

Topic Review

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลัน ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ

สิรินทรารักษ์ แนวนพิลา

หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขระดับโลกที่พบจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองก่อให้เกิดความบกพร่องในหลายด้าน รวมทั้งทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยรวมทั้งบุคคลใกล้ชิดด้วย ผลกระทบที่พบบ่อยสามารถแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ผลกระทบทางร่างกาย ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปัญหาในการควบคุมกล้ามเนื้อ ไม่สามารถสั่งการให้เคลื่อนไหวได้ กล้ามเนื้อเกร็งมีการรับรู้สัมผัสลดลง มีอาการกลืนลำบากปัญหาด้านการสื่อสาร พูดไม่ชัดหรือมีความบกพร่องในด้านการใช้และการสื่อสาร^{1,2} และผลกระทบทางจิตใจ ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากผลกระทบทางด้านร่างกาย เกิดข้อจำกัดและความบกพร่องต่างๆ ผลกระทบทางจิตใจที่พบบ่อย ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ส่วนผลกระทบทางด้านสังคม เป็นผลกระทบที่เกิดจากผลของการเจ็บป่วยทำให้มีการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพของผู้ป่วยและญาติในครอบครัว รวมถึงสัมพันธภาพในสังคม³

การรักษาที่ได้มาตรฐานในปัจจุบันคือการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ rt-PA เมื่อผู้ที่เกิดอาการที่สงสัยว่าจะเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนได้รับการรักษามีเวลาไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ผู้ป่วยจะเข้าสู่ระบบทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองหรือ stroke fast track และให้การรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ rt-PA โดยต้องเป็นไปตามข้อบ่งชี้และไม่มีข้อห้าม⁴⁻⁶ สถิติของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ในปีงบประมาณ 2564 ถึง 2566 มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน 1032, 880 และ 1035 รายตามลำดับเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด 301, 277 และ 368 ราย ได้รับยา rt-PA จำนวน 123, 122 และ 149 รายตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปีอย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาในระยะเฉียบพลันให้ปลอดภัยแล้วจะเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสภาพเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวทางระบบประสาทอย่างต่อเนื่อง⁶

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยา rt-PA เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินการดูแล ฝ่าระวัง และส่งเสริมการฟื้นตัวที่ดี พยาบาลผู้ให้การดูแลจำเป็นต้องมีความรู้และสมรรถนะที่เฉพาะด้าน มีความเข้าใจระบบการดูแลผู้ป่วย เข้าใจแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น flow stroke fast tract, MRI protocol, wake up stroke protocol และ flow thrombectomy เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านการพยาบาลที่ดี ได้แบ่งการพยาบาลเป็นระยะดังนี้ การพยาบาลก่อนการให้ยา ขณะให้ยา และหลังให้ยา rt-PA ในแต่ละระยะของการพยาบาลต้องใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางเสมอและใช้เครื่องมือที่เป็นมาตรฐานสากลมาประกอบในการพยาบาล ได้แก่แบบประเมินสุขภาพพื้นฐาน 11 รายการ แบบประเมินความพิการ หรือ mRS แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือ BI และแบบประเมินฝ่าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ขณะอยู่รักษาขององค์กร^{5, 6, 12}

การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนให้ยา rt-PA เป็นการประเมินด้านร่างกายจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยา rt-PA เร็วที่สุด เกิดความปลอดภัย หรือลดความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเมื่อได้รับยา rt-PA หรือจากภาวะสุขภาพของโรคหลอดเลือดสมองเอง กิจกรรมการพยาบาลมีดังนี้

