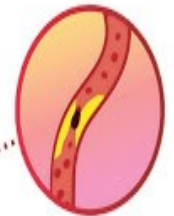
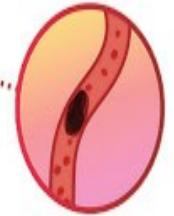


# โรคหลอดเลือดสมอง Stroke



เส้นเลือดในสมองตีบ



เส้นเลือดในสมองตัน

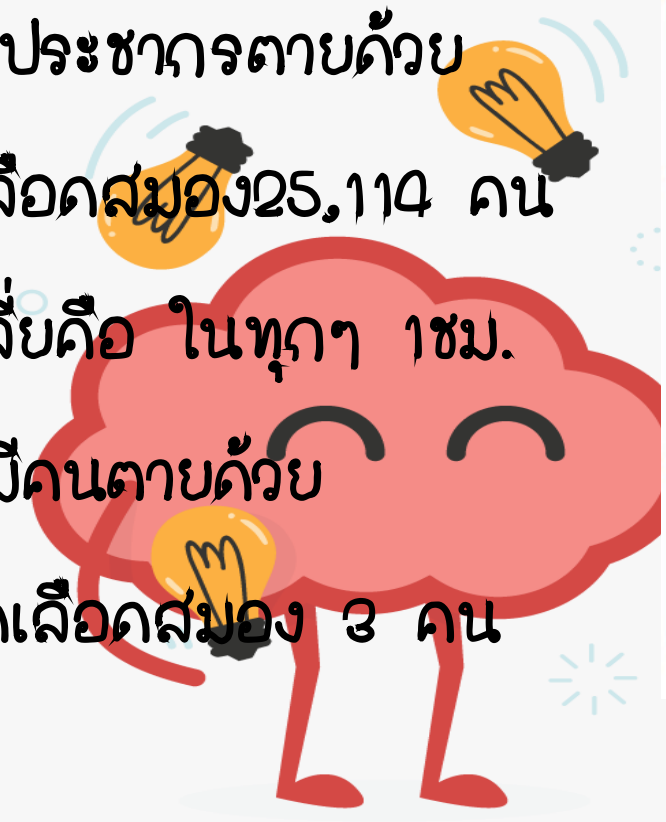


เส้นเลือดในสมองแตก

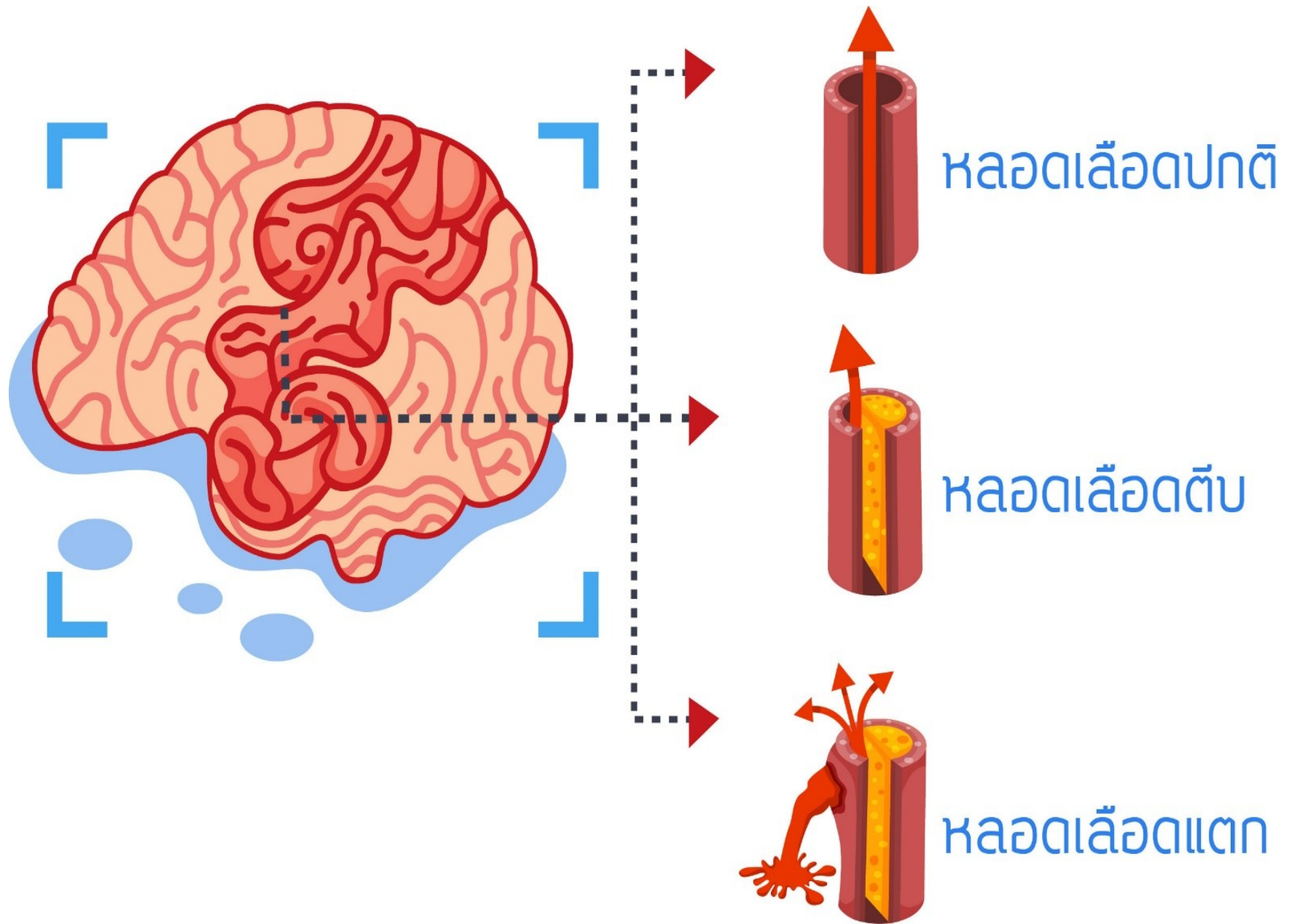
- Stroke หรือ โรคหลอดเลือดสมอง คือ ภาวะที่ทำให้เซลล์สมองทำลาย ซึ่งมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน หรือแตก ทำให้ขัดขวางการลำเลียงเลือดซึ่งนำออกซิเจนและสารอาหารไปเลี้ยงเซลล์สมอง ส่งผลให้สมองสูญเสียการทำงานที่จนเกิดอาการของอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้



