



โรงพยาบาลบ้านคา

หน่วย อุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช  
วิธีปฏิบัติที่ PG-NER-002-Re001

หน้า.....1.....

ฉบับที่.....2..... แก้ไขครั้งที่...002.....

วันที่เริ่มใช้ .....

เรื่อง แนวทางการรักษากล้ามเนื้อหัวใจตายจากการ  
ขาดเลือดเฉียบพลัน(STEMI)

ผู้ทบทวน :

(นายธนภัทร โกศลกรรณพงศ์)

ตำแหน่ง

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติ

ผู้จัดทำ :

(นายสันติ แวสกุล)

ผู้อนุมัติ

(นายสุรฤทธิ์ เจริญศรี)

นายแพทย์ปฏิบัติการ

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ตำแหน่ง

ที่มาของเอกสาร  ความเสี่ยงสูง (High Risk)  ค่าใช้จ่ายสูง(High Cost)

พบบ่อย (High Frequency)  หลากหลายวิธี(High Variation)  กำหนดเป็นโรคฉุกเฉิน

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน,งานผู้ป่วยใน

วัตถุประสงค์

- 1.เพื่อให้พยาบาลและบุคลากรทางการพยาบาลได้รับทราบวิธีปฏิบัติงานที่เป็นมาตรฐานในแนวทางเดียวกัน
- 2.เพื่อให้ผู้ป่วยทุกรายได้รับบริการภายใต้มาตรฐาน ความปลอดภัยเดียวกัน
- 3.เพื่อให้พยาบาลและบุคลากรทางการพยาบาลได้เข้าใจภารกิจ หน้าที่และบทบาทของตนเองในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือด(STEMI) โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ

นโยบาย

ให้พยาบาลและบุคลากรทางการพยาบาลทุกคน สามารถปฏิบัติงานภายใต้มาตรฐานเดียวกัน

ขอบเขต

ใช้กับพยาบาลและบุคลากรทางการพยาบาลทุกคน

คำจำกัดความ

พยาบาลและบุคลากรทางการพยาบาล หมายถึง พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ รวมถึงเจ้าหน้าที่อื่นที่ปฏิบัติงานภายในกลุ่มงานการพยาบาล

