

Topic Review

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่รับการรักษา ด้วยการไม่ผ่าตัด

กิตติมา ดงอุทิศ

หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองแตก (intracerebral hemorrhage : ICH) เป็นชนิดของโรคหลอดเลือดสมองที่มีความรุนแรงและมีอัตราการเสียชีวิตสูงสุดของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด โดยพบว่าสาเหตุของความรุนแรงของโรคเกิดจากการขยายตัวของก้อนเลือด (hematoma expansion) ในเนื้อสมองที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วควบคู่กับการเพิ่มขึ้นของแรงดันในกะโหลกศีรษะ ส่งผลต่อระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยลดลงอย่างรวดเร็วใน 24 ชั่วโมงแรกเมื่อเริ่มมีอาการ แนวทางการรักษาด้วยการไม่ผ่าตัดหรือ conservative treatment มีเกณฑ์พิจารณาโดยแพทย์ เป้าหมายการพยาบาลคือการป้องกันและเฝ้าระวังการทรุดลงทางระบบประสาท การจัดการปัจจัยที่ส่งผลต่อ hematoma expansion ได้แก่ การลดความดันโลหิต การจัดการการแข็งตัวของเลือดที่ผิดปกติ การจัดทำ เป็นต้น

ในบทความนี้จึงเป็นแนวทางการพยาบาลจากหลักฐานเชิงประจักษ์และจากการปฏิบัติทางคลินิกที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมตามบริบทของแต่ละระดับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 7 โดยมีเนื้อหาในด้านการดูแลจัดการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในระยะเฉียบที่รักษาด้วยการไม่ผ่าตัด

ความสำคัญ

โรคหลอดเลือดสมองแตก (intracerebral hemorrhage : ICH) เป็นชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง (stroke/cerebrovascular accident) ที่พบบ่อยเป็นอันดับสอง หรือประมาณร้อยละ 30 ของชนิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด คือ ภาวะที่หลอดเลือดแดงขนาดเล็กในสมองเกิดการแตกเองโดยที่ไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุ เป็นชนิดที่มีความรุนแรงและมีอัตราการเสียชีวิตมากที่สุด อัตราการเสียชีวิตนั้นสูงถึงร้อยละ 40 ที่ 1 เดือนและร้อยละ 54 ที่ 1 ปี และมีผู้รอดชีวิตเพียงร้อยละ 12-39 เท่านั้น อุบัติการณ์เกิดโรคประมาณ 51 รายต่อประชากร 100,000 คนต่อปี ในเอเชีย¹

ลักษณะอาการของโรคที่สำคัญคือ มีความรุนแรงของความผิดปกติทางระบบประสาท และระดับความรู้สึกตัวที่แย่งอย่างรวดเร็วควบคู่ไปกับการมีอาการและอาการแสดงของภาวะแรงดันในกะโหลกศีรษะสูง จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอัตราที่ระดับความรู้สึกตัวลดลงสูงสุดใน 24 ชั่วโมง พบร้อยละ 70 ของผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวลดลงทั้งหมดใน 15 วันแรก และพบว่าสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิต มีผู้รอดชีวิตเพียงหนึ่งในสามเท่านั้นที่สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้²

โรคหลอดเลือดสมองแตก (Intracerebral hemorrhage : ICH)

คือ ภาวะที่หลอดเลือดสมองแตกทำให้เกิดก้อนเลือดคั่งอยู่ในเนื้อสมองซึ่งไม่ได้มีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุ พบได้ร้อยละ 80 ของโรคหลอดเลือดสมองประเภทเลือดออกในสมอง (hemorrhagic stroke) ทั้งหมด การวินิจฉัยพิจารณาจากอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองหลากหลาย ซึ่งขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่มีเลือดออก อาการเกิดขึ้นทันที บางรายอาการทางระบบประสาททรุดลงอย่างรวดเร็วตามความรุนแรงและจำนวนเนื้อเยื่อที่ได้รับผลกระทบ อาการบ่งบอกคือ ปากเบี้ยว แขนขาอ่อนแรง พูดลำบากสื่อสารไม่ได้ ซึ่งเป็นอาการที่พบในโรคหลอดเลือดสมอง อาการสำคัญที่พบได้ในกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองแตกคือ ปวดหัวรุนแรงขึ้นมาเฉียบพลัน มีอาการชัก โดยไม่เคยมีประวัติโรคลมชักมาก่อน คลื่นไส้หรืออาเจียนอย่างรุนแรง หรือหมดสติ วินิจฉัยยืนยันด้วยผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองเนื่องจากสามารถทำได้ทันทีและเห็นผลได้รวดเร็ว ซึ่งมีในทุกโรงพยาบาลระดับจังหวัดหรือโรงพยาบาลประจำอำเภอบางโรงพยาบาลที่เป็น node ระบบบริการ stroke fast track โรคหลอดเลือดสมองแตก แบ่งออกเป็น 2 ชนิดดังนี้³