ในประเทศไทยจากสถิติ  
กระทรวงสาธารณสุขรายงานว่า  
มีจำนวนประชากรตายด้วย  
โรคหลอดเลือดสมอง 25,114 คน  
คิดโดยเฉลี่ยคือ ในทุกๆ 1 ชม.  
จะมีคนตายด้วย  
โรคหลอดเลือดสมอง 3 คน



- อัตราการเกิดโรค  
**100-200**  
ต่อประชากร 1 แสนคน
- เส้นเลือดอุดตัน พบมากกว่า  
เส้นเลือดแตก
- เส้นเลือดแตกในสมอง ในประเทศกำลังพัฒนา  
พบ **30%-40%**  
ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ส่วนในประเทศพัฒนา  
แล้วพบ 10-15% ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด
- ในประเทศสหรัฐอเมริกา 8 ผู้เสียชีวิต  
จากโรคหลอดเลือดสมอง  
**1 คน ในทุก 4 นาที**





# ภาวะโรคหลอดเลือดสมอง “ตีบ หรือ อุดตัน”



พบได้ 80% ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
มีสาเหตุเกิดจากหลอดเลือดที่นำไปเลี้ยงเนื้อสมองมีการตีบตัน  
ลิ่มเลือดเกิดขึ้นในบริเวณอื่น ไปอุดตันหลอดเลือดสมอง  
หรืออาจเกิดจากลิ่มเลือดก่อตัวในหลอดเลือดสมอง  
เป็นสาเหตุให้เนื้อสมองถูกทำลายหรือตายลง

## สาเหตุหลักเกิดจาก

- ความผิดปกติของตัวหลอดเลือด หรือที่เรียกว่า หลอดเลือดตีบแข็ง
- การมีลิ่มเลือดไปอุดตันที่หลอดเลือดในสมอง
- ภาวะที่มีความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด

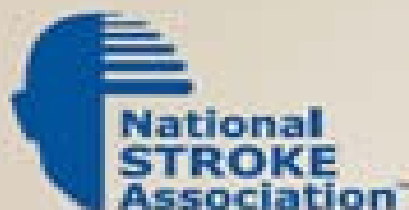
- **สมองขาดเลือดชั่วคราว**

**Transient ischemic attack (TIA)**

เป็นภาวะที่มีลิ่มเลือดอุดตันชั่วคราวทำให้สมองขาดเลือดชั่วคราว เนื้อสมองมักจะไม่มีตาย ภาวะนี้จะต้องเกิดจากความผิดปกติ ของหลอดเลือดสมอง มีผลทำให้สมองบางส่วนสูญเสียหน้าที่ เช่น พูดไม่ได้ อ่อนแรง ระยะเวลาที่เป็นต้องไม่เกิน 24 ชั่วโมง อาการผิดปกติจะหายไป



# สาเหตุ



## Stroke Risk Scorecard

Each box that applies to you equals 1 point. Total your score at the bottom of each column and compare with the stroke risk levels on the back.

RISK FACTOR	HIGH RISK	CAUTION	LOW RISK
Blood Pressure	<input type="checkbox"/> >140/90 or unknown	<input type="checkbox"/> 120-139/80-89	<input type="checkbox"/> <120/80
Atrial Fibrillation	<input type="checkbox"/> Irregular heartbeat	<input type="checkbox"/> I don't know	<input type="checkbox"/> Regular heartbeat
Smoking	<input type="checkbox"/> Smoker	<input type="checkbox"/> Trying to quit	<input type="checkbox"/> Nonsmoker
Cholesterol	<input type="checkbox"/> >240 or unknown	<input type="checkbox"/> 200-239	<input type="checkbox"/> <200
Diabetes	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Borderline	<input type="checkbox"/> No
Exercise	<input type="checkbox"/> Couch potato	<input type="checkbox"/> Some exercise	<input type="checkbox"/> Regular exercise
Diet	<input type="checkbox"/> Overweight	<input type="checkbox"/> Slightly overweight	<input type="checkbox"/> Healthy weight
Stroke in Family	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Not sure	<input type="checkbox"/> No
TOTAL SCORE	<input type="checkbox"/> High Risk	<input type="checkbox"/> Caution	<input type="checkbox"/> Low Risk

