

สรุปรายงานการฝึกอบรม
หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ระหว่างวันที่ ๒๘ สิงหาคม - ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๖
ณ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชและคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ - นามสกุล นางสาววาสนา หอมนาน
อายุ ๒๗ ปี
การศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและสมองเสื่อม โดยให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งระยะวิกฤติและฟื้นฟู ให้การพยาบาล ๒๔ ชั่วโมง ผลัดเปลี่ยนหมุนเวียน เข้า บ่าย ดึก โดยใช้ความรู้และทักษะทางการพยาบาล เพื่อให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ให้ผู้ป่วยปลอดภัย และปฏิบัติงานอื่นๆตามที่ได้รับมอบหมาย

ชื่อเรื่อง หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
เพื่อ ศึกษา ฝึกอบรม ประชุม
 ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติงานวิจัย

๑. จากเงินงบประมาณประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๖ ของสถาบันพัฒนาข้าราชการกรุงเทพมหานคร สำนักปลัดกรุงเทพมหานคร แผนงานบริหารทรัพยากรบุคคล ผลผลิตพัฒนาบุคลากร งบรายจ่ายอื่น รายการค่าใช้จ่ายในการส่งเสริมการศึกษาเพิ่มเติม ฝึกอบรม ประชุมและดูงานในประเทศและต่างประเทศ เป็นเงิน ๔๐,๐๐๐.- บาท (สี่หมื่นบาทถ้วน)

๒. จากเงินนอกงบประมาณ ประเภทเงินบำรุงโรงพยาบาลตากสินที่ได้รับอนุมัติแล้ว เป็นเงิน ๑๕,๐๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นห้าพันบาทถ้วน)

วัน เดือน ปี ระหว่างวันที่ ๒๘ สิงหาคม ๒๕๖๖ - ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๖
สถานที่ ณ คณะแพทยศาสตร์ศิริราช และคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

คุณวุฒิ/วุฒิบัตรที่ได้รับ

ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การเผยแพร่รายงานผลการศึกษา / ฝึกอบรม / ประชุม สัมมนา ผ่านเว็บไซต์สำนักการแพทย์
และกรุงเทพมหานคร

ยินยอม

ไม่ยินยอม

ส่วนที่ ๒...

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการฝึกอบรม

๒.๑ วัตถุประสงค์

๒.๑.๑ เพื่อเพิ่มพูนศักยภาพการพยาบาลทางด้านความรู้ ทักษะสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งในระยะเฉียบพลัน ระยะวิกฤติ ระยะฟื้นฟู และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นปัจจุบัน หรือเทคโนโลยีที่ทันสมัยอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

๒.๑.๒ เพื่อประเมินภาวะสุขภาพที่ซับซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างรวดเร็ว และมีผลลัพธ์ทางการพยาบาลดียิ่งขึ้น

๒.๑.๓ เพื่อพัฒนาสมรรถนะในการทำงานให้บุคลากรมีความรู้ ความชำนาญ สามารถนำกลับมาใช้ในการพัฒนางานบริการของโรงพยาบาล ได้ดียิ่งขึ้น

๒.๑.๔ เพื่อนำความรู้เฉพาะทางมาพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างครอบคลุม เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี

๒.๒ เนื้อหาโดยย่อ

หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการอบรมที่ประกอบไปด้วยเนื้อหาใน ส่วน นโยบาย และระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การประเมินภาวะสุขภาพ ขั้นสูง และการตัดสินใจทางคลินิก การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน ระยะวิกฤติ และระยะฟื้นฟู และการฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย โดยมีรายละเอียดเนื้อหาโดยย่อ ดังนี้

นโยบายสุขภาพของโรคหลอดเลือดสมอง Stroke Services Plan มีเป้าหมายหลัก คือ ลดอัตราการตาย

- เพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ
- ลดภาวะแทรกซ้อน การกลับเป็นซ้ำ
- ลดการพิการ
- การใช้ทรัพยากรร่วมกัน

โดยกำหนดตัวชี้วัด คือ

๑) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (1๖๐-1๖๙) < ร้อยละ ๗

๒) ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชั่วโมง ได้รับการรักษาภายใน ๖๐ นาที > ร้อยละ ๖๕

๓) ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke unit > ร้อยละ ๘๐

ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke, Cerebrovascular Accident [CVA], Cerebrovascular Disease[CVD]) เป็นความผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้นจากความบกพร่องของระบบไหลเวียนเลือดในสมอง องค์การอนามัยโลกให้คำจำกัดความในปี ค.ศ. ๑๙๗๐ ว่าเป็นกลุ่มอาการของโรคที่ประกอบด้วยความผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีทันใด หรือมีอาการแสดงนานกว่า ๒๔ ชั่วโมง หรือมีเลือดออกทางสมองที่ไม่รวมสาเหตุอื่นที่ทำให้หลอดเลือดในสมองอุดตันหรือแตก เช่น บาดเจ็บ เนื้องอก การติดเชื้อในสมอง เป็นต้น ทั้งนี้ ไม่รวมภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว และความบกพร่องทางระบบประสาท ที่อาจจะเกิดขึ้นและหายไปภายใน ๒๔ ชั่วโมง ต่อมาในปี ค.ศ. ๒๐๑๓

องค์กร American Stroke Association ได้ขยายคำจำกัดความเดิมให้กว้างขึ้น โดยครอบคลุมภาวะที่เกิดการตายของเซลล์ (cell death) ในระบบประสาทส่วนกลาง คือ สมอง ไขสันหลัง หรือ จอประสาทตาที่มีสาเหตุจากปัญหาด้านหลอดเลือด โดยที่ผู้ป่วยอาจมีหรือไม่มีอาการทางคลินิกเกิดขึ้น เช่น ใน Silent infarction เป็นต้น

สามารถประเมินอาการ...

สามารถประเมินอาการของโรคหลอดเลือดสมองแบบรวดเร็ว โดยใช้หลัก BEFAST ได้แก่

B = Balance มีปัญหาเกี่ยวกับการทรงตัว เดินเซ หรือเวียนศีรษะเฉียบพลัน

E = Eyes มีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น มองเห็นบางส่วน หรือเห็นภาพซ้อน

F = Face มีอาการหน้าเบี้ยว ปากเบี้ยว

A = Arms มีอาการอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่งของร่างกาย มีอาการชาหรือสูญเสียความรู้สึกส่วนใด
ส่วนหนึ่งของร่างกาย

S = Speech มีปัญหาเกี่ยวกับการพูด พูดไม่ได้ พูดติด เสียงไม่ชัด หรือไม่เข้าใจคำพูด

T = Time ระยะเวลาที่เกิดอาการ

ในรายที่มีภาวะหลอดเลือดสมองแตกจะมีอาการปวดศีรษะรุนแรง และอาเจียนร่วมด้วย อาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน

ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง

๑. โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน (Ischemic Stroke) เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองตีบหรืออุดตัน ซึ่งเป็นผลจากการที่มีปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะเลือดข้นผิดปกติ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา เป็นต้น การมีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวเป็นเวลานานจะส่งผลให้ผนังหลอดเลือดหนาและแข็งตัว เกิดการตีบและอุดตัน หรือมีลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือด ทำให้สมองขาดเลือดและเนื้อสมองตาย เกิดอัมพาตตามมาในที่สุด

๒. โรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke) เกิดจากภาวะหลอดเลือดสมองแตกหรือฉีกขาด ทำให้มีเลือดออกมาอยู่ในเนื้อสมอง (Intracerebral Hemorrhage : ICH) หรือมีเลือดรั่วไหลเข้าไปในเยื่อหุ้มสมอง (Subarachnoid Hemorrhage : SAH) ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดสมองโป่งพอง (Aneurysm) ที่เกิดจากความอ่อนแอของหลอดเลือด หรือมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดสมองผิดปกติตั้งแต่กำเนิด (Arteriovenous malformation : AVM) หรือมีสาเหตุมาจากความดันโลหิตสูง

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

๑. ปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมไม่ได้

- อายุ เนื่องจากอายุที่มากขึ้นหลอดเลือดจะมีการแข็งตัวมากขึ้น และมีไขมันเกาะหนาตัว ทำให้เลือดไหลผ่านได้ลำบากมากขึ้น

- เพศ พบว่าเพศชายที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง แต่สำหรับเพศหญิงที่มีประวัติการใช้ยาคุมกำเนิด มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าเพศชาย อย่างไรก็ตามเมื่อเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เพศหญิงมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่าเพศชาย

- กรรมพันธุ์ พบว่าผู้ที่มีประวัติครอบครัวป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เช่น บิดา มารดา พี่น้อง ปู่ย่า และตายาย เป็นอัมพาต จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าผู้ที่ไม่ประวัติครอบครัวป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

- ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ที่มีประวัติอัมพาต อัมพฤกษ์ ชั่วคราว (Transient Ischemic Attack: TIA) มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ๑๐ เท่าของผู้ที่ไม่เคยมีประวัติป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน

๒. ปัจจัยเสี่ยง...

๒. ปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมได้

- ความดันโลหิตสูง ทำให้ผนังหลอดเลือดแดงด้านในเสื่อมเร็ว ขนาดความยืดหยุ่นและแต่เปราะง่าย มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ ๔-๖ เท่า

- เบาหวาน ทำให้หลอดเลือดฝอยอุดตัน ทำให้สมองขาดเลือดได้ง่ายไขมันในเลือดสูง เนื่องจากไขมันในเลือดมีโอกาสหลุดเป็นตะกรัน (Plaque) เข้าไปเกาะหรืออุดตันตามหลอดเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือดแดงไม่ยืดหยุ่นเกิดการตีบตันง่าย เลือดจะไหลผ่านไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ได้น้อย

- โรคหัวใจ เนื่องจากลิ่มเลือดที่อยู่ในห้องหัวใจและตามตำแหน่งต่าง ๆ ของหัวใจ อาจหลุดเข้าไปในหลอดเลือดสมอง ทำให้เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันได้ ในรายที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Atrial fibrillation : AF) มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ ๕ เท่า

- ความอ้วน คนที่มีน้ำหนักตัวมากจะมีโอกาสเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน และความดันโลหิตสูงได้

- การสูบบุหรี่ เนื่องจากสารนิโคตินและคาร์บอนมอนอกไซด์ในบุหรี่จะทำลายหลอดเลือด ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนไม่สูบ ๒ เท่า

- การดื่มสุรา เนื่องจากแอลกอฮอล์ในสุราจะทำให้หลอดเลือดเปราะหรือเลือดออกง่าย กระตุ้นให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ กระตุ้นให้เกิดความดันโลหิตสูง ทำให้หลอดเลือดแข็งตัวผิดปกติ และทำให้ผนังหัวใจห้องล่างผิดปกติ นำไปสู่การอุดตันของหลอดเลือดสมอง

อาการของโรคหลอดเลือดสมอง

อาการของโรคหลอดเลือดสมอง ขึ้นอยู่กับบริเวณของที่หลอดเลือดที่เกิดโรคไปเลี้ยง

MCA disease: Middle cerebral artery (MCA)