1. ภาวะเลือดออกในสมองแบบปฐมภูมิ (primary spontaneous ICH) คือ ภาวะที่มีเลือดออกในเนื้อสมองหรือโพรงน้ำสมองโดยที่ไม่มีพยาธิสภาพในสมอง สาเหตุหลักในกลุ่มนี้คือ ความดันโลหิตสูง การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เป็นต้น

2. ภาวะเลือดออกในสมองแบบทุติยภูมิ (secondary spontaneous ICH) คือ ภาวะที่มีเลือดออกในสมองที่ไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุและมีพยาธิสภาพในสมองที่เป็นสาเหตุ (underlying structural pathology) เช่น เนื้องอกสมอง กลุ่มหลอดเลือดผิดปกติในสมอง (vascular malformations) หรือหลอดเลือดสมองโป่งพอง (cerebral aneurysms)

แนวทางการพยาบาลและการจัดการระยะเฉียบพลันขึ้นอยู่กับปัจจัยสาเหตุของการทำให้หลอดเลือดสมองแตก และเป้าหมายการลดการขยายตัวของก้อนเลือด (hematoma expansion) ตามแนวทางที่กำหนด

ผลกระทบของการขยายตัวของก้อนเลือด (Hematoma Expansion)

การขยายตัวของก้อนเลือด มีกลไกการบาดเจ็บของเนื้อสมอง แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

1. ระยะแรก (primary brain injury) เกิดจากก้อนเลือดที่ออกในสมองกดเบียดเนื้อสมอง และถ้ามีการขยายตัวอย่างต่อเนื่องเนื้อสมองจะถูกกดเบียดมากขึ้น ทำให้เกิดแรงดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น blood perfusion ลดลง และเกิดการเคลื่อนของเนื้อสมอง (brain herniation) สาเหตุสำคัญของหลอดเลือดสมองแตกและมีการขยายตัวของก้อนเลือดคือความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ การแข็งตัวของเลือดที่ผิดปกติ การขยายตัวของก้อนเลือดพบ 1 ใน 3⁴ และเป็นสาเหตุการทรุดลงทางระบบประสาทถึงร้อยละ 70 ใน 24 ชั่วโมงแรก²

2. ระยะรอง (secondary brain injury) เกิดจากหลอดเลือดสมองสูญเสียหน้าที่โดยเนื้อสมองบาดเจ็บจากภาวะสมองบวมน้ำ (edema) ที่เกิดการบวมน้ำของเนื้อสมองที่อยู่รอบๆ ก้อนเลือด การอักเสบของเนื้อสมอง และ blood product toxicity ความเป็นพิษของฮีโมโกลบิน ธาตุเหล็ก และส่วนประกอบของเลือดอื่นๆ ต่อสมองโดยรอบถือเป็นอีกสาเหตุหนึ่งของการบาดเจ็บที่สมอง ปัจจัยที่ส่งเสริมในระยะนี้คือ ภาวะไข้ ระดับน้ำตาลในเลือดสูง⁵

ตำแหน่งการเกิดหลอดเลือดสมองแตก

ตำแหน่งของเลือดออกในสมองมีความสำคัญมาก ทั้งในด้านการพยากรณ์โรคและเป็นปัจจัยหนึ่งในเกณฑ์พิจารณาการรักษา ตำแหน่งการเกิดยังบ่งบอกถึงสาเหตุของการเกิดเลือดออก โดยสามารถแบ่งได้ 2 ตำแหน่งใหญ่ๆ ดังนี้⁶