# การประเมินที่ใช้ประเมินผู้ป่วย

- Neuro sign

- NIHSS

- Bartel index

- mRS

- GUSS Swallowing test

- Deep vein thrombosis screening

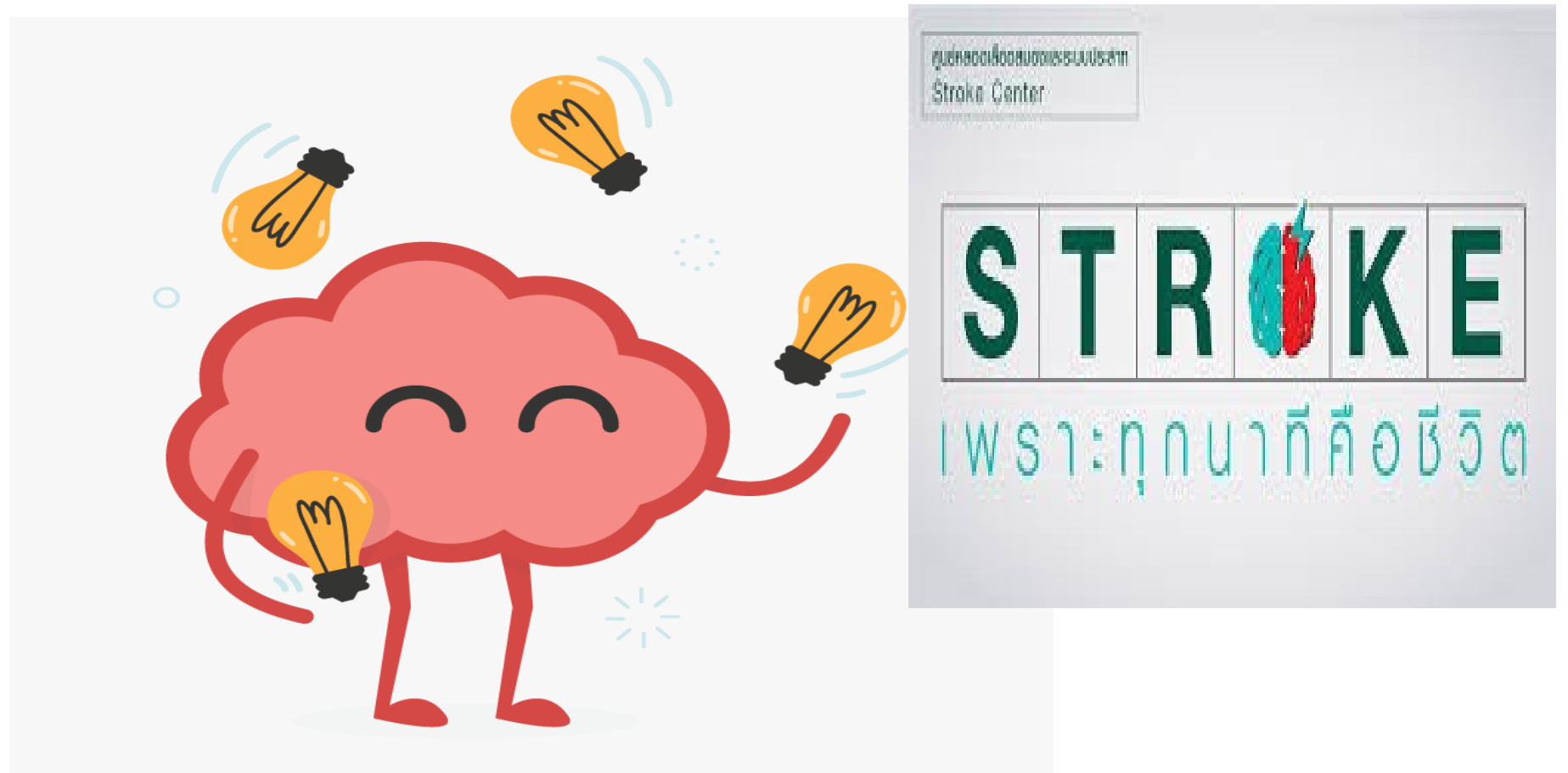
- Nutrition alert from แบบประเมินภาวะ

โภชนาการ





# Stroke fast tract



# STROKE



**B**

**E**

**F**

**A**

**S**

**T**



## **BALANCE**

LOSS OF BALANCE,  
HEADACHE  
OR DIZZINESS

## **EYES**

BLURRED VISION

## **FACE**

ONE SIDE OF THE  
FACE IS DROOPING

## **ARMS**

ARM OR LEG  
WEAKNESS

## **SPEECH**

SPEECH DIFFICULTY

## **TIME**

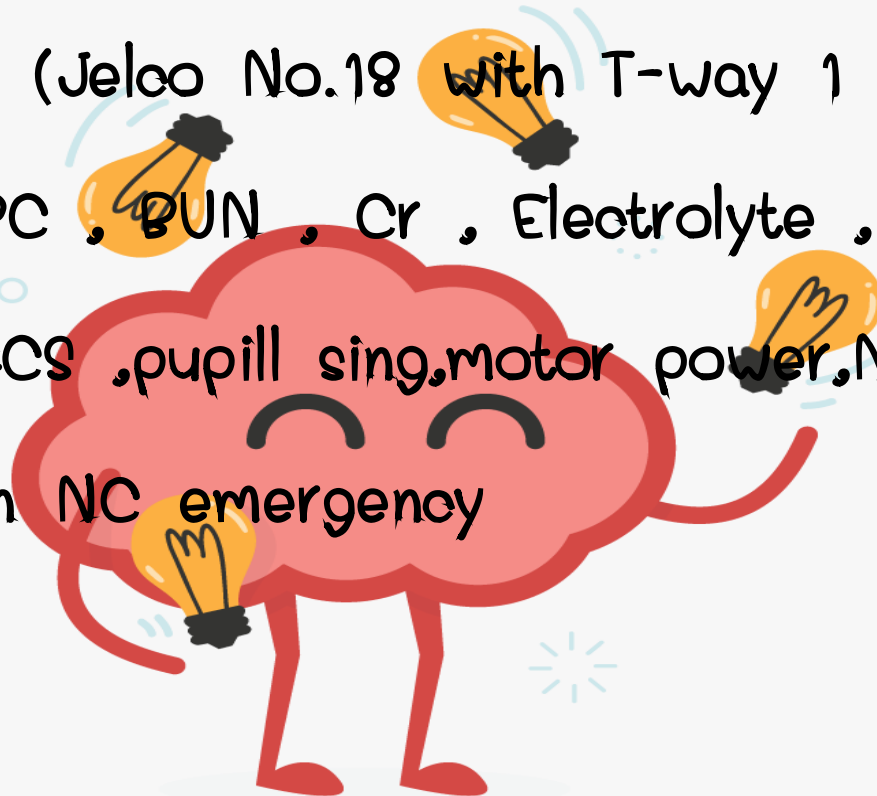
TIME TO CALL  
FOR AMBULANCE  
IMMEDIATELY



# ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วย

## Stroke Fast Track

- ซักประวัติหาระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการ จาก Last seen normal และ onset
- เปิดเส้น 2 เส้น (Jelco No.18 with T-way 1 เส้น)  
พร้อมส่งlab CBC , BUN , Cr , Electrolyte , Coagulogram , CBC
- V/S ประเมิน GCS ,pupill size,motor power,NIHSS
- ส่งทำ CT brain NC emergency



Door to treatment ≤60 min



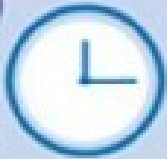
**0 min**

Suspected stroke patient arrives at ED



**≤10 min**

Complete initial MD evaluation, including patient history and time last known well/symptom onset initiate labwork Assess using NIHSS



**≤15 min**

Notify stroke team (including neurologic expertise)



**≤25 min**

Initiate CT scan



**≤45 min**

Interpret CT scan and labs Review patient eligibility for Activase



**≤60 min**

Give Activase bolus and initiate infusion in eligible\* patients

\*Activase must be administered within 3 hours of symptom onset. Please see the Prescribing Information for full eligibility requirements.



# rt-PA treatment

- **Dosage**

- 0.9mg/Kg
- Max dose 90 mg

- ตัวอย่าง สมมติน้ำหนัก 50 kg
- :  $50 \times 0.9 = 45 \text{ mg}$



- การบริหารยา

- 10% IV bolus in 10 min
- 90% IV drip in 1hr.





# การพยาบาล

- ให้ผู้ป่วย Absolute bed rest \*bleeding precaution\*

- V/S – ขณะให้ยา

q 15 min X 2 hr.

q 30 min X 4 hr.

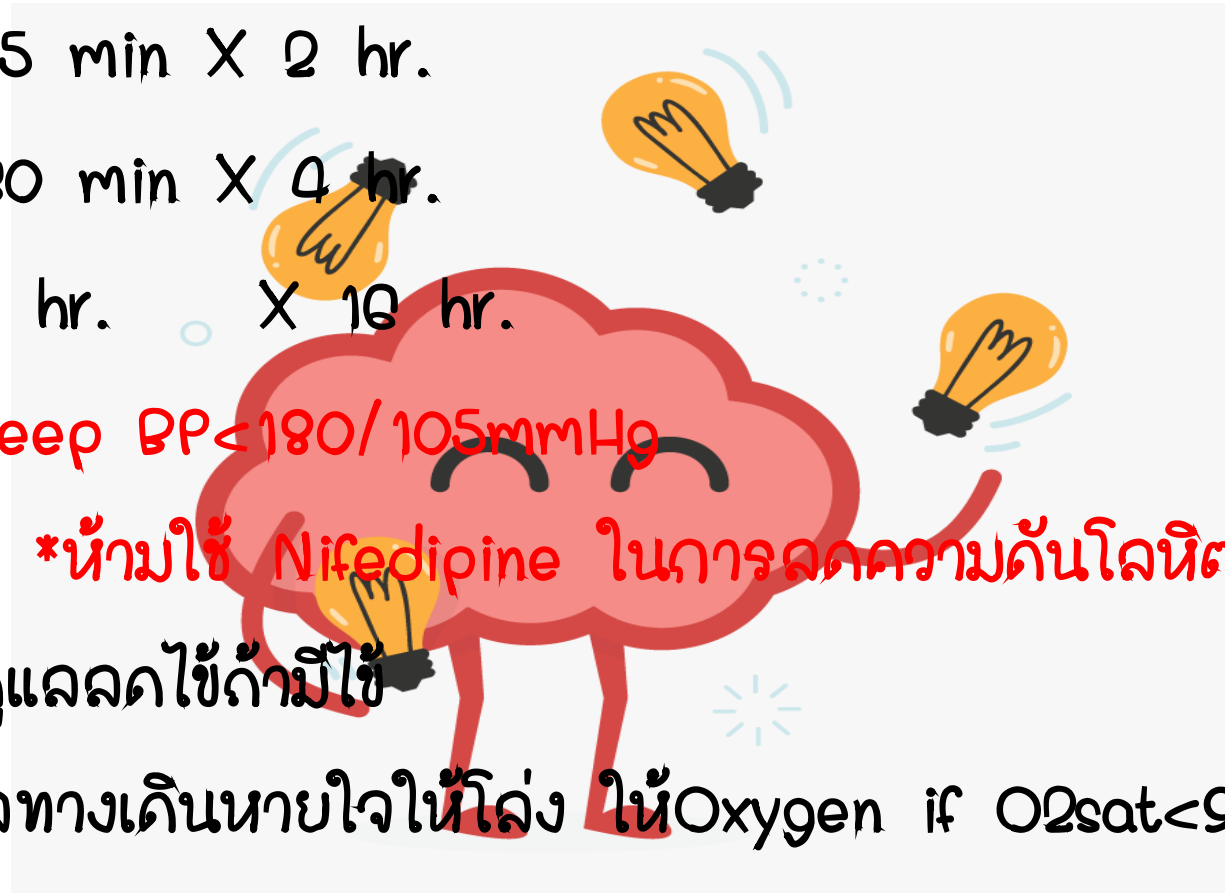
q 1 hr. X 16 hr.