- อ่อนแรงของ แขน ขา และหน้าด้านตรงข้าม (arm weakness > leg)
- ชาครึ่งซีกของร่างกายด้านตรงข้าม
- ตามองไปด้านของสมองที่เกิดรอยโรค
- ตามองไม่เห็นครึ่งซีกด้านตรงข้ามกับสมองที่เกิดรอยโรค
- ทั้งสองข้าง (bilateral hemianopsia)
- สมองซีกซ้ายผู้ป่วยจะมีปัญหาเรื่อง ภาษาและการพูดเป็นลักษณะ global aphasia
- สมองซีกขวามือผู้ป่วยอาจจะมีอาการปฏิเสธความเจ็บป่วย และไม่สนใจร่างกายด้านตรงข้าม

ACA disease: Anterior cerebral artery (ACA)

- อ่อนแรงและชาขาตรงข้ามกับรอยโรค บางรายอาจมีอาการอ่อนแรงของต้นแขนร่วมด้วย
- Leg weakness > arm
- อาจพบอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่
- พฤติกรรมผิดปกติ เช่น ทำอะไรซ้ำ

PCA disease : Posterior cerebral artery (PCA)

- เสียความจำระยะสั้น
- มองไม่เห็นครึ่งซีก ด้านตรงข้ามกับรอยโรค
- อาการชาครึ่งซีก
- อาการอ่อนแรงครึ่งซีก

Basilar and vertebral artery

- มองเห็นภาพซ้อน
- เวียนศีรษะ
- เดินเซ
- พูดไม่ชัด
- อ่อนแรง ทั้งตัวหรือครึ่งซีก
- ชา ทั้งตัวหรือครึ่งซีก

การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง

๑. การซักประวัติและการตรวจร่างกาย ซักประวัติการรักษา อาการ รวมถึงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ตรวจร่างกายทั่วไปและตรวจร่างกายทางระบบประสาท
๒. การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (Computerized Tomography Scan : CT scan) เพื่อดูความผิดปกติของโครงสร้างของสมอง เช่น สมองบวม มีก้อนเลือด เซลล์สมองขาดเลือด (Ischemia) เซลล์สมองตาย (Infarction)
๓. การเอกซเรย์สมองด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic Resonance Imaging : MRI) เพื่อดูตำแหน่งที่มีการขาดเลือดของเนื้อสมอง ก้อนเลือดในสมอง และหลอดเลือดสมองผิดปกติตั้งแต่กำเนิด
๔. การตรวจการไหลเวียนเลือดของหลอดเลือดแดงในสมอง (Transcranial Doppler Ultrasonography)
๕. การตรวจอัลตราซาวด์หลอดเลือดแดงที่คอ (Carotid Ultrasound) ใช้ตรวจในรายที่มีภาวะหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเท่านั้น
๖. การฉีดสีหลอดเลือดสมอง (Cerebral Angiogram) เป็นการศึกษาหลอดเลือดส่วนคอและหลอดเลือดส่วนสมอง เพื่อตรวจวินิจฉัยความผิดปกติของหลอดเลือดชนิดต่าง ๆ ตลอดจนการวินิจฉัยระดับหลอดเลือดฝอยและหลอดเลือดดำ ทำในรายที่การตรวจอื่น ๆ ให้ผลไม่ชัดเจน เนื่องจากเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย
๗. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินความผิดปกติของระบบต่างๆ เช่น การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood count : CBC), การตรวจวัดการแข็งตัวของเลือด (Coagulation Test), การตรวจอัตราการตกตะกอนของเม็ดเลือดแดงใน ๑ ชั่วโมง (Erythrocyte Sedimentation Rate : ESR), การตรวจน้ำตาลในเลือด (Blood Glucose : BG) เป็นต้น

กายวิภาคและสรีรวิทยา

สมอง (brain) แบ่งเป็น ๓ ส่วน ดังนี้

๑. สมองส่วนหน้า (forebrain) มีขนาดใหญ่ที่สุด มีรอยหยักเป็นจำนวนมากแบ่งได้ ดังนี้
 - ออลแฟกทอรีบัลล์ (olfactory bulb) อยู่ด้านหน้าสุด ทำหน้าที่ดมกลิ่น
 - ซีรีบรัม (cerebrum) มีขนาดใหญ่ที่สุด มีรอยหยักเป็นจำนวนมาก ทำหน้าที่เกี่ยวกับการเรียนรู้ความสามารถต่าง ๆ เป็นศูนย์การทำงานของกลีบเนื้อ การพูด การมองเห็น การดมกลิ่น การชิมรส แบ่งเป็นสองซีกแต่ละซีกเรียกว่า cerebral hemisphere และแต่ละซีกจะแบ่งได้เป็น ๔ พู ดังนี้
๑. Frontal lobe ทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหว การออกเสียง ความคิด ความจำสติปัญญา
๒. Temporal lobe ทำหน้าที่ควบคุมการได้ยิน การดมกลิ่น
๓. Occipital lobe ทำหน้าที่ควบคุมการมองเห็น
๔. Parietal lobe ทำหน้าที่ควบคุมความรู้สึกด้านการสัมผัส การพูด การรับรส

๒. สมองส่วนกลาง...

๒. สมองส่วนกลาง (midbrain) เป็นสมองที่ต่อจากสมองส่วนหน้า เป็นสถานีรับส่งกระแสระหว่างสมองส่วนหน้ากับส่วนท้ายและส่วนหน้ากับนัยน์ตา ทำหน้าที่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของลูกตาและม่านตาประสาท

๓. สมองส่วนท้าย (hindbrain) แบ่งเป็น

- พอนส์ (pons) ทำหน้าที่ควบคุมการการเคี้ยวอาหาร การหลั่งน้ำลาย การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ บริเวณใบหน้า การหายใจ การฟัง

- เมดัลลา (medulla) เป็นศูนย์กลางการควบคุมการทำงานเหนืออำนาจจิตใจ เช่น ไอ จาม สะอึก หายใจ การเต้นของหัวใจ เป็นต้น

- ซีรีเบลลัม (cerebellum) อยู่ใต้เซรีบริรัม ควบคุมระบบกล้ามเนื้อให้สัมพันธ์กันและควบคุมการทรงตัวของร่างกายหลอดเลือด (blood vessel)

ระบบไหลเวียนเลือด

สมองได้รับเลือดไปเลี้ยงทางหลอดเลือดแดงใหญ่ ๒ คู่ ที่แยกมาจากหลอดเลือดแดงใหญ่ของร่างกาย (aorta) ได้แก่

๑. หลอดเลือดแดงหลักของคอด้านใน (internal carotid artery) มี ๒ เส้น คอด้านขวาและคอด้านซ้ายที่ต่อออกมาจากหลอดเลือดแดงหลักที่คอ (common carotid artery) โดยแยกแขนงออกมาจากหลอดเลือดใหญ่ของร่างกาย

๒. หลอดเลือดแดงซึ่งเกี่ยวกับกระดูกสันหลัง (vertebral artery) มี ๒ เส้น คือข้างขวาและข้างซ้าย โดยแยกแขนงมาจากหลอดเลือดใต้กระดูกไหปลาร้า (subclavian artery) และเข้าสู่สมองทางด้าน foramen magnum และหลอดเลือดแดงซึ่งเกี่ยวกับกระดูกสันหลังอยู่ติดกับหลอดเลือดแดงที่ฐาน (basilar artery) มีส่วนที่แยกแขนงไปทางด้านหลังเรียกว่า posterior cerebral artery ส่วนที่ไปเชื่อมกับหลอดเลือดแดงหลักของคอด้านใน (internal carotid artery) ด้านหลังเรียกว่า posterior communicating artery ส่วนที่แยกแขนงจากหลอดเลือดแดงภายในคอด้านหน้าเรียกว่า anterior communicating artery หลอดเลือดแดงที่เชื่อมโยงกันเป็นวงกลมนี้เรียกว่า circle of Willis

การตรวจร่างกายและการประเมินผู้ป่วย

๑. The National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS)

ใช้ในการประเมินความรุนแรงของความบกพร่องทางระบบประสาทจากโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ ๐ - ๔๒ คะแนน คะแนนน้อยบ่งชี้ถึงความรุนแรงน้อย คะแนนที่มากขึ้นแสดงถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองที่เพิ่มมากขึ้นตามลำดับ หรืออาจแบ่งการแปลผลตามช่วงคะแนน ดังนี้

๐ = no impairment

๑ - ๔ = mild impairment

๕ - ๑๔ = mild to moderate impairment

๑๕ - ๒๔ = severe impairment

๒๕ ขึ้นไป = very severe impairment

๒. The Barthel...

๒. The Barthel Index for Activities of Daily Living (BI)

ใช้ประเมินบุคคลว่าสามารถเคลื่อนไหวทำกิจวัตรประจำวันที่เป็นต่าง ๆ ทั้ง ๑๐ ด้านได้ด้วยตนเอง หรือต้องพึ่งพาความช่วยเหลือจากผู้อื่น การแปลผล คะแนน BI มีดังนี้

คะแนน ๐ - ๒๐ หมายถึง ไม่สามารถทำกิจวัตรต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ต้องพึ่งพาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นทั้งหมด

คะแนน ๒๑ - ๖๐ หมายถึง ต้องพึ่งพาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นค่อนข้างมากในการทำกิจวัตร

คะแนน ๖๑ - ๙๐ หมายถึง พึ่งพาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นพอควรแต่มีพอทำกิจวัตรด้วยตนเองได้บ้าง

คะแนน ๙๑ - ๙๙ หมายถึง ทำกิจวัตรด้วยตนเองได้เกือบทั้งหมด ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในบางอย่างเพียงเล็กน้อย

คะแนน ๑๐๐ หมายถึง ทำกิจวัตรด้วยตนเองได้ทั้งหมด ไม่มีความจำเป็นต้องพึ่งพาบุคคลอื่น

๓. The modified Rankin Scale (mRs)

เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะพึ่งพาด้วยการสังเกตการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโดยภาพรวม

๐ คะแนน ไม่มีความผิดปกติใด ๆ

๑ คะแนน ไม่มีความผิดปกติ/ พิกัดที่สำคัญแม้จะมีอาการบ้าง (เช่น pain) ยังคงทำหน้าที่และกิจกรรมต่าง ๆ ได้เหมือนเดิม

๒ คะแนน มีความผิดปกติ/ พิกัดเล็กน้อย ไม่สามารถทำกิจกรรมทั้งหมดได้เหมือนเดิม แต่ยังคงสามารถทำกิจวัตรและภารกิจส่วนตัวได้ ไม่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ

๓ คะแนน มีความผิดปกติ/ พิกัดปานกลาง และความสามารถบกพร่อง ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจกรรม แต่ยังสามารถเดินได้เองโดยไม่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ

๔ คะแนน มีความผิดปกติ/ พิกัดที่ค่อนข้างมาก ต้องการผู้ช่วยเหลือในการเดินและในการทำกิจวัตรต่าง ๆ

