



โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า
ระเบียบปฏิบัติงาน ที่ MED.XXX.SP.๐๑๑
(System Procedure)
เรื่อง แนวทางการดูแลผู้ป่วย Acute Stroke


จัดทำโดย
PCT. อายุรกรรม

ลงชื่อ.....
(นายแพทย์สุริยะ นันทสุนกนธ์)
ตำแหน่ง ประธาน PCT. อายุรกรรม
ผู้ทบทวน

ลงชื่อ.....
(นายแพทย์สุทธิพงษ์ ศิริมัย)
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า
ผู้อนุมัติ


วันที่.....

สำเนาฉบับที่
เอกสาร ฉบับ () ควบคุม () ไม่ควบคุม

 โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า SOMDEJPHAPHUTHALERTLAR	หน้าที : ๒/๒๗ ปรับปรุงครั้งที่ : ๐๐ ฉบับที่ : A	
	วันที่ประกาศใช้ : เอกสาร (✓) ควบคุม () ไม่ควบคุม	
เรื่อง แนวทางการดูแลผู้ป่วย Acute Stroke	รหัสเอกสาร : MED.XXX.SP.๐๑๑	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ทุกหน่วยงาน
จัดทำโดย : PCT. อายุรกรรม	ตรวจสอบโดย : นพ.สุริยะ นันทสุนทร ประธาน PCT. อายุรกรรม	ผู้อนุมัติ : นพ.สุทธิพงษ์ ศิริมัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

สารบัญ

ตอนที่	หัวข้อ
๑.๐	วัตถุประสงค์
๒.๐	ขอบข่าย
๓.๐	คำนิยามศัพท์
๔.๐	เอกสารอ้างอิง
๕.๐	หน้าที่ความรับผิดชอบ
๖.๐	วิธีปฏิบัติ
๗.๐	เครื่องชี้วัดคุณภาพ
๘.๐	บันทึกคุณภาพที่จัดเก็บ
๙.๐	ภาคผนวก

 โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า SOMDEJPHAPHUTHALERTLAR	หน้าที : ๔/๒๗ ปรับปรุงครั้งที่ : ๐๐ ฉบับที่ : A	
	วันที่ประกาศใช้ : เอกสาร (✓) ควบคุม () ไม่ควบคุม	
เรื่อง แนวทางการดูแลผู้ป่วย Acute Stroke	รหัสเอกสาร : MED.XXX.SP.๐๑๑	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ทุกหน่วยงาน
จัดทำโดย : PCT. อายุรกรรม	ตรวจสอบโดย : นพ.สุริยะ นันทสุนทร ประธาน PCT. อายุรกรรม	ผู้อนุมัติ : นพ.สุทธิพงษ์ ศิริมัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

๑.๐ วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วย acute stroke ได้มาตรฐานและเป็นแนวทางเดียวกัน
๒. เพื่อลดอัตราการตาย ลดความพิการ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย acute stroke

๒.๐ ขอบข่าย

แพทย์ พยาบาล และบุคลากรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย acute stroke

๓.๐ คำนิยามศัพท์


ผู้ป่วย acute stroke หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองแบบเฉียบพลัน และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ (ตามคำจำกัดความในแนวทางนี้)

๔.๐ เอกสารอ้างอิง

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๕
 สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, แนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองแตก. พ.ศ. ๒๕๕๖

๕.๐ หน้าที่ ความรับผิดชอบ

๑. แพทย์ มีหน้าที่ ประเมินอาการ ให้การวินิจฉัยและสั่งการรักษา
๒. พยาบาล มีหน้าที่ ร่วมกับแพทย์ในการประเมินอาการ ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการรักษา และประสานการดูแลรักษาให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย
๓. บุคลากร อื่น ๆ มีหน้าที่ ปฏิบัติงานตามภาระหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางที่กำหนด

 โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า SOMDEJPHAPHUTHALERTLAR	หน้าที่ : ๕/๒๗ ปรับปรุงครั้งที่ : ๐๐ ฉบับที่ : A	
	วันที่ประกาศใช้ : เอกสาร (✓) ควบคุม () ไม่ควบคุม	
เรื่อง แนวทางการดูแลผู้ป่วย Acute Stroke	รหัสเอกสาร : MED.XXX.SP.๐๑๑	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ทุกหน่วยงาน
จัดทำโดย : PCT. อายุรกรรม	ตรวจสอบโดย : นพ.สุริยะ นันทสุนทร ประธาน PCT. อายุรกรรม	ผู้อนุมัติ : นพ.สุทธิพงษ์ ศิริมัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