- keep BP < 180/105 mmHg

- \*ห้ามใช้ Nifedipine ในการลดความดันโลหิต

- ดูแลลดไข้ถ้ามีไข้

- ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ให้ Oxygen if O<sub>2</sub>sat < 95%

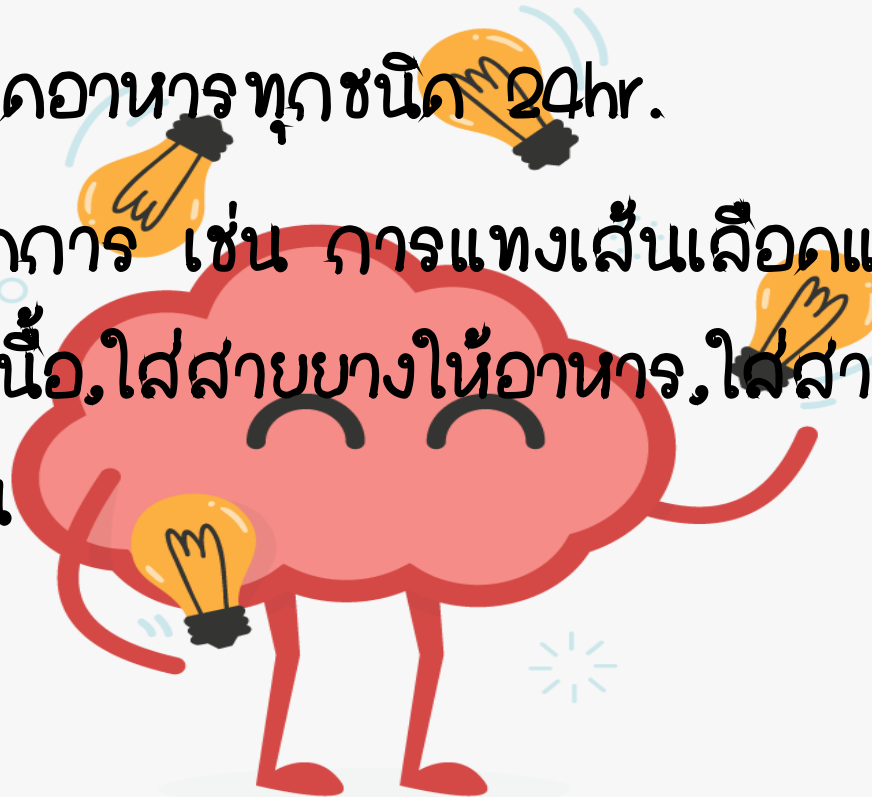


# การพยาบาล

- ประเมิน GCS, motor power, pupil size q 1 hr ,  
NIHSS q 4 hr

- งดน้ำงดอาหารทุกชนิด 24hr.

- งดหัตถการ เช่น การแทงเส้นเลือดแดง, ฉีดยาเข้า  
กล้ามเนื้อ, ใส่สายยางให้อาหาร, ใส่สายสวนปัสสาวะ  
เป็นต้น



