

# 急性腦中風靜脈注射 rt-PA 評估單

日期: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

病歷號: \_\_\_\_\_

107/01 修訂

姓名: \_\_\_\_\_

性別: 男/女

年齡: \_\_\_\_\_

CC: \_\_\_\_\_

最近確定無症狀/急性症狀發生時間: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, \_\_\_\_時\_\_\_\_分

到院時間: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, \_\_\_\_時\_\_\_\_分 神內醫師被呼叫時間: \_\_\_\_時\_\_\_\_分

就醫方式: 自行就醫/救護車/他人送醫/轉院 \_\_\_\_\_

神內醫師視診時間: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, \_\_\_\_時\_\_\_\_分; 已送檢血液: 是/否

GCS: E\_\_V\_\_M\_\_, BP \_\_\_\_/\_\_\_\_mmHg, PR\_\_\_\_/min, glucose: \_\_\_\_\_

過去病史: DM \_\_\_\_, previous CVA \_\_ <3m/>3m, Previous TIA\_\_ date \_\_\_\_\_

Surgery \_\_ date \_\_\_\_\_, GI bleeding \_\_\_\_\_, Others: \_\_\_\_\_

NIHSS / 時間:	onset	打藥前	2 小時	24 小時
1a 意識度 0-3				
1b 意識 問答 0-2				
1c 意識 執行 0-2				
2 眼球運動 0-2				
3 視野 0-3				
4. 面部肌力 0-3				
5a. 左上肢 0-4				
5b 右上肢 0-4				
6a 左下肢 0-4				
6b 右下肢 0-4				
7 運動失調 0-2				
8 感覺 0-2				
9 語言功能 0-3				
10 構音困難 0-2				
11 忽略 0-2				
總分				

CT 開單時間: \_\_\_\_\_, Non-contrast CT 完成時間: \_\_\_\_\_, 完成判讀時間: \_\_\_\_\_

CTA 完成時間: \_\_\_\_時\_\_\_\_分, Lab 完成時間: \_\_\_\_時\_\_\_\_分, Hemorrhage 有/無

建議治療時間: \_\_\_\_時\_\_\_\_分, 同意治療時間: \_\_\_\_時\_\_\_\_分, 藥物注射時間: \_\_\_\_時\_\_\_\_分

Result: 1. rt-PA: 總劑量/BW: \_\_\_\_\_mg/kg (\_\_\_\_mg/kg)

2. IA: \_\_\_\_時\_\_\_\_分, Vs \_\_\_\_\_ finding: \_\_\_\_\_

3. 未治療原因: \_\_\_\_\_

4. 延遲給藥原因: \_\_\_\_\_

5. 併發症: \_\_\_\_\_

6. ER mRS: \_\_\_\_\_

*signature* \_\_\_\_\_

# 急性中風靜脈注射 rt-PA 之收案及排除條件

## 收案條件（必須均為“是”）

是	否	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	臨床懷疑是急性缺血性腦中風，中風時間明確在 3 小時內。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	腦部電腦斷層沒有顱內出血。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年齡在 18 歲到 80 歲之間。（年齡在 18 歲以下或 80 歲以上治療與否，應由醫師審慎評估病患整體狀況並與病患及家屬充份溝通後再作決定。）

## 排除條件（必須均為“否”）

是	否	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	先前有中風及糖尿病病史(3-4.5 小時者)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	過去曾有顱內出血病史。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	過去對本藥之主成份 Actilyse 或賦型劑過敏者。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	最近 3 個月內有中風病史。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	最近 3 個月內有嚴重性頭部創傷。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	最近 3 個月內發生過急性心肌梗塞。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	最近 21 天內曾有胃腸道或泌尿系統出血。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	最近 14 天內曾動過大手術或有嚴重創傷。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	過去 10 天內曾對無法壓制之部位施行血管穿刺（如鎖骨下靜脈或頸靜脈穿刺）。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	輸注本藥前，缺血性發作的時間已超過 3 小時或症狀發作時間不明。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	輸注本藥前，急性缺血性中風的症狀已迅速改善或症狀輕微（例如 NIHSS < 4 分，但視野缺損、語言障礙除外）。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	臨床判斷為嚴重之中風（例如 NIHSS > 25）。（NIHSS > 25 分以上治療與否應由醫師審慎評估病患整體狀況並與病患及家屬充份溝通後再作決定。）
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	中風發作時併發癲癇（但若影像檢查能確定為缺血性中風則不在此限）。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	經治療仍然收縮壓 > 185 mmHg。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	經治療仍然舒張壓 > 110 mmHg。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	顱內腫瘤、動靜脈畸形或血管瘤。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	出血性視網膜病變，如糖尿病性（視覺障礙可能為出血性視網膜病變的指標）或其他出血性眼疾。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	細菌性心內膜炎，心包炎。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	有懷疑主動脈剝離之證據。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	嚴重肝病，包括肝衰竭、肝硬化、肝門脈高壓（食道靜脈曲張）及急性肝炎。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	急性胰臟炎。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	身體任何部位有活動性內出血。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	其他（例如在排除條件未提到但會增加出血危險的狀況，如活動性肺結核、洗腎患者、嚴重心衰竭、身體太衰弱者、或其他）。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	中風發作前 48 小時內使用 heparin，目前病人活化部份凝血原時間（aPTT）之值過高。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	病人正接受口服抗凝血劑【(如 warfarin )3-4.5 小時者】或服用抗凝血劑且 INR > 1.7 (3 小時內者)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	病人正接受口服新型抗凝血劑 (NOACS)，或服用 Dabigatran 的病人接受 Antidotes 後，由臨床醫師評估利益與風險
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	血小板 < 100,000 / mm <sup>3</sup> 。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	血糖 < 50mg/dl 或 > 400mg/dl。（血糖 > 200mg/dl 即應非常小心）
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	影像評估為嚴重之中風（電腦斷層大於 1/3 中大腦動脈灌注區之低密度變化，或中線偏移）。

其他治療與否應由醫師審慎評估病患整體狀況再作決定之情形(因風險增加，施打與否需與病患與家屬做充分溝通)

是	否	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	過去 10 天內分娩。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	控制不良之糖尿病。