๖.๐ วิธีปฏิบัติ

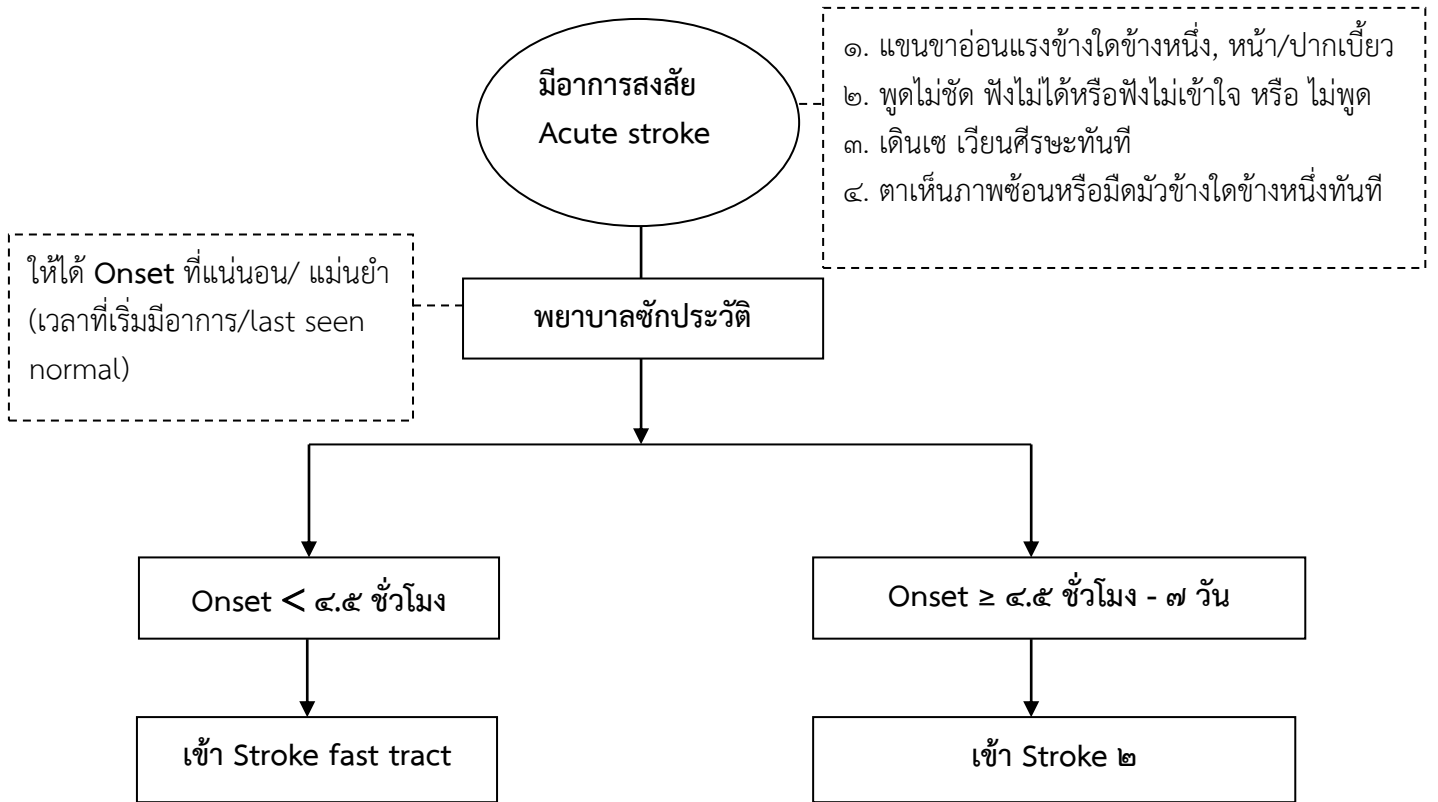
ประกอบด้วย ๓ แนวทางหลัก ดังนี้

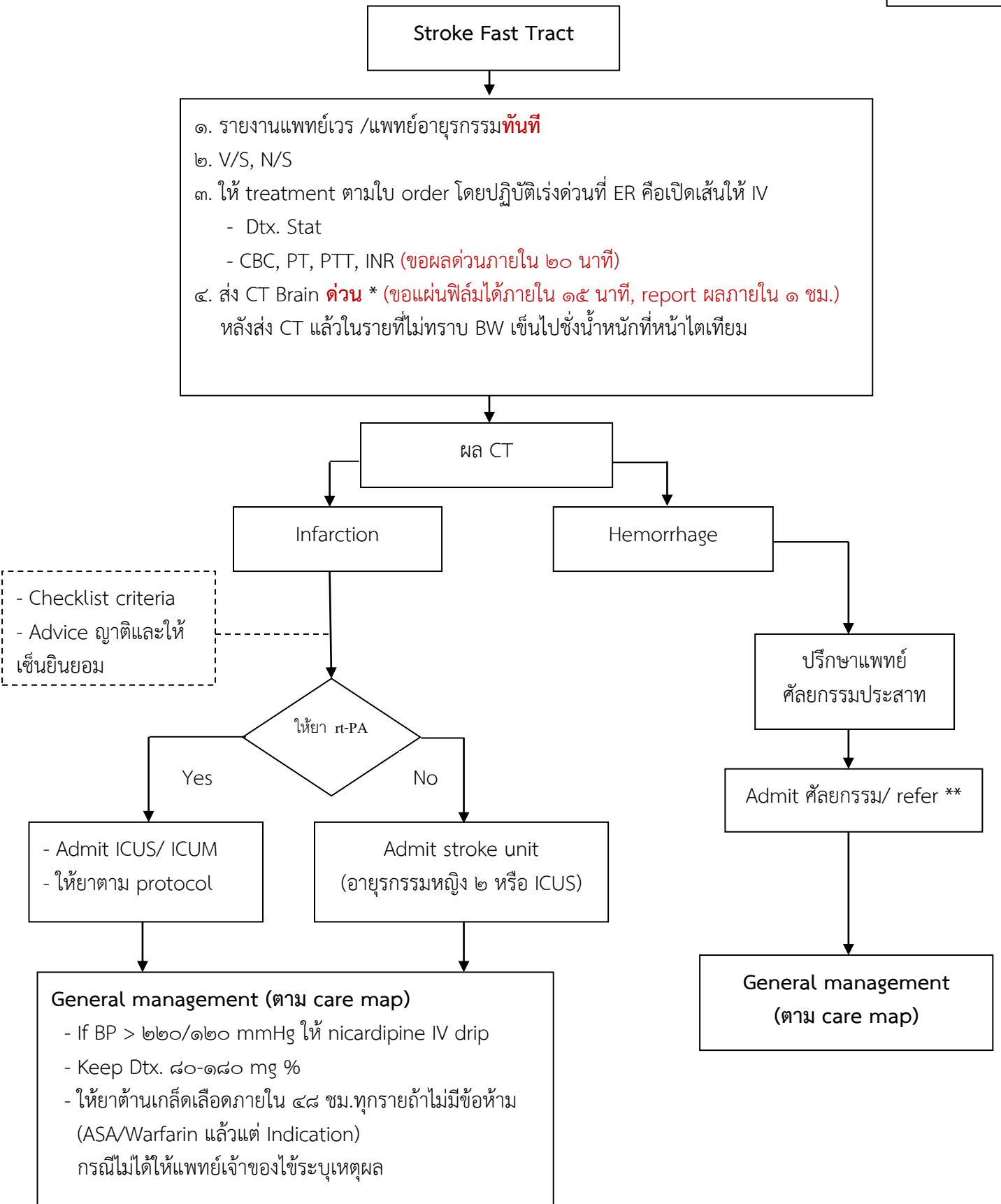
- ๖.๑ ผู้ป่วยที่มีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชั่วโมง ปฏิบัติตามแนวทางใน flowchart stroke fast tract
- ๖.๒ ผู้ป่วยที่มีอาการตั้งแต่ ๔.๕ ชั่วโมง- ๗ วัน ปฏิบัติตามแนวทางใน flowchart stroke ๒
- ๖.๓ ผู้ป่วยที่ส่งมาจากโรงพยาบาลชุมชน ปฏิบัติตามแนวทางที่เป็น flowchart แนวทางการส่งต่อผู้ป่วย Acute Stroke

ทั้งนี้การปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าว มีเอกสารที่เกี่ยวข้องในระบบการดูแลที่สำคัญ ดังนี้

๑. Standing order
๒. Protocol การให้ยา rt-PA และใบเซ็นยินยอมให้ยา
๓. แบบประเมิน NIHSS
๔. แบบประเมินการกลืน
๕. แบบประเมินความพิการ
๖. แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
๗. แบบบันทึกการวางแผนจำหน่าย acute ischemic stroke
๘. ใบส่ง HHC acute ischemic stroke
๙. Care map

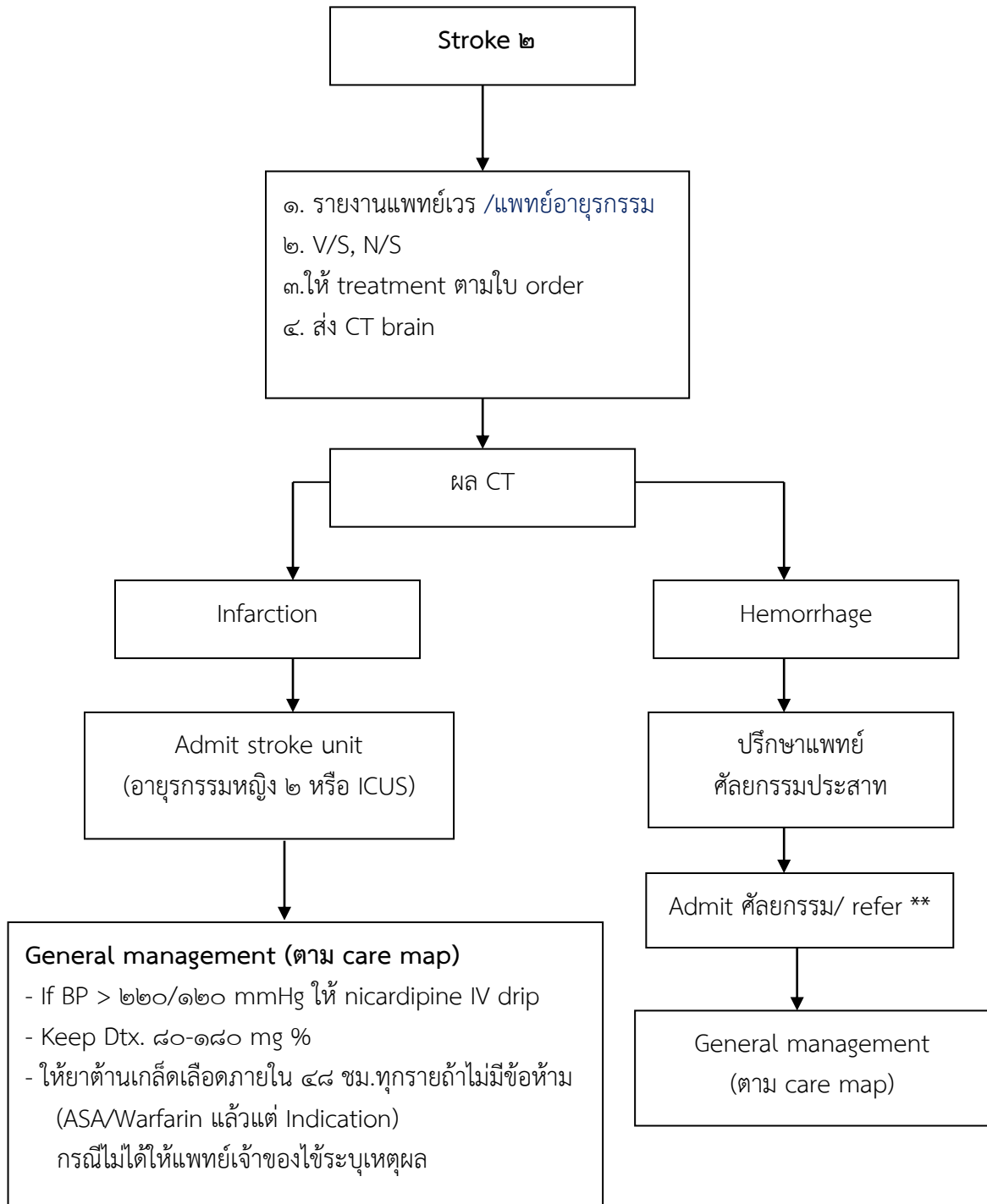
โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า
แนวทางการดูแลผู้ป่วย Acute Stroke





หมายเหตุ * การส่ง CT brain ด่วน ในผู้ป่วย fast tract stroke ในเวลาราชการให้ staff med เซ็นอนุมัติได้เลย (ไม่ต้องรออนุมัติจากผู้อำนวยการ/ รองๆ ตามระบบ CT ปกติ)

