล	รพ.สตูล
ภูเก็ต	รพ.วชิระภูเก็ต	สมุทรปราการ	รพ.สมุทรปราการ รพ.รามธิบดีจักรีฯ
มหาสารคาม	รพ.มหาสารคาม	สมุทรสงคราม	รพ.สมเด็จพระพุทธเลิศหล้า
มุกดาหาร	รพ.มุกดาหาร	สมุทรสาคร	รพ.สมุทรสาคร รพ. กระจ่างเม่น รพ.บ้านแพ้ว
แม่ฮ่องสอน	รพ.ศรีสังวาลย์	สระแก้ว	รพ.สระแก้ว รพ.อรัญประเทศ รพ.วัฒนานคร รพ.กบินทร์บุรี
ยโสธร	รพ.ยโสธร	สระบุรี	รพ.สระบุรี
ยะลา	รพ.ยะลา	สิงห์บุรี	รพ.สิงห์บุรี รพ.อินทร์บุรี
ร้อยเอ็ด	รพ.ร้อยเอ็ด	สุโขทัย	รพ.สุโขทัย รพ.ศรีสวรรค์สุโขทัย
ระนอง	รพ.ระนอง	สุพรรณบุรี	รพ.เจ้าพระยาอภัยมัย รพ.เดิมบาง ฯ
ระยอง	รพ.ระยอง รพ.บ้านค่าย รพ.เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพฯ	สุราษฎร์ธานี	รพ.กาญจนาดิษฐ์ รพ.ดอนสัก
ราชบุรี	รพ.ราชบุรี รพ.วัดเพลง รพ.ปากท่อ รพ.ดำเนินสะดวก รพ.โพธาราม รพ.จอมบึง รพ.บ้านโป่ง	สุรินทร์	รพ.สุรินทร์
เพชรบูรณ์	รพ.เพชรบูรณ์ รพ.หล่มสัก รพ.หนองไผ่	หนองคาย	รพ.หนองคาย
ลพบุรี	รพ.พระนารายณ์ ฯ รพ.บ้านหมี่ รพ.โคกสำโรง รพ.สระโบสถ์	หนองบัวลำภู	รพ.หนองบัวลำภู
ลำปาง	รพ.ลำปาง	อ่างทอง	รพ.อ่างทอง
ลำพูน	รพ.ลำพูน	อำนาจเจริญ	รพ.อำนาจเจริญ
เลย	รพ.เลย	อุดรธานี	รพ.อุดรธานี รพ.หนองหาน รพ.กุมภวาปี
ศรีสะเกษ	รพ.ศรีสะเกษ รพ.ราชันี้อย่าง	อุดรดิตถ์	รพ.อุดรดิตถ์
		อุทัยธานี	รพ.อุทัยธานี
		อุบลราชธานี	รพ.สรรพสิทธิประสงค์ รพ. ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ รพ.พิบูลมังสาหาร

เอกสารอ้างอิง

1. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2558. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์สุชัย สุเทพารักษ์. เซอร์คัมดันพิษงู. ใน: จารุวรรณ ศรีอาภา, บรรณาธิการ. ยาต้านพิษ ๓. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สมาคมพิษวิทยาคลินิก ศูนย์พิษวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี; 2556. หน้า 29-33.



บทที่ 7

การดูแลผู้ป่วยในระบบบริการปฐมภูมิ: แนวทางองค์รวม สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติในบริบทประเทศไทย

แพทย์หญิงพิษณุพร พริ้งล้าภู

การถูกกักขัง เป็นหนึ่งในภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่พบได้บ่อยในการปฏิบัติงานทางการแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตชนบท และพื้นที่ห่างไกลของประเทศไทย ซึ่งประชาชนมีโอกาสสัมผัสกับสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติได้บ่อยครั้ง เช่น การประกอบอาชีพเกษตรกรรม การเดินป่า หรือการใช้ชีวิตในพื้นที่ที่พืชมีการกระจายตัวตามธรรมชาติ แพทย์ในระบบบริการปฐมภูมิจึงมักเป็น "แนวหน้า" ที่สำคัญในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่ถูกกักขังในระยะวิกฤติ หรือเป็นผู้รับผิดชอบการดูแลต่อเนื่องในระยะฟื้นฟูหลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาลแล้ว แม้ว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ถูกกักขังจะมีแนวทางทางคลินิกที่ชัดเจน เช่น การให้เซรุ่มต้านพิษ การติดตามอาการทางระบบไหลเวียนโลหิต ระบบประสาท หรือภาวะไตวายเฉียบพลัน แต่ในการปฏิบัติงานจริง โดยเฉพาะในระบบบริการปฐมภูมิ ปัญหาการดูแลผู้ป่วยที่ถูกกักขังมีความซับซ้อนมากกว่าด้านกายภาพอย่างมีนัยสำคัญ **แพทย์ในระบบปฐมภูมิต้องเผชิญกับปัจจัย ดังต่อไปนี้**

ข้อจำกัดในการระบุนิคมของงู

ส่งผลกระทบต่อการวางแผนการให้เซรุ่มต้านพิษ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ และการตัดสินใจส่งต่อการรักษา

ความเชื่อและการปฏิบัติทางวัฒนธรรมท้องถิ่น

เช่น ความเชื่อเรื่องงูเป็นสัตว์ศักดิ์สิทธิ์ "งูเจ้าที่" หรือ "กรรมเก่า" การแสวงหาการรักษาจากหมอเป่า หรือหมอพื้นบ้านก่อนเข้ารับการรักษาแพทย์แผนปัจจุบัน ความเชื่อเหล่านี้อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาล่าช้า เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์

