	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา	
	วิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction)	เอกสารหมายเลข : WI-YCPH-PCT-058
		ฉบับที่ : A วันที่ออกเอกสาร : 10/06/2567
		จัดทำเมื่อ : 10/06/2567 แก้ไขครั้งที่ : 00 หน้าที่ : 1 ของ 11 หน้า

เรื่อง : การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	
หน่วยงาน/ทีม PCT	กลุ่มงาน -
<p>วิธีปฏิบัติงาน</p> <p>เรื่อง : การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>PCT</p> <p>โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา จังหวัดยะลา</p>	


ผู้จัดทำเอกสาร



(นางสาวอัญชญา โชติช่วง)

ทีม PCT รพ.ยะหา

ผู้ทบทวนเอกสาร



(นายสุกฤดี มงคลมะไฟ)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

ผู้อนุมัติใช้



(นายทินกร บินหะยี่อารง)

ผอ.รพ.ยะหา

เอกสารนี้เป็นสมบัติของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา ห้ามนำออกไปใช้ภายนอกหรือทำซ้ำโดยไม่ได้รับอนุญาต

แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา

คำนิยาม

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke, cerebrovascular disease) องค์การอนามัยโลกได้ให้ ความหมาย ของโรคหลอดเลือดสมองว่าเป็นภาวะรบกวนหน้าที่การทำงานของสมอง ซึ่งเป็นแบบบางส่วนหรือทั้งสมอง ที่ เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและมีอาการคงอยู่มากกว่า 24 ชั่วโมง จนกระทั่งเป็นสาเหตุสู่การเสียชีวิตได้ โดยสาเหตุ ส่วนใหญ่มักเกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดที่มาเลี้ยงสมอง (World Health Organization, 2012)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีความรุนแรงอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตและพิการได้ ส่งผลกระทบต่อ ตัวผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย การรู้คิดสติปัญญา จิตใจ และสังคม ผู้ป่วยหลอดเลือด สมองอาจมีภาวะพิการไม่ สามารถทำงานหรือช่วยเหลือตัวเองได้ต้องพึ่งพาผู้อื่น หากเป็นในระยะเฉียบพลันที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงแต่ เนื้อสมองยังไม่ตาย ผู้ป่วยมีโอกาสฟื้นฟูให้ดีขึ้นได้ถ้าได้รับการ ดูแลรักษาอย่างถูกต้องและทันท่วงที

ชนิดของโรคหลอดเลือดสมองแบ่งเป็น 3 ประเภทตามพยาธิสรีระการเกิด ได้แก่ 1) ภาวะหลอดเลือด สมองตีบตัน (Ischemic Stroke) 2) ภาวะหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke) 3) ภาวะสมองขาด เลือดชั่วคราว(Transient ischemic attack; TIA) (American Heart Association, 2008) รายละเอียดดังนี้

ภาวะหลอดเลือดสมองตีบตัน หรือภาวะสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke) พบได้ ประมาณร้อยละ 80 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด มีสาเหตุมาจากการเสื่อมสภาพของหลอดเลือด จากการสะสมของคราบ ไขมัน หินปูน ที่ผนังหลอดเลือดชั้นในจนหนาแน่น แข็ง ขาดความยืดหยุ่น ท าให้รู ของหลอดเลือดค่อยๆ ตีบ แคบลง ส่งผลให้ประสิทธิภาพของการล ำ เลียงเลือดลดลง หรืออาจเกิดจากลิ่ม เลือดจากหัวใจ หรือการปริ แตกของผนังหลอดเลือดหลุดมาอุดตันหลอดเลือดในสมอง

ภาวะหลอดเลือดสมองแตก หรือภาวะเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic Stroke) ส่งผล ให้เซลล์ สมองได้รับบาดเจ็บจากการมีเลือดคั่งในเนื้อสมอง ทำให้เนื้อสมองตายมักพบในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ทำให้ หลอดเลือดมีความเปราะบางและโป่งพอง และสาเหตุอื่นๆ ที่พบได้ เช่น ภาวะโป่งพอง ของหลอดเลือดสมอง ผู้ที่มีการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เช่น โรคเลือด โรคตับ การรับประทานยาต้าน การแข็งตัวของเลือด การ ได้รับสารพิษ การใช้สารเสพติด

ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient ischemic attack; TIA) มีอาการคล้ายโรค สมองขาดเลือด แต่มีอาการชั่วคราวมักเป็นไม่เกิน 24 ชั่วโมง เกิดจากการอุดตันหรืออุดตันของหลอดเลือดชั่วคราวจากลิ่ม เลือด ไขมัน หรือฟองอากาศส่งผลให้มีภาวะพร่องของระบบประสาท เช่น ปวด ศีรษะ ตาพร่ามัว แขนขาชา อ่อนแรง สับสนพูดไม่ชัด มีระยะเวลาการเกิดประมาณ 2-3 นาที อาการจะ หายไปภายใน 1 ชั่วโมง ประมาณ ร้อยละ 15 ของผู้ป่วยที่มีอาการสมองขาดเลือดชั่วคราว จะมีภาวะโรค หลอดเลือดสมองตามมาจึงถือเป็นภาวะ เร่งด่วนที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล เพราะมีโอกาสเสี่ยงที่จะทำให้เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาตได้

อาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวง สาธารณสุข, 2562)

1. แขนขา ชา อ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง
2. พูดไม่ชัด พูดไม่ได้หรือพูดไม่เข้าใจ

3. เดินเซ เวียนศีรษะ
4. ตามองเห็นภาพซ้อนหรือมือไม้ข้างใดข้างหนึ่ง
5. ปวดศีรษะอย่างรุนแรงชนิดไม่เคยเป็นมาก่อนหรือประเมินโดยใช้ BEFAST (Balance, Eye, Face, Arm, Speech, Time)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา
2. เพื่อพัฒนางานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตัวชี้วัด

1. มีแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาล ถูกต้องมากกว่าร้อยละ 80

แนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 1 การจัดการการคัดกรองอาการอย่างรวดเร็ว (Part I: Early management)

นางศกวรรณ อารีบุหงา พว.ชำนาญการ

นางสาวชัยนะ สาและ พว.ชำนาญการ

คำนิยาม

การจัดการการคัดกรองอย่างรวดเร็ว (Early management) หมายถึง การดูแลจำแนก และประเมินอาการผู้ป่วยตามข้อเท็จจริง และสามารถจัดส่งผู้ป่วยไปตรวจรักษาได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย ทันเวลา