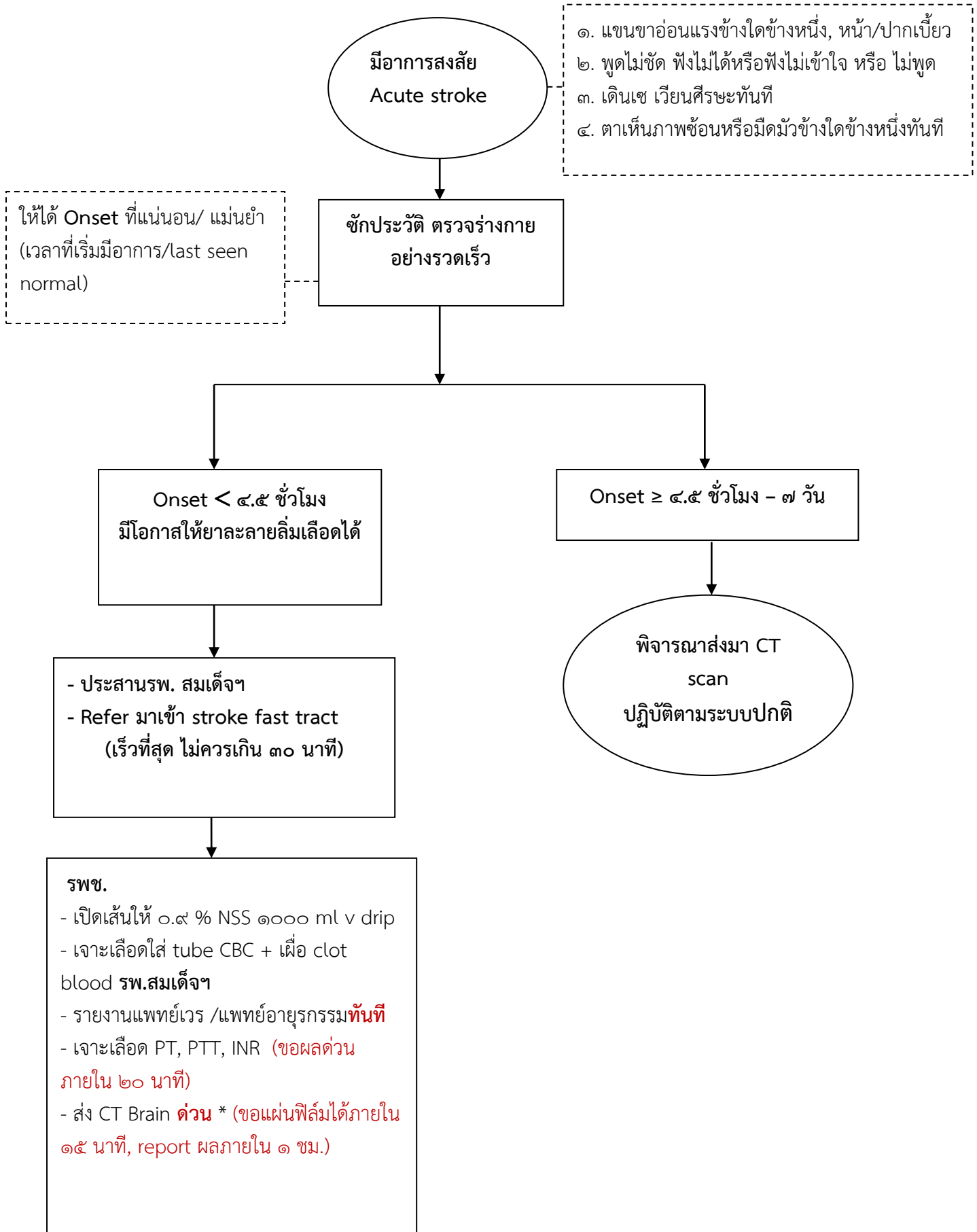
** ผู้ป่วยที่มี hemorrhage หลังรับไว้ในแผนกศัลยกรรมแล้วยังไม่มีการ neurosurgeon ให้ staff med ดูแล ก่อน วันรุ่งขึ้นมี neurosurgeon แล้วจึงให้ดูแลต่อ/ round เอง

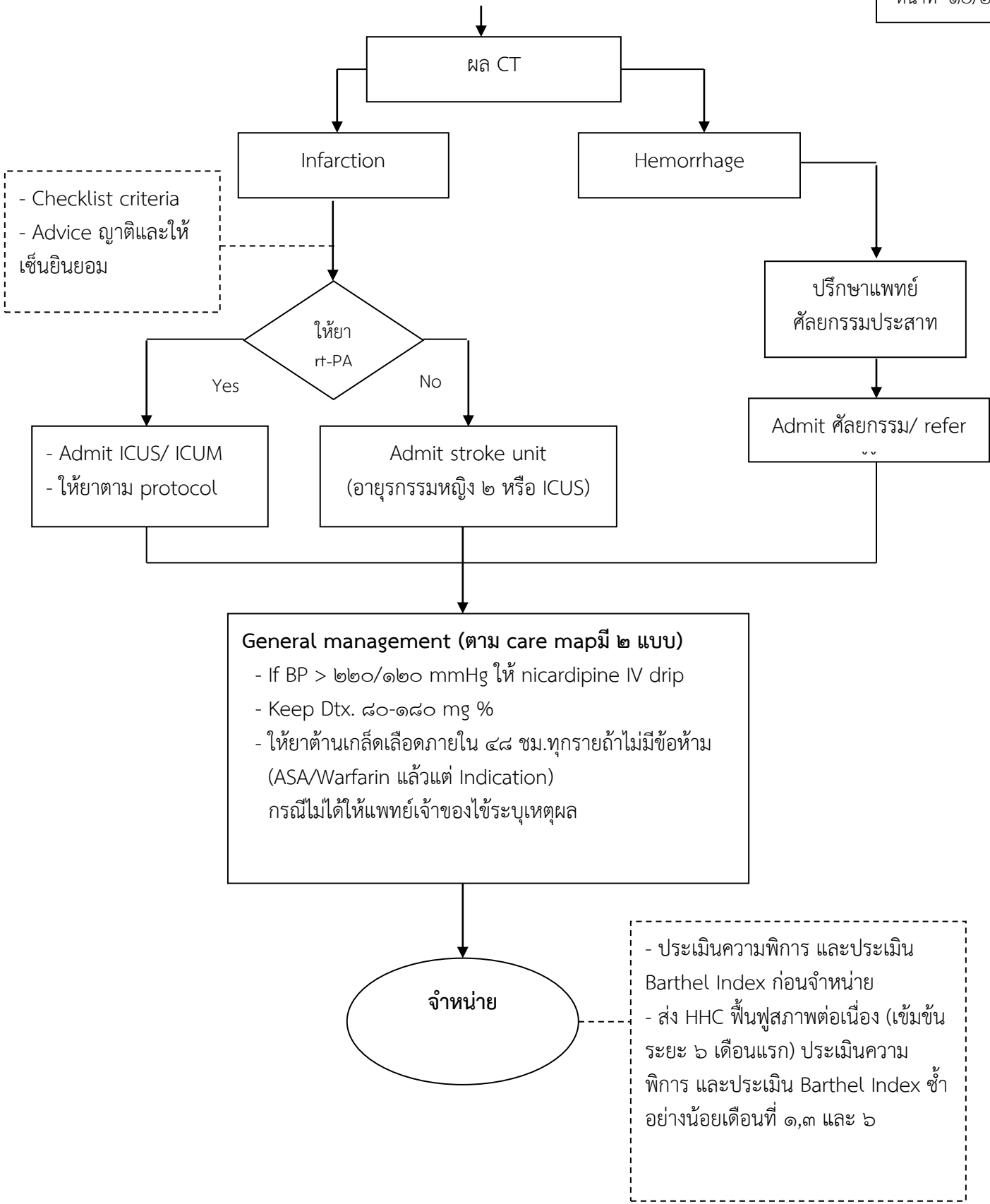



หมายเหตุ

** ผู้ป่วยที่มี hemorrhage หลังรับไว้ในแผนกศัลยกรรมแล้วยังไม่มีเวร neurosurgeon ให้ staff med ดูให้ก่อน วันรุ่งขึ้นมีเวร neurosurgeon แล้วจึงให้ดูต่อ/ round เอง

แนวทางการส่งต่อ ผู้ป่วย Acute Stroke






 โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า SOMDEJPHAPHUTHALERTLAR	หน้าที่ : ๑๑/๒๗ ปรับปรุงครั้งที่ : ๐๐ ฉบับที่ : A	
	วันที่ประกาศใช้ : เอกสาร (✓) ควบคุม () ไม่ควบคุม	
เรื่อง แนวทางการดูแลผู้ป่วย Acute Stroke	รหัสเอกสาร : MED.XXX.SP.๐๑๑	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ทุกหน่วยงาน
จัดทำโดย : PCT. อายุรกรรม	ตรวจสอบโดย : นพ.สุริยะ นันทสุนทร ประธาน PCT. อายุรกรรม	ผู้อนุมัติ : นพ.สุทธิพงษ์ ศิริมัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

เกณฑ์การรับผู้ป่วยเข้า Stroke unit

- ผู้ป่วยที่มีอาการมาไม่เกิน ๔.๕ ชม. และไม่มีข้อห้ามในการให้ยา rt-PA ให้ admit ICU๓, ICU๔ และ อยุ. ๒
ในกรณี ICU ทั้ง ๒ แห่งเต็ม หลังจากให้ยาครบ ๒๔ ชม. แล้ว ผลCT Brain ซ้ำไม่มีภาวะ Hemorrhagic transform ย้ายออกจาก ICU
- ผู้ป่วยที่มีอาการมาเกิน ๔.๕ ชม. – ๗ วันหรือมีข้อห้ามในการให้ยา rt-PA เพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทและให้การรักษาพยาบาลตาม Care map
- ผู้ป่วย Old CVD ผล CT Brain พบว่ามีรอย lesion ใหม่หรือตรวจร่างกาย พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท
- ผู้ป่วยที่ Re-admission ภายใน ๒๘ วัน ผล CT Brain พบว่ามีรอย lesion ใหม่หรือตรวจร่างกายพบว่ามี การเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทหลังจากวันที่จำหน่าย
- ผู้ป่วยที่มีอาการ Stroke ขณะนอนในรพ.ตาม ward ต่าง ๆ ให้ย้ายมาเพื่อสังเกตอาการที่ stroke unit ได้ ๗ วัน หลังจากนั้นสามารถย้ายกลับ ward เดิมได้ ถ้าไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท ทั้งนี้ให้ ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของอายุรแพทย์
- กรณีรับย้ายจาก ICU ถ้าผู้ป่วย admit นานเกิน ๑๔ วัน มีภาวะแทรกซ้อนที่ไม่ใช่ Hemorrhagic transform หรืออาการทางระบบประสาทคงที่ สามารถย้ายไปตาม ward ต่าง ๆ ได้ตามระบบปกติ

ภาวะที่ควรพิจารณางดโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ

- ไข้ \geq ๓๘ องศาเซลเซียส
- ชีพจร $>$ ๑๐๐ หรือ $<$ ๖๐ ครั้ง/ นาที
- ความดันโลหิต SBP \geq ๑๘๐/ ๑๑๐ หรือ DBP \leq หรือ ๙๐/ ๖๐ มิลลิเมตรปรอท
- มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก
- มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบเฉียบพลัน
- หอบเหนื่อย
- ซึม สับสน หรือมีภาวะทางจิตที่ไม่สามารถรับการฟื้นฟูต่อได้
- ชัก
- แขนขาอ่อนแรงเพิ่มขึ้น (progressive stroke)
- ปวดศีรษะ เวียนศีรษะหรือ คลื่นไส้อาเจียนมาก
- ขาบวมที่สงสัยว่าจะมีเส้นเลือดส่วนลึกอุดตันเฉียบพลัน (DVT)

 โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า SOMDEJPHAPHUTHALERTLAR	หน้าที่ : ๑๒/๒๗ ปรับปรุงครั้งที่ : ๐๐ ฉบับที่ : A	
	วันที่ประกาศใช้ : เอกสาร (✓) ควบคุม () ไม่ควบคุม	
เรื่อง แนวทางการดูแลผู้ป่วย Acute Stroke	รหัสเอกสาร : MED.XXX.SP.๐๑๑	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ทุกหน่วยงาน
จัดทำโดย : PCT. อายุรกรรม	ตรวจสอบโดย : นพ.สุริยะ นันตสุขนธ์ ประธาน PCT. อายุรกรรม	ผู้อนุมัติ : นพ.สุทธิพงษ์ ศิริมัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

๗.๐ เครื่องชี้วัดคุณภาพ

๑. อัตราตายในผู้ป่วย Acute stroke
๒. จำนวนอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

๘.๐ บันทึกคุณภาพที่จัดเก็บ

- HSC.HQC.SP.๐๐๕ ทะเบียนครอบครองเอกสารคุณภาพ ศูนย์พัฒนาคุณภาพ
HSC.TEA.SP.๐๐๗ ทะเบียนครอบครองเอกสารคุณภาพ กลุ่มการพยาบาล
HSC.DEP.SP.๐๐๘ ทะเบียนครอบครองเอกสารคุณภาพ หน่วยงาน

๙.๐ ภาคผนวก


๑. Doctor's Order Sheet For Stroke fast tract
๒. Doctor's Order Sheet For Stroke ๒
๓. Protocal การใช้ยา rt-PA ของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า
๔. แบบประเมิน National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)
โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า
๕. แบบบันทึกการประเมินความพร้อมก่อนการกลืนโดยใช้เครื่องมือ SSS (Standardized Swallowing Assessment) และการฝึกการกลืนของผู้ป่วยอัมพาต
โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า
๖. แบบประเมิน Disability หลังเกิด Stroke โดยใช้ Modified Raking Scale (mRS)
โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า
๗. แบบประเมิน Barthel Activity of Daily Living Scale โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า
๘. แบบบันทึกการให้ข้อมูล/วางแผนจำหน่ายผู้ป่วย Acute Stroke
๙. ใบส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วย Acute Stroke
๑๐. ใบ Care map for Acute Ischemic Stroke
Fast Tract Stroke (onset < ๔.๕ hrs)
๑๑. ใบ Care map for Acute Ischemic Stroke
Stroke ๒ (onset ≥ ๔.๕ hrs – ๗ วัน)

โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า
 Doctor's Order Sheet For Stroke fast tract

แบบฟอร์ม ๔

แบบ ร.บ.๒๓.๐๔

Date	Progress Note	Order for Day	Order for Continuation	
ER/ ward	ผล CT..... BW.....kg (dose ๐.๙ mg/kg, max.dose ๙๐ mg)	Prior on rt-PA - Check NIHSS, V/S, N/S and basic life support - ๐.๙% NSS ๑,๐๐๐ ml IV.....ml/ hr - Dtx stat then q.....hr keep ๘๐-๑๘๐ mg% - CBC, PT, PTT, INR - BUN, Cr, E' lyte, AST, ALT, Alk - CXR, EKG ๑๒ leads - UA, stool occult blood - CT brain non contrast <input type="checkbox"/> rt-PAmg IV bolus in ๑ min. (๑๐ %) then	<input type="checkbox"/> NPO <input type="checkbox"/> NPO เว้นยา - Bed rest - Record V/S - I/O X ๓ days Medication - Omeprazole ๔๐ mg IV q ๑๒ hr. <input type="checkbox"/> Para (๕๐๐) ๑-๒ tab o prn q ๔ - ๖ hrs	NAME..... HN.....WARD.....BED..... สิทธิ.....วันที่.....
		rt-PAmg IV drip in ๖๐ min. (๙๐ % ที่เหลือ) Post rt-PA - Check V/S, N/S, NIHSS q ๑๕ mins x ๒ hr , q ๓๐ mins x ๖ hr q ๑hr x ๑๖ hr then q ๔ hrs until stable - If BP >๑๘๐/๑๑๐ or < ๑๐๕/๖๐ mmHg GCS drop > ๒ or NIHSS เพิ่มมากกว่าเดิม ๒ notify doctor - Avoid insertion of NG tube, central venous access, arterial puncture, IM injection and no other anti thrombolytic (including NSAIDs) after rt-PA infusion with in ๒๔ hrs <input type="checkbox"/> CT brain non contrast post on rt-PA		NAME..... HN.....WARD.....BED..... สิทธิ.....วันที่.....
		within ๒๔ hrs <input type="checkbox"/> พรุ่งนี้ FBS, LDL(พิจารณา Cholesterol, TG, HDL ถ้าไม่เคยเจาะ) If intracranial hemorrhage is suspected (Severe headache, GCS drop) <input type="checkbox"/> Stop infusion of thrombolytic drug <input type="checkbox"/> Repeat CBC, platelet, INR, PTT, PT <input type="checkbox"/> Emergency CT brain <input type="checkbox"/> Consult neurosurgeon <input type="checkbox"/> Cross matching for FFP ๖-๘ units (or ๑๐ ml/ kg)		NAME..... HN.....WARD.....BED..... สิทธิ.....วันที่.....

	ชื่อ	อายุ	HN
	Ward	แผนก	AN
	สิทธิการรักษา	แพทย์	


หมายเหตุ : กรุณาระบุคำสั่ง OFF โดยไม่ต้องย่นไปยกเลิกคำสั่งเดิม

โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า
 Doctor's Order Sheet For Stroke ๒

แบบฟอร์ม ๔

แบบ ร.บ.๒๓.๐๔

Date	Progress Note	Order for Day	Order for Continuation	
ER/ ward	ผล CT.....	- V/S, N/S and basic life support - ๐.๙ % NSS ๑,๐๐๐ ml IV.....ml/ hr <input type="checkbox"/> Dtx stat then q.....hr. keep ๘๐ - ๑๘๐ mg% <input type="checkbox"/> CBC, PT, PTT, INR <input type="checkbox"/> BUN, Cr, Electrolyte , <input type="checkbox"/> AST, ALT, Alk. Phosphatase <input type="checkbox"/> CXR <input type="checkbox"/> EKG ๑๒ leads <input type="checkbox"/> UA <input type="checkbox"/> stool occult blood	<input type="checkbox"/> NPO <input type="checkbox"/> NPO ยกเว้นยา <input type="checkbox"/> Diet..... - Routine V/S, N/S <input type="checkbox"/> I/O X ๓ days <input type="checkbox"/> Check NIHSS OD X ๓ days Medication <input type="checkbox"/> Omeprazole ๔๐ mg IV OD <input type="checkbox"/> ASA Gr. V ๑ tab O OD pc (กรณี	NAME..... HN.....WARD.....BED..... สิทธิ.....วันที่.....
		<input type="checkbox"/> CT brain non contrast <input type="checkbox"/> ฟรุ้งนี้ FBS, LDL(พิจารณา Cholesterol, TG, HDL ถ้าไม่เคยเจาะ) If severe headache, GCS drop and suspect intracranial hemorrhage <input type="checkbox"/> Repeat CBC, platelet, INR, PTT, PT <input type="checkbox"/> Emergency CT brain <input type="checkbox"/> Consult neurosurgeon <input type="checkbox"/> Cross matching for FFP ๖-๘ units (or ๑๐ ml/kg)	large infarction delay ๑ wk.) <input type="checkbox"/> Para (๕๐๐) ๑-๒ tab o q ๔-๖ hrs or prn.	NAME..... HN.....WARD.....BED..... สิทธิ.....วันที่.....
				NAME..... HN.....WARD.....BED..... สิทธิ.....วันที่.....

	ชื่อ	อายุ	HN
	Ward	แผนก	AN
	สิทธิการรักษา	แพทย์	

หมายเหตุ : กรุณาระบุคำสั่ง OFF โดยไม่ต้องย่นไปยกเลิกคำสั่งเดิม

Protocol การให้ยา rt-PA ของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

ข้อบ่งชี้ในการให้ยา (Indication): ต้องตอบใช่ทุกข้อ

1. อายุ ≥ 18 ปี ใช่ ไม่ใช่
2. มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองตีบภายใน ๔.๕ ชั่วโมง ใช่ ไม่ใช่
3. NIHSS score ๔ - ๒๕ หรือ NIHSS score < 4 แต่มีอาการพูดไม่ได้ พูดไม่ชัด (aphasia) หรือมีตาบอด มองไม่เห็นข้างเดียว (hemianopia) ใช่ ไม่ใช่
4. ผล CT brain ไม่พบว่ามีเลือดออกในเนื้อสมอง หรือชั้นใต้เยื่อหุ้มสมอง ใช่ ไม่ใช่

ข้อห้ามในการให้ยา (Contraindication): ต้องตอบไม่ใช่ทุกข้อ

1. SBP > 185 mmHg หรือ DBP > 110 mmHg และไม่สามารถลดความดันลงได้ก่อนให้ยา ใช่ ไม่ใช่
2. มีอาการชักตอนเริ่มมีอาการ ร่วมกับอ่อนแรงหลังชัก ใช่ ไม่ใช่
3. CT brain พบมีสมองขาดเลือด $> 1/3$ ของ cerebral hemisph หรือ NIHSS > 25 ใช่ ไม่ใช่
4. มีอาการที่สงสัยว่ามีเลือดออกชั้นใต้เยื่อหุ้มสมอง (subarachnoid hemorrhage) ใช่ ไม่ใช่
5. มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมอง หรือบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงภายใน ๓ เดือน ใช่ ไม่ใช่
6. มีประวัติผ่าตัดใหญ่ภายใน ๑๔ วัน ใช่ ไม่ใช่
7. มีประวัติเลือดออกในสมองหรือกะโหลกศีรษะใน ๓ เดือน ใช่ ไม่ใช่
8. มีเลือดออกในทางเดินอาหารหรือทางเดินปัสสาวะภายใน ๒๑ วัน ใช่ ไม่ใช่
9. มีการเจาะหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ในตำแหน่งที่ไม่สามารถห้ามเลือดได้ หรือเจาะหลังภายใน ๗ วัน ใช่ ไม่ใช่
10. มีประวัติ recent myocardial infarction ภายใน ๓ เดือน ใช่ ไม่ใช่
11. รับประทาน heparin ภายใน ๔๘ hrs และมีค่า PTT สูงขึ้นผิดปกติ ใช่ ไม่ใช่
12. PT > 15 หรือ INR > 1.7 ใช่ ไม่ใช่
13. เกร็ดเลือด platelet $< 100,000$ /ลูกบาศก์มิลลิเมตร ใช่ ไม่ใช่
14. ระดับน้ำตาลในเลือด < 50 หรือ > 400 mg % ใช่ ไม่ใช่
15. ตรวจร่างกายพบมีภาวะเลือดออก (Hct < 25 %) ใช่ ไม่ใช่
16. Pregnant (Note : menstruation is not a contraindication) ใช่ ไม่ใช่

ข้อห้ามในการให้ยาเพิ่มกรณี Onset ๓ - ๔.๕ ชม.

๑. อายุ > 80 ปี ใช่ ไม่ใช่
๒. NIHSS > 25 ใช่ ไม่ใช่
๓. มีประวัติได้รับยาละลายลิ่มเลือด (warfarin) โดยไม่พิจารณาค่า INR ใช่ ไม่ใช่
๔. เป็นเบาหวานร่วมกับเคยมีโรคหลอดเลือดสมองอุดตันมาก่อน ใช่ ไม่ใช่

ชื่อผู้ป่วย..... อายุ ปี HN.....AN.....
 แผนก..... หอผู้ป่วย..... แพทย์.....

หนังสือแสดงความยินยอมฉีดยาละลายลิ้มเลือด rt - PA ทางหลอดเลือดดำ
ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน โดยการให้ยาละลายลิ้มเลือดทางหลอดเลือดดำ เป็นการ
รักษาตามมาตรฐานที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วย โดยมีโอกาสที่จะใช้ยาได้ภายใน ๔.๕ ชั่วโมง นับตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงเริ่มให้ยา
จึงขอชี้แจงประโยชน์และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการฉีดยาละลายลิ้มเลือดทางหลอดเลือดดำ ดังนี้

ประโยชน์ที่ได้รับ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยา ๓๐ - ๔๐% มีอาการดีขึ้นภายหลังได้รับยา ๒๔ ชั่วโมงและมี
อาการเกือบเป็นปกติในเวลา ๓ เดือน หลังได้รับยา เทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับยา

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น เลือดออกในสมอง
(๕.๙ %) เลือดออกที่ร่างกายส่วนอื่น ๆ การแพ้ยา อย่างไรก็ตามการคัดเลือกสภาวะผู้ป่วยที่เหมาะสมจะสามารถช่วยลดโอกาส
เกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวได้

ลงชื่อ.....

(.....) แพทย์ผู้ให้ข้อมูล

ความเห็นผู้ป่วย หรือผู้แทนหลังรับทราบข้อมูล ความเสี่ยง รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

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

(ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลความเสี่ยงรวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น หากมีเหตุสุดวิสัยอันเกิดจาก
ภาวะแทรกซ้อน ข้าพเจ้าจะไม่ถือเป็นความผิด และจะไม่เรียกร้องหรือฟ้องร้องเพื่อดำเนินคดีกับบุคลากรและส่วนราชการต้น
สังกัด แต่อย่างใด พร้อมกันนี้ได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน)

ลงชื่อ ยินยอม

(.....)

เกี่ยวข้องกับ.....

ไม่ยินยอม.....

(.....)

พยาน.....

(.....)

พยาน.....

(.....)

แบบประเมิน National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า					
การประเมิน	ระดับคะแนน	วัน เดือน ปี/ คะแนน			
๑๐. ระดับความรู้สึกตัว (Level of Consciousness, LOC)	๐= รู้สึกตัวดี ตอบสนองเป็นปกติ ๑= ง่วงซึม ปลุกตื่นด้วยการกระตุ้นเพียงเบาๆ เมื่อตื่นถามตอบรู้อเรื่องและสามารถทำตามคำสั่งได้ ๒= หลับตลอดเวลา ปลุกตื่นแต่ต้องใช้กระตุ้นแรงๆ หรือกระตุ้นซ้ำๆหรือทำให้เจ็บ ๓= ไม่รู้สึกตัว หรือแต่สามารถตรวจพบปฏิกิริยาอัตโนมัติ (reflex) ได้				
๑๑. คำถาม (LOC Questions) ถาม "เดือน" และ "อายุ" ใช้คำตอบแรกที่ผู้ป่วยตอบ	๐= ตอบได้ถูกต้องทั้ง ๒ คำถาม ๑= ตอบได้ถูกต้องเพียง ๑ คำถาม, พูดไม่ชัดอย่างมาก, พูดไม่ได้ ๒= ตอบผิดทั้ง ๒ คำถาม หรือไม่สามารถตอบคำถามได้ (ไม่รู้สึกตัว, ไม่เข้าใจภาษา)				
๑๒. คำสั่ง (LOC Commands) ให้หลับตา-ลิ้มตา และกำมือ แบมือ	๐ = ทำได้ถูกต้องทั้ง ๒ ข้อ ๑ = ทำได้ถูกต้องเพียงอย่างเดียว ๒ = ไม่ทำตามคำสั่ง หรือทำไม่ถูกต้อง				
๑๓. การกลอกตา (Best Gaze) ให้ผู้ป่วยกลอกตาไปมา มองซ้าย-ขวา ขึ้นบน-ลงล่าง	๐ = มองตามได้เป็นปกติ กลอกตาได้ทุกทิศทาง ๑= ตาข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้ง ๒ ข้าง เหลือบมองไปด้านข้างได้ แต่ไม่สุด ๒= เหลือบตามองไปด้านข้างไม่ได้เลย หรือมองไปด้านหนึ่งด้านใดจนสุด โดยไม่สามารถแก้ไขได้ด้วย oculoccephalic maneuver				
๑๔. การมองเห็น (Visual Fields) โดยให้ผู้ป่วยมองนิ้วผู้ตรวจ	๐ = ลานสายตาปกติ ๑ = ลานสายตาผิดปกติบางส่วนทั้ง ๒ ตา (partial hemianopia) ๒ = ลานสายตาผิดปกติครึ่งซีกทั้ง ๒ ตา (partial hemianopia) ๓ = มองไม่เห็นทั้ง ๒ ตา (ตาบอด)				
๑๕. การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อใบหน้า การมีหน้าเบี้ยว (facial palsy) ตรวจโดยให้ผู้ป่วยหลับตา และยิงฟัน ในผู้ป่วยไม่ร่วมมือ ให้สังเกต facial grimace เมื่อกระตุ้นด้วย pain	๐ = ปกติไม่มีหน้าเบี้ยว ๑ = หน้าเบี้ยวเล็กน้อย เวลายิงฟันจะเห็นว่าใบหน้า ๒ ข้างไม่เท่ากัน ๒ = หน้าเบี้ยวมาก ไม่สามารถขยับมุมปากได้ แต่ยังหลับตา ยกคิ้วได้ ๓ = ไม่สามารถเคลื่อนไหวใบหน้าครึ่งซีกหรือทั้งสองข้างได้เลย หลับตาไม่สนิท ยิงฟันไม่ได้				
๑๖. กำลั้งของกล้ามเนื้อแขน (Motor Arm) ให้ผู้ป่วยนั่ง (ถ้านั่งได้) ให้ผู้ป่วยเหยียดแขนออกไปด้านหน้าจนสุดค้างไว้ ๑๐ วินาทีในท่าคว่ำมือ โดยทำมุม ๙๐ องศาในท่อนั่ง และ ๔๕ องศาในท่อนอน	๐ = ยกแขนค้างในตำแหน่งที่ต้องการได้ตลอด ๑๐ วินาที ๑ = สามารถยกแขนไว้ในตำแหน่งที่ต้องการได้ไม่ถึง ๑๐ วินาที โดยที่แขนไม่ตกลงบนเตียง ๒ = ยกแขนได้แต่ไม่สามารถคงไว้ในตำแหน่งที่ต้องการ ยกแล้วแขนตกลงบนเตียง ๓ = ไม่สามารถยกแขนได้ ขยับได้เฉพาะในแนวราบหรือแค่กระดิก ๔ = ไม่มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อแขนเลย UN= แขนพิการหรือถูกตัด หรือข้อยึดทำให้ไม่สามารถแปลผลได้	ซ้าย			
๑๗. กำลั้งของกล้ามเนื้อขา (Motor Leg) ตรวจในท่านอนเสมอ ให้ผู้ป่วยยกขาทีละข้างสูงท่ามุม ๓๐ องศา ในท่าเหยียดค้างไว้ นาน ๕ วินาที	๐ = ยกขาค้างในตำแหน่งที่ต้องการได้ตลอด ๕ วินาที ๑ = สามารถยกขาไว้ในตำแหน่งที่ต้องการได้ไม่ถึง ๕ วินาที โดยที่ขาไม่ตกลงบนเตียง ๒ = ยกขาได้แต่ไม่สามารถคงขาไว้ในตำแหน่งที่ต้องการ ยกแล้วขาตกลงบนเตียงก่อน ๕ วินาที ๓ = ไม่สามารถยกขาได้ ขยับได้ในท่านอนหงายแนวราบหรือแค่กระดิก ๔ = ไม่มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อขา UN= ขาพิการหรือถูกตัด หรือมีข้อยึดทำให้ไม่สามารถแปลผลได้	ซ้าย			
		ขวา			

ชื่อ-สกุล..... อายุ..... ปี HN.....AN.....
 แผนก..... หอผู้ป่วย..... แพทย์.....