1. การประเมินสัญญาณชีพ หรือ V/S สัญญาณทางระบบประสาท หรือ N/S monitor EKG หากผลหากคะแนน GCS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน ผู้ป่วยจะได้รับการช่วยดูแลทางเดินหายใจโดยการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ การพยาบาลเป็นการพยาบาลผู้ป่วยกึ่งวิกฤต สัญญาณชีพที่สำคัญคือ Blood pressure ต้องน้อยกว่า 185/110 mmHg. และสัญญาณชีพอื่นก็ให้การรักษาไปพร้อมๆ กันหากผิดปกติ การพยาบาลที่สำคัญจึงเป็นการประเมินที่รวดเร็วถูกต้อง รวดเร็วเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยา rt-PA เร็ว และปลอดภัยที่สุด หาก BP ก่อนให้ยามากกว่า 185/110 mmHg. ให้การพยาบาลดูแลให้ยาลดความดันโลหิตตาม standing order คือ nicardipine 2 mg stat then nicardipine (1:5) drip 10 cc/hr และ titrate ยา ครั้งละ 1-2 cc จัดทำศรีษะสูง 30 องศา ลดสิ่งกระตุ้นที่จะส่งผลต่อ BP เช่นลดไข้ ลดปวด ลดเครียด กังวล เป็นต้น^{5, 12}

2. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 0.9 NSS 1000 ml IV drip 80 cc/hr โดยเครื่องควบคุมหยดอัตโนมัติ ยกเว้นหากมีข้อจำกัดเช่น มีภาวะไตวาย น้ำเกิน หรือตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมิน IV site ทดสอบเพื่อไม่เกิดการรั่วเมื่อมีการให้ยา rt-PA บันทึกการประเมินการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และทำการประเมินซ้ำทุกเวร

3. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยเฉพาะค่า INR Platelet count เนื่องจากข้อห้ามของการให้ยาเรื่องผลทางห้องปฏิบัติการคือค่า INR>1.7 Platelet count <100,000 พร้อมรณานงานแพทย์ผู้รักษาทันทีเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการรักษา

4. การประเมิน และตรวจร่างกายทั่วไปได้แก่ แผล การกระแทบ กระแทก แผลเปิด รอยฟกช้ำ แผลเดิม ให้การพยาบาลเบื้องต้นเพื่อป้องกันภาวะเลือดออกเมื่อมีการรักษาด้วยการ

ให้ยา rt-PA โดยการทำให้ pressure dressing stop bleeding ทำการประคบเย็นบริเวณที่มีรอยฟกช้ำ หรือหากตรวจพบการผิดปกติของแขน ขาที่อาจเกิดขึ้นจากการล้มนอนที่ผู้ป่วยอ่อนแรงทันทีทันใด รายงานแพทย์ผู้รักษา และลงบันทึกทางการพยาบาล

5. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย และครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับ โรค อาการ การรักษา และประเมิน ทวนซ้ำการรับรู้ข้อมูลก่อนการยินยอมเพื่อรับยา

rt-PA พร้อมตรวจสอบแบบเซ็นยินยอมการรักษาด้วยการให้ยา rt-PA ให้สมบูรณ์ พร้อมทั้งดูแล จัดสถานที่ให้ครอบครัวได้พักให้เหมาะสม

6. ชักประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร พร้อมบันทึกในระบบฐานข้อมูลสุขภาพของ โรงพยาบาล และรายงานแพทย์ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการเฝ้าระวัง หรือหากมีประวัติแพ้ยา rt-PA ถือเป็นข้อห้ามของการให้ยา rt-PA

การพยาบาลระยะให้ยา rt-PA ในระยะนี้รวมถึงการบริหารยา โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ ผู้ป่วยได้รับยาอย่างปลอดภัย ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ลดความรุนแรงหากเกิดภาวะ แทรกซ้อนจากการรักษา ดังนี้

1. การเตรียมยา rt-PA ตามแผนการรักษา โดยขนาดยารวมที่ให้คำนวณจาก น้ำหนัก ตัวปัจจุบันคูณด้วย 0.9 mg ขนาดยาสูงสุดให้ไม่เกิน 90 mg. และแบ่งการให้เป็น 10% bolus ใน 60 วินาที และอีก 90% IV drip ใน 60 นาที การผสมยาต้องมีทักษะเฉพาะเพื่อให้ได้ยาแก่ผู้ป่วย อย่างมีประสิทธิภาพ มีดังต่อไปนี้

- ตรวจสอบคำสั่งการรักษา เอกสารการยินยอมรับยา ก่อนเปิดขวดยา และสอบถาม การแพ้ยาอีกครั้ง

- เปิดขวดยาที่เป็น solution ก่อน แล้ว transfer needle เสียบที่ขวด solution แล้ว เปิดขวดผงยาเสียบลงในแนวตั้งจากกลางที่อีกด้านหนึ่ง transfer needle