๕ คะแนน มีความผิดปกติ/ พิกัดรุนแรงมาก เช่น นอนติดเตียง/ก้นปัสสาวะ อุจจาระไม่ได้ ต้องมีคนช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันตลอดเวลา

๖ คะแนน ถึงแก่กรรม

การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

๑. การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke)

ปัจจุบันใช้แนวทางการรักษาตาม American Heart Association/American Stroke Association ปี พ.ศ. ๒๕๖๒ ในส่วนของการรักษาด้วยยาและการทำหัตถการแบ่งเป็น ๔ วิธี ดังนี้

๑.๑ การให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic agent: intravenous rt-PA)

๑.๒ การเปิดหลอดเลือดที่อุดตัน (Revascularization) โดยวิธี Mechanical thrombectomy

๑.๓ การให้ยาละลายลิ่มเลือด ร่วมกับการทำ Mechanical thrombectomy

๑.๔ การให้ยาด้านเกล็ดเลือด

แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่แพทย์พิจารณาให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด มีดังนี้

๑.๑ การประเมินความเหมาะสมในการรับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด

พยาบาลจะต้องร่วมประเมินผู้ป่วย โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย โดยเฉพาะสัญญาณชีพ และตรวจสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตามข้อบ่งใช้และข้อห้ามการใช้ยา ดังนี้

ข้อบ่งใช้ (Inclusion criteria)

- ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลัน
- ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการภายใน ๔.๕ ชั่วโมง
- อายุมากกว่าหรือเท่ากับ ๑๘ ปี

ข้อห้ามใช้ยา (Exclusion criteria)

ข้อห้ามใช้ยานี้มีหลายกรณี เนื่องจากมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดการเลือดออก ได้แก่

ประวัติของผู้ป่วย

- มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน หรือประวัติได้รับอุบัติเหตุหรือบาดเจ็บทางสมอง ในช่วง ๓ เดือน ที่ผ่านมา
- เคยมีภาวะเลือดออกในสมอง
- มีเนื้องอกในสมอง
- มีเนื้องอกในระบบทางเดินอาหาร
- มีประวัติเลือดออกในกระเพาะอาหารหรือลำไส้ในช่วง ๒๑ วันที่ผ่านมา
- ได้รับการผ่าตัดสมองหรือไขสันหลัง ในช่วง ๓ เดือนที่ผ่านมา

อาการของผู้ป่วย

- มีอาการที่สงสัยว่ามีเลือดออกในชั้นใต้เยื่อหุ้มสมอง (Subarachnoid hemorrhage)
- ผู้ป่วยมีความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าเท่ากับ ๑๘๕ มิลลิเมตรปรอท หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิกมากกว่าเท่ากับ ๑๑๐ มิลลิเมตรปรอท ที่ไม่สามารถควบคุมได้
- ผู้ป่วยที่กำลังมีภาวะเลือดออกภายในร่างกาย
- มีภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย (Bacte endocarditis)
- โรคหลอดเลือดสมองที่สงสัยว่าสัมพันธ์กับภาวะการฉีกขาดของเอออร์ตา (Aortic arch dissection)
- ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกง่ายผิดปกติ (Bleeding diathesis)

ผลตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ

- มีปริมาณ เกล็ดเลือดน้อยกว่า ๑๐๐,๐๐๐ เซลล์ต่อไมโครลิตร
- ผู้ป่วยที่ใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด เช่น วาร์ฟาริน (Warfarin) โดยค่า International Normalized Ratio (INR) มากกว่า ๑.๗ หรือค่า Prothrombin time (PT) มากกว่า ๑๕ วินาที หรือค่า Activated partial thromboplastin time (aPTT) มากกว่า ๔๐ วินาที
- ได้รับยา Low molecular weight heparin (LMWH) ด้วยขนาดยา สำหรับรักษาโรคหลอดเลือดอุดตัน ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ก่อนเกิดอาการ (ไม่นับรวมถึงขนาดยาสำหรับป้องกันโรคหลอดเลือดอุดตัน) ได้รับยา Direct thrombin inhibitor หรือยาในกลุ่ม Direct factor Xa inhibitor ภายใน ๔๘ ชั่วโมง และมีผลเลือดยืนยันว่าการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ

ผลตรวจทางรังสี...

ผลตรวจทางรังสี

- มีลักษณะของภาวะเลือดออกในสมอง
- มีรอยโรคที่บ่งถึงการขาดเลือดในสมองเป็นวงกว้าง

ข้อควรระวังที่ต้องพิจารณาข้อดี-ข้อเสียของการให้ยา rt-PA

- อาการของการขาดเลือดในสมองเฉียบพลันดีขึ้นรวดเร็ว หรือเป็นเพียงเล็กน้อยก่อนให้ยา (NIHSS น้อยกว่า ๔ คะแนน)
- น้ำตาลในเลือดน้อยกว่า ๕๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
- ได้รับการผ่าตัดใหญ่หรือการบาดเจ็บที่รุนแรงในช่วง ๑๔ วันที่ผ่านมา
- มีประวัติเลือดออกในทางเดินอาหาร หรือ ทางเดินปัสสาวะในช่วง ๒๑ วันที่ผ่านมา
- มีอาการชักเกร็ง ขณะเริ่มเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
- กำลังตั้งครรภ์
- การเจาะเลือดในตำแหน่งที่ไม่สามารถถอดหลอดเลือดเหล่านี้ให้หยุดเลือดออกได้ เช่น เจาะที่หลอดเลือดดำใต้กระดูกไหปลาร้า (Subclavian vein) หรือ หลอดเลือดดำใหญ่ที่คอ (Jugular vein) ในช่วง ๗ วันที่ผ่านมา
- มีการโป่งพองของหลอดเลือดแดง (Aneurysm) ในสมองขนาดใหญ่กว่าหรือเท่ากับ ๑๐ มิลลิเมตร หรือ เส้นเลือดผิดปกติ (intracranial vascular malformation) ซึ่งยังไม่ได้รับการรักษา
- มีประวัติการเจ็บป่วยในระบบประสาทส่วนกลาง เช่น การผ่าสมองหรือไขสันหลังเนื่องจากหลอดเลือดโป่งพอง

ข้อควรระวังเพิ่มเติมในผู้ป่วยที่มี onset ๓ - ๔.๕ ชั่วโมง

- อายุมากกว่า ๘๐ ปี
- ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด
- ได้รับการประเมินทางคลินิกและ/หรือจากการตรวจด้วยเทคนิคทางรังสีที่เหมาะสมพบว่า เกิดเส้นเลือดอุดตันที่รุนแรง หรือ NIHSS มากกว่า ๒๕ คะแนน
- มีประวัติโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับโรคเบาหวาน

๑.๒ การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยา rt-PA

การดูแลผู้ป่วยขณะได้รับยา rt-PA มีดังนี้

- ๑) ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงโดยใช้ National Institute Health Stroke scale (NIHSS) บันทึกอาการทางระบบประสาทของผู้ป่วยทุก ๑ ชั่วโมงเป็นเวลา ๒๔ ชั่วโมง
- ๒) ทำการบันทึกความดันโลหิตและชีพจรทุก ๑๕ นาทีระหว่างให้ยา rt-PA จนครบ ๒ ชั่วโมง จากนั้นจดบันทึก ทุก ๓๐ นาที อีก ๖ ชั่วโมง หลังจากนั้นทุก ๑ ชั่วโมง นาน ๑๖ ชั่วโมง
- ๓) กรณีพบว่าผู้ป่วยมีเลือดออกต่อเนื่อง ณ ตำแหน่งใดของร่างกายหรือพบว่าผู้ป่วยมีความดันโลหิตซิสโตลิก มากกว่าเท่ากับ ๑๘๐ มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิกมากกว่าเท่ากับ ๑๐๕ มิลลิเมตรปรอท โดยวัดซ้ำกัน ๒ ครั้ง ห่างกัน ๕ - ๑๐ นาที และรายงานแพทย์ทราบทันที
- ๔) ในผู้ป่วยที่มีปัญหาดังข้อ ๓ แพทย์อาจพิจารณาการให้ยาลดความดันทางหลอดเลือดดำ ได้แก่ Nicardipine ทั่วไปจะใช้ความเข้มข้นที่ ๑ มิลลิกรัมต่อสารละลาย ๑๐ ซีซี เริ่มยาที่ขนาด ๕ มิลลิกรัมต่อชั่วโมง แล้วปรับขนาดยาขึ้นลงตามความดันโลหิตเพื่อให้ได้ความดันโลหิตเป้าหมายน้อยกว่า ๑๘๐/๑๐๕ มิลลิเมตรปรอท และลดความดันไม่เกิน ๑๐ - ๑๕ เปอร์เซ็นต์ของความดันพื้นฐานเดิม

ผู้ป่วยที่ได้รับยา ...

๕) ผู้ป่วยที่ได้รับยา rt-PA จะต้องงดยาต้านเกล็ดเลือดทุกชนิด (Aspirin, Ticlopidine, Clopidogrel และ NSAIDS) รวมทั้งยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Heparin, Warfarin, LMWH) เป็นเวลา ๒๔ ชั่วโมงหลังให้ยา rt-PA นอกจากนี้ ควรหลีกเลี่ยงการเจาะเลือดจากหลอดเลือดแดง หลอดเลือดดำใหญ่ การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ การใส่สายสวนปัสสาวะ และการใส่สายยางให้อาหารในช่วง ๒๔ ชั่วโมงแรก

๖) ผู้ป่วยจะถูกงดน้ำและอาหาร และพิจารณาให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิดสารละลายไอโซโทนิก (Isotonic solution) ที่ไม่มีน้ำตาล และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ระหว่าง ๘๐ - ๑๘๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หากผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) ระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า ๖๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ควรได้รับการรักษาด้วย ๕๐% Glucose ทางหลอดเลือดดำ และได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำที่มีส่วนประกอบของน้ำตาล ได้แก่ ๕% Dextrose in saline จนกว่าจะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ระหว่าง ๑๔๐ - ๑๘๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จึงเปลี่ยนมาให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิดสารละลายไอโซโทนิก (Isotonic solution) ที่ไม่มีน้ำตาลต่อไป

๗) เป้าหวังไม่ให้เกิดภาวะการพร่องออกซิเจนในเลือด โดยอาจพิจารณาให้ออกซิเจนเพิ่มเติม ในผู้ป่วยที่มีระดับเปอร์เซ็นต์การอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen saturation) น้อยกว่า ๙๕ เปอร์เซ็นต์

๘) ผู้ป่วยควรได้รับการฝังรอกคลื่นไฟฟ้าหัวใจใน ๒๔ - ๔๘ ชั่วโมงแรก เพื่อประเมินภาวะการรบกวนการเต้นผิดปกติของหัวใจ (Arrhythmia) (Atrial fibrillation: AF), ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะจากเซลล์เพชเมกเกอร์หรือกลุ่มไซนัสซึ่งมีหน้าที่ควบคุมจังหวะการเต้นของหัวใจทำงานผิดปกติ (Sick Sinus Syndrome : SSS), ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่พบบ่อยซึ่งก่อให้เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น ได้แก่ Ventricular fibrillation (VF), Pulseless ventricular tachycardia (VT)