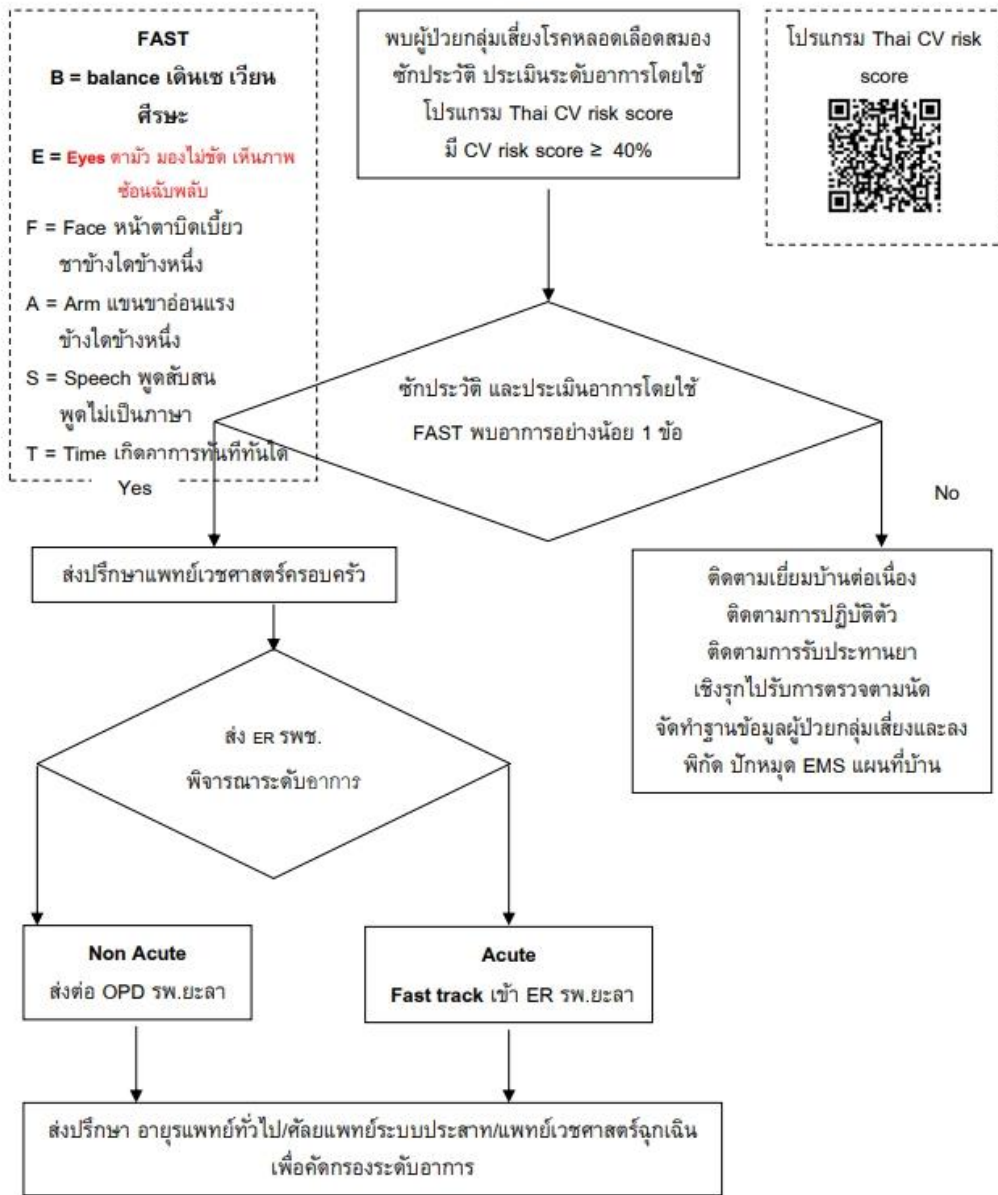
วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์สงสัยโรคหลอดเลือดสมองเข้าถึงการตรวจคัดกรองได้อย่าง รวดเร็ว
2. เพื่อเพิ่มโอกาสการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด(rt-PA) ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบตัน
3. เพื่อพัฒนาช่องทางการสื่อสารในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงหลอดเลือดสมองและการสื่อสารในบุคลากรทางการแพทย์


ตัวชี้วัด

1. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีอาการโรคหลอดเลือดสมองภายใน 4.5 ชั่วโมงนับจากเริ่มมีอาการ สามารถเข้าถึงสถานบริการทางการแพทย์เพื่อรับการคัดกรองได้ภายใน 60 นาที มากกว่าร้อยละ 70
2. พยาบาลสามารถคัดกรองอาการผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองได้ถูกต้อง เป้าหมายร้อยละ 100
3. พยาบาลสามารถลงบันทึกแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองจังหวัดยะลาได้ ถูกต้องครบถ้วนร้อยละ 100

ผังการจัดการการคัดกรองอาการอย่างรวดเร็ว (Part I: Early management)
 สำหรับ COC หรือ อสม.