ข้อจำกัดของระบบบริการสุขภาพ

เช่น การขาดแคลนเซรุ่มต้านพิษในพื้นที่ห่างไกล ความไม่เพียงพอของระบบส่งต่อที่รวดเร็ว การขาดระบบติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บเรื้อรัง ความพิการ หรือภาวะเครียดหลังเหตุการณ์

ผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคม

โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเกษตรกรที่ถูกกักขังระหว่างการทำงาน ต้องหยุดงานเป็นระยะเวลานาน สูญเสียรายได้ และเกิดความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว

ผลกระทบทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ

เช่น ความกลัวการเสียชีวิตที่ตกค้าง ความรู้สึกผิด ความวิตกกังวลต่อภาวะแทรกซ้อนในอนาคต ความกลัวการถูกกักขังซ้ำ หรือความรู้สึกแปลกแยกจากชุมชน

เนื่องจากความซับซ้อนของปัญหาดังกล่าวข้างต้น แพทย์ในระบบปฐมนิเทศจึงจำเป็นต้องประยุกต์ใช้แนวคิด "การดูแลแบบองค์รวม" (holistic care) เพื่อประเมินและดูแลผู้ป่วยในทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเชื่อมโยงข้อมูลทางคลินิกเข้ากับบริบทชีวิตของผู้ป่วย การฟื้นฟูที่แท้จริง ไม่ใช่เพียงแค่ "การหายจากพิษงู" แต่คือ "การฟื้นคืนศักดิ์ศรี ความมั่นใจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย" กลับคืนมาอีกครั้ง

บทนี้จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อเสนอแนวทางการประยุกต์ใช้หลักการดูแลแบบองค์รวมในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกงูกัดในระบบบริการปฐมภูมิของประเทศไทย โดยเน้นการประยุกต์ใช้ในเวชศาสตร์ครอบครัว และเวชปฏิบัติทั่วไป เนื้อหาในส่วนถัดไปจะกล่าวถึง นิยามและองค์ประกอบของการดูแลแบบองค์รวม แนวทางการประเมินปัญหาในทุกมิติ การทำงานร่วมกับชุมชน และข้อเสนอแนะเชิงระบบ เพื่อเสริมสร้างศักยภาพแก่แพทย์ในแนวหน้าอย่างแท้จริง

ความท้าทายในการดูแลผู้ป่วยงูกัดในระบบปฐมภูมิ

แม้ว่าระบบปฐมภูมิจะมีความเข้มแข็งในเชิงโครงสร้าง แต่การดูแลผู้ป่วยงูกัดยังคงเผชิญกับข้อจำกัดหลายประการ ดังนี้

การวินิจฉัยเบื้องต้นในพื้นที่ห่างไกล

บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแห่งอาจขาดความมั่นใจ หรือประสบการณ์ในการประเมินลักษณะพิษ และมักไม่สามารถระบุชนิดงูได้อย่างแม่นยำ

การเข้าถึงเซรุ่มต้านพิษงู (Antivenom)

เซรุ่มจำนวนมากถูกกระจายไว้ในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งอาจทำให้เกิดความล่าช้าในการรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล หากระบบส่งต่อไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ

การติดตามหลังการรักษา

ผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายกลับบ้านหลังการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลชุมชน อาจไม่ได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง เช่น แผลเรื้อรัง ข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว หรือปัญหาสุขภาพจิตที่ไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม

ดังนั้น **บทบาทของแพทย์ในระบบปฐมภูมิ** ทั้งแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป จึงมีบทบาทสำคัญในการเติมเต็มช่องว่างเหล่านี้ โดย

ทำหน้าที่ "เชื่อมโยงระบบ"

ระหว่างระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล

พัฒนาแนวทางการประเมินอาการ

การให้ข้อมูล การส่งต่อ และการดูแลหลังจำหน่ายอย่างเป็นระบบ



สนับสนุนการอบรมบุคลากร

ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้สามารถให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้น และรู้จักการประเมินอาการที่ควรส่งต่อ

ประสานการทำงานร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชน

เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับงูพิษ การป้องกัน และการเข้ารับการรักษาอย่างทันท่วงที

กล่าวโดยสรุป ระบบปฐมภูมิของประเทศไทยมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกงูกัด หากได้รับการเสริมศักยภาพด้วยหลักการระบบบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของความต่อเนื่องการประเมินแบบองค์รวม และการทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อสร้างระบบที่สอดคล้องกับบริบทไทยอย่างแท้จริง

องค์ประกอบของการดูแลแบบองค์รวม

การดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) เป็นหลักการสำคัญที่เป็นรากฐานของการบริการปฐมภูมิ ซึ่งไม่ได้จำกัดขอบเขตเพียงในมิติของโรคทางกายภาพเท่านั้น แนวทางนี้ให้ความสำคัญกับบริบทชีวิต สังคม อารมณ์ จิตใจ และความเชื่อของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีของผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บจากงูพิษ ซึ่งแม้จะดูเหมือนเป็นปัญหาฉุกเฉินที่เน้นการรักษาเฉียบพลัน แต่ในเวชปฏิบัติจริงพบว่าผลกระทบจากการถูกงูกัดนั้น ส่งผลกระทบต่อเนื่องในหลายมิติของชีวิตผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยอาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล มีความเชื่อท้องถิ่นที่หลากหลาย หรือมีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจและสังคม องค์ประกอบหลักของการดูแลแบบองค์รวม ประกอบด้วย 4 มิติหลัก ดังนี้

1 มิติทางกายภาพ (Physical Domain)