๙) ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดดำอุดตัน ควรจัดให้ออนคิรชสูง ๑๕ - ๓๐ องศา ส่วนในรายที่ไม่มีความเสี่ยงควรจัดให้ออนราบ

การพยาบาลผู้ป่วยหลังได้รับยา rt-PA

การดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยา rt-PA มีดังนี้

๑. ผู้ป่วยจะต้องนอนพัก (Absolute bed rest) เป็นเวลา ๒๔ ชั่วโมงภายหลังการได้รับยา rt-PA เมื่อครบ ๒๔ ชั่วโมง จะมีการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองโดยไม่ฉีดสารทึบรังสี (Non-contrast CT brain) อีกครั้งเพื่อประเมินภาวะเลือดออกในสมอง (ICH) และภาวะสมองบวม (Brain edema)

๒) กรณีที่ผู้ป่วยมีระดับ GCS ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ ๒ คะแนนหรือคะแนน NIHSS เพิ่มมากขึ้นมากกว่าหรือเท่ากับ ๔ คะแนน อาจเกี่ยวข้องกับภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased Intracranial Pressure: IICP) ซึ่งอาจเกิดจากภาวะเลือดออกในสมอง หรือภาวะสมองบวมได้ พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยจะต้องทำการแจ้งแพทย์ทันทีเพื่อร่วมประเมินอาการของผู้ป่วยและพิจารณาส่งตรวจ Non-contrast CT brain เพื่อยืนยันการวินิจฉัย กรณีพบว่าผู้ป่วยมีภาวะ IICP จริง จะต้องทำการปรึกษาประสาทศัลยแพทย์เพื่อร่วมวางแผนการรักษาต่อไป

๓) ควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโดยให้ความดันโลหิตซิสโตลิกน้อยกว่า ๑๘๐ มิลลิเมตรปรอทหรือความดันโลหิตไดแอสโตลิกน้อยกว่า ๑๐๕ มิลลิเมตรปรอท จนครบ ๒๔ ชั่วโมง หากพบว่าความดันโลหิตสูงกว่าค่าที่กำหนด อาจได้รับการพิจารณาให้ยาลดความดันโลหิตทางหลอดเลือดดำ ได้แก่ Nifedipine ดังที่กล่าวมาข้างต้น เมื่อพ้นระยะเฉียบพลันหรือ หลัง ๗๒ ชั่วโมง จะควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับน้อยกว่า ๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอทด้วยยาลดความดันโลหิตชนิดรับประทาน

ควบคุมอุณหภูมิ...

๔) ควบคุมอุณหภูมิร่างกาย หากพบว่าผู้ป่วยมีอุณหภูมิร่างกายสูงกว่า ๓๘ องศาเซลเซียสความ ลดอุณหภูมิร่างกายด้วยการเช็ดตัวในช่วงที่ต้องดื่มน้ำและน้ำดื่ม หากเริ่มรับประทานได้ควรได้รับยา ได้แก่ พารา เซทตามอล ในผู้ที่ไม่แพ้ยา และหาสาเหตุการติดเชื้อในร่างกาย เนื่องจากการที่ผู้ป่วยมีอุณหภูมิร่างกายสูง มีความเสี่ยงทำให้อาการของโรคหลอดเลือดสมองแย่ลง และเพิ่มอัตราการตายได้

๕) ผู้ป่วยควรได้รับยาด้านเกล็ดเลือด ได้แก่ แอสไพริน ๑๖๐ - ๓๐๐ มิลลิกรัมทันทีภายใน ๒๔ - ๔๘ ชั่วโมง หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตัน หลังได้รับการตรวจ non-contrast CT brain และไม่พบเลือดออก ในสมองหรือภาวะสมองบวม (Brain edema)

๖) ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินการกลืนภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองภายใน ๒๔ ชั่วโมง และ ได้รับอาหารภายใน ๗ วันแรก ในรายที่มีอาการกลืนลำบาก (Dysphagia) และประเมินการกลืนไม่ผ่านควรได้รับการใส่สายให้อาหารทางจมูก

๑.๓ การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ร่วมกับการทำ Mechanical thrombectomy

การรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการทำ Endovascular treatment

Endovascular Treatment เป็นหัตถการทางรังสีร่วมรักษาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันด้วยสายสวนหลอดเลือด เพื่อเพิ่มการเปิดหลอดเลือด (Recanalization) ให้เลือดสามารถไหลเวียนกลับไปเลี้ยงสมอง (Reperfusion) ได้โดยเร็วที่สุด

โดยหัตถการดังกล่าวแบ่งได้เป็น ๓ แบบคือ

๑. Intra-arterial thrombolysis คือ การใส่สายสวนหลอดเลือดสมองแล้วให้ยาละลายลิ่มเลือด ไปยังหลอดเลือดแดงที่มีการอุดตัน

๒. Clot aspiration คือ การใส่สายสวนหลอดเลือดสมองแล้วใช้อุปกรณ์สำหรับดูดลิ่มเลือด ที่อุดตันในสมองออก

๓. Stent retriever thrombectomy คือ การใส่สายสวนหลอดเลือดสมองร่วมกับการใช้ ขดลวดตาข่ายลากลิ่มเลือดที่อุดตันในสมอง

เกณฑ์หรือข้อบ่งชี้ที่สามารถรักษาได้ แบ่งตามระยะเวลาที่เริ่มมีอาการจนถึงเวลาที่มาถึงโรงพยาบาล (Stroke onset time) ดังนี้

ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการหรือพบเห็นผู้ป่วยมีอาการปกติครั้งสุดท้าย (Last Well seen) < ๖ ชั่วโมง

๑. มีการอุดตันบริเวณหลอดเลือดใหญ่ของสมอง (Large vessel occlusion)

๒. มีอายุ \geq ๑๘ ปี

๓. คะแนน NIHSS \geq ๖

๔. คะแนน ASPECTS \geq ๖ จาก non-contrast CT Brain

๕. ต้องได้รับการรักษาโดยการสวนหลอดเลือด (groin puncture) ภายใน ๖ ชั่วโมงหลังจากเริ่มมีอาการ

ระยะเวลา (onset time) ๖ - ๒๔ ชั่วโมง

หากผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาหลังมีอาการมากกว่า ๖ ชั่วโมง แต่ยังไม่เกิน ๒๔ ชั่วโมง ปัจจุบัน ใช้เกณฑ์ที่อ้างอิงจากการศึกษา DAWN trial และ DEFUSE ๓ trial ในการพิจารณาการรักษาด้วยวิธี Mechanical Thrombectomy โดยพิจารณาตามอาการ (Clinical deficit) กับขนาดของเนื้อสมองที่ขาดเลือดและตาย (infarct volume) ได้ ซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับการวินิจฉัยเพิ่มเติมโดยการทำ MRI หรือ CT perfusion เพื่อประเมินว่าส่วนของเนื้อสมองที่ตายแล้ว และส่วนของสมองที่ขาดเลือดแต่ยังไม่ตายมีขนาดเท่าใด

ภาวะที่ต้อง...

ภาวะที่ต้องระวังและให้การพิจารณาทำการรักษา

ภาวะที่ต้องระวังและให้การพิจารณาทำการรักษาเป็นรายๆ ในกรณี ดังนี้

๑. ผู้ป่วยหรือญาติไม่ลงนามยินยอมในการรักษา
๒. มีการตั้งครรภในปัจจุบัน
๓. ระดับน้ำตาลในเลือดที่ตรวจวัดจากปลายนิ้วน้อยกว่า ๕๐ mg/dL
๔. รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Oral anticoagulant) และมีค่า INR > ๓
๕. ค่าเกล็ดเลือด (Platelet count) < ๓๐,๐๐๐ /mm^๓
๖. คะแนน NIHSS > ๓๐
๗. มีอาการทางระบบประสาทที่ขึ้นอย่างรวดเร็ว เช่น แขนขาข้างที่อ่อนแรงมีแรงมากขึ้น เป็นต้น
๘. มีประวัติแพ้สารที่บ่งชี้อย่างรุนแรง
๙. ชักตอนเกิดอาการ
๑๐. ความดัน SBP > ๑๘๐ mmHg หรือ DBP > ๑๑๐ mmHg
๑๑. ผลวินิจฉัย CT brain พบเนื้องอกในสมอง
๑๒. คาดว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตไม่น้อยกว่า ๖ เดือน

๒. โรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke)

๒.๑ การรักษาด้วยยา

- ยาด้านการละลายลิ่มเลือด (Antifibrinolytic Drug) เช่น Transamin

- การป้องกันการหดเกร็งของหลอดเลือดและเลือดออกซ้ำ (HHH Therapy) รักษาในราย

ที่มีภาวะเลือดออกในสมองจากหลอดเลือดสมองโป่งพองปัจจุบันมีแนวทางการรักษาที่เป็นมาตรฐาน ซึ่งประกอบด้วย Hypervolemia Expansion การรักษาโดยให้สารน้ำ เพื่อเพิ่มปริมาตรในหลอดเลือด, Hemodilution การให้สารน้ำเพื่อลดความหนืดของเลือด เพิ่มการไหลเวียนเลือดในสมอง, และ Hypertension เพิ่มระดับความดันเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง (Cerebral Perfusion Pressure : CPP)

๒.๒ การรักษาด้วยการผ่าตัด

- การเจาะรูผ่านกะโหลกศีรษะและใช้ท่อดูดระบายเลือดออก (Craniotomy remove blood clot)

ทำในรายที่มีเลือดออกเฉพาะแห่งและมีลิ่มเลือดไม่มากเกินไป

- การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ (Craniectomy) ทำในรายที่มีก้อนเลือดใหญ่และมีภาวะ

สมองบวม

- การผ่าตัดระบายน้ำไขสันหลังจากโพรงสมองออกมาสู่ภายนอกร่างกาย (Ventriculostomy)

ในรายที่มีเลือดออกในสมองและกดโพรงสมอง (Ventricle) เพื่อป้องกันการอุดตันของท่อระบายน้ำไขสันหลัง และป้องกันการระบายน้ำไขสันหลังออกมากหรือน้อยเกินไป

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

๑. การพยาบาลในระยะเฉียบพลัน

ระยะเฉียบพลัน เป็นระยะที่เริ่มมีอาการจนกระทั่งอาการคงที่ ซึ่งมักจะใช้เวลา ๒๔-๗๒ ชั่วโมง แต่ในบางรายอาจนานกว่านี้ ในระยะนี้ส่วนใหญ่มักจะมีคามผิดปกติในระดับความรู้สึกตัว จึงต้องดูแลรักษาชีวิต และหน้าที่ของร่างกายที่สำคัญไว้ ดังนั้นการดูแลในระยะแรกอย่างมีประสิทธิภาพมีผลต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความพิการอย่างถาวรที่อาจเกิดตามมาได้ แนวทางการดูแลมีดังนี้

๑) การดูแล...