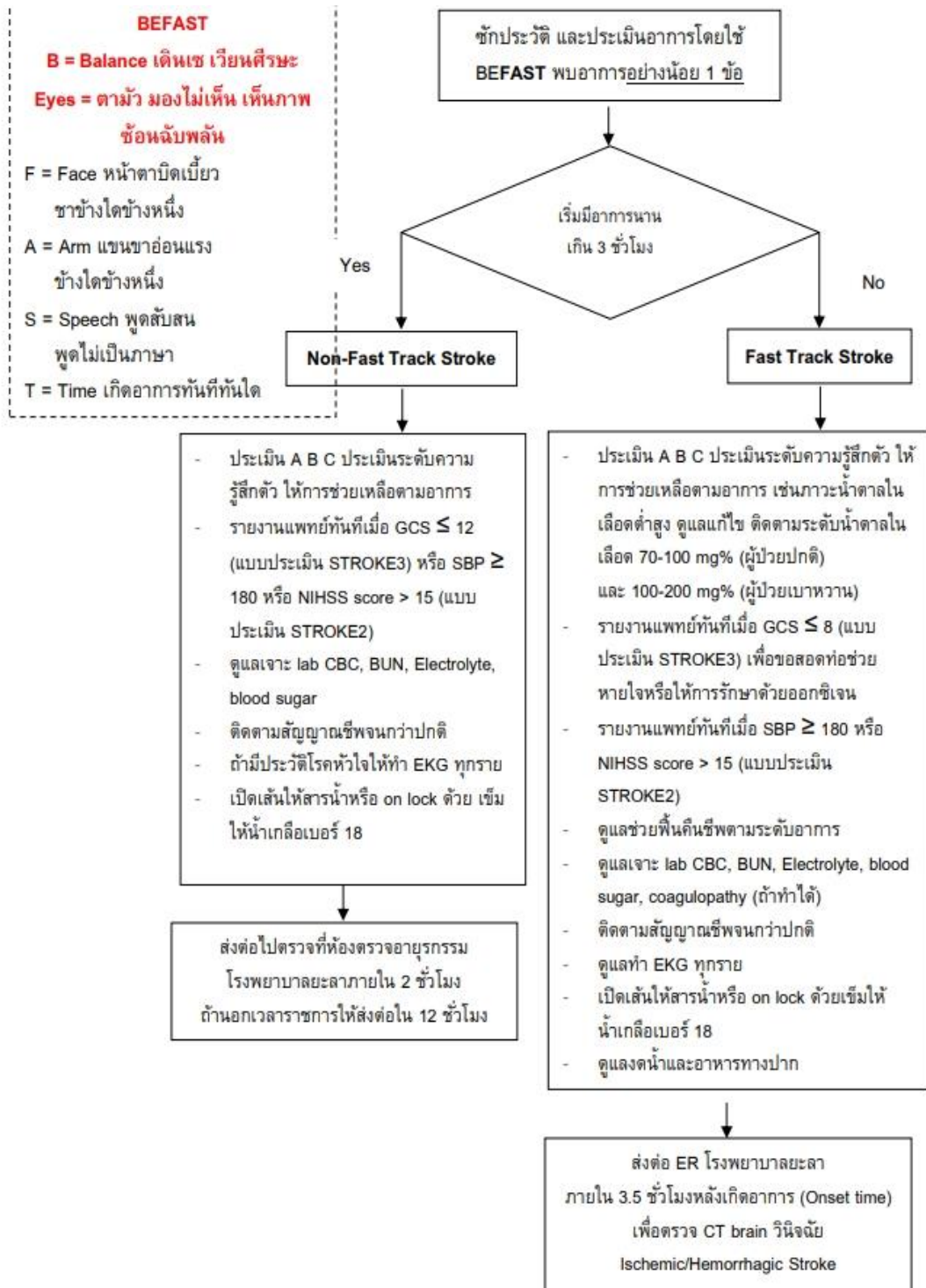
กิจกรรมการพยาบาล Part I การจัดการการคัดกรองอาการอย่างรวดเร็ว สำหรับอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และ การพยาบาลชุมชน (COC)