เป็นมิติพื้นฐานที่สำคัญที่สุดในทางการแพทย์ ซึ่งรวมถึงการวินิจฉัยโรค การรักษา การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย ในกรณีของผู้ป่วยที่ถูกงูกัด แพทย์ปฐมภูมิจำเป็นต้องสามารถประเมินลักษณะพิษของงูแต่ละชนิด เช่น พิษที่มีผลต่อระบบประสาท (neurotoxic effects) พิษที่มีผลต่อระบบเลือด (hemotoxic effects) หรือพิษที่มีผลต่อกล้ามเนื้อและไต (myotoxic/nephrotoxic effects) รวมถึงการให้เซรุ่มต้านพิษอย่างเหมาะสม และการติดตามภาวะทางสรีรวิทยาอย่างใกล้ชิดภายใต้การจำหน่ายจากโรงพยาบาล

2 มิติทางจิตใจ (Psychological Domain)

การได้รับบาดเจ็บจากงูกัดสามารถก่อให้เกิดผลกระทบทางจิตใจอย่างรุนแรง ได้แก่ ความตกใจกลัว ความวิตกกังวลเฉียบพลัน ความรู้สึกไม่ปลอดภัย หรือแม้กระทั่งภาวะเครียดหลังเหตุการณ์รุนแรง (Post-Traumatic Stress Disorder; PTSD) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่เป็นเสาหลักของครอบครัว หรือผู้ที่เผชิญกับสถานการณ์ใกล้เสียชีวิต ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการกลัวซ้ำซ้อนจนไม่กล้าออกไปประกอบอาชีพกลางแจ้ง หรือเกิดความวิตกกังวลว่าจะถูกงูกัดอีกครั้ง ดังนั้น จึงควรมีการประเมินสภาวะสุขภาพจิต ตั้งแต่ระยะที่ผู้ป่วยยังอยู่ในโรงพยาบาล และจัดให้มีระบบติดตามอย่างต่อเนื่อง



ผลกระทบจากการถูกกักไม่ได้จำกัดเพียงแค่ตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว อาชีพ และรายได้ของครัวเรือน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มแรงงานภาคเกษตรกรรม หรือแรงงานรับจ้าง ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถกลับไปทำงานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ เกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระต่อครอบครัวสมาชิกในครัวเรือน ต้องปรับเปลี่ยนบทบาท หรือหยุดงานเพื่อรับการรักษา การดูแลแบบองค์รวมจึงควรประกอบด้วย การประเมินบทบาทหน้าที่ในครอบครัว สถานภาพทางเศรษฐกิจ และการประสานงานกับหน่วยงานท้องถิ่น เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) หรือกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เพื่อหาแนวทางสนับสนุนการฟื้นฟูคุณภาพชีวิต

ในหลายพื้นที่ของประเทศไทย ประชาชนมีความเชื่อเกี่ยวกับ "งู" ที่มีความหมายเกินกว่าเพียงแค่สัตว์มีพิษ บางชุมชนเชื่อว่าเป็นเจ้าที่ เจ้าป่า หรือมีความเกี่ยวข้องกับกรรมในอดีตชาติ เมื่อผู้ป่วยมีความเชื่อในลักษณะนี้ แพทย์ปฐมภูมิไม่ควรปฏิเสธ หรือหักล้างความเชื่อดังกล่าว แต่ควรใช้ท่าทีของการ "รับฟังอย่างไม่มีอคติ" เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี และใช้โอกาสในการสนทนาเป็นช่องทางในการให้ข้อมูลทางวิชาการควบคู่กันไปการเคารพในความเชื่อที่แตกต่างเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลที่แท้จริงในบริบทสังคมไทย

การดูแลผู้ป่วยโรคเฉียบพลันและเรื้อรังในมิติองค์รวม

ในระบบบริการปฐมภูมิ แพทย์ปฐมภูมิมักพบผู้ป่วยทั้งในกลุ่มโรคเฉียบพลันที่ต้องการการดูแลอย่างเร่งด่วน และโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว ทั้งสองกลุ่มโรคล้วนต้องการการดูแลแบบองค์รวม (holistic care) ที่คำนึงถึงทั้งมิติทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระบบบริการปฐมภูมิซึ่งผู้ป่วยมีความหลากหลายทางบริบทชีวิต และมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรสุขภาพ ซึ่งภาวะผู้ป่วยที่ได้รับพิษงูเป็นตัวอย่างที่เหมาะสมในการอธิบาย "โรคเฉียบพลันที่มีผลกระทบระยะยาว" อย่างชัดเจน

ในมุมมองทางคลินิกการได้รับพิษงูถือเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องได้รับการประเมินอาการอย่างรวดเร็วการให้เซรุ่มต้านพิษงู และการติดตามภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับระบบเลือด ระบบประสาท หรือไต อย่างใกล้ชิด อย่างไรก็ตาม ในบริบทของการดูแลแบบองค์รวมในระบบบริการปฐมภูมิ การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับพิษงูไม่สิ้นสุดเพียงแค่การให้ยารักษา การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในช่วงเฉียบพลันควรประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ ดังต่อไปนี้



การชักประวัติเชิงลึกเพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยง เช่น การประกอบอาชีพในพื้นที่เสี่ยง พฤติกรรมการป้องกันตนเอง หรือความเชื่อทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับงูเจ้าที่

การประเมินสุขภาพจิตและอารมณ์ของผู้ป่วย เช่น ความกังวลต่อการเสียชีวิต ความกลัวในการกลับไปประกอบอาชีพเดิม

การให้ข้อมูลสุขศึกษาเพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง เกี่ยวกับพิษงูและการรักษาด้วยเซรุ่มโดยคำนึงถึงความเชื่อ และวัฒนธรรมของผู้ป่วย

การวางแผนการรักษา สื่อสารกับครอบครัว และการเชิญชวนผู้ดูแลให้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจรักษา

การวางแผนการจำหน่ายอย่างปลอดภัย การประเมินความสามารถในการเดินทางกลับบ้าน และการจัดเตรียมผู้ดูแลต่อเนื่อง

ในบางกรณี แพทย์ปฐมภูมิที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน หรือแผนกเวชกรรมทั่วไปของโรงพยาบาลทั่วไป อาจไม่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยในช่วงวิกฤต แต่จะมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในช่วงการฟื้นฟูหลังการจำหน่าย

2 การดูแลต่อเนื่อง

หลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยบางรายอาจมีภาวะแทรกซ้อนที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ได้แก่

ภาวะแทรกซ้อนทางกายภาพ เช่น แผลเรื้อรัง การติดเชื้อแทรกซ้อนที่บริเวณแผล ข้อติด กล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือความบกพร่องในการเคลื่อนไหว

ภาวะแทรกซ้อนทางจิตใจ เช่น ความเครียดเรื้อรัง โรคความเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนใจ (PTSD) หรือการนอนไม่หลับ

ปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจ เช่น การไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพได้ หรือปัญหาในการปรับตัวกับบทบาทในครอบครัว

3 แนวทางการดูแลเชิงรุกสำหรับแพทย์ปฐมภูมิ

แพทย์ปฐมภูมิควรดำเนินการดูแลเชิงรุก ดังนี้

การวางแผนติดตามผู้ป่วยในชุมชน เช่น การเยี่ยมบ้านร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

การประเมินสุขภาพจิตในระยะติดตาม หากพบสัญญาณของ PTSD หรือภาวะซึมเศร้า ควรดำเนินการส่งต่อ หรือเริ่มการสนับสนุนเบื้องต้น

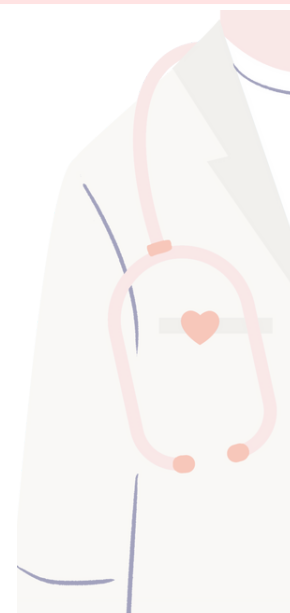
การประเมินปัจจัยทางสังคม เช่น การสูญเสียรายได้ การขาดผู้ดูแลที่บ้าน และการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การสนับสนุนให้ผู้ป่วยกลับสู่กิจวัตรปกติ ด้วยความมั่นใจ เช่น การแนะนำเครื่องป้องกันภัยส่วนบุคคลที่เหมาะสม และการสื่อสารเชิงบวกเพื่อสร้างกำลังใจ

บทบาทและหน้าที่ของแต่ละสาขาวิชาชีพ

ตารางที่ 5 บทบาทและหน้าที่ของแต่ละสาขาวิชาชีพ

บุคลากร	บทบาทหลัก	หน้าที่เฉพาะในกรณีผู้ป่วยที่ได้รับพิษงู
แพทย์ปฐมภูมิ	การวินิจฉัยและรักษา	ประเมินอาการแบบองค์รวม วางแผนการดูแลระยะยาว ประสานการดูแลสหสาขา
พยาบาล	การดูแลและติดตาม	เฝ้าระวังอาการ ให้ความรู้การดูแลแผล แนะนำการป้องกันภัยซ้ำ
เภสัชกร	การให้คำปรึกษาด้านยา	ตรวจสอบการให้เซรุ่มต้านพิษ อธิบายการใช้ยา ให้คำแนะนำเรื่องผลข้างเคียง
นักวิชาการสาธารณสุข	การวางแผนและประเมิน	วางแผนการเยี่ยมบ้าน ประเมินปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม
นักจิตวิทยา/พยาบาลจิตเวช	การดูแลสุขภาพจิต	ประเมินสุขภาพจิต ความกลัว ความวิตกกังวล และภาวะ PTSD
นักกายภาพบำบัด	การฟื้นฟูสมรรถภาพ	วางแผนฟื้นฟูกรณีข้อติดหรือกล้ามเนื้ออ่อนแรงหลังได้รับพิษงู
อาสาสมัครสาธารณสุข	การติดตามในชุมชน	ติดตามผู้ป่วยในชุมชน ประสานข้อมูลจากครอบครัว สร้างความเชื่อมั่น
ผู้นำชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	การสนับสนุนทางสังคม	จัดหางานที่เหมาะสม จัดงบประมาณ ฟื้นฟู สื่อสารความรู้ในชุมชน



ปัจจัยสำคัญสู่การทำงานสหวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพ

1 การสื่อสารอย่างสม่ำเสมอ

การจัดประชุมทีมหรือการประชุมรายกรณี (case conference) เพื่อปรับปรุงข้อมูลผู้ป่วยร่วมกันเป็นกลไกสำคัญในการประสานงาน

2 การเคารพบทบาทซึ่งกันและกัน

ทีมที่มีประสิทธิภาพจะไม่ยึดติดกับแนวคิดที่ว่าแพทย์เป็นผู้นำเพียงฝ่ายเดียว แต่เปิดโอกาสให้แต่ละสาขาวิชาชีพเสนอความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

3 การมีแผนการดูแลร่วม (Shared Care Plan)

การวางแผนการดูแลที่ผู้ป่วย และครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและกิจกรรม

4 การประสานงานข้ามระดับการดูแล

เมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลทั่วไป ทีมในโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องได้รับข้อมูล และวางแผนการดูแลต่อเนื่อง