๑) การดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดยจัดท่าผู้ป่วยให้นอนตะแคงหันหน้าไปด้านข้าง ป้องกันการอุดตันของหลอดลมและน้ำลายลงปอด และหากผู้ป่วยหายใจหอบหรือมีอาการแสดงถึงภาวะพร่องออกซิเจน อาจต้องพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ

๒) ดูดเสมหะและน้ำลายออกจากปากและทางเดินหายใจ ไม่ดูคนานเกินครั้งละ ๑๕ วินาที ในกรณีที่ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจควรดูดเสมหะไม่เกินครั้งละ ๑๐ วินาที เนื่องจากการดูดเสมหะนาน อาจเป็นผลให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้นได้ นอกจากนี้หลังการดูดเสมหะจากท่อช่วยหายใจจะต้องเพิ่มระดับการหายใจ (Hyperventilation) ด้วยออกซิเจน ๑๐๐%

๓) ตรวจสอบหน้าที่ของปอด ดูอัตราการหายใจ ลักษณะการเคลื่อนไหวของทรวงอก ฟังเสียงปอด เพื่อค้นหาภาวะปอดบวม ปอดแฟบ รวมทั้งปัญหาด้านการหายใจอื่นที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันเวลาที่

๔) ดูแลให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง ๓๐ องศา ต้องระวังไม่ให้ศีรษะบิดไปข้างใดข้างหนึ่ง เพราะอาจขัดขวางการไหลกลับของหลอดเลือดดำบริเวณเส้นเลือดดำคอได้

๕) ประเมินอาการทางระบบประสาทและสัญญาณชีพ ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว ปฏิกริยาของรูมาตาต่อแสง การเคลื่อนไหวของลูกตา การเคลื่อนไหวร่างกาย การรับความรู้สึก การทำงานของเส้นประสาทสมอง (Cranial Nerve) และปฏิกริยาสะท้อน (Reflex) ต่างๆ ทุก ๑๕ นาที ในช่วงหนึ่งชั่วโมงแรก และทุก ๑ ชั่วโมง จนกว่าอาการจะคงที่ เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น และสามารถให้การรักษาพยาบาลได้ทันเวลาที่

๖) บันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออกของผู้ป่วย โดยในระยะแรกอาจพิจารณาใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ เนื่องจากผู้ป่วยอาจมีความผิดปกติของการหลังฮอร์โมนขัดขวางการขับปัสสาวะ (Antidiuretic Hormone) และเมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่ที่ต้องรับเอาสายสวนปัสสาวะออกทันที เพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะบวม

๗) ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลง

๘) ดูแลความสมดุลของเกลือแร่ (Electrolyte) ในร่างกาย โดยเฉพาะภาวะโซเดียมต่ำ ซึ่งอาจส่งผลต่อหน้าที่และการทำงานของสมอง เป็นเหตุให้ผู้ป่วยซึม สับสน หรืออาจชักได้ หากผู้ป่วยมีอาการชัก ต้องรีบทำการช่วยเหลือเบื้องต้นและรายงานแพทย์ทราบทันที

๙) ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลการตรวจอื่น ๆ เช่น ผลการตรวจเลือดและปัสสาวะ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ การถ่ายภาพรังสีเส้นเลือด (Angiogram) ภาพถ่ายเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT brain) เป็นต้น เพื่อเป็นการประเมินการเปลี่ยนแปลงและสภาพปัญหาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

๒. การพยาบาลเมื่อผ่านพ้นระยะวิกฤติ

ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการคงที่ แต่ก็อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ เป็นการเข้าสู่ระยะที่ต้องดูแลรักษา หน้าที่ของร่างกาย และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่พร้อมจะฟื้นฟูสมรรถภาพได้เร็วที่สุดและดีที่สุด แนวทางการดูแล มีดังนี้

๑) ประเมินสัญญาณชีพและอาการแสดงทางระบบประสาท เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

๒) ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล เพื่อให้ร่างกายสะอาดและช่วยรักษาความมีคุณค่าในตัวเองของผู้ป่วย

๓) ดูแลความสะอาดของผิวหนัง ตรวจสอบรอยแดงหรือรอยถลอกของผิวหนัง อาการระคายเคือง เพราะการเกิดแผลกดทับที่กันบกหรือสันเท้าจะทำให้เป็นอุปสรรคในการฟื้นฟูสภาพ

๔) ออกกำลังให้ผู้ป่วยโดยการช่วยการเคลื่อนไหวตามข้อต่อต่าง ๆ (Passive Range Of Motion) วันละ ๔ ครั้ง เพื่อรักษาความตึงตัวของกล้ามเนื้อและป้องกันกล้ามเนื้อลีบ ข้อติดแข็ง

๕) เปลี่ยนท่าของผู้ป่วยบ่อย ๆ อย่างน้อยทุก ๒ ชั่วโมง โดยจัดท่าให้ปลายแขนอยู่สูงกว่าข้อศอกและข้อศอกยกสูงขึ้น เพื่อป้องกันข้อไหล่และข้อต่างๆของแขนติดแข็งและป้องกันปลายแขนบวม อาจใช้ผ้าหมอน เครื่องตามหรือเฝือก (Splint) ช่วยประคับประคอง

๕) เปลี่ยนท่า...

๖) ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง หมั่นดูดเสมหะในปาก คอ และทางเดินหายใจออกให้หมด และกระตุ้นให้อาหารโดยการเคาะปอดก่อนอาหารทุกมื้อและก่อนนอน หากผู้ป่วยสามารถไอออกเองได้ ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำเองทุกชั่วโมง ซึ่งจะเป็นการช่วยป้องกันโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ปอดบวม ปอดแฟบ การติดเชื้อในทางเดินหายใจ และยังช่วยให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ไม่มีการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ เป็นการลดปัจจัยเสี่ยงของการเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะ

๗) ประเมินความสามารถในการกลืน หากประเมินกลืนไม่ผ่าน ต้องใส่สายให้อาหาร และรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาสั่งอาหารทางสายยาง แต่หากประเมินกลืนผ่าน ควรเริ่มให้ผู้ป่วยได้รับอาหารตามขั้นตอน ดังนี้

๗.๑) ดูแลความสะอาดปากและฟันก่อนรับประทานอาหาร

๗.๒) จัดท่าให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งตัวตรง ๙๐ องศา หรืออยู่ในท่านอนหงายศีรษะสูง (High Fowler's position) โดยจัดให้ข้อสะโพกและเข่างอ ลำตัวอยู่ตรงกลาง ศีรษะก้มเล็กน้อย รองศีรษะและลำตัวด้วยหมอน

๗.๓) จัดสิ่งแวดล้อมและสร้างบรรยากาศให้เงียบสงบ พูดคุยกับผู้ป่วยเท่าที่จำเป็น

๗.๔) ผู้ที่ป้อนอาหารควรนั่งอยู่ในระดับต่ำกว่าระดับสายตาของผู้ป่วย

๗.๕) การจัดอาหาร ควรเริ่มจากอาหารเหลวข้น เช่น โจ๊กปั่น การป้อนอาหารควรให้ครึ่งช้อนชาต่อคำ และให้น้ำครึ่งละประมาณ ๓-๑๕ มิลลิลิตร

๗.๖) ถ้ามีเสียงน้ำในคอหลังกลืน ให้ผู้ป่วยไอหลาย ๆ ครั้ง เพื่อให้คอโล่ง แล้วจึงกินต่อ

๗.๗) ปล่อยให้เวลาผู้ป่วยในการกลืน ไม่เร่งรัด และควรให้กำลังใจผู้ป่วยในการกินอาหาร

๗.๘) การให้ผู้ป่วยกินยา ให้วางยาในปากด้านที่มีแรง และให้กินทีละเม็ด

๗.๙) ถ้าผู้ป่วยใช้เวลาในการกินอาหารนานเกิน ๔๕ นาที อาจทำให้กล้ามเนื้อที่ใช้ในการเคี้ยวและกลืนอ่อนแรง ซึ่งจะทำให้มีโอกาสสำลักได้ง่าย จึงควรแบ่งมื้ออาหารออกเป็น ๕-๖ มื้อต่อวัน

๗.๑๐) ดูแลความสะอาดปากและฟันหลังรับประทานอาหาร

๗.๑๑) หลังรับประทานอาหาร ควรจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งศีรษะสูงประมาณ ๓๐-๖๐ องศาอย่างน้อย ๓๐ นาที

๘) ดูแลอย่าให้ผู้ป่วยท้องผูก และหลีกเลี่ยงการเบ่งถ่ายอุจจาระ เพราะจะเป็นการเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะ หากผู้ป่วยท้องผูกนานเกิน ๓ วัน ควรรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาระบายหรือสวนอุจจาระตามความเหมาะสม

๙) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและสารอาหารอย่างเพียงพอ ดูแลความสมดุลของเกลือแร่ ลงบันทึกปริมาณสารน้ำเข้า-ออกทุกวัน เพื่อประเมินหน้าที่ของไต

๑๐) หากผู้ป่วยต้องใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ต้องดูแลให้อยู่ในระบบปิดที่ปลอดภัย และตรึงสายสวนปัสสาวะไม่ให้ดึงรั้งหรือเกิดการขยับเคลื่อนเข้า-ออก เพื่อป้องกันการติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะ ซึ่งจะทำให้การฟื้นฟูสมรรถภาพในการขับถ่ายปัสสาวะด้วยตนเองช้าลง และเมื่อพ้นระยะเฉียบพลัน ควรรีบเอาสายสวนปัสสาวะออกทันที และเริ่มฝึกถ่ายปัสสาวะด้วยตนเอง เพื่อลดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

๑๑) ประเมินความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วย ทั้งการพูดและการเข้าใจคำพูด ปรับวิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เช่น พูดกับผู้ป่วยอย่างช้า ๆ ใช้น้ำเสียงชัดเจน ตั้งใจฟังผู้ป่วย ชมเชยเมื่อผู้ป่วยทำได้ดี และให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยทำไม่ได้หรือทำไม่ได้ดีเท่าที่ควร เพื่อลดความคับข้องใจของผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับในภาพลักษณ์ของตนเอง พยายามให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงแขนขาข้างที่เป็นอัมพาตและไม่สัมผัสแขนขาข้างนั้น ให้ผู้ป่วยได้รับความจริงรอบ ๆ ตัว เช่น ปฏิทิน หรือนาฬิกา มาไว้ให้ผู้ป่วยดู

๑๑) ประเมิน...