# ใช้ Care map ในการการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐาน

Underline (Ctrl+U) Underline your text.		Care map check list for acute ischemic stroke			
Date of discharge.....Time..... GCS/NIHSS admit.....GCS/NIHSS discharge..... BI admit/discharge..... MRS discharge..... Thrombolytic agent <input type="checkbox"/> yes dose.....mg. time..... <input type="checkbox"/> no because..... Door to needle time..... กลับเป็นซ้ำใน28วัน <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Type: <input type="checkbox"/> Atherosclerosis <input type="checkbox"/> Small vessel disease <input type="checkbox"/> Cardio embolic <input type="checkbox"/> Other cause <input type="checkbox"/> Dissection Past medical history : <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> DLP <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> IHD <input type="checkbox"/> smoking <input type="checkbox"/> previous stroke <input type="checkbox"/> other.....		Discharge summary • Verbal communication: <input type="checkbox"/> intact <input type="checkbox"/> aphasia <input type="checkbox"/> global <input type="checkbox"/> motor <input type="checkbox"/> sensory • Swallowing assessment: <input type="checkbox"/> intact <input type="checkbox"/> impaired <input type="checkbox"/> tube feeding • Level of assistance: <input type="checkbox"/> no/self <input type="checkbox"/> minimum <input type="checkbox"/> moderate <input type="checkbox"/> maximum • Complication: <input type="checkbox"/> Cerebral edema <input type="checkbox"/> Increased neurological deficit <input type="checkbox"/> seizure <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> pneumonia <input type="checkbox"/> Hemorrhagic transformation <input type="checkbox"/> pressure sore <input type="checkbox"/> Cognitive impairment <input type="checkbox"/> other..... Length of stay.....day	
Date/Aspect of care	Pre Admit Phase ER/OPD...../Ward..... Date.....	Day1 Ward..... Date.....	Day2-3 Ward..... Date.....	Day4-7 Ward..... Date.....	
Assessment	<input type="checkbox"/> ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต <input type="checkbox"/> ตรวจร่างกาย <input type="checkbox"/> Monitor V/S,N/S,NIHSS q 1 hr. or post rt-PA q 15min X 2 hr. q 30min X 6 hr. then q 1 hr X 16 hr.	<input type="checkbox"/> Physical examination <input type="checkbox"/> Assess risk factor <input type="checkbox"/> Assess swallowing status <input type="checkbox"/> Assess respiratory status <input type="checkbox"/> Assess voiding status <input type="checkbox"/> Monitor V/S q 1 hr. <input type="checkbox"/> Observe N/S,NIHSS q 1 hr.	<input type="checkbox"/> Assess general condition And progression <input type="checkbox"/> Assess complication - Pressure injury     - DVT - Pneumonia         - UTI <input type="checkbox"/> Observe V/S q 4 hr. <input type="checkbox"/> Observe N/S,NIHSS q 4 hr.	<input type="checkbox"/> Assess progression <input type="checkbox"/> Assess complication <input type="checkbox"/> Observe V/S q 8 hr. <input type="checkbox"/> Observe N/S,NIHSS q 8 hr. <input type="checkbox"/> other.....	
Lab	<input type="checkbox"/> CBC <input type="checkbox"/> Electrolyte <input type="checkbox"/> BS <input type="checkbox"/> Coagulogram <input type="checkbox"/> BUN,CR	<input type="checkbox"/> CBC <input type="checkbox"/> Electrolyte <input type="checkbox"/> BS <input type="checkbox"/> Lipid profile <input type="checkbox"/> other.....	<input type="checkbox"/> CBC <input type="checkbox"/> Electrolyte <input type="checkbox"/> BS <input type="checkbox"/> other.....	<input type="checkbox"/> other.....	
Other test	<input type="checkbox"/> CT brain contrast <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> CTA <input type="checkbox"/> CXR <input type="checkbox"/> ECG 12 leads	<input type="checkbox"/> CT brain หรือ 12hr. <input type="checkbox"/> Echocardiogram <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> U/S Carotid duplex /TCD <input type="checkbox"/> Monitor EKG 24 hr.	<input type="checkbox"/> CT brain <input type="checkbox"/> Echocardiogram <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> U/S Carotid duplex /TCD	<input type="checkbox"/> CT brain <input type="checkbox"/> Echocardiogram <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> U/S Carotid duplex /TCD	
Medication	<input type="checkbox"/> 0.9% NSS V .....cc/hr. <input type="checkbox"/> rt-PA.....mg. V push then .....mg. V drip in 1 hr.	<input type="checkbox"/> Aspirin 81-325mg/day in 48 hr. <input type="checkbox"/> ยาลดระดับไขมันในเลือด <input type="checkbox"/> other.....	<input type="checkbox"/> Aspirin 81-325mg/day <input type="checkbox"/> ยาลดระดับไขมันในเลือด <input type="checkbox"/> other.....	<input type="checkbox"/> Aspirin 81-325mg/day <input type="checkbox"/> ยาลดระดับไขมันในเลือด <input type="checkbox"/> other.....	

### Care map check list for acute ischemic stroke

Nutrition	<input type="checkbox"/> NPO <input type="checkbox"/> Tube feeding..... <input type="checkbox"/> Soft diet <input type="checkbox"/> Regular diet	<input type="checkbox"/> NPO <input type="checkbox"/> Tube feeding..... <input type="checkbox"/> Soft diet <input type="checkbox"/> Regular diet	<input type="checkbox"/> NPO <input type="checkbox"/> Tube feeding..... <input type="checkbox"/> Soft diet <input type="checkbox"/> Regular diet	<input type="checkbox"/> NPO <input type="checkbox"/> Tube feeding..... <input type="checkbox"/> Soft diet <input type="checkbox"/> Regular diet
Nursing Intervention	<input type="checkbox"/> ซักประวัติ ตรวจร่างกายเบื้องต้น <input type="checkbox"/> <u>Observe V/S,N/S,NIHSS as protocol</u> <input type="checkbox"/> ดูแลประเมินการหายใจ On..... <input type="checkbox"/> ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ On..... <input type="checkbox"/> ประสาน Admitted in Stroke Unit or ICU	<input type="checkbox"/> <u>Observe V/S,N/S,NIHSS q 1 hr.</u> <input type="checkbox"/> Assess progression <input type="checkbox"/> ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา <input type="checkbox"/> <u>ประเมินการกลืน - ผ่าน / ไม่ผ่าน</u> <input type="checkbox"/> Hygiene care <input type="checkbox"/> Precaution complication	<input type="checkbox"/> <u>Observe V/S,N/S,NIHSS q 4 hr.</u> <input type="checkbox"/> Health Promotion <input type="checkbox"/> เตรียมความพร้อมในการกายภาพบำบัด	<input type="checkbox"/> <u>Observe V/S,N/S,NIHSS q 8 hr.</u> <input type="checkbox"/> เตรียมความพร้อมผู้ดูแลหลักและผู้ป่วย ในการกลับบ้าน
Consultation	<input type="checkbox"/> บริการอายุรแพทย์ทั่วไป <input type="checkbox"/> บริการประสาทอายุรแพทย์ <input type="checkbox"/> other.....	<input type="checkbox"/> PM&R <input type="checkbox"/> จิตแพทย์	<input type="checkbox"/> PM&R <input type="checkbox"/> นักโภชนาการ <input type="checkbox"/> จิตแพทย์ <input type="checkbox"/> นักสังคมสงเคราะห์	<input type="checkbox"/> นักโภชนาการ <input type="checkbox"/> จิตแพทย์ <input type="checkbox"/> นักสังคมสงเคราะห์
Discharge planning	<input type="checkbox"/> ให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค อาการอาการ แสดง และปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค	<input type="checkbox"/> ให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค อาการอาการ แสดง และปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค <input type="checkbox"/> ประเมินสภาพทางครอบครัว สังคม เศรษฐกิจและความเชื่อ	<input type="checkbox"/> Same as day 1 <input type="checkbox"/> ผู้ดูแลหลัก..... <input type="checkbox"/> เตรียมความพร้อมญาติและผู้ป่วย <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hygiene care</li> <li>- Risk factor management</li> <li>- การดูแลเรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วย</li> <li>- การฟื้นฟูสภาพต่อที่บ้าน</li> <li>- การปรับสภาพบ้าน</li> <li>- Other.....</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Same as day 2-3 <input type="checkbox"/> ให้ความรู้เรื่องยา <input type="checkbox"/> ให้ความรู้เรื่องอาการผิดปกติต่างๆที่ต้อง มาพบแพทย์ก่อนนัด <input type="checkbox"/> การมาตรวจตามนัด <input type="checkbox"/> ประสานทาง Rehab เพื่อรับ Home program <input type="checkbox"/> อ้าย วฟ. .... <input type="checkbox"/> ประสานงานส่งต่อสถานพยาบาลใกล้บ้าน

