

แบบบันทึกใบ check listผู้ป่วย Stroke Fast Track (นำส่งพร้อมญาติผู้ป่วย 1 คน + พยาบาลrefer)

Onsetน.	
ถึงER รพ.....เวลา.....น.เวลาออกจากรพ.....น. Door to refer timeนาที	ต้องReferภายในเวลา.....น. (Referภายใน ๓๐ นาที)
ถึงรพ.สปร.เวลา.....น. ระยะเวลาในการเดินทางRefer.....นาที	Onset to Door ภายใน ๓ ชั่วโมง
Onset to door.....นาทีเหลือเวลาRun Fast Track นาที	Onset to needle ภายใน ๔.๕ ชั่วโมง
กรณี BP สูง	ต้องได้ยา rt-PA ภายในเวลา ๖๐ นาที
	ต้องได้ยาก่อนเวลา.....น.

กรณี BP > 185/110 mmHg. ให้ Nicardipine 20 mg.+ NSS 100 ml vein drip start 5 ml/hr. titrate ครั้งละ 3-5 ml/hr. ทุก 10 นาที Keep BP <185/110 mmHg. BP...../.....mmHg.(ก่อนให้Nicardipine)

V/S ขณะส่งต่อ

1) เวลา.....น. BP.....mmHg. P...../min R...../min	หมายเหตุ.....
2) เวลา.....น. BP.....mmHg. P...../min R...../min	หมายเหตุ.....
3) เวลา.....น. BP.....mmHg. P...../min R...../min	หมายเหตุ.....
4) เวลา.....น. BP.....mmHg. P...../min R...../min	หมายเหตุ.....
5) เวลา.....น. BP.....mmHg. P...../min R...../min	หมายเหตุ.....
6) เวลา.....น. BP.....mmHg. P...../min R...../min	หมายเหตุ.....
7) เวลา.....น. BP.....mmHg. P...../min R...../min	หมายเหตุ.....

- ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี น้ำหนัก.....Kgs. (ถ้ามี) วันที่...../...../.....
- Risk: DM.....ปี HT.....ปี DLP.....ปี AF.....ปี Old CVAปี ไม่เคยตรวจ
 บุหรี่.....มวน/วัน ไม่เคยสูบบุหรี่ สุรา.....ครั้ง/เดือน ไม่เคยดื่ม
- Onset Clear onset วันที่.....เวลา.....น.
 Unknown : Last seen normal วันที่.....เวลา.....น.
First seen abnormal วันที่.....เวลา.....น.
- การนำส่ง มาเอง EMS
- อาการ : แขนขาอ่อนแรง () Rt () Lt
 พูดไม่ชัด facial palsy อื่นๆ.....
- Lab : DTXmg% CBC : Platelet.....cell/mm³ PT.....INR.....
BUN..... Cr.....Electrolyte : + (รพช.ไม่ต้องรอผลLab)

การให้ข้อมูลการได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rtPA)

- ผู้ป่วยสงสัยโรคหลอดเลือดสมอง
- เมื่อผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ไม่พบเลือดออก กรณีไม่มีข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือด
- ให้ญาติตัดสินใจการรับยาละลายลิ่มเลือด
 - มีโอกาสฟื้นตัวจากความพิการสูงกว่าคนที่ไม่ได้รับยาประมาณ 30%
 - ราคายาประมาณ 23,000 บาท
 - ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการได้รับยาคือเลือดออกในสมอง และเลือดออกในอวัยวะต่างๆของร่างกาย พบประมาณ 7%

ผู้ให้ข้อมูล(พยาบาลRefer).....ตำแหน่ง.....

ผู้รับทราบข้อมูล(ญาติ).....ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

THROMBOLYSIS CHECK LIST

INCLUSION criteria (must all be YES)

- อายุ 18 ปีขึ้นไป Yes No
- มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ก่อนเริ่มได้รับการรักษา Yes No
- ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด โดยความผิดปกติที่ตรวจพบชัดเจน Yes No

EXCLUSION criteria (must all be NO)