๑๒) ประเมินความบกพร่องหรือความผิดปกติในการมองเห็น เช่น การเห็นภาพซ้อน ตามองไม่เห็น ครึ่งซีกด้านเดียวกัน เป็นต้น ถ้าผู้ป่วยมองเห็นด้านใดให้เข้าหาผู้ป่วยทางด้านที่ผู้ป่วยมองเห็น และจัดวางสิ่งของ เครื่องใช้ที่จำเป็นไว้ทางด้านที่ผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้ ดูแลรักษาความสะอาดของตา เพื่อป้องกันการระคายเคือง และการติดเชื้อ

๑๓) สังเกตและเฝ้าระวังอาการของโรคอื่น ๆ ที่เกิดร่วม หรือโรคที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค หลอดเลือดสมอง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นผิดจังหวะ เป็นต้น

๑๔) สังเกตอาการต่าง ๆ ที่อาจเป็นเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น เช่น การสำลัก ท้องอืด ท้องผูก การติดเชื้อ การเกิดลิ้มเลือดไปอุดที่ปอด เป็นต้น

๑๕) ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อให้ทราบถึงสิ่งผิดปกติ เช่น ผลตรวจปริมาณ ไนโตรเจนในเลือด (Blood Urea Nitrogen), ค่าของเสียที่ผลิตจากกล้ามเนื้อ (Creatinine), ค่าการแข็งตัวของเลือด (Coagulation), ค่าความสมดุลของเกลือแร่ (Electrolyte) เป็นต้น เพื่อที่จะให้การดูแลรักษาได้ทันเวลาที่

๑๖) ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและเผชิญปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคและความพิการที่หลงเหลืออยู่อย่างเหมาะสม พยาบาลจะต้องมีความเข้าใจพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้ป่วยอาจมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย มีปฏิกิริยาต่อสิ่งกระตุ้นรุนแรงและไม่เหมาะสม ควบคุมตนเองไม่ได้ หรือมีความอดทนต่อความเครียดต่าง ๆ น้อยลง พยาบาลควรให้การดูแลด้านอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เนื่องจากอาจเกิดความผิดปกติกับผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ จิตใจ หรือบุคลิกภาพ ผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ มีความรู้สึกสับสน ซึมเศร้า กลัว ก้าวร้าว และต่อต้าน ความผิดปกติเหล่านี้อาจเพิ่มมากขึ้นหรือน้อยลงขึ้นอยู่กับท่าทีของบุคคลรอบข้างด้วย พยาบาลจึงควรให้การดูแลดังนี้

- ให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว อธิบายให้เข้าใจว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยเกิดจากพยาธิสภาพของโรคที่สมองถูกทำลาย และพฤติกรรมดังกล่าวจะค่อย ๆ ดีขึ้น หากได้รับการดูแลที่เหมาะสม

- ควบคุมสิ่งแวดล้อม โดยลดหรือขจัดสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้ผู้ป่วยอารมณ์หงุดหงิด

- ไม่สนใจต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย เช่น คำสบถ คำคำหยาบ ก้าวร้าว หรือการเปิดเผยร่างกายตนเอง

- ให้คำชมเชยในสิ่งที่ผู้ป่วยทำสำเร็จ และให้กำลังใจหากผู้ป่วยทำไม่ได้หรือทำได้ไม่ดี

- พยายามใส่ใจในความต้องการของผู้ป่วย และพยายามตอบสนองในขอบเขตที่เป็นไปได้

เพื่อลดความคับข้องใจของผู้ป่วย

- พยาธิสภาพของโรคอาจทำให้ผู้ป่วยไม่มีสมาธิ ขาดการควบคุมอารมณ์ ควรพยายามหันเหผู้ป่วยให้ไปสนใจและทำกิจกรรมที่ใช้ระยะเวลาสั้น ๆ และพยายามเลือกกิจกรรมที่ผู้ป่วยสนใจ

- กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ถึงการปรับตัว ยอมรับกับสภาวะร่างกายและสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงรวมทั้งสนับสนุนและให้กำลังใจญาติในการดูแลผู้ป่วย

๑๗) การจัดทำทางผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่ง การนอนทับแขนหรือขาข้างที่เป็นอัมพาตนาน ๆ จะทำให้เกิดการบวม ทั้งยังเกิดปัญหาข้อติดได้ง่าย การนอนศีรษะสูงเกินไปอาจเกิดแรงกดมากบริเวณก้นกบ (Sacrum) ทำให้เกิดบาดแผลถลอกได้ ดังนั้นการจัดท่านอนที่ถูกต้องเหมาะสม จะต้องดูแลตั้งแต่เตียงนอนและที่นอน เช่น เตียงนอนควรเป็นเตียงที่แข็งแรง สามารถปรับระดับความสูงต่ำของเตียงได้ ส่วนที่นอนต้องเป็นที่นอนที่แน่น ไม่นุ่ม ไม่แข็งเกินไป ผ้าปูที่นอนต้องตึง ไม่มีรอยย่นหรือรอยพับ เพื่อไม่ให้เกิดการถูไถกับผิวหนังของผู้ป่วย จนเกิดแผลถลอกกดทับได้

๑๘) ผู้ป่วย...

๑๘) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและมีอาการอัมพาต จะต้องเริ่มให้ทำกายภาพบำบัดโดยเร็วที่สุด ภายใน ๔๘ ชั่วโมง หลังเกิดอาการ เนื่องจากผู้ป่วยอาจเกิดข้อติดแข็งได้ ดังนั้นควรจะต้องให้ผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการออกกำลังกาย เพื่อการบำบัดรักษาโดยการช่วยการเคลื่อนไหวของข้อต่อ (Passive Range of Motion) ในแขนขาข้างที่เป็นอัมพาต และการกระตุ้นให้มีการออกกำลังกายด้วยตนเอง (Active Exercise) ในแขนขาข้างที่ดี

๓. การพยาบาลระยะฟื้นฟู

การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยจะต้องอาศัยความร่วมมือกันของสหสาขาวิชาชีพ ทั้งแพทย์ พยาบาลนักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ และนักโภชนาการ เพื่อร่วมกันประเมินและค้นหาปัญหาความบกพร่องของหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกายผู้ป่วย และร่วมวางแผนในการช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาทักษะต่างๆ ที่สูญเสียไป เพื่อให้พึ่งพาตนเองได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ แนวทางการดูแล มีดังนี้

๑) กระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองให้มากที่สุดเท่าที่ผู้ป่วยจะทำได้ และคอยดูแลช่วยเหลือในสิ่งที่ผู้ป่วยยังทำไม่ได้ เพื่อลดความคับข้องใจ

๒) มุ่งขจัดเขยความพิการของผู้ป่วย โดยฝึกให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การแต่งตัว การเดิน การรับประทานอาหาร การหัดนั่ง เป็นต้น

๓) สอนผู้ป่วยให้ฝึกออกกำลังกายขณะนอนอยู่บนเตียง เช่น การออกกำลังกายกล้ามเนื้อ Quadriceps การออกกำลังกายกล้ามเนื้อสะโพก เพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อตึงตัวแข็งแรง

๔) กระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ซึ่งช่วยให้เกิดความรู้สึกที่ดีจากการมีส่วนร่วมช่วยให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น

๕) ให้ผู้ป่วยได้ทราบถึงโปรแกรมการออกกำลังกายที่นักกายภาพบำบัดจัดให้ผู้ป่วยเพื่อการฟื้นฟูทุกวันและติดตามความก้าวหน้าเพื่อช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องในหอผู้ป่วย

๖) ช่วยดูแลความสะอาดของร่างกายผู้ป่วย ดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้นไม่ให้แห้งแตก ซึ่งจะเป็นการช่วยรักษาความมีคุณค่าในตนเองอีกทางหนึ่ง

๗) พยาบาลควรมีความไวต่อความต้องการและความรู้สึกของผู้ป่วย รวมทั้งทักษะ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ไม่ว่าจะด้วยคำพูดหรือกิริยาท่าทาง เพื่อช่วยลดความคับข้องใจและความวิตกกังวล

๘) สนับสนุนและช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะเรียนรู้ทักษะและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ควรทำความเข้าใจและยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วย

๙) ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวแขนและขา ควรมีผู้ดูแลทำการเคลื่อนไหวข้อต่าง ๆ ให้ผู้ป่วย ซึ่งการเคลื่อนไหวข้อมีดังนี้

๙.๑) การเคลื่อนไหวข้อให้ผู้ป่วยควรทำอย่างช้า ๆ

๙.๒) ควรทำการเคลื่อนไหวให้สุดองศาของการเคลื่อนไหวที่ปกติ

๙.๓) ทำซ้ำ ๆ ทำละ ๑๐-๒๐ ครั้ง วันละ ๒ รอบ

๙.๔) ไม่ควรทำการเคลื่อนไหวหลังจากรับประทานอาหาร หรือในขณะที่มีไข้

๙.๕) ขณะทำการเคลื่อนไหวข้อ ถ้าผู้ป่วยปวดหรือพบปัญหาอย่างอื่น ควรหยุดและปรึกษา

แพทย์หรือนักกายภาพบำบัด

๔. การวางแผนการจำหน่าย

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจะต้องวางแผนตั้งแต่แรกกับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล โดยบทบาทของพยาบาลนั้น เป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และเป็นผู้ประสานให้การดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นพยาบาลจึงควรได้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยมากที่สุด ทั้งสัมพันธภาพของครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจ ตลอดจนความต้องการของผู้ป่วยและญาติ เพื่อนำมาประกอบในการวางแผนจำหน่าย และให้ความรู้กับญาติในการจัดเตรียมหาบุคคลที่จะมาดูแลช่วยเหลือ ซึ่งแนวทางในการประเมินและเตรียมความพร้อมทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีดังนี้

๑) ประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ทั้งในด้านสัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาวะแทรกซ้อน การเคลื่อนไหว การรับประทานอาหารและยา การขับถ่าย ภาวะทางด้านอารมณ์และจิตใจ (Mental Status) การรับรู้ (Perception) ความบกพร่องในการสื่อสาร (Communication impairment) และประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยใช้ Barthel index และ Modified Ranking Scale

๒) ประเมินความพร้อมของครอบครัว/ผู้ดูแล ในประเด็นความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดำเนินโรค ความพร้อมด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ สภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วย ความเชื่อและค่านิยม ประสบการณ์และทักษะการดูแลผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และอาจรวมถึงประเด็นการมีเพศสัมพันธ์ขณะเจ็บป่วยของคู่สามีภรรยา

๓) วางแผนการให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้ครอบคลุม โดยใช้รูปแบบ D-M-E-T-H-O-D

D = Diagnosis ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคตลอดเล็ดตมอง อาการ สาเหตุ และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ

M = Medication & Adverse Effects ให้ความรู้เกี่ยวกับยา วิธีการรับประทานยา รวมทั้งผลข้างเคียง

E = Economic/Education/Environment and assistant devices การช่วยเหลือทางเศรษฐกิจ การให้ความรู้เรื่องโรค การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม

T = Treatment ให้ความรู้ข้อมูลแนวทางการรักษาต่าง ๆ

H = Health history, Disease process, Ambulation ประวัติสุขภาพ การดูแลสุขภาพ การดำเนินโรคและการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน

O = Outpatient referral การแนะนำมาติดตามการรักษาตามนัด

D = Diet preparing การดูแลเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมกับโรค

๔) การจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน พร้อมทั้งเตรียมปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

๕) ประสานการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ โภชนากร เจ้าหน้าที่เวชกรรมสังคม ศูนย์การดูแลต่อเนื่องที่บ้านและศูนย์สุขภาพชุมชน และการส่งต่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

๖) แนะนำสถานบริการที่เกี่ยวข้อง เช่น กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน การขอความช่วยเหลือจากชุมชน เอกชนและหน่วยงานของรัฐ เป็นต้น

การติดตามผู้ป่วยมาตรวจตามนัด

๕. การดูแล...