Assessment	Intervention																		
<p style="text-align: center;">BEFAST</p> <p>B = Balance เดินเซ เวียนศีรษะ E = Eyes ตามัว มองไม่ชัด เห็นภาพซ้อนฉับพลัน F = Face หน้าตาบิดเบี้ยว ขาข้างใดข้างหนึ่ง A = Arm แขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง S = Speech พูดสับสน พูดไม่เป็นภาษา T = Time เกิดอาการทันทีทันใด</p> <p style="text-align: center;">โปรแกรม Thai CV risk score</p>  <p style="text-align: center;">เกณฑ์ระดับ CVD risk score</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับที่</th> <th>ร้อยละ</th> <th>แปลผล</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>< 10%</td> <td>ความเสี่ยงต่ำ</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>10-19%</td> <td>ความเสี่ยงปานกลาง</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>20-29%</td> <td>ความเสี่ยงสูง</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>30-39%</td> <td>ความเสี่ยงสูงมาก</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>≥ 40%</td> <td>ความเสี่ยงสูงอันตราย</td> </tr> </tbody> </table>	ระดับที่	ร้อยละ	แปลผล	1	< 10%	ความเสี่ยงต่ำ	2	10-19%	ความเสี่ยงปานกลาง	3	20-29%	ความเสี่ยงสูง	4	30-39%	ความเสี่ยงสูงมาก	5	≥ 40%	ความเสี่ยงสูงอันตราย	<ol style="list-style-type: none"> เมื่อพบผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงหลอดเลือดสมอง ให้ประเมินค่า คะแนนโดยใช้โปรแกรมออนไลน์ Thai CV risk score (ใช้เวลา 10 นาที) <ol style="list-style-type: none"> หากคะแนน Thai CV risk score \geq 40% ให้ ประเมินอาการโดยใช้เครื่องมือ FAST หากพบว่า เข้าเกณฑ์การประเมินอย่างน้อย 1 ข้อ ให้ส่ง ปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทันที หากค่าคะแนน Thai CV risk score < 40% ให้ ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยต่อเนื่อง ติดตาม พฤติกรรม การปฏิบัติตัว การรับประทานอาหาร การรับประทานยา ค่าระดับน้ำตาลในเลือด ค่า ไขมันในเลือด การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย กระตุ้นให้ผู้ป่วยไปตรวจตาม นัดและลงพิกัดบ้านของผู้ป่วยในฐานข้อมูลผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง ซักประวัติและบันทึกข้อมูลระยะเวลาการเกิดอาการนำ และระยะเวลาการเกิดอาการในแบบบันทึกการดูแล ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง (ใช้เวลา 10 นาที) ส่งต่อโรงพยาบาลชุมชนทันที เมื่อแพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัวลงความเห็นสงสัยโรคหลอดเลือดสมอง (ส่ง ต่อภายใน 30 นาที) ส่งต่อข้อมูลให้โรงพยาบาลชุมชนโดยใช้แบบบันทึก การดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง
ระดับที่	ร้อยละ	แปลผล																	
1	< 10%	ความเสี่ยงต่ำ																	
2	10-19%	ความเสี่ยงปานกลาง																	
3	20-29%	ความเสี่ยงสูง																	
4	30-39%	ความเสี่ยงสูงมาก																	
5	≥ 40%	ความเสี่ยงสูงอันตราย																	

หมายเหตุ โปรแกรมออนไลน์ Thai CV risk score ทาขึ้นเพื่อใช้ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิด โรคหัวใจและหลอดเลือด โดยแสดงผลการประเมินเป็นความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตหรือเจ็บป่วยจากโรค เส้นเลือดหัวใจตีบตัน และโรคเส้นเลือดสมองตีบตันในระยะเวลา 10 สิบปีข้างหน้า ซึ่งสามารถใช้ได้ทั้งใน กรณีที่ท่านไม่มีผลเลือด โดยให้ใช้ขนาดรอบเอวหรือขนาดรอบเอวหารด้วยส่วนสูงแทน และในกรณีที่มี ผลการตรวจระดับไขมันในเลือด (ปียमितร และคณะ, 2558)

ผังการจัดการการคัดกรองอย่างรวดเร็ว (Part I: Early management)