5 การเชื่อมโยงกับทรัพยากรในชุมชน

การประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กลุ่มเกษตรกร กลุ่มสร้างรายได้ หรือสถาบันทางศาสนา ที่สามารถให้การสนับสนุนด้านจิตใจ และเศรษฐกิจ

บทเรียนจากการดูแลโรคเรื้อรัง: การประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับพิษงู

แนวทางการดูแลแบบองค์รวมที่ใช้กับโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน หรือโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบด้วย การตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วย การสร้างแรงจูงใจ การใช้ทีมสหวิชาชีพ และการวางแผนระยะยาว สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยหลังได้รับพิษงูได้เช่นเดียวกัน แม้ว่าจะไม่ใช่โรคเรื้อรังในความหมายแท้จริง แต่ผลกระทบที่เกิดขึ้นอาจมีความยาวนานและลึกซึ้ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมิติของความกลัวการสูญเสีย และการฟื้นฟูความมั่นใจ

สรุป แม้ว่าจะเป็นโรคเฉียบพลันหรือโรคเรื้อรัง การดูแลแบบองค์รวมในระบบบริการปฐมภูมิ คือ การให้ความสำคัญกับมิติความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยอย่างครบถ้วน กรณีการได้รับพิษงูจึงเป็นตัวอย่างสำคัญที่แสดงให้เห็นว่า โรคที่ดูเหมือนเป็นเพียงภาวะฉุกเฉินระยะสั้นในทางคลินิก อาจมีผลกระทบระยะยาวต่อชีวิตของผู้ป่วยและจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องผ่านระบบบริการปฐมภูมิที่มีความเข้าใจรอบด้าน



เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Integrated Health Services – What and Why? Technical Brief No. 1. Geneva: WHO; 2008.
2. World Health Organization. Framework on integrated people-centred health services: report by the Secretariat. Geneva: WHO; 2016.
3. World Health Organization. Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services. Geneva: WHO; 2018.
4. World Health Organization. Organizing health care services to ensure universal health coverage. Geneva: WHO; 2023.
5. Cash-Gibson L, Tello J, Allen L, Toro N. Closing the gap between public health and primary health care through integration: models of integration to improve health and achieve universal health coverage. World Health Organization policy brief; 2018.
6. Goodwin N, Stein V, Amelung V. What is integrated care? In: Handbook of Integrated Care. 2021.
7. Starfield B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. Oxford: Oxford University Press; 1998.
8. Wongtongkam N, Viseshsindh W. Primary care for snakebite victims: A review in rural Thailand. Asian Pac J Trop Med. 2021;14(8):345–351.
9. NIEM (National Institute for Emergency Medicine). Snakebite Management Guidelines Thailand. Bangkok: NIEM; 2020.
10. National Institute for Emergency Medicine. Snakebite Management Guidelines Thailand. Bangkok: NIEM; 2020.
11. Roth M, Liu H, Chai S, et al. Holistic health care: Integrating spiritual care in primary settings. J Family Med Prim Care. 2017;6(3):487–492.
12. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป: เวชศาสตร์ครอบครัว. กรุงเทพฯ: สำนักเวชกรรมสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2562.
13. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานผลการดำเนินงานระบบบริการปฐมภูมิ ปี 2564. กรุงเทพฯ: สปสช.; 2565.
14. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). แนวทางโรงพยาบาลคุณภาพ: HPH และ P4P. กรุงเทพฯ: สรพ.; 2564.
15. สุทธิพงศ์ วสุโสภาพรณ, สมบูรณ์ ประเสริฐศรี. การประเมินภาวะเครียดหลังเหตุการณ์งูกัดในชุมชนชนบท. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2560;23(4):34–46.



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

กรณีศึกษา

แพทย์หญิงพัฒนจิตา วงศ์ธนู

กรณีศึกษาที่ 1

รายละเอียดของผู้ป่วย (Case presentation)

Patient profile: ผู้ป่วยเด็กชาย อายุ 4 ปี ภูมิลำเนาจังหวัด กรุงเทพมหานคร

Chief complaint: ซึมลง 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล

Present illness: 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ปกครองพบผู้ป่วยถูกงูกัดบริเวณศีรษะ ขณะนอนอยู่ที่บ้านบริเวณชั้น 1 จึงพามาโรงพยาบาล เห็นตัวงูเป็นสีดำ ไม่แน่ใจเรื่องชนิดงู ไม่ได้นำมาด้วย แกร็บที่ห้องฉุกเฉิน คนไข้ตื่นรู้ตัว มีแผลที่หนังศีรษะ 2 จุด ไม่มีเลือดออก ไม่บวม ต่อมาคนไข้หนังตาตก ไม่ขยับแขนขาทั้ง 2 ข้าง

Past history: ประวัติได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์

Physical examination: BT 37.0 °C, BP 90/60 mmHg, PR 107 bpm, RR 20/min, SpO2 96 % Ptosis both eyes, motor power grade 0 all extremities Fang mark at scalp, mild swelling, minimal bleeding from wound

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Investigation)

LAB	วันที่ 1	LAB	วันที่ 1
CBC		Electrolyte	
Hb (g/dL)/HCT (%)	12.8/39	Na (mmol/L)	137
WBC (cell/mm3)	7,600	K (mmol/L)	4.3
N (%)	78	Cl (mmol/L)	106
L (%)	13	CO2 (mmol/L)	21
Platelet (cell/mm3)	222,000	Fibrinogen level (mg/dl)	462
BUN/Creatinine(mg/dL)	-/0.39	PT/aPTT/INR	14.4/28.6/1.23
CBG (mg%)	126	20WBCT	clotted

การรักษา (Treatment)

- ▶ ใส่ท่อช่วยหายใจ
- ▶ ได้รับ Neuro polyvalent snake antivenom 10 vials บริหารทางหลอดเลือดดำ