- ได้รับอุบัติเหตุอย่างรุนแรงหรือไม่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองภายใน 3 เดือน Yes No
- มีอาการที่สงสัยว่ามีเลือดออกในชั้นเยื่อหุ้มสมอง Yes No
- ได้รับเจาะเลือดแดงในตำแหน่งที่ไม่สามารถกดห้ามเลือดได้ภายใน 7 วัน Yes No
- มีประวัติเลือดออกในสมอง Yes No
- มีเนื้องอกในสมอง โรคหลอดเลือดผิดปกติ (arteriovenous malformation) หรือหลอดเลือดแดงโป่งพองในสมอง (aneurysm) Yes No
- เพิ่งได้รับการผ่าตัดสมองหรือไขสันหลังในระยะเวลาไม่นาน Yes No
- ความดันโลหิตสูง (SBP >185, DBP >110 mmHg.) Yes No
- กำลังมีเลือดออกในอวัยวะภายใน (active) Yes No
- มีภาวะเลือดออกง่าย Yes No
- เกล็ดเลือดน้อยกว่า 100,000/มม.³ Yes No
- ได้รับ heparin ภายใน 48 ชั่วโมง และมีค่า aPTT สูงเกินเกณฑ์ปกติ Yes No
- กำลังได้รับยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด warfarin และมีค่า INR >1.7 หรือ PT > 15 วินาที Yes No
- กำลังได้รับยาในกลุ่ม direct thrombin inhibitors หรือ factor Xa inhibitors และมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องที่ผิดปกติ เช่น aPTT, INR, ECT, TT, factor Xa activity assays Yes No
- ระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 50 mg/dl Yes No
- เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองพบการขาดเลือดเป็นบริเวณกว้างมากกว่า 1 ใน 3 ของ cerebral hemisphere Yes No

ข้อห้ามที่อาจจะอนุมัติให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ (ถ้าประเมิน แล้วคิดว่ามีประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากกว่าโทษ)

- มีอาการผิดปกติทางระบบประสาทเพียงเล็กน้อยหรืออาการที่ขึ้นได้เองอย่างรวดเร็ว Yes No
- มีอาการชักตั้งแต่เริ่มแรก และมีความผิดปกติทางระบบประสาทเหลืออยู่หลังจากหยุดชัก Yes No
- ได้รับการผ่าตัดใหญ่ หรือได้รับอุบัติเหตุที่มีความรุนแรงภายใน 14 วัน Yes No
- มีเลือดออกในทางเดินอาหารหรือทางเดินปัสสาวะภายใน 21 วัน Yes No
- มีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภายใน 3 เดือน Yes No

ข้อห้ามที่อาจอนุมัติให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ ในช่วง 3-4.5 ชั่วโมง หลังเกิดอาการ (ถ้าประเมิน แล้วคิดว่ามีประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากกว่าโทษ)

- อายุมากกว่า 80 ปี Yes No
- สมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่มีอาการรุนแรง โดยมีค่า NIHSS > 25 คะแนน Yes No
- กำลังได้รับยาป้องกันการแข็งตัว โดยไม่คำนึงถึงค่า INR Yes No
- มีประวัติเป็นโรคเบาหวานร่วมกับเคยมีโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาก่อน Yes No

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

ชื่อผู้ประเมิน
ตำแหน่ง.....

แบบประเมิน NIHSS Score สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน รพ.สวรงค์ประชารักษ์

ชื่อ.....HN.....AN.....ward.....