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา



Assessment	Intervention
<div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center;">BEFAST</p> <p>B = Balance เดินเซ เวียนศีรษะ บ้านหมุน ฉับพลัน</p> <p>E = Eyes ตามัว มองไม่เห็น เห็นภาพซ้อน ฉับพลัน</p> <p>F = Face หน้าตาบิดเบี้ยว ซาข้างใดข้างหนึ่ง</p> <p>A = Arm แขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง</p> <p>S = Speech พูดสับสน พูดไม่เป็นภาษา</p> <p>T = Time เกิดอาการทันทีทันใด</p> </div> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p style="text-align: center;">การประเมิน A B C</p> <p>A= Airway ประเมินลักษณะทางเดินหายใจ มีการอุดกั้นทางเดินหายใจหรือไม่ มีปัญหาการระบายอากาศหรือไม่ จัดท่าเหมาะสมหรือไม่</p> <p>B= Breathing ประเมินลักษณะการหายใจ หายใจลำบากหรือไม่ (หายใจ < 9 BPM หรือ หายใจ > 30 BPM) ต้องช่วยหายใจหรือไม่ ระดับออกซิเจนในเลือดมากกว่าร้อยละ 95 หรือไม่</p> <p>C= Circulation ประเมินการไหลเวียนเลือดในร่างกาย โดยการวัดชีพจรและความดันโลหิต พิจารณาสีผิวและการไหลกลับของหลอดเลือดฝอย (Capillary refill) โดยการกดปลายนิ้วค้างไว้ 5 วินาทีแล้วปล่อย (ค่าปกติ capillary refill < 2 วินาที) (จตุพงษ์, ภูพิงค์ และสายสมร, 2555)</p>	<p>1.เมื่อพบผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงหลอดเลือดสมอง ประเมินอาการโดยใช้เครื่องมือ BEFAST</p> <p>2.หากพบว่าเข้าเกณฑ์การประเมิน BEFAST อย่างน้อย 1 ข้อ ให้พิจารณาระยะเวลาเริ่มเกิดอาการ (Onset time) (หากเวลาเริ่มอาการไม่แน่นอนให้นับเวลาสุดท้ายที่ผู้ป่วยยังปกติ) (มาลี, 2557)</p> <p>2.1 หาก onset time > 3 ชั่วโมง ให้การดูแลผู้ป่วยแบบ non-fast track Stroke</p> <p>2.2 หาก onset time ≤ 3 ชั่วโมง ให้การดูแลผู้ป่วยแบบ fast track Stroke</p> <p>3.Non-Fast track Stroke การดูแลประกอบด้วย</p> <p>3.1 ประเมิน A B C ประเมินระดับความรู้สึกตัว ให้การช่วยเหลือตามอาการเป้าหมายเพื่อลดขนาดของเนื้อสมองที่ขาดเลือด</p> <p>3.2 รายงานแพทย์ทันทีเมื่อ GCS ≤ 12 (แบบประเมิน STROKE3) หรือ SBP ≥ 180 หรือ NIHSS score > 15 (แบบประเมิน STROKE2)</p> <p>3.3 ดูแลเจาะ lab DTX,CBC, BUN, Electrolyte, blood sugar ,coagulopathy</p> <p>3.4 ติดตามสัญญาณชีพจนกว่าปกติ</p> <p>3.5 ทำ EKG ทุกราย</p> <p>3.6 เปิดเส้นให้สารน้ำเป็น 0.9% NSS หรือ on lock ด้วย เข็มให้น้ำเกลือเบอร์ 18</p> <p>3.7 CXR ทุกราย</p> <p>3.7 ประสานส่งต่อผู้ป่วยไปตรวจที่ห้องตรวจอายุรกรรมโรงพยาบาลยะลาภายใน 2 ชั่วโมง (กรณีนอกเวลาราชการให้ส่งต่อใน 12 ชั่วโมง)</p> <p>4. Fast track Stroke การดูแลประกอบด้วย</p> <p>4.1 ประเมิน A B C ประเมินระดับความรู้สึกตัว ให้การช่วยเหลือตามอาการ เช่นภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำสูง ดูแลแก้ไข ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด 70-100 mg% (กรณีผู้ป่วยปกติ) และ 100-</p>