1. Lobar hemorrhage หมายถึง intracerebral hemorrhage (ICH) ที่อยู่ในตำแหน่ง cortical หรือ subcortical ได้แก่ frontal, temporal, parietal, occipital lobes สาเหตุของเลือดที่ออกบริเวณนี้ส่วนใหญ่ไม่ใช่เกิดจากความดันโลหิตสูง แต่มีสาเหตุอื่น เช่น cerebral amyloid angiopathy, aneurysm, AVM หรือ venous sinus thrombosis เป็นต้น การตรวจวินิจฉัยและการบำบัดรักษาที่เหมาะสม เช่น ส่งตรวจ cerebral angiography เป็นต้น สำหรับก้อนเลือดที่ตำแหน่ง temporal lobe มีโอกาสที่จะเกิด early brain herniation ดังนั้น ควรปรึกษาประสาทศัลยแพทย์ และติดตามอาการอย่างใกล้ชิด

2. Non-lobar hemorrhage หมายถึง intracerebral hemorrhage ที่บริเวณ basal ganglia (ส่วนใหญ่เป็นที่ putamen) ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 46, thalamus, cerebellum, brainstem (ส่วนใหญ่เป็นที่ pons) กลุ่มนี้จะสัมพันธ์กับผู้ที่มีการวัดความดันโลหิตสูง และอายุมากกว่า 45 ซึ่งแต่ละตำแหน่งจะมีการกำหนดเกณฑ์การผ่าตัดที่แตกต่างกันตามปริมาณของเลือดออก เนื่องจากในกลุ่มนี้สาเหตุมาจากความดันโลหิตสูงจากที่กล่าวไว้ข้างต้น การดูแลจึงเป็นการควบคุมความดันโลหิตเพื่อป้องกันการขยายตัวของเลือดและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด

ปัจจัยสำคัญที่เป็นสาเหตุให้เกิด Intracerebral Hemorrhage

1. ความดันโลหิตสูง โดยพบว่าผู้ป่วยที่เกิด intracerebral hemorrhage โดยเฉพาะในกลุ่ม non-lobar สัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 82⁷ และมีการศึกษาพบว่า หากความดันโลหิตมีค่าระหว่าง 140-159/90-99 มิลลิเมตรปรอท จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตก 4.9 เท่าของผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ หากความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นเป็น 160-179/100-109 มิลลิเมตรปรอท ความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นเป็น 11.6 เท่า⁸
2. Amyloid angiopathy เกิดจากความเสื่อมของหลอดเลือดเนื่องจากมี beta amyloid protein เกาะหลอดเลือด มักพบในผู้ป่วยสูงอายุ อาจมีอาการโรคสมองเสื่อมร่วมด้วย ตำแหน่งมักเป็น lobar hemorrhage โดยเฉพาะบริเวณ parieto-occipital lobe และความดันโลหิตมักไม่สูง
3. การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (coagulopathy) อาจเกิดจากการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด โดยมีการศึกษาพบว่าผู้ป่วย intracerebral hemorrhage ที่มีประวัติใช้ยา warfarin จะมี baseline ของ hematoma volume ที่มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติใช้ยา warfarin⁹ หรือเป็นโรคที่มีผลต่อการแข็งตัวของเลือด โดยควรมีการประเมินปัจจัยเสี่ยง เพื่อการติดตามผลเลือดได้และรายงานได้อย่างรวดเร็ว


การพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลัน เป็นโรคฉุกเฉินวิกฤตที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด เพราะต้องได้รับการดูแลการบำบัดรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ พยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ มีองค์ความรู้และสมรรถนะเฉพาะด้าน ซึ่งมีแนวทางการดูแลทั้งจากหลักฐานและการปฏิบัติทางคลินิกดังนี้