ผลลัพธ์การรักษา (Outcome)

Progression day 1: แกรับหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก

- ▶ หายใจตามเครื่องช่วยหายใจ
- ▶ ตรวจร่างกาย Motor power grade 1 all extremities

Progression day 2:

- ▶ ผู้ป่วยตื่น สดชื่น ทำตามสิ่ง มีไข้ขึ้นสูง 39 °C ไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง มีปัสสาวะออกสีแสดจาง
- ▶ ตรวจร่างกาย E4VTM6, no ptosis, motor power grade 5 all extremities
- ▶ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบระดับ CPK ขึ้นสูง (CPK 5988 U/L) ได้รับการรักษาด้วยสารน้ำ
- ▶ ได้รับยาปฏิชีวนะ ceftriaxone และ clindamycin เนื่องจากสงสัยภาวะติดเชื้อบริเวณแผล

Progression day 3:

- ▶ ผู้ป่วยหายใจเองได้ตามปกติ ไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง ปัสสาวะสีเหลืองใส แขนงโน้มไขลดลง
- ▶ แพทย์พิจารณาถอดท่อช่วยหายใจออกได้
- ▶ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ แขนงโน้มระดับ CPK ลดลง (CPK 3497 U/L) และระดับค่า Creatinine ปกติ (Cr 0.35 mg/dL)
- ▶ ย้ายแผนกผู้ป่วยเด็กสามัญ

Progression day 4: แผนกผู้ป่วยเด็กสามัญ

- ▶ ผู้ป่วยตื่นดี เล่นได้ ไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง ไม่มีไข้ แผลที่ศีรษะไม่บวมแดง
- ▶ ตรวจร่างกาย E4V5M6, motor power grade 5 all extremities
- ▶ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการระดับ CPK ลดลง (CPK 1855 U/L)
- ▶ แพทย์พิจารณาให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้

อภิปราย (Discussion)

ผู้ป่วยรายนี้มาโรงพยาบาลด้วยโดนงูกัดขณะนอน มีอาการได้รับพิษทางระบบประสาท หนังตาตก อ่อนแรง แกรับตรวจพบ fang mark at scalp, mild swelling, minimal bleeding from wound ตรวจพบ ptosis และ muscle paralysis จึงให้การรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจ ทันทีที่ห้องฉุกเฉิน เพื่อป้องกันภาวะทางเดินหายใจอุดตัน และให้ Neuro polyvalent snake antivenom ขนาด 10 ขวดเล็ก ภายหลังได้รับเซรุ่มต้านพิษอาการทางระบบประสาทของผู้ป่วยดีขึ้น ต่อมาจึงพิจารณาถอดท่อช่วยหายใจได้

ระหว่างนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยรายนี้มีไข้ สงสัยบาดแผลติดเชื้อ ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ เพื่อรักษาอาการของแผลติดเชื้อ ต่อมาภาวะ rhabdomyolysis จึงให้การรักษาด้วยสารน้ำ ภายหลังอาการคงที่ระดับ CPK แขนงโน้มลดลง จึงจำหน่ายกลับบ้านได้



กรณีศึกษาที่ 2

รายละเอียดของผู้ป่วย (Case presentation)

Patient profile: ผู้ป่วยชาย อายุ 39 ปี ภูมิลำเนา อำเภอมวกก่อ จังหวัดเชียงใหม่

Chief complaint: ถูกงูกัดที่ข้อเท้าขวา 4 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

Present illness: 4 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ถูกงูกัดที่ข้อเท้าขวา ขณะอยู่ในทุ่ง มีแผลรอยเขียว ไม่มีเลือดออกง่าย ไม่มีหนังตาดก ผู้ป่วยนำงูมาด้วย ลักษณะสีน้ำตาล มีลายสี่เหลี่ยมสีดำ ตรวจสอบลักษณะงูเบื้องต้นสงสัยงูกะปะ แรกแรกที่ห้องฉุกเฉิน คนไข้ตื่นรู้ตัว มีแผลที่ข้อเท้าขวา 2 จุด ไม่มีจุดจำเลือด ได้ทำการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และสังเกตอาการ 6 ชั่วโมงต่อมา (10 ชั่วโมงหลังโดนกัด) ข้อเท้าขวาบวมมากขึ้น มีถุงน้ำใส คลำชีพจรที่หลังเท้า (dorsalis pedis artery) ไม่ได้ สงสัยภาวะ compartment syndrome และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ VCT นานกว่า 30 นาที

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Investigation)

LAB (time after envenomation)	4 ชั่วโมง	10 ชั่วโมง	18 ชั่วโมง	วันที่ 2	วันที่ 3	วันที่ 4	วันที่ 5	วันที่ 6	วันที่ 7
Hemoglobin (Hb) (g/dL) /HCT (%)	15.6/46.7	-	16.7/49.9	14.3/49.9	12.8/39.6	11/34	-	10.3/32	-
White Blood Cell (WBC) (cell/mm3)	14,400	-	14,100	14,300	10,500	6,400	-	5,800	-
Neutrophil (N) (%)	88.2	-	84.7	84.2	73	69.7	-	65.7	-
Lymphocytes (L) (%)	7.9	-	10.3	9.6	16.6	17.9	-	19.4	-
Platelet (cell/mm3)	157,000	-	165,000	143,000	141,000	140,000	-	200,000	-
Blood Urea Nitrogen (BUN) (mg/dL)/ Creatinine (mg/dL)	17/1.3	-	15/1.0	13/1.3	9/1.1	8/0.9	8/1.0	9/1.0	9/0.9
Creatine Phosphokinase (CPK) (U/L)	-	-	14,407	13,105	7,322	4,585	2,531	-	661
PT/aPTT/INR	18/31/1.6	-	15/29/1.2	15/30/1.2	14/28/1.1	15/30/1.2	-	-	-
20-Whole Blood Clotting Time (20WBCT)	-	-	clotted	Un-clotted	Un-clotted	Un-clotted	clotted	clotted	clotted
Venous Clotting Time (VCT)	clotted	prolonged > 30 min	-	-	-	-	-	-	-