๕. การดูแลต่อเนืองที่บ้าน

บทบาทพยาบาลเยี่ยมบ้านพยาบาลเยี่ยมบ้านมีบทบาทในการประเมิน วางแผน และให้การดูแลผู้ป่วยตามปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพ ดังนี้

๑) ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ครอบคลุมด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ประเมินความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยของครอบครัว ปัญหาในการดูแลที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม แหล่งประโยชน์เพิ่มเติม เพื่อประกอบการพิจารณาปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมกับสถานการณ์ การประเมินผู้ป่วยที่บ้านใช้แนวทางเวชปฏิบัติครอบครัว โดยใช้คำย่อว่า 'INHOMESSS' ดังนี้

I = Immobily ประเมินว่าผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้ หรือต้องอาศัยผู้อื่นดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันการใช้โทรศัพท์ การจัดยากินเอง

N = Nutiion ประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยที่สัมพันธ์กับภาวะโรค การเตรียมปรุงอาหาร วิธีเก็บอาหาร นิสัยการกินและอาหารโปรด เพื่อดูความเหมาะสมภาวะโภชนาการกับโรคที่เป็น

H = Home Environment สภาพสิ่งแวดล้อมในบ้านและรอบบ้านเป็นปัจจัยหนึ่ง ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัว

O = Other People สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันอย่างไรบทบาทของสมาชิกในครอบครัวต่อผู้ป่วย บุคคลที่เป็นผู้รับผิดชอบ ตัดสินใจแทนผู้ป่วย

M = Medications การชั่งประวัติเรื่องยารวมถึงการให้สมุนไพรพื้นบ้านของผู้ป่วย มีความจำเป็นเพื่อประเมินเรื่องการใช้ยาการดูแลตนเองและการแสวงหาแหล่งพึ่งพาทางด้านสุขภาพของผู้ป่วย รักษาอยู่กับแพทย์หลายแห่งหรือไม่

E = Examination การตรวจร่างกายขณะเยี่ยมบ้าน เช่น การวัดความดันโลหิต การดูแลแผล เพื่อประเมินผู้ป่วยในขณะนั้นเพื่อนำมาปรับแผนการพยาบาล

S = Spiritual Health ความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม วัฒนธรรม และประเพณีต่าง ๆ ที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้รู้จักและเข้าใจผู้ป่วยถึงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว การประเมินความหมายของการดำรงชีวิตอยู่ สิ่งที่ใช้ยึดเหนี่ยวทางใจ

S = Service ประเมินความเข้าใจของครอบครัว ญาติ ให้ตรงกันความรู้สึกที่มีต่อระบบในการวางแผนดูแลผู้ป่วย และต้องรู้การดูแลที่เชื่อมโยงระหว่างบ้านและโรงพยาบาลว่าต้องการการดูแลอย่างไร แผนการรักษาเป็นอย่างไร จะติดต่อใครได้อย่างไร บริการใกล้เคียงบ้านพักมีอะไรที่ไหนบ้าง

S = Safety การประเมินสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยตั้งแต่โครงสร้างของบ้าน บ้านใดมีความชัน อุกรณ์อำนวยความสะดวก พื้นห้องน้ำมีความปลอดภัยเพียงพอหรือไม่

ทั้งนี้ในการประเมินให้ครอบคลุมนั้นยังจำเป็นต้องอาศัยเครื่องมืออื่นๆ ได้แก่ แบบประเมินระดับการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ เป็นต้น

๑) ประเมินความรู้ ความสามารถในการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์บางชนิดที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย และเพิ่มทักษะการใช้อุปกรณ์นั้น ๆ ให้สามารถใช้งานในผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม เช่น Suction, Oxygen Concentrator เป็นต้น

๒) ประเมินการเผชิญปัญหา และการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของญาติและผู้ดูแล ตั้งเป้าหมายร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย และให้การพยาบาลตามปัญหาที่ประเมินได้

๓) ประเมินภาวะด้านจิตใจทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อหาแนวทางในการป้องกันความเครียดในผู้ดูแล และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนำไปสู่การฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบประเมิน ๒๐, ๔Q และ ๘Q

๔) ผีกทักษะ...

๔) ฝึกทักษะของญาติ ผู้ดูแล (Caregiver training) ในการดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เช่น การใช้ Walker, Wheel chair, การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การฟื้นฟูสภาพเน้นการฝึกกล้ามเนื้อมัดใหญ่ กิจกรรมบำบัด เน้นการฝึกกล้ามเนื้อมัดเล็กเช่นฝึกใช้มือหยิบอุปกรณ์ลูกบอล การฝึกน้ำหนักมือ/นิ้วมือโดยการฝึกหนีผ้า การฝึกใส่เสื้อ (กรณีผู้ป่วยอ่อนแรงครึ่งซีก) ในช่วงที่อ่อนแรงก่อน การถอดเสื้อผ้าในช่วงที่มีแรงก่อน เป็นต้น

๕) ให้ความรู้คำแนะนำเพิ่มเติมในส่วนที่บกพร่อง เสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหา หรือสาธิต การให้การพยาบาลที่ถูกต้อง ฝึกทักษะในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การติดเชื้อที่ปอด (Pneumonia) มักเกิดจากการสำลักอาหารน้ำลาย จึงต้องมีการป้อนอาหารหรือให้อาหาร ทางสายยางอย่างถูกวิธี นอกจากนี้พยาบาลเยี่ยมบ้านจำเป็นต้องมีทักษะประเมินการกลืนของผู้ป่วยพยาบาล เยี่ยมบ้านต้องให้คำแนะนำการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งคำแนะนำ การสังเกตอาการผิดปกติมาพบแพทย์ เช่น ปวดศีรษะมาก แขน ขาอ่อนแรงมากขึ้น กลืนลำบาก ตาพร่ามัว ฯลฯ รวมถึงการเรียกรถฉุกเฉินผ่านโทรศัพท์หมายเลข ๑๖๖๙

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระดับทุติยภูมิ (Stroke secondary prevention)

แนวทางหลักในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระดับทุติยภูมิรวมทั้งภาวะสมองขาดเลือด ชั่วคราว จากหลักการเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมการใช้ยารวมทั้งการปรับวิถีชีวิตและควบคุมปัจจัยเสี่ยง ดังนี้

๑. การรักษาด้วยยา

การรักษาด้วยยาเป็นสิ่งจำเป็นในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ยาที่ใช้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับทุติยภูมิ ได้แก่

๑.๑) ยาด้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet)

ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่มีสาเหตุอื่นนอกจากสาเหตุมาจากหัวใจ แพทย์จะพิจารณาให้ Aspirin เป็นอันดับแรก หากผู้ป่วยแพ้ยา Aspirin หรือ ไม่สามารถปรับตัวกับผลข้างเคียงของ ยาได้ หรือมีการเกิดเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันซ้ำขณะได้รับยา Aspirin จะพิจารณาให้ antiplatelet ตัวอื่น เช่น Clopidogrel, Ticlopidine หรือ Cilostazol

๑.๒) ยาด้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant)

ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันจากสาเหตุลิ่มเลือดที่มาจากพยาธิสภาพของ โรคหัวใจ จะให้ยาด้านการแข็งตัวของเลือดในระยะยาวโดยให้ Warfarin ซึ่งเป็นยาในกลุ่ม vitamin K antagonist และปรับขนาดยาโดยติดตามค่า international normalized ratio (INR) โดยมีเป้าหมายที่ระดับ ๒.๐ - ๓.๐ ในผู้ป่วย atrial fibrillation ในปัจจุบัน เริ่มมีการใช้ยาด้านการแข็งตัวของเลือดชนิดใหม่หรือ New Oral Anticoagulants (NOACs) เช่น Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban และ Edoxaban

๑.๓) ยาลดไขมัน (Statin therapy)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกรายควรได้รับยากลุ่ม statin เช่น atorvastatin, simvastatin เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคถึงแม้ว่าระดับไขมันในเลือดจะอยู่ในระดับปกติ

๒. การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและการควบคุมปัจจัยเสี่ยง

การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและการควบคุมปัจจัยเสี่ยง เพื่อการป้องกัน recurrent stroke มีดังนี้

๒.๑) การประเมินปัจจัยเสี่ยง (Risk factor assessment)

๒.๑.๑) การค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง เช่น พฤติกรรมการรับประทานเกลือโซเดียม การดื่มสุราการสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย ภาวะน้ำหนักเกิน การใช้ยาคุมกำเนิดหรือฮอร์โมน เป็นต้น

๒.๑.๒) การให้ข้อมูลและคำปรึกษารายบุคคล (Individualized information and counseling) เกี่ยวกับกลยุทธ์ต่าง ๆ ในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่เหมาะสม รวมทั้งตั้งเป้าหมาย เช่น การควบคุม BP < ๑๔๐/๙๐ mmHg (< ๑๓๐/๘๐ mmHg ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิด SVD), HbA๑C ๗%, ควบคุมระดับไขมัน LDL < ๑๐๐ mg/dl (high risk group ควบคุม LDL < ๗๐ mg/ml), TG < ๑๕๐ mg/dl, HDL > ๔๐ mg/dl ในผู้ชาย และ > ๕๐ mg/dl ในผู้หญิง เป็นต้น

๒.๑.๓) การส่งต่อ (Referral) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินหรือคำปรึกษาเพิ่มเติมในประเด็นที่จำเป็น เช่น แพทย์หน่วยหทัยวิทยา กรณีมีปัญหาโรคหัวใจ เพื่อการจัดการที่เหมาะสม

๒.๒) การส่งเสริมการรับประทานอาหารสุขภาพที่สมดุล (Healthy balanced diet)

๒.๒.๑) ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาหารสุขภาพ เช่น การรับประทานผัก ผลไม้ที่ไม่หวาน อาหารที่ไม่มีไขมันทรานส์ นมพร่องไขมันโดยรับประทานอาหารที่หลากหลายในแต่ละมื้อ และลดการรับประทานน้ำตาลลง เป็นต้น

๒.๒.๒) ให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับอาหารเมดิเตอร์เรเนียน ซึ่งเน้นปลาและผักผลไม้ และ ธัญพืช ซึ่งมีความสมดุลทางโภชนาการที่ดี

๒.๓) การออกกำลังกาย (Exercise)

๒.๓.๑) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการลดพฤติกรรมนั่งเป็นเวลานาน ๆ และเพิ่มการมีกิจกรรมทางกายให้มากขึ้น กิจกรรมประจำวัน เน้นการออกแรงระดับปานกลางอย่างสม่ำเสมอ เช่น การเดินเร็ว การปั่นจักรยาน และว่ายน้ำ เป็นต้น โดยออกกำลังกาย ๕-๗ วันต่อสัปดาห์ และรวมกันไม่น้อยกว่า ๑๕๐ นาที ใน ๑ สัปดาห์ ทั้งนี้ให้คำนึงถึงหลักความปลอดภัย กรณีผู้ป่วยมีโรคร่วมหรือมีความเสี่ยงต่อ injury ด้วย