ปัญหาที่พบ.....

# วางแผนจำหน่าย แบบเฉพาะรายบุคคล

# D METHOD

แบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบต่อเนื่องหรือจำหน่ายกลับบ้าน รพ.ร.3.6

Discharge planning	ติดตามอาการผู้ป่วย 1-2 ปีแรก (Visit ที่ OPD)
<b>Sticker ชื่อผู้ป่วย</b> Admit : ..... DIC..... GCS : E.../V.../M... Motor power + BI DIC..... MRS DIC..... Tel.....	วันที่..... GCS : E.../V.../M... Motor power + BI.....
<b>D:Diagnosis</b> - ประเมินการดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่าย <input type="checkbox"/> คนดูแลได้ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถดูแลได้ <input type="checkbox"/> No U/D - เข้าใจสาเหตุของอาการโรคหลอดเลือดสมอง / UD <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ยังต้องติดตาม - สามารถบอกอาการผิดปกติที่อาจพบแพทย์ได้ (BEFAST) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ยังต้องติดตาม	<b>D:Diagnosis</b> - เข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ยังต้องติดตาม - Re-admit <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes วันที่..... เนื่องจาก.....
<b>M:Medication</b> - ประเมินการรับประทานยาอย่างเหมาะสม <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes เมื่อขาด..... - เข้าใจความสำคัญของการรับประทานยาอย่างเหมาะสมตามแผนการรักษา <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ยังต้องติดตาม - มีความรู้เรื่องอันตรายของยาหรือการที่ต้องมีการใช้ / งดใช้ยา <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ยังต้องติดตาม	<b>M:Medication</b> - รับประทานยาตามแผนการรักษา <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ยังต้องติดตาม - เกิดอาการหรือผลข้างเคียงที่ผิดปกติ / ระบุชื่อยา..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ยังต้องติดตาม
<b>E:Environment</b> - มีการปรับสภาพที่อยู่อาศัยก่อนจำหน่ายผู้ป่วย / ย้ายกลับบ้าน <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ยังต้องติดตาม	<b>E:Environment</b> - ไม่เกิดอุปสรรคต่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No สาเหตุ..... / ระบุความเสี่ยง <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ยังต้องติดตาม
<b>T:Treatment</b> - ผู้ดูแลสามารถให้การดูแล เช่น feeding, C/C, suction ได้ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ยังต้องติดตาม	<b>T:Treatment</b> - ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลทั่วๆไปได้ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ยังต้องติดตาม
<b>H:Health</b> - มีความพร้อมและจัดการในภาวะฉุกเฉินได้ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ยังต้องติดตาม - Complication ที่เกิดขึ้นก่อนจำหน่าย <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ยังต้องติดตาม - ผู้ดูแลมีความรู้ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น pressure ulcer/T/UT/Phlebitis <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ยังต้องติดตาม	<b>H:Health</b> - ภาวะสุขภาพจิตที่บ้านอย่างมั่นคง <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ยังต้องติดตาม - Complication <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes ไม่เกิด..... สามารถให้การดูแลได้ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ยังต้องติดตาม
<b>O:Out patient</b> - มีประวัติ Low FU หรือ มาพบแพทย์ไม่สม่ำเสมอ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes เมื่อขาด..... - เข้าใจถึงเกณฑ์การนัดหมายหรือการนัดหมาย <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No เมื่อขาด..... - มารวมอยู่จุดนัด 168,164 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ยังต้องติดตาม - มีการส่งต่อผู้ป่วยตามจุดนัดหมายหรือตามนัด <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No เมื่อขาด.....	<b>O:Out patient</b> - มารวมและเข้ารับการดูแลอย่างต่อเนื่อง <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No เมื่อขาด..... - มีการส่งต่อผู้ป่วยตามจุดนัดหมายหรือตามนัด <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No เมื่อขาด.....
<b>D:Die</b> - ประเมินความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย UD <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes เมื่อขาด..... - มีความรู้ความเข้าใจ ถึงความต้องการพื้นฐานของโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ยังต้องติดตาม - ชนิดของอาหารที่รับประทาน <input type="checkbox"/> Regular diet <input type="checkbox"/> Soft diet <input type="checkbox"/> NO food 32 ปี..... ml X..... - มีผู้ดูแลในการรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes ไม่เกิด.....	<b>D:Die</b> - สามารถดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ยังต้องติดตาม - ชนิดของอาหารที่รับประทาน <input type="checkbox"/> Regular diet <input type="checkbox"/> Soft diet <input type="checkbox"/> NO food 32 ปี..... ml X..... - มีผู้ดูแลในการรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes ไม่เกิด.....

แบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบต่อเนื่องหรือจำหน่ายกลับบ้าน รพ.ร.3.6

ติดตามอาการผู้ป่วย (Telephone Visit)		ติดตามอาการผู้ป่วย 3 เดือน (Visit ที่ OPD)	
<b>Sticker ชื่อผู้ป่วย</b> วันที่..... GCS : E.../V.../M... Motor power + BI.....	วันที่..... GCS : E.../V.../M... Motor power + BI.....	<b>D:Diagnosis</b> - เข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ยังต้องติดตาม - Re-admit <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes วันที่..... เนื่องจาก.....	<b>D:Diagnosis</b> - เข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ยังต้องติดตาม - Re-admit <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes วันที่..... เนื่องจาก.....
<b>M:Medication</b> - รับประทานยาตามแผนการรักษา <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ยังต้องติดตาม - เกิดอาการหรือผลข้างเคียงที่ผิดปกติ / ระบุชื่อยา..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ยังต้องติดตาม	<b>M:Medication</b> - รับประทานยาตามแผนการรักษา <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ยังต้องติดตาม - เกิดอาการหรือผลข้างเคียงที่ผิดปกติ / ระบุชื่อยา..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ยังต้องติดตาม	<b>E:Environment</b> - ไม่เกิดอุปสรรคต่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No สาเหตุ..... / ระบุความเสี่ยง <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ยังต้องติดตาม	<b>E:Environment</b> - ไม่เกิดอุปสรรคต่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No สาเหตุ..... / ระบุความเสี่ยง <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ยังต้องติดตาม
<b>T:Treatment</b> - ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลทั่วๆไปได้ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ยังต้องติดตาม	<b>T:Treatment</b> - ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลทั่วๆไปได้ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ยังต้องติดตาม	<b>H:Health</b> - ภาวะสุขภาพจิตที่บ้านอย่างมั่นคง <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ยังต้องติดตาม - Complication <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes ไม่เกิด..... สามารถให้การดูแลได้ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ยังต้องติดตาม	<b>H:Health</b> - ภาวะสุขภาพจิตที่บ้านอย่างมั่นคง <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ยังต้องติดตาม - Complication <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes ไม่เกิด..... สามารถให้การดูแลได้ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ยังต้องติดตาม
<b>O:Out patient</b> - มารวมและเข้ารับการดูแลอย่างต่อเนื่อง <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No เมื่อขาด..... - มีการส่งต่อผู้ป่วยตามจุดนัดหมายหรือตามนัด <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No เมื่อขาด.....	<b>O:Out patient</b> - มารวมและเข้ารับการดูแลอย่างต่อเนื่อง <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No เมื่อขาด..... - มีการส่งต่อผู้ป่วยตามจุดนัดหมายหรือตามนัด <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No เมื่อขาด.....	<b>D:Die</b> - สามารถดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ยังต้องติดตาม - ชนิดของอาหารที่รับประทาน <input type="checkbox"/> Regular diet <input type="checkbox"/> Soft diet <input type="checkbox"/> NO food 32 ปี..... ml X..... - มีผู้ดูแลในการรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes ไม่เกิด.....	<b>D:Die</b> - สามารถดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ยังต้องติดตาม - ชนิดของอาหารที่รับประทาน <input type="checkbox"/> Regular diet <input type="checkbox"/> Soft diet <input type="checkbox"/> NO food 32 ปี..... ml X..... - มีผู้ดูแลในการรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes ไม่เกิด.....



จะทำอย่างไรให้ผู้ป่วย  
สามารถจำหน่ายกลับบ้าน  
และได้รับการดูแลอย่าง  
ต่อเนื่อง ?

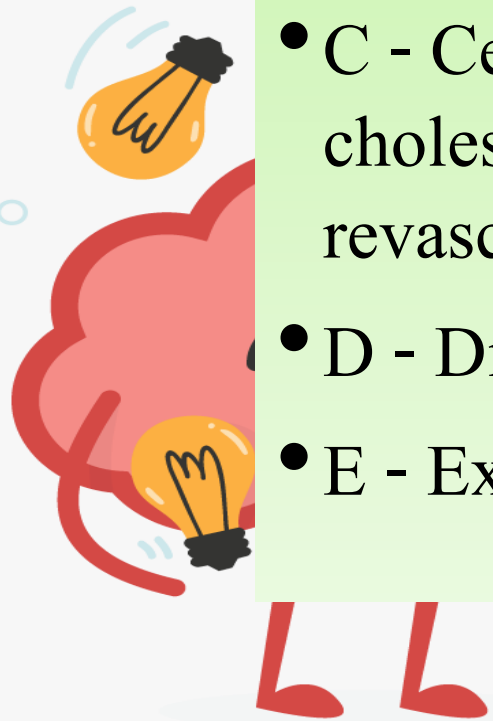
\* มีคุณภาพชีวิตที่ดี  
และไม่กลับเป็นซ้ำ

## D METHOD

- Diagnosis
- Medication
- Environment
- Treatment
- Health
- Out of patient
- Diet



# Secondary Prevention of Stroke



- A - Antiaggregants (aspirin, clopidogrel, extended-release dipyridamole, ticlopidine) and anticoagulants (apixaban, dabigatran, edoxaban, rivaroxaban, warfarin)
- B - Control blood pressure
- C - Cessation of cigarette smoking, cholesterol-lowering medications, carotid revascularization
- D - Diet
- E - Exercise



# Family meeting



# การติดตามหลังจำหน่าย

- การติดตามเยี่ยมอาการผู้ป่วยที่ OPD หลังจำหน่ายกลับบ้าน 1-2 สัปดาห์ และ 3 เดือน
- การโทรติดตามอาการผู้ป่วยหลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือนครั้ง
  - หากพบปัญหาจะโทรติดตามอาการต่อเนื่อง



*Question?*