การรักษา (Treatment)

- ▶ Malayan pit viper antivenom ขนาด 5 ขวดเล็ก บริหารทางหลอดเลือดดำ
- ▶ ส่งผู้ป่วยรักษาต่อยังโรงพยาบาลจังหวัด

ผลลัพธ์การรักษา (Outcome)

Progression day 1: 18 ชั่วโมงหลังโดนกัด แกร็บที่โรงพยาบาลจังหวัด

- ▶ ผู้ป่วยมีอาการปวดขาขวารุนแรง รู้สึกชา ขาขวาบวมตึง
- ▶ ประเมินชนิดงูกัด ลักษณะงูไม่เหมือนงูกะปะ ลักษณะเหมือนงูเกอะลอมก้อย (*Protobothrops kelomohy*)
- ▶ ตรวจร่างกาย Right leg: markedly swelling, tense and pain on passive leg stretching, paresthesia, dorsalis pedis pulse could not be palpated
- ▶ เนื่องจากสงสัยภาวะ compartment syndrome ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย Hemato polyvalent antivenom ขนาด 3 ขวดเล็ก ทางหลอดเลือดดำ และได้รับส่วนประกอบของเลือด FFP ก่อนการผ่าตัด emergency fasciotomy
- ▶ ผลตรวจติดตามทางห้องปฏิบัติการ พบมีภาวะ rhabdomyolysis ร่วมด้วย ให้การรักษาโดยสารน้ำ และการทำให้ปัสสาวะเป็นด่างด้วยโซเดียมไบคาร์บอเนต (urine alkalinization)

Progression day 2 - 4:

- ▶ ตรวจติดตาม 20 WBCT ทุก 6 - 8 ชั่วโมง ผลยังผิดปกติ (unclotted) จึงได้รับการรักษาด้วย Hemato polyvalent snake antivenom ขนาด 3 ขวดเล็ก ทางหลอดเลือดดำ ทุก 7 - 12 ชั่วโมง (total 24 vials)

Progression day 5:

- ▶ ผู้ป่วยไม่มีปัญหาเลือดออกผิดปกติ แพทย์เย็บปิดแผล fasciotomy แล้ว
- ▶ ผลตรวจติดตามทางห้องปฏิบัติการ 20 WBCT และปริมาณเกล็ดเลือดปกติ แนวโน้มระดับ CPK ลดลง
- ▶ แพทย์พิจารณาให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้

อภิปราย (Discussion)

ผู้ป่วยรายนี้มีอาการได้รับพิษทางระบบโลหิต หลังจากโดนกัด 10 ชั่วโมง มีอาการเฉพาะที่ ได้แก่ ข้อเท้าขวาบวมมากขึ้น มีถุงน้ำใส คลำชีพจรบริเวณ dorsalis pedis artery ไม่ได้ สงสัยภาวะ compartment syndrome ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ มีข้อบ่งชี้ในการพิจารณาให้เชื้อมด้นพิษ ที่โรงพยาบาลชุมชนสงสัยพิษจากงูกะปะ จึงให้ Malayan pit viper antivenom ขนาด 5 vials และส่งตัวไปโรงพยาบาลจังหวัด รับการรักษาโดย fasciotomy ที่โรงพยาบาลจังหวัดพิจารณาลักษณะงูแล้วไม่เหมือนงูกะปะ คิดถึงพิษจากงูชนิดใหม่ คือ งูเกอะลอมก้อย ซึ่งยังไม่เคยมีเชื้อมด้นพิษเฉพาะ จึงให้เป็น Hemato polyvalent snake antivenom ขนาด 3 vials รวมทั้งสิ้น 24 vials ภายหลังได้รับเชื้อมด้นพิษ อาการทางระบบโลหิตของผู้ป่วยดีขึ้น ไม่มีภาวะเลือดออก ผลตรวจการแข็งตัวของเลือดปกติ แนวโน้มระดับ CPK ลดลง จึงพิจารณาให้กลับบ้านได้ แต่ทั้งนี้ในการประเมินประสิทธิภาพของเชื้อมด้นพิษในผู้ป่วยรายนี้ ยังไม่สามารถบอกได้แน่ชัด หลักการรักษาสำคัญในผู้ป่วยรายนี้ยังคงเป็นการรักษาประคับประคองร่วมกับการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น



ปัจจุบันในประเทศไทย ยังไม่มีเซรุ่มต้านพิษงูเฉพาะสำหรับงูเคอะลออมก้อย มีรายงานการศึกษาในหลอดทดลอง พบว่า การใช้ Hemato polyvalent snake antivenom มีประสิทธิภาพการกำจัดพิษได้ดีกว่า Monovalent snake antivenom แต่ทั้งนี้ข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยที่ถูกงูชนิดนี้กัดยังมีอยู่จำกัด จึงแนะนำการรักษาแบบประคับประคอง การตรวจติดตามอาการเลือดออกผิดปกติ การตรวจติดตามทางห้องปฏิบัติการ การรักษาภาวะแทรกซ้อน ร่วมกับการพิจารณาปรึกษาศูนย์พิษวิทยา

บทสรุป (Learning point)

