

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันด้วยทีมสหวิชาชีพ

Care for Stroke Patients with a Multidisciplinary Team

รุ่งนภา จันทรา เรณู แสงสุวรรณ ชูลีพร หิตอักษร

Runghnapa Chantra Renu Sansuwan Chuleeporn Heeaksorn

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี จ.สุราษฎร์ธานี ประเทศไทย 84000

¹Boromarajonani College of Nursing Suratthani, Suratthani Thailand 84000

²โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จ.สุราษฎร์ธานี ประเทศไทย 84000

²Surat Thani Hospital Suratthani Thailand 84000

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองอุดตันเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ ทำให้เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงได้และก่อให้เกิดความพิการในระยะยาว เป็นภาระต่อครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง บุคคลในครอบครัวต้องเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ทั้งการดำรงชีวิตประจำวัน การพูด การรับรู้ความรู้สึก การมองเห็น สภาพอารมณ์ที่แย่ง ซึ่งเป็นภาวะทุพพลภาพที่ยาวนาน การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน ด้วยทีมสหวิชาชีพจึงมีความสำคัญต่อผู้ป่วย การดูแลที่ซับซ้อนผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำเป็นต้องมีความรู้ความสามารถและมีความเชี่ยวชาญในการประเมินสภาพรวมถึงการดำเนินของโรคเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือมีความพิการหลงเหลือน้อยที่สุด

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน ทีมสหวิชาชีพ

Abstract

Stroke is a major public health problem in the country. Deceased within 24 hours and cause long-term disability. It is a burden on the family to care for patients who can not help themselves. The family member must be the caregiver. Both daily living, speaking, feeling, seeing, bad moods. This is a long lasting disability.

Care for patients with stroke. With a multidisciplinary team, it is important to the patient. Comprehensive care The caregiver involved in the care of stroke patients is required to have the knowledge and skills to assess the condition and the progression of the disease to help the patient receive the right care. safe No complications Or have the slightest disability.

Keywords : Stroke, a multidisciplinary team

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke หรือ Cerebrovascular disease) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศต่างๆ ทั่วโลก¹ ในปี พ.ศ. 2549 ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 5.7 ล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2558 จะเพิ่มเป็น 6.7 ล้านคน² สำหรับประเทศไทยสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยสะสมรายเก่าและรายใหม่ระหว่างปี พ.ศ. 2549 - 2553 รวม 140,243 ราย คิดเป็นอัตราความชุก 220.16 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1.27:1 เมื่อแยกตามกลุ่มอายุพบสูงสุดในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป รองลงมาคือกลุ่มอายุ 50 - 59 ปี กลุ่มอายุ 40 ปี และกลุ่มอายุต่ำกว่า 40 ปี และพบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 ของประชากรไทยและมีแนวโน้มว่าจะสูงขึ้นรองจากมะเร็ง และอุบัติเหตุ³ โดยที่โรคหลอดเลือดสมองเป็นความผิดปกติของระบบการไหลเวียนของเลือดไปที่สมองทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงเซลล์สมองถูกทำลาย และสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกายที่สมองส่วนนั้นควบคุมอยู่อย่างเฉียบพลัน ทำให้เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงได้และก่อให้เกิดความพิการในระยะยาวทำให้เกิดความเสียหายทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก เป็นภาระต่อครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมากยังต้องอยู่ในสภาพอัมพาต อัมพฤกษ์ และอยู่ในภาวะพึ่งพิง บุคคลในครอบครัวต้องเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ทั้งการดำรงชีวิตประจำวัน การพูด การรับรู้ความรู้สึก การมองเห็น สภาพอารมณ์ที่แปรปรวน ซึ่งเป็นภาวะทุพพลภาพที่ยาวนาน⁴ ผลกระทบจากการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งได้ออกเป็น 1) ผลกระทบทางด้านร่างกาย จากการที่ระดับความรู้สึกตัวลดลงจนถึงไม่รู้สึกรู้สีกตัว ทำให้มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย มีความผิดปกติของการพูด อ่าน เขียน ประสาทสัมผัสที่เปลี่ยนแปลงไปให้เกิดให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย บางรายที่ไม่สามารถขับเสมาหะได้ ทำให้ต้องท้อช่วยในการหายใจ เกิดการสำลักอาหารได้ง่าย ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ ประสิทธิภาพทางเพศลดลง เกิดแผลกดทับ ข้อติดแข็ง ติดเชื้ทางเดินหายใจและทางเดินปัสสาวะ 2) ผลกระทบทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียอำนาจในการควบคุมตนเองไม่สามารถคิดและตัดสินใจได้ ความจำเสื่อม มีอารมณ์แปรปรวน บางครั้งหัวเราะและร้องไห้โดยไม่มีเหตุผลจากการเสียหน้าที่ของร่างกายดังกล่าวจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง รู้สึกสูญเสียคุณค่าและความ

เป็นตัวของตัวเองอย่างมาก การดำเนินกิจวัตรประจำวันเปลี่ยนแปลงไปมีผลต่อบทบาทครอบครัวและสังคม ความพิการที่หลงเหลืออาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำบทบาทบิดา มารดาสามีหรือภรรยาได้เช่นเดิม การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมลดลงซึ่งทำให้ผู้ป่วยต้องเป็นผู้ที่พึ่งพาผู้อื่นตลอด และ 3) ผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ การที่ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองส่งผลต่อครอบครัวในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการรักษาพยาบาล การป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเองและครอบครัว และภาระทางเศรษฐกิจ พบว่า อัตราการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 32.75 และเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability adjusted life year loss: DALYs) พบการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทยในเพศชายเป็นอันดับที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 6.9 เพศหญิงอันดับที่ 1 ร้อยละ 8.2 คนไทยเสียปีสุขภาวะจากโรคหลอดเลือดสมองประมาณปีละ 792,000 ปี ในปี พ.ศ. 2551¹ ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1,629 บาทต่อราย ส่วนผู้ป่วยในค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ย 129,571 บาทต่อราย รวมค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้น 2,973¹ ล้านบาทต่อปี หากคนไทยป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง รวม 5 แสนคน/ปี มารับบริการที่สถานพยาบาล จะต้องเสียค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้นประมาณ 20,632 ล้านบาท/ปี³ นอกจากนี้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อยคนละ 100,000 บาทต่อปี โดยค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคนในการดูแลที่บ้านคิดเป็น 151,428 บาทต่อปี และค่าใช้จ่ายเฉลี่ยผู้ป่วยในคนละ 53,429 บาทต่อปี⁵

American Heart Association (2010)⁶ กำหนดขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

1) หลังจากผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉิน ควรได้รับการประเมินและดูแลเบื้องต้น ภายใน 10 นาที

2) ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินทางระบบประสาท และทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองเสร็จ ภายใน 25 นาที หลังจากมาถึงห้องฉุกเฉิน

3) ควรแปลผลเอกซเรย์สมองเสร็จภายใน 45 นาที หลังจากมาถึงห้องฉุกเฉิน และสามารถให้การรักษาโดยให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic agent) ทางหลอดเลือดดำ ในกรณีที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันยาที่ใช้คือ Recombinant tissue plasminogen-activator (rt-PA) ข้อบ่งชี้ในการใช้ยาคือ

1) ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การรักษาได้ภายใน 3 ชั่วโมง นับจากผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการซึ่งประสิทธิภาพของการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายในเวลา 4.5 ชั่วโมงแรก หลังเกิดอาการ

2) มีความผิดปกติทางระบบประสาทที่ตรวจพบได้ และผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองไม่พบว่ามีเลือดออกในเนื้อสมอง หรือเลือดออกในชั้นใต้เยื่อหุ้มสมองรวมถึง การให้รับประทานยาแอสไพรินอย่างน้อย 160 mg ต่อวัน ภายใน 48 ชั่วโมง หลังเกิดอาการซึ่งจะช่วยลดโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบตันซ้ำและเสียชีวิตลง อย่างไรก็ตามการให้ยา rt-PA มีข้อจำกัดในการใช้ยา ได้แก่

- 1) มีประวัติเลือดออกในสมองมาก่อน
- 2) มีประวัติบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงภายใน 3 เดือน
- 3) มีประวัติผ่าตัดใหญ่ภายใน 14 วัน
- 4) เลือดออกในทางเดินอาหารหรือทางเดินปัสสาวะ ภายใน 21 วัน

5) ผู้ป่วยที่มีอาการทางระบบประสาทดีขึ้นเองอย่างมากในเวลาอันรวดเร็ว หรือมีอาการน้อยก่อให้เกิดความพิการที่ไม่รุนแรง เช่น ชาเล็กน้อยเพียงอย่างเดียว

- 6) มีอาการชักแต่เริ่มแรก
- 7) มีประวัติกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในช่วงเวลาอันใกล้

8) ความดันช่วงก่อนให้การรักษาส่ง โดยความดันซิสโตลิกสูงกว่า 185 มม.ปรอท หรือความดันไดแอสโตลิกสูงกว่า 110 มม.ปรอท

9) มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 50 มก/ดล. หรือสูงกว่า 400 มก/ดล.