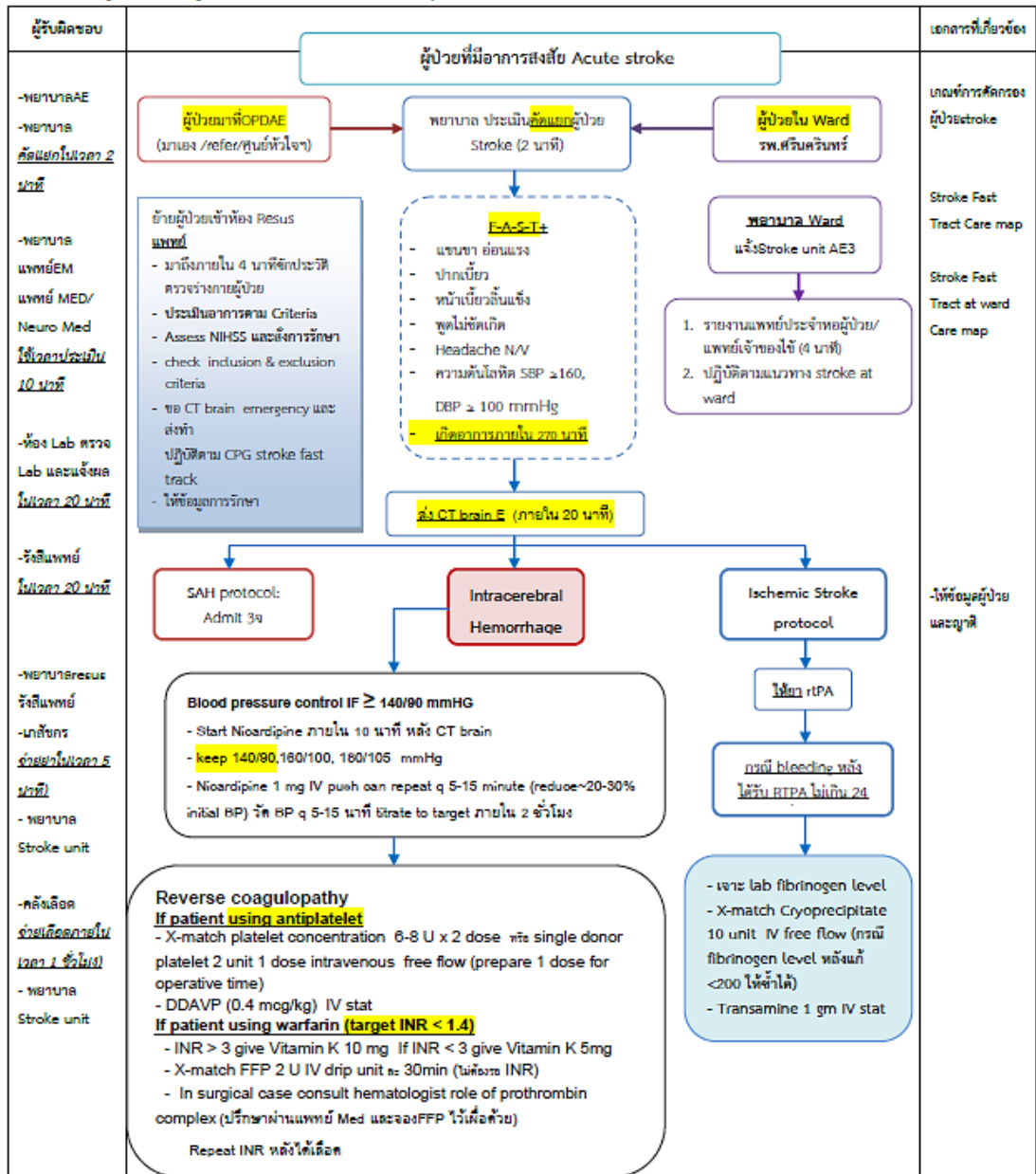
1. Inpatient care setting หรือหอผู้ป่วยที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการศึกษาและจาก ASA guideline 2022 แนะนำว่าผู้ป่วย hemorrhagic stroke ควรเข้ารับการรักษาใน stroke หรือ ICU neurology เพื่อให้ได้รับการดูแลจากผู้มีความเชี่ยวชาญ ทั้งแพทย์ พยาบาล มีอุปกรณ์ติดตามอาการในภาวะวิกฤตที่เป็นมาตรฐาน ซึ่ง stroke unit ควรเป็นหอผู้ป่วยที่เป็นรูปแบบ semi-ICU หรือ ICU
2. การมีแนวปฏิบัติและคำสั่งการรักษามาตรฐานของทีมสหสาขาวิชาชีพ พยาบาล มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปตามแนวปฏิบัติ จึงต้องทราบถึงแนวปฏิบัติ (clinical practice guideline) ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก และมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบและแนวปฏิบัติ โดยโรงพยาบาลศรีนครินทร์ได้พัฒนาให้มีความชัดเจนมากขึ้นในปี พ.ศ.2563 ดังรูปภาพที่ 1

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก(Clinical Practice Guidelines for hemorrhagic stroke)

ระบบ Stroke fast track

	โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	
	ระเบียบปฏิบัติงาน	เลขที่ หน้า 1/1
	แก้ไขครั้งที่ 2	วันที่เริ่มใช้ 1 ธันวาคม 2566