1. ผู้ป่วยอาจโดนงูกัดระหว่างนอนหลับ โดยเฉพาะตอนกลางคืน ซึ่งอาจไม่มีผู้พบเห็นเหตุการณ์ ดังนั้นผู้ป่วยอาจมาโรงพยาบาลด้วยอาการซึม หรืออ่อนแรง จากพิษระบบประสาท ทั้งนี้ ในบางชนิด เช่น งูทับสมิงคลา มีอาการเฉพาะที่น้อย อาจไม่เห็นอาการบวมเฉพาะที่ได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องตรวจร่างกายให้ละเอียด เพื่อช่วยในการวินิจฉัยผู้ป่วยที่ได้รับพิษจากงูกัดได้
2. ในบางชนิด เช่น งูทับสมิงคลา งูสามเหลี่ยม งูแมวเซา นอกจากจะมีพิษทางระบบประสาท หรือทางระบบโลหิตแล้ว ยังส่งผลอื่นต่อร่างกาย ได้แก่ ภาวะ hyponatremia, hypokalemia, rhabdomyolysis และ acute renal failure ได้ ให้การรักษาโดยประคับประคอง ร่วมกับการให้เซรุ่มต้านพิษตามข้อบ่งชี้
3. ผู้ป่วยที่ได้รับพิษทางระบบโลหิต อาจไม่แสดงผลตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติในทันที และผู้ป่วยอาจแสดงอาการได้ช้าถึง 3 วันหลังโดนกัด ดังนั้นในผู้ป่วยที่สงสัยงูพิษทางระบบโลหิตกัด จึงควรตรวจติดตามผลเลือดทุก 6 ชั่วโมง เป็นเวลา 24 ชั่วโมง หลังจากนั้นตรวจติดตามผลเลือดวันละครั้ง จนครบ 72 ชั่วโมง
4. ผู้ป่วยทุกรายที่ถูกงูกัด ควรได้รับวัคซีนบาดทะยัก พิจารณาตามประวัติการได้รับวัคซีน ภายหลังจากการแก้ไขความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด และปริมาณเกล็ดเลือดแล้ว

ภาคผนวก ข

คำถามที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ

แพทย์หญิงณิธิดา สุเมธโชติเมธา

- 1 ผู้ป่วยที่ถูกงูพิษกัด จำเป็นต้องได้รับเซรุ่มรักษาพิษงูทุกรายหรือไม่**

ไม่ทุกราย เนื่องจากงูพิษที่กัดคน ไม่ใช่กัดทุกครั้งจะปล่อยพิษทุกครั้ง มีบางครั้งที่จะเป็นลักษณะกัดแห้ง ที่เรียกว่า dry bite คือ ไม่มีการปล่อยพิษออกมา จึงไม่เกิดความเป็นพิษ ดังนั้น ในผู้ป่วยที่ถูกงูพิษกัด ไม่ใช่ทุกรายที่ต้องได้รับเซรุ่ม เพราะต้องขึ้นกับภาวะพิษและข้อบ่งชี้ในการให้เซรุ่ม
- 2 หากผู้ป่วยมีอาการพิษจากระบบประสาท เช่น หนังตาตก กลืนลำบาก ถ้าให้เซรุ่มต้านพิษงู จะไม่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ถูกต้องหรือไม่**

ไม่ถูกต้อง เพราะหากพิษเข้าสู่เนื้อเยื่อและระบบประสาทแล้ว การให้เซรุ่มจะไม่สามารถแก้ไขอาการได้ทั้งหมด และจะไม่สามารถป้องกันภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงจนทำให้ระบบการหายใจล้มเหลวได้ ดังนั้น ในผู้ป่วยทุกรายที่มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงที่ได้รับเซรุ่ม ผู้ป่วยรายนั้น จำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจเสมอ เซรุ่มต้านพิษงูจะมีประโยชน์ในแง่ลดความรุนแรงของอาการ และช่วยลดระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจ
- 3 ปริมาณเซรุ่มที่ใช้เป็นอย่างไร**

ขึ้นอยู่กับชนิดของงูพิษ แต่ขนาดที่ใช้จะเท่ากันทั้งในผู้ใหญ่ เด็ก หรือหญิงตั้งครรภ์
- 4 จำเป็นต้องทดสอบ skin test ก่อนการให้เซรุ่มต้านพิษงูหรือไม่**

ไม่จำเป็นต้องทำ skin test ก่อนการให้เซรุ่มต้านพิษงู
- 5 ผู้ป่วยเกิดอาการแพ้ หรืออาการไม่พึงประสงค์ ระหว่างการให้เซรุ่มต้านพิษงู ควรต้องทำอะไร**

หากมีอาการไม่รุนแรง เช่น มีผื่นคัน ให้หยุดการให้เซรุ่มต้านพิษงูทันที และรักษาตามอาการ เช่น การให้ยาแก้แพ้ CPM ร่วมกับการให้ steroid หากอาการดีขึ้น และจำเป็นต้องให้เซรุ่มต้านพิษงูต่อ สามารถให้ได้โดยต้องผสมเซรุ่มขวดใหม่ ห้ามเขย่าตอนผสม และให้เซรุ่มต้านพิษงูในอัตราเร็วที่ช้าลง โดยให้ภายใน 30 - 60 นาที

หากมีอาการแพ้รุนแรง เช่น เกิด anaphylaxis เกิดภาวะ hypotension หรือเกิด bronchospasm ให้หยุดการให้เซรุ่มต้านพิษงูทันที รักษาตามแนวทางของ anaphylaxis โดยการให้ยา เช่น ยา Adrenaline ยา CPM และยา steroid หลังจากนั้นให้พิจารณาว่า มีความจำเป็นต้องให้เซรุ่มต้านพิษงูต่อหรือไม่

แนวทางการวินิจฉัย ดูแลรักษาผู้ป่วยถูกงูพิษกัด ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2568



QR CODE DOWNLOAD



จัดทำโดย
กองวิชาการแพทย์
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข