

แผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ/อุดตันเฉียบพลันรายใหม่

	24 ชม. แรก (Day1)	Day2-5	วัน Discharge
<p>M (Medication)</p>	<p><input type="checkbox"/> ให้ rt-PA</p> <p><input type="checkbox"/> ให้ rt-PA หลังจาก control BP (If BP ก่อน drip rt-PA : SBP &gt;185, DBP &gt;110 mmHg.ให้ยาลดความดัน)</p> <p>( ) 10% bolus IV in 1 นาที</p> <p>( ) 90% IV drip in 1 ชม.</p> <p>(งดยาด้านเกร็ดเลือดภายใน 24 ชม.)</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ให้ rt-PA</p> <p>( ) ได้ASA 300-325 mg/day ยกเว้นLarge infarct &amp;midline shift</p> <p><input type="checkbox"/> Medication reconciliation</p> <p>( ) ประสานงานเภสัชกรเรื่อง.....</p>	<p>Day 2 หลัง drip rt-PA ครบ 24 ชม. ส่ง CT brain non contrast เวลา.....</p> <p><input type="checkbox"/> ได้ ASA 300-325 mg/day ยกเว้น Large infarct &amp; midline shift</p> <p><input type="checkbox"/> แพ้ ASA ให้ Cilostazol 200 mg/day</p> <p><b>กรณีดี้อASA ใช้</b></p> <p><input type="checkbox"/> Clopidogrel 75 mg.OD หรือ</p> <p><input type="checkbox"/> ASA 25 mg.+Extended release Dipyridamole 200mg. 2 tab/day</p> <p><input type="checkbox"/> <b>minor stroke:NIHSS ≤ 3 or TIA ที่มี ABCD2 score ≥ 4</b></p> <p>( ) clopidogrel 300 mg. loading dose then clopidogrel 75 mg./day + baby aspirin ต่อเนื่อง 21วัน</p> <p><input type="checkbox"/> warfarin ( ) ประสานงานกับเภสัชกร:กรณีเริ่มยา วันที่.....</p>	<p><input type="checkbox"/> ได้ยาAntiplatelet / Anticoagulantขณะจำหน่าย</p> <p><input type="checkbox"/> ผู้ป่วยที่มี LDL สูง (LDL ≥ 100)ได้รับยากลุ่ม Statin ขณะจำหน่าย</p> <p><input type="checkbox"/> warfarin keep INR 2-3</p> <p><input type="checkbox"/> ได้รับคู่มือการใช้ยา warfarin</p> <p><input type="checkbox"/> ได้รับคู่มือประวัติการได้รับ rt-PA</p>
<p>E (Environment and Economic)</p>	<p><input type="checkbox"/> ตรวจสอบสิทธิ์การรักษาพยาบาล</p> <p><input type="checkbox"/> แนะนำสถานที่/การปฏิบัติตัวขณะนอน รพ.</p> <p><input type="checkbox"/> แนะนำการทำ I/O</p>	<p><input type="checkbox"/> อธิบายแผนการรักษาเพิ่มเติม/ความก้าวหน้าของโรค</p> <p><input type="checkbox"/> ประเมินภาวะอารมณ์ : เครียด วิดกกังวล ซึมเศร้า</p> <p><input type="checkbox"/> แนะนำป้องกันภาวะแทรกซ้อน/การดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน</p> <p><input type="checkbox"/> ให้ญาติมีส่วนร่วมในการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงและแจ้งพยาบาลทราบ</p> <p><input type="checkbox"/> แนะนำการจัด/ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม/สภาพที่อยู่อาศัย ให้เหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วย</p> <p><input type="checkbox"/> ติดตามสังคมสงเคราะห์กรณีไม่มีญาติ</p>	<p>ญาติเตรียมสถานที่ในการดูแลผู้ป่วย</p> <p>( ) ที่บ้านผู้ป่วย</p> <p>( ) จ้างคนดูแล</p> <p>( ) สถานะรับดูแลของเอกชน</p> <p>( ) อื่นๆระบุ.....</p> <p>.....</p>

แผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ/อุดตันเฉียบพลันรายใหม่

	24 ชม. แรก (Day1)	Day2-5	วัน Discharge
T (Treatment)	<p><b>กรณีให้ rt-PA</b></p> <p>( ) V/S ทุก 15 นาที 2 ชม. แรก</p> <p>( ) V/S ทุก 30 นาที 6 ชม. ต่อมา</p> <p>( ) V/S ทุก 60 นาที 16 ชม. ต่อมา</p> <p><input type="checkbox"/> ประเมินข้อบ่งชี้ของการทำ Trombectomy</p> <p><b>กรณีไม่ให้ rt-PA</b></p> <p>( ) 8 ชม.แรก check V/S&amp; N/S ทุก 2hr. then ทุก 4 ชม. หรือตามความเหมาะสม</p> <p><input type="checkbox"/> monitor EKG 24 ชม. แรก</p> <p>อื่นๆ ระบุ.....</p>	<p><b>Day2 หลังครบ 24 ชม. ประสานงานกับนักกายภาพบำบัด</b> (จัดส่ง PT กรณี Chest pain / ปวดศีรษะ / ซึมลง T &gt; 38°C , P &gt; 100 หรือ &lt; 60/min SBP ≥ 180 หรือ &lt; 90, DBP ≥ 110 หรือ &lt; 60 mmHg.)</p> <p>( ) BI &lt; 4 ทำ PT ที่ ward ( ) BI &gt; 4 ทำ PT ที่แผนกกายภาพบำบัด</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Check N/S ทุก 2-4 ชม. if GCS drop ≥ 2 notify</li> <li>• Consult neuro.Surg. • ไม่ Consult neuro.Surg.</li> <li>• Craniectomy • ventriculostomy • ประเมิน SOS score • CT-Brain • CTA • MRI • MRA</li> <li>• on o<sub>2</sub> canular 3 LPM (กรณี O<sub>2</sub>Sat &lt; 94%) • EKG 12 lead • EKG Monitor • echocardiogram</li> <li>• bed rest • ให้ 0.9% NSS 60–80 cc/hr. (กรณีไม่มีปัญหาเรื่อง volume overload)</li> <li>• พลิกตะแคงตัว ทุก 2 ชม. • นอนศีรษะสูง 20-30 °</li> </ul>	<p><input type="checkbox"/> ผู้ป่วยปลอดภัย</p> <p>ไม่มีอาการทรุดลง</p> <p>โดยไม่ได้คาดคิด</p>
<b>เป้าหมาย</b>	<p>♥ Door to needle time &lt; 60 นาที</p> <p>♥ ไม่เกิด Hemorrhage หลังได้ยา rt-PA/ไม่มี Bleed หลังได้ warfarin</p> <p>♥ ขณะให้ยาลดความดันชนิด drip : keep BP &lt; 180/105 mmHg.</p> <p>♥ กรณี ไม่ให้ rt-PA keep SBP ≤ 220 / DBP ≤ 120 mmHg.</p> <p>♥ ส่งทำ Trombectomy ภายใน 6 ชั่วโมง ตั้งแต่เริ่มมีอาการ</p> <p>♥ ผู้ป่วย/ญาติรับทราบข้อมูลและความเสี่ยงของการทำหัตถการ</p>	<p>♥ keep SBP ≤ 220 / DBP ≤ 120 mmHg. ♥ keep O<sub>2</sub>Sat &gt; 94% ♥ ไม่มีภาวะ Progressive stroke ♥ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังทำ Trombectomy</p> <p>♥ ได้ ASA 300-325 mg/day ภายใน 48 ชม. 0 ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ และทำกายภาพบำบัดภายใน 72 ชั่วโมง</p> <p>♥ ได้รับการวางแผนจำหน่าย. ♥ ได้รับการฝึกกลืนทุกมื้อ ♥ control BS 140 - 180 mg/dl</p> <p>♥ ควบคุม HbA1C &lt; 7.0%. ♥ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะดูแล ♥ ไม่เกิด Aspirate Pneumonia ♥ ไม่เกิด Fall</p> <p>♥ ไม่เกิด Pressure Sore ♥ ไม่เกิดข้อติดแข็ง ♥ ไม่เกิด DVT ♥ ไม่เกิดกล้ามเนื้อหดเกร็ง ♥ ไม่มีไข้</p> <p>♥ ไม่เกิด UTI ♥ ไม่ชัก ♥ ไม่ซึมเศร้า ♥ ไม่เกิด center pain after stroke ♥ ไม่ปวดไหล่ ♥ ไม่มีข้อไหล่อนเคลื่อน</p> <p>♥ มือไม่บวม ♥ ไม่มีอาการสำลัก ♥ ไม่มีปัญหาการควบคุมระบบขับถ่าย</p>	<p>♥ ญาติ/ผู้ดูแล มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน</p>

แผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ/อุดตันเฉียบพลันรายใหม่

	24 ชม. แรก (Day1)	Day2-5	วัน Discharge
H (Health)	<p>ภาวะสุขภาพที่เบี่ยงเบนของผู้ป่วย</p> <p><input type="radio"/> NIHSS .....คะแนน</p> <p><input type="radio"/> Motor power (ระบุ)</p> <p><input type="radio"/> barthel Index ..... คะแนน</p> <p>NIHSS.....คะแนน mRS.....คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> สูบปฐรี/ใบจาก <input type="checkbox"/> กลืนลำบาก <input type="checkbox"/> ท้องผูก</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่voidใน8ชม <input type="checkbox"/> มีDysarthria(พูดไม่ชัด) <input type="checkbox"/> Vertigo</p> <p><input type="checkbox"/> visual loss <input type="checkbox"/> มีไข้ (T&gt;38°C)</p> <p><input type="checkbox"/> มีAphasia (มีความผิดปกติของการเข้าใจภาษา)</p> <p><input type="checkbox"/> มี Ataxia (มีภาวะกล้ามเนื้อแขนขาทำงานไม่ประสานงานกัน/เดินเซ) <input type="checkbox"/> เสี่ยงต่อการเกิด fall</p> <p><input type="checkbox"/> มี Hemiparesis (อาการอ่อนแรงของแขน-ขาซีกใดซีกหนึ่ง)</p> <p><input type="checkbox"/> มี Facial palsy (อ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า)</p> <p><input type="checkbox"/> visual loss มี Neglect หันมอง ข้างขวา / ข้างซ้าย</p> <p><input type="checkbox"/> ปวดศีรษะ <input type="checkbox"/> IICP <input type="checkbox"/> cushing sign</p> <p><input type="checkbox"/> รูปแบบการหายใจ ระบุ.....</p> <p><input type="checkbox"/> มีDVT(หลอดเลือดดำอุดตัน)บริเวณ.....</p> <p>อื่นๆ ระบุ.....</p>	<p><input type="checkbox"/> ประเมิน barthel Index, NIHSS, Motor power ทุกวันจนกระทั่ง D/C</p> <p>วันที่ 2 (...../...../.....) คะแนน barthel Index =.....NIHSS .....คะแนน</p> <p>Motor power <b>+</b></p> <p>วันที่ 3 (...../...../.....) คะแนน barthel Index =.....NIHSS .....คะแนน</p> <p>Motor power <b>+</b></p> <p>วันที่ 4 (...../...../.....) คะแนน barthel Index =.....NIHSS .....คะแนน</p> <p>Motor power <b>+</b></p> <p>วันที่ 5 (...../...../.....) คะแนน barthel Index =.....NIHSS .....คะแนน</p> <p>Motor power <b>+</b></p> <p>ประเมินการขับถ่าย ( ) ขับถ่ายปกติ</p> <p>( ) กลั้นอุจจาระ/ปัสสาวะไม่ได้ คา Foley's cath วันที่.....</p> <p>( ) ท้องผูก ( ) ให้อาหารบาย วันที่.....</p> <p>( ) สอนอุจจาระ วันที่.....</p> <p>ซักประวัติการสูบบุหรี่ ( ) ไม่มีประวัติสูบบุหรี่</p> <p>( ) มีประวัติสูบบุหรี่ consult คลินิกเลิกบุหรี่ (โทร 1613) วันที่.....</p> <p>ให้คำแนะนำในเรื่องที่จะต้องดูแลต่อเองที่บ้าน</p> <p>( ) สอนfeed BD วันที่.....( ) ส่งเรียนทำ BD วันที่.....</p> <p>( ) สอนทำความสะอาดร่างกาย วันที่.....( ) สอนเปลี่ยนเสื้อผ้า วันที่.....</p> <p>( ) สอน suctionวันที่.....( ) สอนทำแผลวันที่ .....</p> <p>( ) อื่นๆระบุ.....</p>	<p><input type="checkbox"/> ได้รับการบำบัด/คำแนะนำเลิกบุหรี่</p> <p><input type="checkbox"/> ผู้ป่วยมี BIเพิ่มขึ้น/คงที่</p> <p>(BIจำหน่าย- BIแรกรับ ≥ 0 คะแนน)</p> <p><input type="checkbox"/> ผู้ป่วยมีภาวะทุพพลภาพลดลง/คงที่</p> <p>(mRSจำหน่าย- mRSแรกรับ ≤ 0 คะแนน)</p> <p>barthel Index .....คะแนน</p> <p>NIHSS .....คะแนน</p> <p>mRS .....คะแนน</p> <p>Motor power</p> <div style="text-align: center;"> <p>Rt   Lt</p> <hr style="width: 100px; margin: 0 auto;"/> </div> <p><input type="checkbox"/> Palliative care</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....</p> <p>.....</p>

แผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ/อุดตันเฉียบพลันรายใหม่

	24 ชม. แรก (Day1)	Day2-5	วัน Discharge
○ (Outpatient Referral)	<p><b>วิธีการมา รพ.</b></p> <p><input type="checkbox"/> ผู้ป่วยมาเอง</p> <p><input type="checkbox"/> เรียก 1669/กู้ชีพ/รถเทศบาล</p> <p><input type="checkbox"/> รับrefer จาก.....</p> <p>อื่นๆ ระบุ.....</p> <p><input type="checkbox"/> มาใน 4.5 ชม.</p> <p>( ) เข้า SFT</p> <p>( ) ไม่เข้า SFT</p> <p>เพราะ.....</p> <p><input type="checkbox"/> มาเกิน 4.5 ชม.</p> <p><input type="checkbox"/> เกิดStrokeขณะรอตรวจ/ขณะ admit</p>	<p><input type="checkbox"/> ประสานงานจิตเวช กรณี ( ) มีความเครียด/วิตกกังวล</p> <p>( ) ซึมเศร้า ( ) เสี่ยงทำร้ายตัวเอง/ฆ่าตัวตาย</p> <p>( ) อื่นๆระบุ .....</p> <p><input type="checkbox"/> ประสานงาน นักสังคมสงเคราะห์ เรื่อง .....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> ผู้ดูแลหลักหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล</p> <p>ชื่อ.....เบอร์โทรศัพท์ .....</p> <p><input type="checkbox"/> กรณีติดเตียง ประสานธนาคารสร้างสุข (โทร 4003)</p> <p><input type="checkbox"/> นอกเขต ประสาน รพช.เพื่อ referback</p> <p>โทรประสาน วันที่ .....</p> <p>อื่นๆ ระบุ.....</p>	<p><input type="checkbox"/> ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมก่อนจำหน่าย</p> <p><input type="checkbox"/> กรณี refer back และประสานโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง</p> <p><input type="checkbox"/> ได้รับความกายอุปกรณ์ / เครื่องมือแพทย์ที่จำเป็นในการดูแลที่บ้าน</p> <p><input type="checkbox"/> แนะนำมาตรวจตามนัด (นัดวันที่.....)</p> <p><input type="checkbox"/> ส่งข้อมูลผ่าน COC link/ประสานงาน PCU เพื่อเยี่ยมบ้านหลังD/C</p> <p><input type="checkbox"/> ประเมินความจำเป็นในการดูแลต่อเนื่องหลังD/C</p> <p>( ) สีแดง (BI = 0-4 คะแนน)</p> <p>( ) สีเหลือง (BI = 5-11 คะแนน)</p> <p>( ) สีเขียว (BI = 12-20 คะแนน)</p> <p><input type="checkbox"/> กรณีไม่มีผู้ดูแลหน่วยสังคมสงเคราะห์ได้ประสานงานเพื่อหาที่อยู่หรือหน่วยงานที่ให้การช่วยเหลือ(ระบุสถานที่.....)</p>
D (Diet)	<p><input type="checkbox"/> NPO กรณีซึม,สมองบวม/มีแนวโน้มผ่าตัด/ได้ rt-PA</p> <p><input type="checkbox"/> ประเมินการกลืน</p> <p>( ) กลืนลำบาก ( ) ส NG tube feeding.</p> <p>( ) เข้าโปรแกรมฝึกกลืน</p> <p>วันที่ 1 เบิกโลจิกบัดหนีด</p> <p><input type="checkbox"/> กลืนได้ (GCS &gt;11, มี gag reflex, ควบคุมศีรษะได้และอยู่ในท่านั่งได้)</p> <p><input type="checkbox"/> เบิกอาหารเฉพาะโรค.</p>	<p><input type="checkbox"/> กลืนได้ ( ) วันที่ 2 โจ๊กบดเหลว ( ) วันที่ 3อาหารอ่อน(ฝึกกลืน)</p> <p>( ) วันที่ 4 อาหารธรรมดา</p> <p><input type="checkbox"/> กลืนไม่ได้ ( ) อาหารทางสายยาง ( ) ส่งญาติเรียนทำอาหาร</p> <p><input type="checkbox"/> ประสานงานกับโภชนาการกรณีมีโรคร่วมหรือมีปัญหาในการควบคุมอาหาร วันที่.....</p> <p><input type="checkbox"/> ป้องกัน/เฝ้าระวัง การสำลัก <input type="checkbox"/> mouth care</p> <p><input type="checkbox"/> ประเมินภาวะโภชนาการ</p> <p>( ) ซีด ( ) Albumin ต่ำ</p> <p>( ) มีภาวะ Hypoglycemia ( ) มีภาวะ Hyperglycemia</p>	<p><input type="checkbox"/> ญาติมีความรู้ในการทำอาหารทางสายยาง/feed</p> <p><input type="checkbox"/> ญาติ/ผู้ดูแลมีความรู้ในการให้อาหาร/ป้อนอาหาร</p> <p><input type="checkbox"/> ญาติ/ผู้ดูแล มีความรู้ในการเฝ้าระวังและป้องกันการสำลัก</p> <p><input type="checkbox"/> ได้รับคำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารเฉพาะโรคจากนักโภชนาการ/หรือจากพยาบาล</p> <p>อื่นๆระบุ.....</p> <p>.....</p>

แผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ/อุดตันเฉียบพลันรายใหม่

	(ไขมันต่ำ-เค็มน้อย) อื่นๆ.....	( ) อื่นๆระบุ.....	
--	--------------------------------	--------------------	--