เรื่อง: การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันอย่างเฉียบพลัน ในระบบStroke fast Track



รูปภาพที่ 1

จากแนวทางดังกล่าว เป็นการแนวทางการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากสถาบันประสาท กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมีอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญได้ร่วมพิจารณาแนวปฏิบัติ เป็นเครื่องมือเพื่อให้พยาบาลซึ่งเป็นผู้ติดตามประสานงานต่างๆ ได้ทราบและสามารถจัดการได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ผู้ป่วยปลอดภัยและได้รับดูแลที่เป็นมาตรฐาน อีกทั้งการมีชุดคำสั่งมาตรฐาน (standing order set) เป็นเครื่องมือสื่อสารให้ทีมสามารถปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน แม้ว่าจะมีแพทย์หรือพยาบาลที่หมุนเวียนในการดูแลผู้ป่วยในระบบ

3. การประเมิน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเป็นการเจ็บป่วยวิกฤต และพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมาโรงพยาบาลด้วยอาการผิดปกติทางระบบประสาทอย่างเฉียบพลัน (sudden neurological deficit) และบางรายมีอาการทรุดลงทางระบบประสาทอย่างรวดเร็ว (early neurological deterioration) พยาบาลจึงต้องการประเมินอย่างเฉพาะเจาะจง โดยมีระยะดังนี้

2.1 ระยะเบื้องต้น (initial assessment) เป็นการประเมินอย่างรวดเร็ว ถึงอาการสำคัญของโรคหลอดเลือดสมองแตก ได้แก่

1) อาการของโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้การประเมิน BEFAST ดังภาพที่ 2 ร่วมกับอาการอื่น เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะร่วมกับมีความดันโลหิตสูง มากกว่า 160/100 มิลลิเมตรปรอท และ

โรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต)
Stroke!

หากมีอาการใดอาการหนึ่งต่อไปนี้ทันที ให้รีบโทร 1669 ทันที

B	E	F	A	S	T
Balance	Eye	Face	Arm	Speech	Time
ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ เดินเซ	ตามืดบอดข้างเดียว หรือสองข้างทันที	ใบหน้าเบี้ยว	แขนขาหรืออ่อนแรง แบบครึ่งซีกทันที	พูดไม่ชัด ไม่พูด ฟังไม่เข้าใจ	เวลาที่เกิดอาการ

ควรรีบมาโรงพยาบาลทันที โทรโทร 1669

2) ประเมินภาวะคุกคามต่อชีวิต (life threatening) ตามหลักการ ABCD ได้แก่ air way ความสารถในการหายใจ ลิ้นตก มีเสียง stridor B

4. การจัดการควบคุมความดันโลหิตสูง

ภาวะ hypertensive intracranial hemorrhage (ICH) พบอุบัติการณ์ประมาณ 30 รายต่อประชากรหนึ่งแสนรายต่อปี ความสำคัญ คือ มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึง 50% ในระยะ 30 วันแรก และแม้รอดชีวิตยังคงมีผู้ป่วยมากถึง 75% ที่มีความพิการ (disability) หลังเหลืออยู่หรือกล่าวได้ว่ามีเพียง 1 ใน 4 ของผู้ป่วยเหล่านี้เท่านั้นที่จะฟื้นใกล้เคียงปกติ จากการศึกษ meta-analysis พบว่าการลดระดับความดันโลหิตอย่างเข้มงวด (intensive blood pressure control) คือ SBP < 140 มิลลิเมตรปรอท ใน acute hemorrhagic stroke สามารถช่วยลดการขยายตัวของก้อนเลือด (hematomas expansion) ได้ AHA guideline ได้แนะนำในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้ามในการลดระดับความดันโลหิต การลด SBP ให้ถึง 140 มิลลิเมตรปรอทถือว่าปลอดภัย (Class I, Level of Evidence A) และมีประโยชน์ในด้าน improve functional outcome (Class Ia Level of Evidence B) ในบทบาทพยาบาลคือการติดตามความดันโลหิตและการบริหารยาลดความดันโลหิต เพื่อให้สามารถลดได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย โดยมีแนวทางดังนี้

4.1 การดูแลให้ได้รับยาลดความดันโลหิตทางหลอดเลือดดำภายใน 10 นาที เมื่อทราบผล CT brain และพบ intracerebral hemorrhage