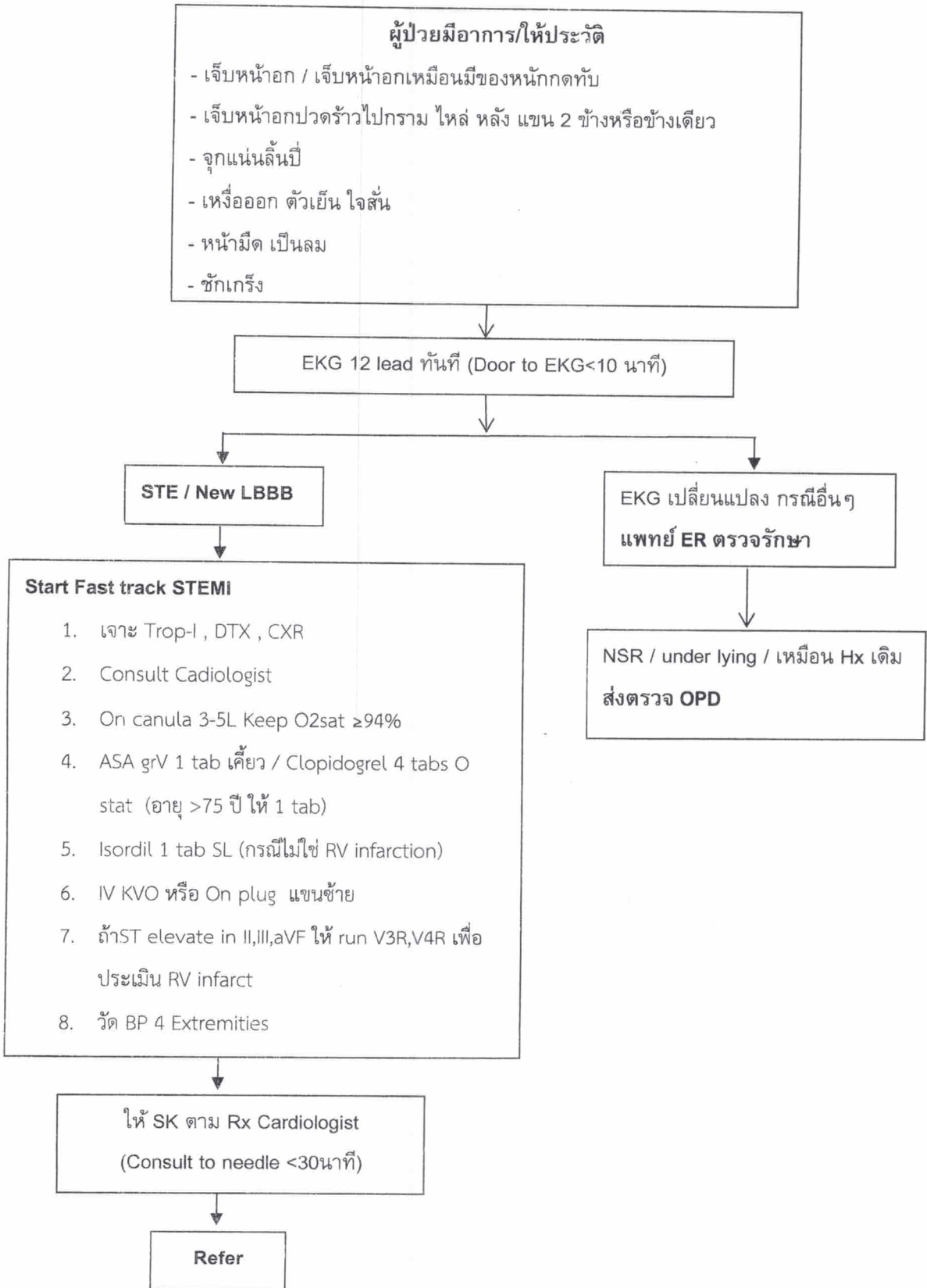
หน้าที่ความรับผิดชอบ

ส่วนบังคับใช้ ได้แก่หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

ส่วนปฏิบัติการ ได้แก่ หัวหน้าแผนก/พยาบาลหัวหน้าเวร/พยาบาลวิชาชีพ



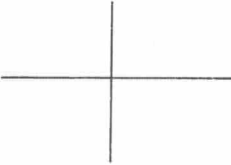
**Care Map STEMI**



เอกสารสนับสนุน ใบส่งต่อการดูแลผู้ป่วย STEMI โรงพยาบาลบ้านคา  
 (สั่งพิมพ์ได้จากโปรแกรม HosXp)

# โรงพยาบาลบ้านคา

บันทึกคำสั่งแพทย์ / Progress note

Progress note	Date	Order for one day	Date	Order for continue
<p>Dx. Acute STEMI of .....wall</p> <p>CAD risk</p> <p><input type="checkbox"/> DM      <input type="checkbox"/> HT</p> <p><input type="checkbox"/> Smoking   <input type="checkbox"/> DLP</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ .....</p> <p><input type="checkbox"/> Killip I ไม่มีอาการหัวใจวาย S3 gallop เสียง rales &lt; 1/2 ปอด</p> <p><input type="checkbox"/> Killip II มีอาการหัวใจวาย S3 gallop เสียง rales &gt; 1/2 ปอด</p> <p><input type="checkbox"/> Killip IV Cardiogenic shock</p>		<p><input type="checkbox"/> O2 canula 3-5 LPM keep O2 sat &gt;94%</p> <p><input type="checkbox"/> ASA 325 mg 1 tab เคี้ยวแล้วกลืน stat</p> <p><input type="checkbox"/> Clopidogrel 4 tabs O stat (อายุ &gt;75 ปี ให้ Clopidogrel 1 tab)</p> <p><input type="checkbox"/> Alum milk Al(OH)<sub>3</sub> 30 ml O stat</p> <p><input type="checkbox"/> Omeprazole 40 mg IV stat</p> <p><input type="checkbox"/> Morphine 3 mg dilute 10 ml IV push ซ้ำๆ</p> <p><input type="checkbox"/> Isordil(5) 1 tab SL stat</p> <p><input type="checkbox"/> Streptokinase 1.5 mu + NSS 100 ml IV drip in 1 hr. (Infusion pump)</p> <p><input type="checkbox"/> Hydrocortisone 100 mg IV stat กรณีมี Hypotension หลังได้รับยา Streptokinase</p> <p><input type="checkbox"/> Chlopheniramine 10 mg IV stat กรณีมี Hypotension หลังได้รับยา Streptokinase</p> <p><input type="checkbox"/> Plasil 10 mg IV prn คลื่นไส้อาเจียน q 6 hr</p> <p><input type="checkbox"/> 0.9% NaCl 1,000 ml IV.....m/hr</p> <p><input type="checkbox"/> On IV lock</p> <p><input type="checkbox"/> NPO ยกเว้นยา และจิบน้ำได้</p>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">                 ระวังใน RV infarct in Inferior wall STEMI             </div>
		<p><input type="checkbox"/> Monitor for EKG/Defibrillator</p> <p><input type="checkbox"/> Blood for CBC,BUN,Cr,Electrolyte</p> <p><input type="checkbox"/> DTX</p> <p><input type="checkbox"/> Trop-T</p> <p><input type="checkbox"/> Portable CXR</p> <p><input type="checkbox"/> วัด BP แขนและขาทั้งสองข้าง(แรกรับที่ER)</p> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  </div>		
Name of patient		Age	HN	
Department of service		Attending Physician		



### ใบส่งต่อการดูแลผู้ป่วย STEMI โรงพยาบาลบ้านคา

วันที่.....

ชื่อ..... อายุ.....ปี Dx.....

อาการสำคัญ.....

การดูแลขณะอยู่ ER	
วันที่ผู้ป่วยมา รพ.....	
เวลาถึง ER.....	
เวลาคัดกรอง.....	
เริ่มเจ็บหน้าออกเวลา.....	

Management	Time
<input type="checkbox"/> ทำ EKG	
<input type="checkbox"/> รายงานแพทย์เวร (รพช.)	
<input type="checkbox"/> แพทย์เวรวินิจฉัย	
ผล EKG <input type="checkbox"/> ST elevate at..... .....หรือ <input type="checkbox"/> new LBBB	
<input type="checkbox"/> Consult อายุรแพทย์/Cardiologist	
<input type="checkbox"/> ได้รับการปรึกษา-ตอบกลับ	
<input type="checkbox"/> On canula 3-5L O <sub>2</sub> sat ≥94%	
<input type="checkbox"/> Monitor EKG, O <sub>2</sub> sat	
<input type="checkbox"/> ASA 325 mg 1 tab เคี้ยว stat	
<input type="checkbox"/> Clopidogrel 4 tabs O stat (อายุ >75 ปี ให้ Clopidogrel 1 tab)	
<input type="checkbox"/> Isordil(5) 1 tab SL stat	
<input type="checkbox"/> MO 3 mg dilute 10 ml IV ซ้ำๆ	
<input type="checkbox"/> On IV fluid KVO / IV lock	
<input type="checkbox"/> ให้ข้อมูลการรักษา/ความเสี่ยงใน การให้ยาSKกับผู้ป่วยและญาติ	
<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยและญาติเห็นด้วยยอมรับการรักษา	
<input type="checkbox"/> SK 1.5 mu + NSS 100 ml IV drip in 1 hr. (ใช้ Infusion pump)	
<input type="checkbox"/> Hydrocortisone 100 mg IV	
<input type="checkbox"/> Chlopheniramine 10 mg IV	
<input type="checkbox"/> Plasil 10 mg IV	
<input type="checkbox"/> LAB Trop-T ผล.....	
<input type="checkbox"/> เริ่มต้นประสานติดต่อ รพ.ราชบุรี	
<input type="checkbox"/> เวลาเริ่ม Refer จาก รพ.ราชบุรี	
<input type="checkbox"/> เวลา Refer (ออกจาก รพ.ต้นทาง)	
<input type="checkbox"/> ถึง รพ.ที่รับ Refer	

การเตรียมผู้ป่วย Refer และการดูแลขณะ Refer				
--	--	--	--	--

Monitor EKG, O<sub>2</sub> sat ด้วยเครื่อง Defibrilator    AED    พยาบาล refer ผ่าน ACLS

Monitor vital signs ทุก 5-10 นาที ใน 30 นาทีแรกหลังเริ่ม SK

Nursing Assessment/Nursing Intervention ขณะอยู่บนรถ refer						
Time	Vital signs			O2 sat	Pain score	Nursing Intervention
	BP	PR	RR			
แรกรับ						
เริ่ม SK						

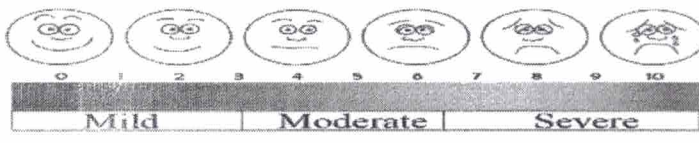
ภาวะแทรกซ้อนขณะให้ยา SK			
-------------------------	--	--	--

Complication	Yes	NO	Time
<input type="checkbox"/> SBP < 90 mmHg			
<input type="checkbox"/> Bleeding			
<input type="checkbox"/> ผื่นแพ้ยา			
<input type="checkbox"/> Cardiac arrhythmia			

ชื่อแพทย์ผู้ Refer.....

ชื่อแพทย์ผู้รับ Refer.....

ชื่อพยาบาล Refer.....



หนังสือแสดงเจตนาขอรับการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันด้วยยาละลายลิ่มเลือด

(Streptokinase) ให้ผู้ป่วยหรือผู้ที่มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วยเป็นผู้ลงนามยินยอม

ลำดับ	การประเมินความเสี่ยง	มี	ไม่มี
	ข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือด		
1	ประวัติเลือดออกในสมอง		
2	ประวัติเนื้องอกในสมอง		
3	ประวัติหลอดเลือดผิดปกติในสมอง หรือมีหลอดเลือดสมองโป่งพอง		
4	ประวัติสมองขาดเลือดในระยะเวลา 3 เดือน (ยกเว้นใน 3 ชั่วโมง)		
5	สงสัยมีหลอดเลือดเออร์ตาถูกกัดเซาะ (Aortic dissection)		
6	ประวัติได้รับอุบัติเหตุบริเวณหน้าและศีรษะใน 3 เดือน		
7	มีเลือดออกผิดปกติ (ยกเว้นประจำเดือน)		
8	มี Non-compressible puncture (การเจาะในตำแหน่งที่กดไม่ได้มน 24 ชั่วโมง : LP หรือ Liver biopsy)		
9	มีประวัติเลือดออกในทางเดินอาหาร (GI bleed) ใน 1 เดือน		
	<b>ข้อควรระวังในการให้ยาละลายลิ่มเลือด</b>	<b>มี</b>	<b>ไม่มี</b>
1	ประวัติโรคความดันโลหิตสูงแบบเรื้อรังและรุนแรง		
2	ความดันโลหิตแรกรับมากกว่า 180/110 มม.ปรอท (ค่าใดค่าหนึ่ง)		
3	ได้รับการนวดหัวใจมากกว่า 10 นาที หรือผ่าตัดใหญ่ใน 3 สัปดาห์		
4	กำลังตั้งครรภ์ หรือหลังคลอด ภายใน 1 สัปดาห์		
5	ประวัติแพ้ยา Streptokinase		
6	ประวัติได้รับยา Streptokinase เกิน 5 วัน หรือภายใน 1-2 ปี		
7	ประวัติเลือดออกในทางเดินอาหารหรือในช่องท้องใน 1 เดือน		
8	กำลังมีแผลในกระเพาะอาหาร (Active peptic ulcer)		
9	ประวัติสมองขาดเลือด > 3 เดือน, Dementia หรือโรคในสมองที่ไม่อยู่ในข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือด		
10	ใช้ยาต้านการเกิดลิ่มเลือด (anticoagulants)		
11	ตำแหน่งเจาะเลือดเป็นตำแหน่งที่กดเลือดหยุดได้ยาก		
12	มี infective endocarditis		
13	Advance liver disease เช่น ดับแข็ง, มะเร็งตับ		

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว .....อายุ.....ปี ในฐานะเป็น  ผู้ป่วย

ผู้มีอำนาจกระทำการแทนในฐานะ..... ของผู้ป่วย ชื่อนาย/นาง/นางสาว.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งสาเหตุส่วนมากเกิดจากลิ่มเลือดอุดตันเส้นเลือดหัวใจ และมีข้อบ่งชี้ในการให้ยาละลายลิ่มเลือดสเตรปโตไคนีส(Streptokinase) ที่ช่วยในการเปิดเส้นเลือดที่อุดตัน และผู้ป่วย  ไม่มี  มีข้อห้ามข้อที่.....

ผู้ป่วย  ไม่มี  มีข้อควรระวังข้อที่.....

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อบ่งชี้และรายละเอียดของการรักษา รวมทั้งรับทราบผลแทรกซ้อนของการใช้ยานี้คือ ภาวะเลือดออกในสมองมีอัตราเสี่ยงประมาณ 0.5-1% และอาจมีเลือดออกในร่างกายหรือแพ้ยา ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวอาจเป็นเหตุให้เสียชีวิตได้

ข้าพเจ้า  ยินยอม  ไม่ยินยอม รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด(Streptokinase) จึงลงลายมือหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน

ลงนาม..... ผู้ป่วย

ลงนาม.....แพทย์

(.....)

(.....)

ลงนาม.....ญาติ

ลงนาม.....พยาน

(.....)

(.....)

ผู้เป็น บิดา/มารดา/บุตร(ระบุ).....ของผู้ป่วย

วันที่.....เวลา.....น.

หมายเหตุ จะไม่ให้ยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) กรณีมีข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือด อย่างน้อย 1 ข้อขึ้นไป