**การประเมินระดับความรุนแรงของ Stroke
(The National of Health Stroke Scale; NIHSS)**

เป็น scale มาตรฐานที่ใช้บ่อยสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มี 11 รายการประเมิน โดยผู้ป่วยที่มีค่าคะแนนสูงกว่า จะแปลผลว่ามีความรุนแรงของอาการมากกว่า
จำแนกค่าคะแนนเป็น 4 ระดับ
 ≥ 25 คะแนน = very severe impairment
15-24 คะแนน = severe impairment
5-14 คะแนน = moderate impairment
 ≤ 4 คะแนน = mild impairment
(อากรรณ์, 2564)

**การประเมินระดับความรุนแรงของ Stroke
(The National of Health Stroke Scale; NIHSS)**

เป็น scale มาตรฐานที่ใช้บ่อยสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มี 11 รายการประเมิน โดยผู้ป่วยที่มีค่าคะแนนสูงกว่า จะแปลผลว่ามีความรุนแรงของอาการมากกว่า
จำแนกค่าคะแนนเป็น 4 ระดับ
 ≥ 25 คะแนน = very severe impairment
15-24 คะแนน = severe impairment
5-14 คะแนน = moderate impairment
 ≤ 4 คะแนน = mild impairment
(อากรรณ์, 2564)

200 mg% (กรณีผู้ป่วยเบาหวาน)

4.2 รายงานแพทย์ทันทีเมื่อ GCS ≤ 8 (แบบประเมิน STROKE3)เพื่อขอส่งต่อช่วยหายใจหรือให้การรักษาด้วยออกซิเจน

4.3 รายงานแพทย์ทันทีเมื่อ SBP ≥ 180 หรือ NIHSS score > 15 (แบบประเมิน STROKE2)

4.4 ดูแลช่วยฟื้นคืนชีพตามระดับอาการ

4.5 ดูแลเจาะ lab DTX ,CBC, BUN, Electrolyte, blood sugar, coagulopathy

4.6 ติดตามสัญญาณชีพจนกว่าปกติ

4.7 ดูแลทำ EKG ทุกราย

4.8 เปิดเส้นให้สารน้ำหรือ on lock ด้วยเข็มให้น้ำเกลือเบอร์18

4.9 CXR ทุกราย

4.9 ดูแลงดน้ำและอาหารทางปากและส่งต่อห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลละลาภายในเวลา 3.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ (Onset time) เพื่อส่งตรวจสมองด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computerized Tomography: CT brain) สำหรับการวินิจฉัยภาวะหลอดเลือดสมองตีบ/แตก

(Ischemic/Hemorrhagic Stroke)

ก่อนส่งต่อ

1.เตรียมเอกสารส่งต่อ ส่งข้อมูลผู้ป่วยผ่าน ระบบ Thai Refer ประสานส่งต่อ ,รถ ambulance
พยาบาลส่งต่อ เครื่องมือ ยาฉุกเฉิน

2.อธิบายผู้ป่วยและญาติรับทราบในการส่งต่อไปยัง รพ.ที่มีศักยภาพสูงกว่า เพื่อเอกซเรย์สมองและรับยาละลายลิ่มเลือด

3.ต้องนำญาติที่ทราบประวัติคนไข้ และตัดสินใจเรื่องการให้ยาละลายลิ่มเลือด พร้อมเซ็นต์ยินยอมในการให้ยาละลายลิ่มเลือดตั้งแต่ รพช.