**แบบบันทึกการประเมินความพร้อมก่อนการกลืนโดยใช้เครื่องมือ SSS (Standardized Swallowing Assessment)
และการฝึกการกลืนของผู้ป่วยอัมพาต โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า**

หัวข้อประเมิน	วันที่.....		วันที่.....		วันที่.....	
	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่
๑. ผู้ป่วยรู้สึกตัวตื่น หรือมีการตอบสนองต่อคำพูด (GCS > ๑๑)						
๒. ผู้ป่วยสามารถควบคุมศีรษะในท่านั่งตัวตรงได้						
หมายเหตุ - ประเมินแล้วพบว่าไม่ใช่ทั้งสองข้อ ไม่ต้องทำการประเมินต่อ หากประเมินแล้วพบว่าใช่ทั้งสองข้อให้ทำการประเมินต่อ						
	ได้	ไม่ได้	ได้	ไม่ได้	ได้	ไม่ได้
๓. ผู้ป่วยสามารถไต่ตามที่บอกได้หรือไม่						
๔. ผู้ป่วยสามารถควบคุมน้ำลายตัวเองได้หรือไม่						
๕. ผู้ป่วยสามารถใช้ลิ้นเลียริมฝีปากบนและล่างได้หรือไม่						
๖. ผู้ป่วยสามารถหายใจได้เองหรือไม่						
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
๗. ผู้ป่วยต้องไม่มีเสียงแหบหรือมีเสียงน้ำในลำคอ						
หมายเหตุ ถ้าตอบคำถามข้อ ๓-๖ ว่าได้ และข้อ ๗ ว่าไม่มี ให้ดำเนินการตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการกลืนอย่างปลอดภัย ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการกลืนลำบาก						
ลงชื่อผู้ประเมิน						
การฝึกการกลืน						
ท่าบริหารในการฝึกการกลืน	วันที่.....		วันที่.....		วันที่.....	
	ทำได้	ทำไม่ได้	ทำได้	ทำไม่ได้	ทำได้	ทำไม่ได้
๑. ฝึกโดยใช้ Swallowing technique ให้ผู้ป่วยหายใจเข้าช้าๆแล้วกลืน หายใจไว้ ก้มหน้า กลืนน้ำลาย แล้วหายใจออกช้า ๆ ทำทุก ๑นาที จนครบ ๑๐ นาที						
๒. ท่าบริหารกล้ามเนื้อปากที่ใช้ในการกลืน						
ท่าที่ ๑ เม้มปากติดกันแน่น ๆ						
ท่าที่ ๒ ทำปากจู๋ ออกเสียง “อุ”						
ท่าที่ ๓ ฉีกยิ้ม ออกเสียง “อิ”						
ท่าที่ ๔ อ้าปากให้กว้าง ออกเสียง “อา”						
ท่าที่ ๕ ดูดแก้มบวมสองข้าง						
ท่าที่ ๖ พองแก้มป้องสองข้าง						
ท่าที่ ๗ แลบลิ้นออกมาให้มากที่สุด เลี้ยวรอบ ๆ ปาก						
ท่าที่ ๘ ใช้ปลายลิ้นแตะริมฝีปากบน - ล่าง						
ท่าที่ ๙ ใช้ปลายลิ้นแตะมุมปากขวา - ซ้าย						
ท่าที่ ๑๐ ยกปลายลิ้นแตะหลังฟันบน ลากเข้าไปตามเพดานปาก						
ลงชื่อผู้ฝึกสอน						

แบบการประเมิน Disability หลังเกิด Stroke โดยใช้ Modified Raking Scale (mRS)
โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

วันที่ Admit.....วันที่ได้รับยา rt-PA.....วันที่ discharge.....
การวินิจฉัยโรค.....การผ่าตัด.....

การประเมิน: คำอธิบาย	คะแนน	วันที่..... (วันแรกรับ)	วันที่..... (วันจำหน่าย)	วันที่..... (๑ เดือน)	วันที่..... (๓ เดือน)	วันที่..... (๖ เดือน)	วันที่.....
ปกติ:ไม่มีความพิการ	๐						
มีอาการโรคหลอดเลือดสมองแต่ไม่มีพบ ความพิการ: สามารถที่จะปฏิบัติหน้าที่ ตามปกติและกิจกรรมทั้งหมดได้	๑						
มีความพิการเล็กน้อย:ไม่สามารถที่จะดำเนิน กิจกรรมก่อนหน้านี้ทั้งหมดได้แต่จะดูแล กิจวัตรของตัวเองได้โดยไม่ต้องให้ความ ช่วยเหลือ	๒						
มีความพิการปานกลาง:ต้องการความ ช่วยเหลือบางส่วน แต่สามารถเดินได้ด้วย ตนเองโดยไม่ต้องให้ความช่วยเหลือ	๓						
มีความพิการรุนแรงปานกลาง:ไม่สามารถ เดินได้ด้วยตนเองและไม่สามารถปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองต้องอาศัย ความช่วยเหลือ	๔						
ความพิการขั้นรุนแรง: ต้องอาศัยการ พยาบาลและความสนใจอย่างต่อเนื่อง ต้องการความช่วยเหลือแบบทั้งหมด	๕						
ถึงแก่กรรม	๖						
ผู้ประเมิน							

หมายเหตุ: การประเมินปฏิบัติ ดังนี้

- ประเมินวันที่ discharge จาก stroke unit (นำแบบประเมินส่งต่อ HHC)
- ประเมินวันที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล และหลังจำหน่าย ๑,๓ และ ๖ เดือน (ถ้าไม่ได้อย่างน้อย ๑ ครั้ง
ในเดือนที่ ๖)

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย.....อายุ.....ปี HN.....AN.....
หอผู้ป่วย.....เตียงที่.....แพทย์เจ้าของไข้.....

แบบประเมิน Barthel Activity of Daily Living Scale

โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

การแปลผล (คะแนนเต็ม ๑๐๐)

- ๐-๒๐ ต้องการการพึ่งพาทั้งหมด ๒๕-๔๕ ต้องการการพึ่งพามาก ๕๐-๗๐ ต้องการการพึ่งพานกลาง
 ๗๕-๙๐ ต้องการการพึ่งพาน้อย ๑๐๐ ไม่พึ่งพา

กิจกรรม	ระดับคะแนน	ว.ด.ป./คะแนน				
		แรกรับ	วัน D/C	๑ เดือน	๓ เดือน	๖ เดือน
๑. การรับประทานอาหาร	๐ ต้องมีคนช่วยเหลือ ๕ มีคนช่วยเหลือบางส่วน เช่น ตัดเนื้อ เตรียมอาหารให้ ๑๐ ทำได้เอง					
๒. การขึ้นลงจากเตียง	๐ ลุกจากเตียงไม่ได้ ๕ ลุกนั่งได้แต่ต้องมีคนช่วยพยุง ๑-๒ คน ๑๐ ลุกนั่งได้ต้องการคนช่วยเหลือน้อย ๑๕ ลุกนั่งได้เอง ยกเท้าวางบนรถเข็นได้เอง					
๓. ล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม	๐ ต้องมีคนช่วยเหลือ ๕ ทำได้เอง					
๔. การเข้าห้องน้ำ	๐ ต้องมีคนช่วยเหลือ ๕ มีคนช่วยทำบางส่วน ๑๐ ทำได้เอง					
๕. การอาบน้ำ	๐ ต้องมีคนช่วยเหลือ ๕ ทำได้เอง					
๖. การเคลื่อนไหว นั่ง ยืน เดิน	๐ นั่งบนรถเข็น ไปไหนเองไม่ได้ ๕ นั่งรถเข็นและไปได้ไกล ๕๐ หลา ๑๐ เดินได้ไกล ๕๐ หลาโดยมีคนช่วยเล็กน้อย ๑๕ เดินได้เอง อาจใช้ไม้เท้าช่วย					
๗. การขึ้นบันได	๐ ขึ้นบันไดเองไม่ได้ ๕ ขึ้นบันไดได้แต่ต้องการคนช่วยเล็กน้อย ๑๐ ขึ้นบันไดได้เองอาจจะต้องเกาะราวช่วย					
๘. การแต่งตัว	๐ ต้องมีคนช่วยเหลือ ๕ มีคนช่วยบางส่วน ๑๐ ทำได้เองรวมทั้งติดซิป ติดกระดุม					
๙. การถ่ายอุจจาระ	๐ ถ่ายอุจจาระเองไม่ได้ต้องมีคนช่วย ๕ อุจจาระเองได้เป็นส่วนใหญ่ต้องการคนช่วย ส่วน หรือเหน็บยาเป็นบางครั้งไม่เกิน ๑ ครั้ง / สัปดาห์ ๑๐ ทำได้เอง สวนหรือเหน็บยาเองได้					
๑๐. การปัสสาวะ	๐ ปัสสาวะไม่ได้ คาสายสวน ๕ สวนบางครั้ง ไม่เกิน ๑ ครั้ง/ วัน ๑๐ ปัสสาวะได้เอง					
คะแนนรวม						
ลงชื่อผู้ประเมิน						

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี HN.....AN.....
 หอผู้ป่วย.....เตียงที่.....แพทย์เจ้าของไข้.....

แบบบันทึกการให้ข้อมูล/ วางแผนจำหน่ายผู้ป่วย Acute Stroke

ผู้ป่วย/ ญาติได้รับการเตรียมก่อนจำหน่ายในเรื่องต่อไปนี้	กิจกรรมการให้ความรู้ (ลงชื่อ วัน เดือน ปี ที่ปฏิบัติ)				หมายเหตุ
	กิจกรรมการให้ความรู้			การประเมินความรู้ ความเข้าใจ	
เกณฑ์การประเมินความรู้ของผู้ป่วย มีความรู้ดี = G (good) มีความรู้ปานกลาง = M (moderate) มีความรู้บ้างเล็กน้อยหรือไม่รู้ = P (poor)	ประเมินก่อนสอน	พูดคุยอธิบาย	สาธิตให้ดู/ฝึกปฏิบัติ	หลังสอน ๓ วันหรือก่อนกลับบ้าน	
๑. ความรู้เรื่องโรค <input type="checkbox"/> ความหมาย/ พยาธิสภาพ/ สาเหตุ <input type="checkbox"/> อาการ/ การรักษา <input type="checkbox"/> ภาวะแทรกซ้อน (Acute/Late complication)					
๒. ยาที่ใช้ในการรักษา <input type="checkbox"/> ยาลดลิ่มเลือด ชื่อยา..... <input type="checkbox"/> ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ชื่อยา..... <input type="checkbox"/> ยาอื่นๆ ระบุ.....					
๓. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน <input type="checkbox"/> ชนิดและวิธีรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> ทางปาก <input type="checkbox"/> NG- Feed <input type="checkbox"/> การดูแลการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ <input type="checkbox"/> Foley's cath. care <input type="checkbox"/> การฟื้นฟูสภาพ/ กายภาพบำบัด/ การออกกำลังกาย <input type="checkbox"/> อารมณ์ จิตใจ และการพักผ่อน นอนหลับ <input type="checkbox"/> อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์					
๔. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และควบคุมปัจจัยเสี่ยงเกิดซ้ำ <input type="checkbox"/> การควบคุมโรคประจำตัว ระบุ..... <input type="checkbox"/> การป้องกัน pneumonia, bed sore, UTI, stiff joint <input type="checkbox"/> การป้องกันอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้ม					
๕. การจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่อง <input type="checkbox"/> ฝึกทักษะการดูแลด้านร่างกาย/ อุปกรณ์ให้ care giver <input type="checkbox"/> การประเมินภาวะซึมเศร้า ใน ๓ เดือนแรก <input type="checkbox"/> การประสานความช่วยเหลือ/ การดูแลในชุมชน (HHC) <input type="checkbox"/> การจัดสภาพแวดล้อม <input type="checkbox"/> การ refer					
๖. อื่นๆ.....					
ชื่อ	อายุ	HN	AN		
แผนก	ward		แพทย์		

โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า
ใบส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วย Acute stroke

วันที่..... ตี/ แผนก.....

ชื่อผู้ป่วย..... อายุ..... ปี HN..... AN

ที่อยู่ผู้ป่วย..... เบอร์โทรศัพท์.....

เขตดูแลของสถานีนอนามัย/ โรงพยาบาล.....

สถานที่ใกล้เคียง หรือสิ่งเกตุ่ง่าย.....

ผู้ดูแลผู้ป่วยชื่อ..... เกี่ยวข้องเป็น..... ผู้ป่วย .เบอร์โทรศัพท์.....

ประวัติการรักษาและยาที่ได้รับ

วันที่รับ..... วันที่จำหน่าย..... รวมอยู่รพ..... วัน การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย.....

การรักษาและยาที่ได้รับโดยย่อ การให้ยาลดลลยลลลลเลือด ยา rt- PA Heparin

.....

.....

ยากลับบ้าน.....

สภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่าย๑. ระดับความรู้สึกตัว รู้ตัวดี ลืมตาแต่ตอบสนองไม่ได้ สับสน ซึม ไม่รู้สึกตัว อ่อนแรง ระบุข้าง..... ปากเบี้ยว/ หน้าเบี้ยว NIHSS = MRS = Barthel index =

๒. สัญญาณชีพ T =.....°C P =...../min R =...../min BP =.....mmHg Dtx..... mg %

๓. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

 ปฏิบัติเองได้ ปฏิบัติเองได้บางส่วน ปฏิบัติเองไม่ได้ ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน อื่นๆ.....๔. ความต้องการการดูแล ดูแลตนเองได้ ต้องการผู้ช่วยดูแลบ้าง ต้องการผู้ช่วยดูแลตลอดเวลา

๕. การดูแลพิเศษ

 NG Tube Foley's Cath. Tracheostomy Tube Colostomy Gastostomy Cast/External fixation อื่นๆ.....**แผนการดูแลต่อเนื่อง**

๑. ทักษะของญาติ (care giver)

๑.๑ การดูแลอุปกรณ์ที่ติดตัวผู้ป่วย ได้แก่

 NG Tube Foley's Cath. Tracheostomy Tube Colostomy Gastostomy Cast/External fixation อื่นๆ.....๑.๒ การดูแลบาดแผล สะโพก..... ก้นกบ อื่น ๆ.....

๑.๓ การฉีดยา..... การให้ยารับประทาน.....

๑.๔ การดูแลความสะอาดร่างกายและการพลิกตัว.....

๑.๕ การดูแลอาหาร อาหารเฉพาะโรค..... อาหารเหนียวข้น กรณีการกลืนยังไม่ดี

๑.๖ การช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกาย.....

๒. ปัญหาด้านจิตใจ (ประเมินภาวะซึมเศร้า - มักพบใน ๓ เดือนแรก) อื่น ๆ

๓. ปัญหาเศรษฐกิจ.....

๔. สิ่งแวดล้อมในบ้าน.....

๕. การป้องกันและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้แก่ แผลกดทับ ปอดอักเสบ กล้ามเนื้อลีบ/ข้อติดแข็ง พลัดตก

หกล้ม

๖. อื่น ๆ.....

.....

ลงชื่อ.....พยาบาลประจำหอผู้ป่วย.....

Care map for Acute Ischemic Stroke (LOS ตาม DRG ๖ Days) Fast Tract Stroke (onset < ๔.๕ hrs)

โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

ชื่อ..... อายุ..... ปี HN..... AN..... วันที่D/C..... LOS..... วัน

Type Embolic Thrombosis Lacunar Cardioembolic Unknown Past history/ Underlying disease DM HT DLP AF IHD Smoking Other.....

Phase / หัวข้อ	Assessment/ investigation	Medication	Procedure/ การพยาบาล	Consultation/ rehabilitation	Education	Discharge planning
Pre-admit ER/WARD (Day ๑)	<input type="checkbox"/> Record time of onset <input type="checkbox"/> PT,PTT, INR ด่วน <input type="checkbox"/> CBC, BUN, Cr, Electrolyte <input type="checkbox"/> EKG ๑๒ lead <input type="checkbox"/> CXR <input type="checkbox"/> CT brain ด่วน <input type="checkbox"/> ประเมิน NIHSS <input type="checkbox"/> Check list criteria ให้ ยา rt-PA <input type="checkbox"/> Dtx. stat	<input type="checkbox"/> ๐.๙ % NSS IV <input type="checkbox"/> พิจารณาให้ยา rt-PA <input type="checkbox"/> No Anti-platelet/ Anticoagulant ๒๔ hrs post rt-PA <input type="checkbox"/> ยาลดสมองบวม เช่น manitol glycerol <input type="checkbox"/> Para ๑-๒ tab ๐ q ๔-๖ hrs if T ≥ ๓๗.๕ °C <input type="checkbox"/> Peptic ulcer prophylaxis	<input type="checkbox"/> NPO * <input type="checkbox"/> Bed rest <input type="checkbox"/> ให้ O _๒ if O _๒ Sat < ๙๕ % <input type="checkbox"/> พิจารณา Monitor EKG <input checked="" type="radio"/> V/S, Conscious Keep BP < ๑๘๐/๑๐๕ mmHg <input checked="" type="radio"/> I/O, urine continent <input checked="" type="radio"/> จัดท่าหัวสูง ๓๐° <input checked="" type="radio"/> Skin care.* <input checked="" type="radio"/> หลีกเลี่ยงการใส่สายสวนต่าง ๆ ภายใน ๒๔ ชม.หลังให้ยา	<input type="checkbox"/> สงสัย ICH ปรีกษา neurologist surgery	<input type="checkbox"/> แจ้งผลการวินิจฉัย แผนการ รักษา และการดำเนินโรค <input type="checkbox"/> การให้ rt-PA / เซ็นยินยอม <input checked="" type="radio"/> ข้อมูลการ admit และการ ปฏิบัติขณะอยู่รพ. <input checked="" type="radio"/> สอนกิจวัตรประจำวัน	<input checked="" type="radio"/> Admit ICU/ Stroke unit