NIHSS ITEM	SCORE DEFINITIONS	รพช.	ER	ward	DATE / SCORE			
	
	M.M.M.M.M.M.M.
1a. ระดับความรู้สึก	0= รู้สึกตัวปกติ 1=ปลุกตื่นได้ง่ายและตอบคำถามได้ 2=ปลุกตื่นแต่ต้องใช้กระตุ้นรุนแรง 3= ไม่ตอบสนอง / ตอบสนองโดย reflex							
1b. ตอบคำถาม ถาม "เดือน" ถาม "อายุ"	0=ตอบถูก2 คำถาม 1=ตอบถูก 1 คำถาม/dysarthria/intubated/ 2=ตอบไม่ถูกต้องทั้งสองคำถาม/ aphasia/ ไม่รู้สึกตัว							
1c. ทำตามคำสั่ง "หลับตา ลืมตา" "กำมือ แบนมือ"	0=ทำถูก2คำสั่ง 1=ทำถูก1คำสั่ง 2=ทำไม่ถูกต้องเลย/ ไม่ทำตามคำสั่ง							
2. กลอกตา ให้กลอกตา "ซ้าย ขวา"	0=กลอกตาได้ทุกทิศทาง 1=การกลอกตาคิดปกติ อาจเป็นข้างใดข้างหนึ่ง 2=กลอกตาไม่ได้ /มองไปด้านใดด้านหนึ่งตลอดเวลา							
3. การมองเห็น ให้ผู้ป่วยมองและนับนิ้วผู้ตรวจ	0=มองเห็นปกติ 1=มองไม่เห็นเป็นบางส่วนทั้ง 2 ตา 2=มองไม่เห็นครึ่งซีกทั้ง 2 ตา 3=มองไม่เห็นเลยทั้ง 2 ตา							
4. หน้าเบี้ยว "หลับตา" "ยิงฟัน"	0=ไม่มีหน้าเบี้ยว 1=เบี้ยวเล็กน้อย ยิงฟันจะเห็นว่าหน้าไม่เท่ากัน 2=เบี้ยวมาก ขยับมุมปากไม่ได้ แต่หลับตาและยกคิ้วได้ 3=ขยับใบหน้าครึ่งซีกไม่ได้ หลับตาไม่สนิท ยิงฟันไม่ได้							
5. กำลังกล้ามเนื้อแขน ท่านั่ง ยกแขนขึ้น 90 องศา ยกค้างไว้ 10 วินาที ท่านอน ยกแขนขึ้น 45 องศา ยกค้างไว้ 10 วินาที	0=ไม่มีอาการอ่อนแรงเมื่อยกแขน 10 วินาทีเต็ม 1=อ่อนแรงภายใน 10 วินาที แต่ไม่ตกลงถึงเตียง 2=ยกแขนต้านแรงโน้มถ่วงได้ แต่ตกลงอย่างรวดเร็ว 3= ยกแขนไม่ขึ้น 4=ขยับแขนไม่ได้เลย NA=ประเมินไม่ได้ /amputation/ Joint fusion	Rt						
		Lt						
6. กำลังกล้ามเนื้อขา ให้ผู้ป่วยนอน ยกขาขึ้น 30 องศา ยกค้างไว้ 5 วินาที	0=ไม่มีอาการอ่อนแรงเมื่อยกขา 5 วินาทีเต็ม 1=อ่อนแรงภายใน 5 วินาที แต่ไม่ตกลงถึงเตียง 2=ยกขาต้านแรงโน้มถ่วงได้ แต่ตกลงอย่างรวดเร็ว 3= ยกขาไม่ขึ้น 4=ขยับขาไม่ได้เลย NA=ประเมินไม่ได้ /amputation/ Joint fusion	Rt						
		Lt						
7. Ataxia finger to nose or heel to shin	0=ไม่มีการเสียการประสานงานของกล้ามเนื้อ 1=มีความผิดปกติที่แขนหรือขาข้างเดียว 2=มีความผิดปกติที่แขนและ/ หรือขา 2 ข้าง NA=ประเมินไม่ได้/amputation/Joint fusion							
8. การรับความรู้สึก	0=ไม่มีอาการชา 1=ชาเล็กน้อยหรือปานกลาง(รู้สึกว่าแหลมไม่เท่ากัน) 2=ชามาก /ไม่รู้สึกว่ามีของแหลมมาทิ่ม/ Coma/							
9. การใช้ภาษา ให้บรรยายภาพ, วัตถุสิ่งของ, อ่านบัตรคำ	0=การสื่อภาษาเป็นปกติ 1=ผิดปกติทางภาษาเล็กน้อย เข้าใจภาพบ้าง 2=ผิดปกติทางภาษาอย่างรุนแรง sensory aphasia 3=ไม่พูด/ global aphasia/ coma/ Unresponsive							
10. เสียงพูด	0=เสียงปกติ 1=พูดไม่ชัด แต่พอฟังรู้เรื่อง 2=เสียงพูดผิดปกติอย่างมาก ฟังไม่รู้เรื่อง/ ไม่พูดเลย NA=intubation/ประเมินไม่ได้*aphasia ให้ 0 หรือ1							
11. Neglect (กระตุ้นการสัมผัส/การมองเห็น/ การได้ยิน) กระตุ้น 2 ข้างพร้อม หรือไม่รับรู้ว่าเป็นมือของตัวเอง	0=ไม่มีความผิดปกติเลย 1=มีความผิดปกติ 1 อย่าง 2=ผิดปกติมากกว่า1 อย่างขึ้นไป							
TOTAL SCORE								
ผู้บันทึก								