4.นำยาที่ผู้ป่วยใช้เป็นประจำไปด้วย หรือระบุในใบ refer

<p>การตรวจกำลังกล้ามเนื้อ (Motor power)</p> <p>Glade 5 กำลังของกล้ามเนื้อปกติ เคลื่อนไหว แนวนราบได้เต็มที่ ด้านแรงโน้มถ่วงได้และด้านแรง ผู้ตรวจได้เต็มที่</p> <p>Glade 4 เคลื่อนไหวแนวนราบได้เต็มที่ ด้านแรงโน้ม ถ่วงได้ และด้านแรงผู้ตรวจได้บ้าง</p> <p>Glade 3 เคลื่อนไหวแนวนราบได้เต็มที่ สามารถต้าน แรงโน้มถ่วงได้ แต่ไม่สามารถต้านแรงของผู้ตรวจได้</p> <p>Glade 2 เคลื่อนไหวแนวนราบได้เต็มที่ แต่ไม่สามารถ ต้านแรงโน้มถ่วง</p> <p>Glade 1 สามารถมองเห็นการหดตัวของกล้ามเนื้อ แต่ไม่มีการเคลื่อนไหว</p> <p>Glade 0 ไม่มีการหดตัวของกล้ามเนื้อ</p>	<p>ประเมินสัญญาณชีพ neuro sign ก่อนส่งต่อ ระหว่างส่งต่อ</p> <ol style="list-style-type: none"> ประเมิน vital sign ,neuro sign, ทุก 15 นาที monitor ekg,O2 ถ้ามีอาการเปลี่ยนแปลง รายงานไปยังศูนย์ส่งต่อ ตามแนวทางการส่งต่อ ถึงจุด check in รายงานศูนย์ประสานส่งต่อ <p>โรงพยาบาลยะลา</p> <p>เคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังห้อง CT Brain</p> <p>หากผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองพบ Ischemic stroke ให้รายงานอายุรแพทย์ทันที และทำการ ประเมินข้อบ่งชี้การให้ยา rt-PA ทันที</p> <p>หากผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองพบ Hemorrhagic stroke ให้รายงานศัลยแพทย์ระบบ ประสาททันที</p> <p>หากผู้ป่วยไม่มีข้อบ่งชี้ในการให้ยา rt-PA ให้ย้าย ผู้ป่วย ไปหน่วย Stroke unit ทันที</p> <p>หลังส่งต่อ</p> <ol style="list-style-type: none"> ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยตามหลัก SBAR ตรวจสอบอุปกรณ์ เครื่องมือ นำเอกสารแบบบันทึกการส่งต่อ scan เข้าระบบ Hos xp เกิดอุบัติเหตุ บันทึกรายงานความเสี่ยง ทบทวน RCA
--	---

อ้างอิง

จตุพงษ์ พันธุ์วิไล, ภูพิงค์ เอกะวิภาต, และสายสมร บริสุทธิ์. (2555). การดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองเบื้องต้นในระยะฉุกเฉินสำหรับพยาบาล. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษสุรินทร์ บุรีรัมย์, 27(1), 53-64.

ปิยมิตร ศรีธรา, ปิยทัศน์ ทศนาวิวัฒน์, สุพจน์ ตุลยาเดชานนท์, สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, สุกิจ แยมวงษ์, และ ปริญญาที่สาทกกิจ. (2558). โปรแกรมประเมิน Thai CV risk score. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. ค้นจาก https://med.mahidol.sc.th/cardio_vascular_risk/thai_cv_risk_score/.

มาลี คำคง. (2557). การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: บริบทโรงพยาบาลชุมชน. วารสาร มวก. วิชาการ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, 18(35), 133-143.




สมชัย อัสวสุตสาคร, สุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ, และสาวิตรี วิษณุโยธิน. (2562). การบูรณาการระบบบริการสุขภาพเพื่อคัดกรองและลดกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดนครราชสีมา 2560-2561. วารสารกรมการแพทย์, 44(5), 150-157.

โสพรรณ โพทะยะ. (2561). กลาสโกว์ โคม สเกล The Glasgow Coma Scale. วารสารพยาบาลทหารบก, 19(1), 30-38.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หัวใจและหลอดเลือด (Guideline for Assessment of Cardiovascular Risk). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

อาภรณ์ คำก้อน. (2564). การตรวจทางระบบประสาท 1. ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล. ค้นจาก

http://ns.mahidol.ac.th/english/th/departments/MN/th/km_

ผู้จัดทำเอกสาร	ผู้รับรอง	ผู้อนุมัติใช้
 (นางสาวอัญชญา โชติช่วง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	 (นายสุกฤต มงคลมะไฟ) นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	 (นายทนกร บนหะยี่อารง) ผอ.รพ.ยะหา

เอกสารนี้เป็นสมบัติของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา ห้ามนำออกไปใช้ภายนอกหรือทำซ้ำโดยไม่ได้รับอนุญาต