- 10) มีปริมาณเกล็ดเลือดน้อยกว่า $100,000/\text{mm}^3$
- 11) ได้รับยา Heparin ภายใน 48 ชั่วโมงและมีค่า Partial thromboplastin time (PTT) ผิดปกติ

12) ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดโดยมีค่า Prothrombin time (PT) มากกว่า 15 วินาที หรือมีค่า International normalized ratio (INR) มากกว่า 1.7 หลังจากที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดใน 24 ชั่วโมงจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพราะผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ดังนั้นการประเมินที่สำคัญภายหลังผู้ป่วย ได้แก่

1) การประเมิน สัญญาณชีพ โดยเฉพาะระดับความดันโลหิต เนื่องจากระดับความดันโลหิตสูงอาจมีความเสี่ยงทำให้มีหลอดเลือดในสมองแตกได้ ผู้ที่ได้รับการรักษา

ด้วยยาละลายลิ่มเลือดควรควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 185/110 มม.ปรอท ทั้งก่อนการรักษาและภายหลัง 24 ชั่วโมง หลังการรักษา

2) ประเมินความผิดปกติทางระบบประสาท โดยประเมินทั้งระดับความรู้สึกตัว อาการและอาการแสดงทางระบบประสาท เช่น อาการปวดศีรษะ อาเจียน และอาการผิดปกติอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการมีเลือดออกในสมอง

3) ประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการมีเลือดออกในระบบต่างๆ เช่น เลือดออกในทางเดินอาหาร ทางเดินปัสสาวะ และในกล้ามเนื้อ เป็นต้น

4) ประเมินพยาธิสภาพในสมองที่ระยะเวลา 24 ชั่วโมง โดยการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองซ้ำ และในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงและมีการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดแดงใหญ่ (Middle cerebral artery) อาจพิจารณาผ่าตัดเปิดกะโหลก (Hemicraniectomy) ซึ่งมีการศึกษาว่า การผ่าตัดสามารถลดอัตราการตายของผู้ป่วยได้

สำหรับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองแตกเน้นการรักษาแบบประคับประคองโดยการยึดหลักการรักษาโดยแก้ไขความผิดปกติทางพลศาสตร์เกี่ยวกับการไหลเวียนโลหิต (Hemodynamic) แก้ไขความผิดปกติของกระแสเลือด (Hemorheologic) และแก้ไขความผิดปกติทางเมตะบอลิกที่เกิดขึ้นในโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การพยายามควบคุมไม่ให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงจนเกินไป วิธีการที่จะช่วยลดความดันในกะโหลกศีรษะมีหลายวิธีด้วยกัน เช่น การให้ Osmotic diuresis เช่น Mannitol รวมทั้งยาขับปัสสาวะ เช่น Furosemide ซึ่งจะช่วยลดความดันในกะโหลกศีรษะ⁶

ในส่วนของการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นภาวะที่อันตรายสามารถทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ และในผู้รอดชีวิตอาจเกิดความพิการตามมาได้ ดังนั้น กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยได้แก่ ให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียงให้นอนศีรษะสูง 30 องศา ตรวจสอบและบันทึกอาการทางระบบประสาทและสัญญาณชีพ ห้ามและควบคุมกิจกรรมที่มีผลต่อ Valsalva's maneuver ได้แก่ กิจกรรมต่างๆ ที่ทำให้มีการเพิ่มแรงดันในช่องท้อง และหรือในช่องอก เช่น การออกแรงยกของ การจันทานอนงอ ข้อตะโพก หลีกเลี่ยงการนอนคว่ำ ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาเพราะการปวดจะเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วย เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอป้องกันการเกิดภาวะ Hypotention และภาวะ Dehydration การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นกิจกรรม

การดูแลที่ซับซ้อนผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำเป็นต้องมีความรู้ความสามารถและมีความเชี่ยวชาญในการประเมินสภาพรวมถึงการดำเนินของโรคเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือมีความพิการหลงเหลืออยู่น้อยที่สุด

องค์ประกอบหลักของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง⁷ (Fundamental elements of stroke care) ได้แก่