- กลับขวดยาโดยให้ด้านที่เป็นขวด solution อยู่ด้านบนเพื่อให้เกิดการผสมกันของ ยา โดยหลัก negative pressure ในขวดผงยา

- การผสมของยา ห้ามใช้การเขย่าขวดยา ให้ใช้วิธีการหมุนขวดยาเพื่อให้ยาละลาย ได้หมด

- ดูดยาด้วยความระมัดระวังไม่ให้เกิดฟอง โดยดูดยาตามแผนการรักษาเป็น 10% bolus in 60 วินาที และอีก 90% drip in 60 นาที

2. ก่อนการฉีดยาต้องวัด BP ต้องน้อยกว่าหรือเท่ากับ 185/110 mmHg. ดูแลให้ยาตาม มาตรฐาน ภายหลังสิ้นสุดการฉีดยา dose 10% ตรวจวัดสัญญาณชีพ และประเมินสัญญาณทาง ระบบประสาททันทีเพื่อประเมินภาวะ anaphylaxis จากการแพ้ยาหรือไม่ หากพบความผิดปกติ ให้แจ้งแพทย์ และรอการยืนยันการให้ยาต่ออีก 90% ที่เหลือโดยห้ามให้เวลาห่างกันเกิน 5 นาที ระหว่าง dose push และ dose drip เนื่องจาก half life ของยา 4 นาทีเท่านั้น

3. ดูแลจัดทำศรีษะสูง 30 องศา คอไม่พับเอียง ดูแลให้ออกซิเจนหากค่าความเข้มข้นออกซิเจนปลายนิ้ว $< 95\%$

4. ติดตาม V/S, N/S ตามมาตรฐานการรักษาคือ ทุก 15 นาที 2 ชั่วโมง ทุก 30 นาที 6 ชั่วโมง และทุก 1 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมง นับจากที่เริ่มให้ยา หากพบความผิดปกติของ V/S, N/S รายงานแพทย์ผู้รักษาเพื่อให้การรักษ ช่วยเหลือผู้ป่วยในทันที เฝ้าระวังภาวะ เลือดออกภายหลังการให้ยา rt-PA ได้แก่ ปวดศีรษะ อาเจียนพุ่ง ขนาดและการตอบสนองต่อแสงเปลี่ยนแปลงไป ระดับความรู้สึกแฉ่งจากเดิม คะแนน GCS ลดลงจากเดิม ตั้งแต่ 2 คะแนน กำลังของกล้ามเนื้อ ขาแฉ่งจากเดิม ให้หยุดการให้ยาชั่วคราวพร้อมรายงานแพทย์เพื่อประเมินซ้ำ และรักษาต่อไป ลงบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นแบบ time series^{5,6}

5. เตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือ และให้การพยาบาลกรณีผู้ป่วยอาการทรุดลงขณะรักษา เช่น ใส่ท่อช่วยหายใจ เอกเรย์คอมพิวเตอร์ซ้ำ การผ่าตัดด่วน หรือการช่วยฟื้นคืนชีพ เป็นต้น

6. ดูแลให้ผู้ป่วยในการเคลื่อนย้ายไปทำเอกเรย์คอมพิวเตอร์ หลังครบ 24 ชั่วโมงหลังให้ยา เพื่อประเมินภาวะเลือดออกภายหลังการรักษาโดยการให้ยา rt-PA ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ภายหลังการให้ยาโดยไม่แสดงอาการ

การพยาบาลระยะหลังให้ยา rt-PA เป็นการพยาบาลที่มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะการฟื้นสมรรถภาพที่ดีที่สุด เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด ดังนี้

1. ประเมิน V/S, N/S ต่อเนื่องทุก 1 ชั่วโมง เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ป้องกันโดยการใช้แบบประเมินร่วมในการพยาบาล ได้แก่แบบประเมินภาวะกลืนลำบาก แบบประเมินความพิการ mRS แบบประเมินความเสี่ยงการเกิดหลอดเลือดดำอุดตัน แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ ทำการประเมินตั้งแต่แรกรับใน 24 ชั่วโมงแรก ระหว่างการรักษาและก่อนจำหน่าย พร้อมให้การพยาบาลและวางแผนการจำหน่ายตาม ผลการประเมินตามแบบประเมินต่างๆ