4.2 ติดตามวัดความดันโลหิต สัญญาณชีพ และทำการปรับอัตราการไหล (rate) ของยา ทุก 5 หรือ 15 นาที จนสามารถลดความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายเป้าหมาย ภายใน 2 ชั่วโมง

4.3 บริหารยาสำคัญ ซึ่งปัจจุบันยาที่แนะนำให้ใช้อันดับแรกคือ Nicardipine โดยให้ในขนาด (1: 5) iv drip 3-5 mg/hour ทางหลอดเลือดดำ และปรับยาตามข้อ 7.3.2 เมื่อความดันโลหิตลดลงตามเป้าหมายแล้ว ติดตามวัดความดันโลหิตและสัญญาณชีพ 1 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมง หากไม่สามารถลดความดันตามเวลาที่กำหนด รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาลดความดันเพิ่มเติม เช่น labetalol ซึ่งยาออกฤทธิ์ได้เร็วกว่า nicardipine

4.4 ติดตามอาการข้างเคียงและอาการไม่พึงประสงค์ของยาลดความดันโลหิต

1) Nicardipine : ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นเร็ว ปวดศีรษะ หน้ามืด วิงเวียน หน้าแดงร้อนวูบวาบ สับสน มีอาการแพ้ เช่น บวมบริเวณ ใบหน้า ปาก ริมฝีปากหรือลิ้น มีผื่นผิวหนัง คัน เป็นลมพิษ แขนงหน้าอก หายใจลำบาก เป็นต้น

2) Labetalol : ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นช้า ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เป็นต้น

5. การจัดการควบคุมการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ

ดังที่กล่าวจากข้างต้นการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการขยายตัวของก้อนเลือดในผู้ป่วย intracranial hemorrhage เป็นไปด้วยความรวดเร็ว ส่งผลต่อ

การทรุดลงทางระบบประสาท ซึ่งอาจรุนแรงและคุกคามถึงชีวิต พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการจัดการและร่วมวางแผนการดูแลรักษา โดยมีข้อแนะนำดังนี้

5.1 การซักประวัติโรคประจำตัวและยาที่ใช้ กลุ่มโรคลิ่มหัวใจผิดปกติ ประวัติการได้รับยาละลายลิ่มเลือดหรือ มีโรคประจำตัวที่ทำให้เลือดแข็งตัวผิดปกติ

5.2 ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ คือ ผลตรวจการแข็งตัวของเลือด ได้แก่ PTT INR และหากพบว่า ค่า INR ≥ 1.4 ต้องรายงานแพทย์ทันตามแนวทางที่กำหนด

5.3 ดูแลบริหารยาตามแผนการรักษา กรณี INR ≥ 1.4 ดูแลให้วิตามินเค 5-10 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำเพื่อช่วยเพิ่มกระบวนการแข็งตัวของเลือด หรือสารประกอบของเลือด ได้แก่ FFP โดยมีแนวทางกำหนดระยะเวลาที่ควรได้รับเลือดเร็วที่สุด ตามบริบทของโรคพยาบาลซึ่งไม่ควรเกิน 3 ชั่วโมง หรือดูแลจัดการให้เกิดเลือดสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ จำเป็นต้องได้รับเกล็ดเลือดทดแทนด้วยเช่นกัน พยาบาลติดตามเฝ้าระวังการแพ้เลือดตามแนวปฏิบัติ

5.4 ติดตามเจาะเลือดตรวจระดับ PT, PTT และ INR หรือ plt count หลังให้ยาวิตามินเคทางหลอดเลือดดำ หรือสารประกอบของเลือดตามแผนการรักษา เพื่อติดตามระดับว่าอยู่ในช่วงระดับที่กำหนดหรือไม่

6. การจัดการอุณหภูมิกาย ระดับน้ำตาล

ในหลักฐานเชิงประจักษ์มีการศึกษาการจัดการเรื่องไข้และระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม มีความสัมพันธ์ในการลดอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยแนวทางการดูแลดังนี้

6.1 ภาวะไข้ : เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของไข้จะส่งผลการใช้เมทาบอลิซึมของสมองเพิ่มมากขึ้น และไข้เป็นภาวะที่เกิดขึ้นจากกลไกของการบาดเจ็บระยะ secondary brain injury พยาบาลต้องติดตามอุณหภูมิกายทุก 4 ชั่วโมงใน 72 ชั่วโมงแรก เมื่ออุณหภูมิกาย $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ ต้องได้รับการจัดการ ได้แก่ การเช็ดตัวลดไข้ การรับยาลดไข้ การใช้อุปกรณ์ในการลดอุณหภูมิกาย เช่น hypothermia เป็นต้น และต้องมีการติดตามวัดอุณหภูมิกายซ้ำหลังให้กิจกรรมการพยาบาล 1 ชั่วโมง

6.2 การจัดการระดับน้ำตาล เนื่องจากระดับน้ำตาลที่สูงขึ้นจากที่ผู้ป่วยมีโรคเบาหวานเดิม หรือจากกลไกการบาดเจ็บวิกฤตและการสูญเสียหน้าที่ของ blood brain barrier ส่งผลให้มีการคั่งของสารน้ำในเนื้อสมอง ซึ่งเป็นภาวะ periedema ที่ทำให้ขนาดของก้อนเลือดรอบๆ โตด้วยการบวมน้ำ พยาบาลมีบทบาทการประเมินโรคประจำตัว เช่น ผู้ป่วยเป็นเบาหวานชนิดใด มีการรักษาเดิมอย่างไร เพื่อวางแผนร่วมกับในการดูแลรักษา การติดตามระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาดูแลน้ำตาลปลายนิ้วทุก 6 ชั่วโมง ใน 72 ชั่วโมงแรก หากพบระดับน้ำตาล DTX ≥ 180 mg/dl ควรรีบรายงานแพทย์

สรุป

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกถึงแม้จะพบอัตราการตายที่สูง แต่จากหลักฐานเชิงประจักษ์ปัจจุบันมีการพัฒนาและมีแนวทางการดูแลที่ชัดเจนมากขึ้น การที่พยาบาลผู้ดูแลใกล้ชิดและเป็นบุคคลที่ติดตามตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึง การเข้าใจถึงพยาธิสรีระวิทยา การประเมินและทำนายความรุนแรงของโรค การประเมินสาเหตุและการป้องกันติดตามสาเหตุที่ส่งเสริมต่อความรุนแรงของโรคใน 24 ชั่วโมงได้อย่างรวดเร็วและเป็นแนวทางเดียวกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพ จะส่งผลต่อประสิทธิภาพในการรักษา ลดภาวะทุพพลภาพและภาวะแทรกซ้อนได้

เอกสารอ้างอิง

1. An SJ, Kim TJ, Yoon BW. Epidemiology, risk factors, and clinical features of intracerebral hemorrhage: An update. J Stroke [Internet]. 2017;19:3-10. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28178408><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC5307940>
2. Aaron S. Lord, Emily Gilmore, H. Alex Choi, Stephan A. Mayer, and on behalf of VIC. Time course and predictors of neurological deterioration after intracerebral hemorrhage. Stroke 2015;91:165-71.
3. Rymer MM. Hemorrhagic stroke: intracerebral hemorrhage. Mo Med [Internet]. 2011;108:50-4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21462612><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC6188453>
4. Wilkinson DA, Pandey AS, Thompson BG, Keep RF, Hua Y, Xi G. Injury mechanisms in acute intracerebral hemorrhage. Neuropharmacology 2018;134:240-8.
5. Delcourt C, Sato S, Zhang S, Sandset EC, Zheng D, Chen X, et al. Intracerebral hemorrhage location and outcome among INTERACT2 participants. Neurology 2017;88:1408-14.
6. Stanton R, Demel SL, Flaherty ML, Antzoulatos E, Gilkerson LA, Osborne J, et al. Risk of intracerebral haemorrhage from hypertension is greatest at an early age. Eur Stroke J 2021;6:28-35.
7. Leppälä JM, Virtamo J, Fogelholm R, Albanes D, Heinonen OP. Different risk factors for different stroke subtypes: Association of blood pressure, cholesterol, and antioxidants. Stroke 1999;30:2535-40.

8. Emiru T, Bershad EM, Zantek ND, Datta YH, Rao GHR, Hartley EW, et al. Intracerebral hemorrhage: A review of coagulation function. Clin Appl Thromb 2013;19:652-62.
9. Greenberg SM, Ziai WC, Cordonnier C, Dowlatshahi D, Francis B, Goldstein JN, et al. Guideline for the management of patients with spontaneous intracerebral hemorrhage: A guideline from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 2022;53:282-361.