Phase / หัวข้อ	Assessment/ investigation	Medication	Procedure	Activity / rehabilitation	Education	Discharge planning
Admit WARD (Day ๒ - ๓)	<input type="checkbox"/> FPG , LDL <input type="checkbox"/> พิจารณา HBA _๑ C , Lipid profile <input type="checkbox"/> CT brain หลังให้ยา ๒๔ ชม. เพื่อดู ICH <input type="checkbox"/> พิจารณา Echocardiogram <input type="checkbox"/> ประเมิน NIHSS OD	<input type="checkbox"/> ๐.๙ % NSS IV <input type="checkbox"/> ASA gr. V (กรณี large delay ๑ wk) <input type="checkbox"/> ยาลดสมองบวม เช่น manitol glycerol <input type="checkbox"/> Para ๑-๒ tab o q ๔-๖ hrs if T ≥ ๓๗.๕ °C	<input checked="" type="radio"/> ประเมินการกลืน <input checked="" type="radio"/> เริ่มให้อาหารทางปาก/ NG Feed <input checked="" type="radio"/> V/S , I/O as usual <input checked="" type="radio"/> เริ่มมี activity -PT <input checked="" type="radio"/> ระวังตกเตียง <input checked="" type="radio"/> จัดทำนอนศีรษะสูง <input checked="" type="radio"/> Bleeding precaution <input checked="" type="radio"/> Skin care.*	<input type="checkbox"/> ปรีกษา ภายภาพบำบัด <input type="checkbox"/> พิจารณา Cardiologist	<input checked="" type="radio"/> สอนการรับประทานอาหาร ในรายมีปัญหาการกลืน <input checked="" type="radio"/> การสังเกตอาการข้างเคียง จากยา ภาวะแทรกซ้อน <input checked="" type="radio"/> แนะนำการปฏิบัติและการทำ ภายภาพบำบัด <input checked="" type="radio"/> แนะนำการดูแลทาง โภชนาการ (Solid diet/ BD)	<input checked="" type="radio"/> nursing D/C planning ตาม summary record <input checked="" type="radio"/> Identify care giver
Pre D/ C - D/C WARD (Day ๔ - ๖)	<input type="checkbox"/> พิจารณา PTT <input type="checkbox"/> ประเมิน NIHSS <input checked="" type="radio"/> ประเมินความพิการ (MRS) Bathel index (ADL) และความต้องการดูแล <input checked="" type="radio"/> ประเมินภาวะซึมเศร้า (๒Q-๙Q)	<input type="checkbox"/> ASA gr. V <input type="checkbox"/> ยาลดสมองบวม เช่น mannitol glycerol <input type="checkbox"/> Para ๑-๒ tab o q ๔-๖ hrs if T ≥ ๓๗.๕ °C	<input checked="" type="radio"/> V/S, I/O as usual <input checked="" type="radio"/> ให้มี activity - PT <input checked="" type="radio"/> ระวังตกเตียง <input checked="" type="radio"/> จัดทำนอนศีรษะสูง <input checked="" type="radio"/> Bleeding precaution <input checked="" type="radio"/> พลิกตัวทุก ๒ ชม.* <input checked="" type="radio"/> Diet as tolerate	<input type="checkbox"/> ส่ง ภายภาพบำบัดตาม โปรแกรมการฟื้นฟู <input type="checkbox"/> ก่อน D/C โทร แจ้ง PT <input type="checkbox"/> แนะนำเล็ก บุหรี/ ส่งคลินิกอด บุหรี	<input checked="" type="radio"/> ให้ความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยง และการควบคุม <input checked="" type="radio"/> สอนการดูแลตนเอง/ อุปกรณ์	<input checked="" type="radio"/> nursing D/C planning ตาม summary record <input checked="" type="radio"/> เตรียมญาติ/ care giver <input checked="" type="radio"/> ส่ง HHC <input checked="" type="radio"/> อธิบายยา และการ F/U

สำหรับแพทย์ สำหรับพยาบาล สำหรับสหสาขาที่เกี่ยวข้อง

Varied note

.....

.....

Care map for Acute Ischemic Stroke (LOS ตาม DRG ๖ Days) Stroke ๒ (onset ≥ ๔.๕ hrs -๗ วัน)
 โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

ชื่อ..... อายุ.....ปี HN..... AN.....วันที่D/C..... LOS..... วัน

Type Embolic Thrombosis Lacunar Cardioembolic Unknown

Past history/ Underlying disease DM HT DLP AF IHD Smoking Other.....

Phase / หัวข้อ	Assessment/ investigation	Medication	Procedure/ การพยาบาล	Consultation/ rehabilitation	Education	Discharge planning
Pre-admit (Day ๑)	<input type="checkbox"/> Dtx. <input type="checkbox"/> CBC, PT,PTT, INR <input type="checkbox"/> BUN, Cr, Electrolyte <input type="checkbox"/> EKG ๑๒ lead <input type="checkbox"/> CXR <input type="checkbox"/> CT brain <input type="checkbox"/> ประเมิน NIHSS OD	<input type="checkbox"/> ๐.๙ % NSS IV <input type="checkbox"/> Antiplatelet. (ASA gr. V)/ anticoagulant <input type="checkbox"/> ยาลดสมองบวม เช่น manitol glycerol <input type="checkbox"/> Para ๑-๒ tab ๐ q ๔-๖ hrs if T ≥ ๓๗.๕ °C <input type="checkbox"/> Peptic ulcer prophylaxis	<input type="checkbox"/> NPO เว้นยา <input type="checkbox"/> Bed rest <input type="checkbox"/> ให้ O _๒ if O _๒ Sat < ๙๕ % <input checked="" type="radio"/> V/S, I/O as usual <input checked="" type="radio"/> urine continent <input checked="" type="radio"/> จัดท่าหัวสูง ๓๐ ° <input checked="" type="radio"/> Skin care.* <input checked="" type="radio"/> Bleeding precaution <input checked="" type="radio"/> ประเมินการกลืน	<input type="checkbox"/> พิจารณา ปรึกษาneurologist	<input type="checkbox"/> แจ้งผลการวินิจฉัย แผนการรักษา และการดำเนินโรค <input checked="" type="radio"/> ข้อมูลการ admit และการปฏิบัติขณะอยู่รพ. <input checked="" type="radio"/> สอนกิจวัตรประจำวัน <input checked="" type="radio"/> สอนการรับประทานอาหาร ในรายมีปัญหาการกลืน	<input checked="" type="radio"/> Admit ICU/ Stroke unit
Admit (Day ๒ - ๓)	<input type="checkbox"/> FPG, LDL <input type="checkbox"/> พิจารณา HBA _{๑C} , Lipid profile <input type="checkbox"/> พิจารณา Echocardiogram <input type="checkbox"/> ประเมิน NIHSS OD	<input type="checkbox"/> ๐.๙ % NSS IV <input type="checkbox"/> Antiplatelet (ASA gr. V)/ anticoagulant <input type="checkbox"/> ยาลดสมองบวม เช่น manitol glycerol <input type="checkbox"/> Para ๑-๒ tab ๐ q ๔-๖ hrs if T ≥ ๓๗.๕ °C	<input checked="" type="radio"/> ประเมินการกลืน <input checked="" type="radio"/> เริ่มให้อาหารทางปาก/ NG Feed <input checked="" type="radio"/> V/S , I/O as usual <input checked="" type="radio"/> เริ่มมี activity -PT <input checked="" type="radio"/> ระวังตกเตียง <input checked="" type="radio"/> จัดท่านอนศีรษะสูง ๓๐ ° <input checked="" type="radio"/> Bleeding precaution <input checked="" type="radio"/> Skin care.	<input type="checkbox"/> ปรึกษา กายภาพบำบัด <input type="checkbox"/> พิจารณา Cardiologist	<input checked="" type="radio"/> การสังเกตอาการข้างเคียง จากยา ภาวะแทรกซ้อน <input checked="" type="radio"/> แนะนำการปฏิบัติและการทำกายภาพบำบัด <input checked="" type="radio"/> แนะนำการดูแลทางโภชนาการ (Solid diet/ BD)	<input checked="" type="radio"/> nursing D/C planning ตาม summary record <input checked="" type="radio"/> Identify care giver

Phase / หัวข้อ	Assessment/ investigation	Medication	Procedure	Activity / rehabilitation	Education	Discharge planning
Pre D/ C - D/C (Day ๔ - ๖)	<input type="checkbox"/> พิจารณา PTT <input type="checkbox"/> ประเมิน NIHSS <input checked="" type="radio"/> ประเมินความพิการ (MRS) Bathel index (ADL) และความต้องการดูแล <input checked="" type="radio"/> ประเมินภาวะซึมเศร้า (๒Q-๙Q)	<input type="checkbox"/> Antiplatelet (ASA gr. V)/ anticoagulant <input type="checkbox"/> ยาลดสมองบวม เช่น mannitol glycerol <input type="checkbox"/> Para ๑-๒ tab o q ๔-๖ hrs if T ≥ ๓๗.๕ °C	<input checked="" type="radio"/> V/S as usual <input checked="" type="radio"/> I/O <input checked="" type="radio"/> ให้มี activity - PT <input checked="" type="radio"/> ระวังตกเตียง <input checked="" type="radio"/> จัดทำนอนศีรษะสูง <input checked="" type="radio"/> Bleeding precaution <input checked="" type="radio"/> พลิกตัวทุก ๒ ชม.* <input checked="" type="radio"/> Diet as tolerate	<input type="checkbox"/> ส่ง กายภาพบำบัดตาม โปรแกรมการฟื้นฟู <input type="checkbox"/> ก่อน D/C โทร แจ็ง PT <input type="checkbox"/> เวชศาสตร์ ฟื้นฟู/ เวชกรรม <input type="checkbox"/> แนะนำเล็ก บุหรี่/ ส่งคลินิกอด บุหรี่	<input checked="" type="radio"/> ให้ความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยง และการควบคุม <input checked="" type="radio"/> สอนการดูแลตนเอง/ อุปกรณ์	<input checked="" type="radio"/> nursing D/C planning ตาม summary record <input checked="" type="radio"/> เตรียมญาติ/ care giver <input checked="" type="radio"/> ส่ง HHC <input checked="" type="radio"/> อธิบายยา และการ F/U

สำหรับแพทย์ สำหรับพยาบาล สำหรับสหสาขาที่เกี่ยวข้อง

Varied note

.....

.....