2. เฝ้าระวังภาวะไข้โดยการรักษาไม่ให้อุณหภูมิกายเกิน 37.5 องศาเซลเซียสเพื่อป้องกัน secondary brain injury ให้การพยาบาลทั้งแบบใช้ยา และไม่ใช้ยา

3. ติดตามค่าน้ำตาลปลายนิ้ว โดยค่าควรอยู่ระหว่าง 60-180 mg% ดูแลให้ได้รับสารน้ำ และอาหารตามแผนการรักษา

4. นัดหมายการเตรียมความพร้อมเพื่อการจำหน่ายของผู้ป่วย และครอบครัว ตามภาวะสุขภาพและความพิการที่หลงเหลืออยู่ เช่น การเช็ดตัวบนเตียง perineal care การพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันแผลกดทับ การออกกำลังกายบนเตียง การบริหารข้อต่อ การจัดทำเพื่อป้องกันข้อต่างๆ ติด หรือหลุด

5. การบันทึกและการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง กรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน

กล่าวโดยสรุป การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ต้องใช้ความรู้และทักษะเฉพาะที่ทันสมัย ได้มาตรฐานสากล ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือและแนวทาง ประกอบกับเครื่องมือที่เป็นสากลที่ใช้โดยทั่วไป ให้การพยาบาลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ และร่วมจัดระบบการดูแลและการดูแลต่อเนื่อง มีการพัฒนาระบบการพยาบาลอยู่เสมอ เน้นผลลัพธ์ทางการพยาบาลเพื่อคุณภาพการพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. กิ่งแก้ว ปาจารย์, บรรณานิการ. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: งานตำราวารสารและสิ่งพิมพ์ สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล; 2550.
2. นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา), บรรณานิการ. การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
3. ประภัศสร สมศรี. ผลของการสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2549.
4. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2549.
5. สถาบันประสาทวิทยา ชมรมพยาบาลโรคหลอดเลือดสมองแห่งประเทศไทย. Clinical practice guideline for stroke. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2550.
6. สมศักดิ์ เทียมเก่า, กาญจนศรี สิงห์ภู, กรรณิการ์ คงบุญเกียรติ, พัชรินทร์ อ้วนไตร. คู่มือการจัดการระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร. คณะทำงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจร ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระดับเขต 7. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555.
7. Cumming TB, Thrift AG, Collier JM, Churilov L, Dewey HM, Donnan GA, et al. Very early mobilization after stroke fast-tracks return to walking: further results from the phase II AVERT randomized controlled trial. Stroke 2011;42:153-8.

8. Nam HS, Lee K-Y, Han SW, Kim SH, Lee JY, Ahn SH, et al. Prediction of long-term outcome by percent improvement after the first day of thrombolytic treatment in stroke patients. *J Neurol Sci* 2009;281:69-73.
9. Lee LJ, Kidwell CS, Alger J, Starkman S, Saver JL. Impact on stroke subtype diagnosis of early diffusion-weighted magnetic resonance imaging and magnetic resonance angiography. *Stroke* 2000;31:1081-9.
10. อุไร คำมาก, ศิริอร สีนุ. ระยะเวลาการให้ยาละลายลิ่มเลือดต่อการฟื้นตัวด้านระบบประสาทของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. *วารสารพยาบาลทหารบก*; 2558;16:106-13.
11. Kagansky N, Levy S, Knobler H. The role of hyperglycemia in acute stroke. *Arch Neurol* 2001;58:1209-12.
12. ดวงทิพย์ บินไทยสงค์. การนำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันส่งโรงพยาบาล. *วารสารพยาบาลตำรวจ* 2557;6:275-82.
13. Guettier S, Cogez J, Bonnet A-L, Dean P, Apoil M, Tchoumi T, et al. Factors associated with timing of early neurological improvement after thrombolysis for ischaemic stroke. *Eur J Neurol* 2016;23:664-7.
14. Seitz RJ, Donnan GA. Recovery potential after acute stroke. *Front Neurol* 2015;6:238.