๒.๔) การควบคุมน้ำหนัก (Weight)

๒.๔.๑) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนัก โดยให้มี BMI น้อยกว่า ๒๓ กิโลกรัมต่อตารางเมตร หรือมีรอบเอวน้อยกว่า ๘๐ เซนติเมตรสำหรับผู้หญิง และน้อยกว่า ๙๐ เซนติเมตรสำหรับผู้ชาย

๒.๔.๒) ร่วมกำหนดเป้าหมายและแนวปฏิบัติในการลดน้ำหนักสำหรับผู้ที่มีน้ำหนักเกิน

๒.๕ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๕.๑ ต่อตนเอง

๒.๕.๑.๑) มีความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพ สาเหตุ อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน การวินิจฉัยโรค การรักษา และการพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

๒.๕.๑.๒) สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งในระยะเฉียบพลัน ระยะวิกฤติ ระยะฟื้นฟู และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นปัจจุบัน

๒.๕.๑.๓) ได้เรียนรู้เรื่องระบบเทคโนโลยีที่ทันสมัยที่ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๑. รูปแบบการเรียนการสอนไม่มีความต่อเนื่องของเนื้อหา ซึ่งส่งผลให้เกิดความสับสน ควรมีการจัดเรียงวิชาการสอนแต่ละหัวข้อให้ต่อเนื่องกัน เพื่อให้เข้าใจง่ายขึ้น
๒. เนื้อหาที่ทำนวิยาการแต่ละท่านสอน บางเนื้อหาค่อนข้างซ้ำกัน และบางเนื้อหาไม่มีเอกสารในการทบทวนซ้ำ ทำให้ไม่สามารถกลับมาอ่านทบทวนซ้ำได้อีกครั้ง
๓. กิจกรรมการเรียนการสอนบางรายวิชามีอย่างจำกัด ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการเรียนและเกิดความไม่เข้าใจเมื่อลงมือปฏิบัติ เช่น โปรแกรมคำนวณทางสถิติ
๔. ขณะขึ้นฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย บางหอผู้ป่วยมีจำนวนผู้ป่วยมีค่อนข้างน้อยทำให้ได้ศึกษาผู้ป่วยเฉพาะรายกรณีที่มีโรคซ้ำเติม ไม่ครอบคลุมทั้งชนิดตึบและแตก

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชและคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล มีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในการให้การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมทั้งยังมีเทคโนโลยีที่ทันสมัย รวมถึงมีศูนย์สมองมาตรฐานครบวงจรที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิดตึบและแตก วิทยากรมีความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วย สามารถถ่ายทอดความรู้ให้ผู้เข้าอบรมเข้าใจได้ และหลักสูตรนี้ยังสร้างเสริมสมรรถนะของพยาบาลในด้านวิชาการและวิจัย ฝึกให้ศึกษางานวิจัยและใช้หลักฐานเชิงประจักษ์นำมาประยุกต์ใช้ โรงพยาบาลตากสินจึงควรมีการจัดส่งพยาบาลเข้ารับการอบรมหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในรุ่นต่อ ๆ ไป เพื่อเพิ่มพูนทักษะด้านความรู้ให้มากขึ้น และนำความรู้ที่ได้มาพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อปัญหาสุขภาพปัจจุบันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ลงชื่อ..... (นางสาว) พจนานพ.....ผู้รายงาน
(นางสาววาสนา หอมนาน)
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

ขอให้นำความรู้ที่ได้มาพัฒนาหน่วยงาน และโรงพยาบาลตากสิน

ลงชื่อ.....
(นายขจร อินทรบุหรั่น)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากสิน

STROKE โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke, Cerebrovascular Accident [CVA], Cerebrovascular Disease [CVD]) เป็นความผิดปกติของระบบประสาท ที่เกิดขึ้นจากความบกพร่องของระบบไหลเวียนเลือดในสมอง โดยครอบคลุมภาวะที่เกิดการตายของเซลล์ (cell death) ในระบบประสาทส่วนกลาง คือ สมอง ไขสันหลัง หรือ จอประสาทตา ที่มีสาเหตุจากปัญหาด้านหลอดเลือด โดยผู้ป่วยอาจมีหรือไม่มีอาการทางคลินิกเกิดขึ้น



ประเมินอาการของโรคหลอดเลือดสมองแบบรวดเร็ว โดยใช้หลัก BEFAST ได้แก่

B = Balance มีปัญหาเกี่ยวกับการทรงตัว เดินเซ หรือเวียนศีรษะมึนงง

E = Eyes มีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น มองเห็นบางส่วน หรือเห็นภาพซ้อน

F = Face มีอาการหน้าเบี้ยว ปากเบี้ยว

A = Arms มีอาการอ่อนแรงขา/มือข้างหนึ่งของร่างกาย มีอาการชา หรือสูญเสียความรู้สึกส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย

S = Speech มีปัญหาเกี่ยวกับการพูด พูดไม่ได้ พูดคิด เสียงไม่ชัด หรือไม่เข้าใจคำพูด

T = Time ระยะเวลาที่บิดำการ

ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง

1. โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในเยื่อหุ้มเส้น (Ischemic Stroke) เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองตีบหรืออุดตัน
2. โรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke) เกิดจากการหลอดเลือดสมองแตกหรือฉีกขาด ทำให้มีเลือดออกภายในเนื้อสมอง (Intracerebral Hemorrhage : ICH) หรือมีเลือดรั่วไหลเข้าไปในเนื้อเยื่อสมอง (Subarachnoid Hemorrhage : SAH)

การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

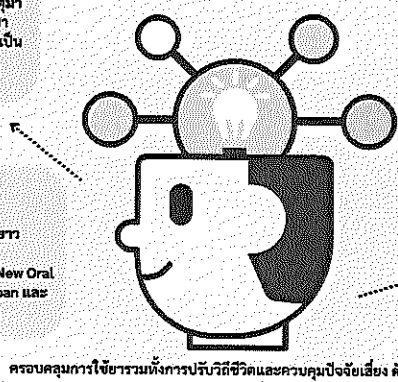
1. การรักษารูปโรคหลอดเลือดสมองอุดตันในเยื่อหุ้มเส้น (Acute Ischemic Stroke) ปัจจุบันใช้แนวทางการรักษาตาม American Heart Association/American Stroke Association ปี พ.ศ. ๒๕๖๒ ในส่วนของการรักษาด้วยยาและการทำหัตถการแบ่งเป็น ๔ วิธี ดังนี้
 - ๑.๑ การให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic agent: intravenous rt-PA)
 - ๑.๒ การเปิดหลอดเลือดที่อุดตัน (Revascularization) โดยวิธี Mechanical thrombectomy
 - ๑.๓ การให้ยาละลายลิ่มเลือด ร่วมกับการทำ Mechanical thrombectomy
 - ๑.๔ การให้ยาต้านเกล็ดเลือด
2. โรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke)
 - ๒.๑ การรักษาคัญยา
 - ยาค้ำขวางการละลายลิ่มเลือด (Antifibrinolytic Drug) เช่น Transamin
 - การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดและเลือดออกซ้ำ (HHH Therapy)
 - ๒.๒ การรักษาศัลยกรรมผ่าตัด
 - การเจาะรูผ่านกะโหลกศีรษะและใช้ที่ดูดดูดระบายเลือดออก (Craniotomy remove blood clot) ทำในรายที่มีเลือดออกเฉพาะแห่งและมีเลือดไม่มากเกิน
 - การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ (Craniectomy) ทำในรายที่มีก้อนเลือดใหญ่และมีภาวะสมองบวม

3. การให้ยาป้องกัน

๓.๑) ยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet)
ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่มีสาเหตุอื่นนอกจากสาเหตุมาจากหัวใจ แพทย์จะพิจารณา ให้ Aspirin เป็นอันดับแรก หากผู้ป่วยแพ้ยา Aspirin หรือ ไม่สามารถปรับระดับผลข้างเคียงของยาได้ หรือมีการเกิดเป็นโรคหลอดเลือดสมองอุดตันซ้ำขณะได้รับยา Aspirin จะพิจารณาให้ antiplatelet ตัวอื่น เช่น Clopidogrel, Ticlopidine หรือ Cilostazol

๓.๒) ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant)
ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันจากสาเหตุอื่นนอกจากหัวใจ แพทย์จะพิจารณาให้ Warfarin โดยให้ Warfarin
• ในปัจจุบัน เริ่มมีการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดใหม่ หรือ New Oral Anticoagulants (NOACs) เช่น Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban และ Edoxaban

๓.๓) ยาลดไขมัน (Statin therapy)
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกรายควรถูกได้รับยา statin เช่น atorvastatin, simvastatin



ครอบคลุมการใช้ยารวมทั้งการปรับวิถีชีวิตและควบคุมปัจจัยเสี่ยง ดังนี้

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระดับทุติยภูมิ (Stroke secondary prevention)

4. การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและการควบคุมปัจจัยเสี่ยง

- ๒.๑) การประเมินปัจจัยเสี่ยง (Risk factor assessment)
 - การค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง เช่น พฤติกรรมการรับประทานที่ไม่ดีเยี่ยม การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย การนอนหลับไม่เพียงพอ การไม่ออกกำลังกาย เป็นต้น
- ๒.๒) การส่งเสริมการรับประทานอาหารสุขภาพที่สมดุล (Healthy balanced diet)
 - อาหารสุขภาพ เช่น การรับประทานผัก ผลไม้ที่ มีหวาน อาหารที่ไม่ไขมันทรานส์
 - อาหารเค็มเค็มหรือไขมันสูง เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน ไข่แดง ไขมันอิ่มตัว ไขมันทรานส์ ไขมันอิ่มตัว
- ๒.๓) การออกกำลังกาย (Exercise)
 - ออกกำลังกายเป็นประจำเป็นเวลานาน ๆ และเพิ่มการออกกำลังกายให้มากขึ้น
 - กิจกรรมการออกกำลังกาย เช่น เดินออกกำลังกาย ทำกิจวัตรประจำวัน เป็นการออกกำลังกายระดับปานกลางอย่างสม่ำเสมอ เช่น การเดินเร็ว การปั่นจักรยาน และว่ายน้ำ เป็นต้น
 - โดยออกกำลังกาย 5-7 วันต่อสัปดาห์ และรวมกัน ไม่น้อยกว่า 150 นาทีใน 1 สัปดาห์
- ๒.๔) การควบคุมน้ำหนัก (Weight)
 - การควบคุมน้ำหนัก โดยให้มี BMI น้อยกว่า 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร หรือมีรอบเอวน้อยกว่า 80 เซนติเมตรสำหรับผู้หญิง และน้อยกว่า 90 เซนติเมตร สำหรับผู้ชาย
 - กำหนดเป้าหมายและแนวปฏิบัติในการลดน้ำหนักสำหรับผู้ที่ มีน้ำหนักเกิน

นางสาววาสนา หอมหวาน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและสมองเสื่อม ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน

