

Standing order STEMI โรงพยาบาลปากท่อ เมษายน 2563

Progress note	Date	Order For One Day
Dx. Acute STEMI of..... wall CAD risk <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> Smoking <input type="checkbox"/> DLP <input type="checkbox"/> Killip I ไม่มีอาการหัวใจวาย <input type="checkbox"/> Killip II มีอาการหัวใจวาย S ₃ gallop, rales< ½ ปอด <input type="checkbox"/> Killip III ไม่มีอาการหัวใจวาย S ₃ gallop, rales< ½ ปอด <input type="checkbox"/> Killip IV Cardiogenic shock ประเมิน Contraindication of SK <u>Absolute Contraindications</u> 1 ประวัติเลือดออกในสมอง 2 ประวัติเนื้องอกในสมองหรือ AVM 3 ประวัติหลอดเลือดผิดปกติในสมอง 4 ประวัติสมองขาดเลือดในระยะ 3 เดือน (ยกเว้นใน 3 ชั่วโมง) 5 สงสัยโรค Aortic dissection 6 ประวัติได้รับอุบัติเหตุบริเวณหน้า และศีรษะใน 3 เดือน 7 มีเลือดออกผิดปกติ (ยกเว้นประจำเดือน) 8 มี non compressible puncture (LP , Liver biopsy) 9 ประวัติ GI bleed ใน 1 เดือน <u>Relative Contraindications</u> 1 SBP >180 mmHg หรือ DBP > 110 mmHg 2 Advance liver disease 3 CPR > 10 นาที หรือ ผ่าตัดใหญ่ใน 3 สัปดาห์ 4 ตั้งครรภ์ หรือหลังคลอดภายใน 1 เดือน 5 ประวัติแพ้ยา Streptokinase 6 ประวัติได้รับยา Streptokinase เกิน 5 วัน 7 ประวัติเลือดออกในทางเดินอาหาร/ในช่องท้องใน 1 เดือน 8 Active peptic ulcer 9 ประวัติสมองขาดเลือด >3 เดือน 10 ใช้อย่า anticoagulants 11 ตำแหน่งเจาะเลือดเป็นตำแหน่งที่เกิดเลือดหยุดได้ยาก 12 มี infective endocarditis		<input type="checkbox"/> O2 Canular 3- 5 L/min (keep O2 sat ≥94 %) <input type="checkbox"/> ASA 300 mg 1 tabs เคี้ยวแล้วกลืน stat <input type="checkbox"/> Clopidogrel 4 tabs oral 1 tab (อายุ > 75 ปี ให้ Clopidogrel 1 tab) <input type="checkbox"/> Alum milk All (OH) ₃ 30 ml O stat <input type="checkbox"/> Omeprazole 40 mg IV stat <input type="checkbox"/> Morphine 3 mg dilute 10 ml IV Push ซ้ำๆ <input type="checkbox"/> Isordil(5) 1 tab SL stat <input type="checkbox"/> Streptokinase 1.5 mu + NSS 100 ml IV drip in 1 hr. (Infusion pump) <input type="checkbox"/> กรณีมี Hypotension หลังได้รับยา Streptokinase ให้ยา Hydrocortisone 100 mg IV stat และ Chlorpheniramine 10 mg IV stat <input type="checkbox"/> Plasil 1 amp IV prn คลื่นไส้ อาเจียน q 6 hr <input type="checkbox"/> 0.9% NSS 1000 ml IV ml/hr <input type="checkbox"/> On IV lock <input type="checkbox"/> NPO ยกเว้นยา แต่จิบน้ำได้ <input type="checkbox"/> Monitor for EKG / Defibrillator <input type="checkbox"/> Blood for CBC ,BUN, Cr ,E'lyte <input type="checkbox"/> DTX <input type="checkbox"/> Trop-T <input type="checkbox"/> Portable CXR <input type="checkbox"/> วัด BP แขนและขาทั้งสองข้าง <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> arm leg </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Rt Lt </div> </div>
ชื่อ.....อายุ.....HN.....		

โปรดระวังในกรณีมี RV
infarction in inferior
wall STEMI

หนังสือแสดงเจตนาขอรับการรักษารอคกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบพลันด้วยยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase)
ให้ผู้ป่วยหรือผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วยเป็นผู้ลงนามยินยอม

การประเมินความเสี่ยง ข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือด	มี	ไม่มี	การประเมินความเสี่ยง ข้อควรระวังในการให้ยาละลายลิ่มเลือด	มี	ไม่มี
ประวัติเลือดออกในสมอง			ความดันโลหิตเรื้อรังมากกว่า 180/110 มม.ปรอท (ค่าใดค่าหนึ่ง)		
ประวัติเนื้องอกในสมอง			ได้รับการนวดหัวใจมากกว่า 10 นาที หรือผ่าตัดใหญ่ใน 3 สัปดาห์		
ประวัติหลอดเลือดผิดปกติในสมอง หรือมีหลอดเลือดสมองโป่งพอง			กำลังตั้งครรภ์ หรือหลังคลอดไม่เกิน 1 สัปดาห์		
ประวัติสมองขาดเลือดในระยะเวลา 3 เดือน (ยกเว้นใน 3 ชั่วโมง)			ประวัติสมองขาดเลือด > 3 เดือน หรือโรคสมองที่ไม่อยู่ในข้อห้ามให้ยา SK		
สงสัยมีหลอดเลือดเอออร์ตาถูกกัดเซาะ (Aortic dissection)			Advance Liver disease เช่น ตับแข็ง, มะเร็งตับ		
ประวัติได้รับอุบัติเหตุบริเวณหน้า และศีรษะใน 3 เดือน			ประวัติได้รับยา Streptokinase เกิน 5 วัน หรือภายใน 1-2 ปี		
มีเลือดออกผิดปกติ (ยกเว้นประจำเดือน)			แพ้ยา Streptokinase		
การเจาะในตำแหน่งที่กดไม่ได้ใน 24 ชั่วโมง: เจาะหลัง หรือ เจาะตับ			ตำแหน่งเจาะเลือดเป็นตำแหน่งที่กดเลือดหยุดได้ยาก		
มีเลือดออกในทางเดินอาหารใน 1 เดือน			กำลังมีแผลในกระเพาะอาหาร		
			ใช้ยา anticoagulants		
			มี Infective endocarditis		

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

ในฐานะเป็น ☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้มีอำนาจกระทำการแทนในฐานะ.....ของผู้ป่วยชื่อ.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งสาเหตุส่วนมากเกิดจากลิ่มเลือดอุดตันเส้นเลือดหัวใจ และมีข้อบ่งชี้ในการให้ยาละลายลิ่มเลือดสเตรปโตไคเนส (Streptokinase) ที่ช่วยในการเปิดเส้นเลือดที่อุดตัน

ผู้ป่วย ☐ ไม่มี ☐ มี ข้อห้าม ผู้ป่วย ☐ ไม่มี ☐ มี ข้อควรระวัง ดังตารางข้างต้น

ข้าพเจ้าเข้าใจ รวมทั้งรับทราบผลแทรกซ้อนของการใช้ยานี้คือ ภาวะเลือดออกในสมองมีอัตราเสี่ยงประมาณ 0.5-1% และอาจมีเลือดออกในร่างกายหรือแพ้ยา ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวอาจเป็นเหตุให้เสียชีวิตได้

ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) จึงลงลายมือหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน

ลงนาม.....ผู้ป่วย

ลงนาม.....แพทย์/เจ้าหน้าที่

ลงนาม.....ญาติ

ลงนาม.....พยาน

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

ลงนาม.....พยาน

วันที่...../...../.....เวลา.....น.