1. Multidisciplinary care
2. Stroke director หรือแพทย์หัวหน้าทีม มีหน้าที่กำกับดูแล ควบคุมมาตรฐาน พร้อมทั้งกำหนดนโยบาย และบริหารจัดการ

3. Care protocols หรือ Care maps คือ แผนการตรวจวินิจฉัย การรักษาที่จำเป็นและสำคัญ ในเวลาที่เหมาะสม ที่จัดทำโดยผ่านการประชุมร่วมกันของทีมสหวิชาชีพในสถาน

พยาบาลนั้นๆ โดยยึดแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (Clinical practice guideline) เพื่อให้การรักษาในระยะเฉียบพลัน ติดตามและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ประเมินผลการรักษา และป้องกันการเกิดโรคซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ และได้มาตรฐาน

4. Education (Patient and family, Personals) การให้ความรู้ ความเข้าใจ ซึ่งอาจรวมทั้งการมีเอกสารแนวทางการปฏิบัติตัว และคำแนะนำเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรค การป้องกันโรค การดูแลผู้ป่วย และผลกระทบที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งให้กำลังใจ

5. Discharge planning and patient transfer protocols การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย และแนะนำแหล่งประโยชน์ คือ การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในด้านต่างๆ ก่อนกลับบ้าน เช่น ยา สิ่งแวดล้อม การดูแลผู้ป่วย ที่บ้าน และ

ตาราง 1 บทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ทีมสหวิชาชีพ	บทบาท
แพทย์ (ประสาทแพทย์/ประสาทศัลยแพทย์/ อายุรแพทย์ที่ผ่านการอบรม)	- วินิจฉัยโรค วางแผนและให้การรักษารวมทั้งป้องกันการกลับเป็นซ้ำ - ให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยและญาติ - ศึกษาวิจัยวางแผน และประเมินผล
Stroke director พยาบาล (ที่ผ่านการอบรมผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง)	- หัวหน้าทีมดูแล ควบคุมมาตรฐาน กำหนดนโยบาย - ให้การดูแล รักษาตามแผน ประเมินอาการ ติดตามเฝ้าระวังอาการ และป้องกัน - ให้กำลังใจ ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ - วางแผนการจำหน่าย รวบรวมข้อมูล ติดตามตัวซ้ำ
แพทย์เวชกรรมฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด	- ประเมินความพิการ วางแผนการฟื้นฟู รวมทั้งให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ ประเมินและให้การรักษาโดยการทำการกายภาพบำบัด - ประเมินและให้คำแนะนำ ฝึกกิจกรรมบำบัด ให้คำแนะนำเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม การทำกิจกรรมที่บ้าน
นักอรรถบำบัด เภสัชกร นักจิตวิทยาคลินิก	- ให้การรักษา ฟื้นฟูปัญหาทางการสื่อสาร ประเมินปัญหาการกลืน - ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับยา ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ - ประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสติปัญญา พฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย - ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ
โภชนาการ	- ประเมินวางแผน และจัดการภาวะทางโภชนาการของผู้ป่วย - ให้ความรู้ทางโภชนาการแก่ผู้ป่วยและญาติ

การฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งการมาติดตาม การรักษาอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น

6. Data collection การเก็บข้อมูล และตัวชี้วัดต่างๆ เพื่อติดตามและประเมินผลของการจัดตั้งหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยจำนวนตัวชี้วัดขึ้นอยู่กับความพร้อมของสถานพยาบาลนั้นๆ ในส่วนของบทบาทของทีมสหวิชาชีพ ดังแสดงในตาราง 2 ส่งผลต่อคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเพราะหากดูแลไม่ดีอาจทำให้เกิดภาวะ Secondary stroke ทำให้เสียชีวิตหรือมีความพิการรุนแรงมากขึ้น ดังเช่นการศึกษาของ Hacke (2008) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความล่าช้าในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน พบว่า 1) ความล้มเหลวของการชี้เฉพาะว่าผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่ต้องการการช่วยเหลืออย่างฉุกเฉิน 2) การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ไม่มีประสิทธิภาพ 3) ความล่าช้าของการประเมิน และซักประวัติผู้ป่วย 4) ความล่าช้าในการวินิจฉัยด้วยการใช้รังสีวินิจฉัย 5) การบริหารยาละลายลิ่มเลือดที่ไม่เหมาะสม ดังนั้น การมีแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ดีจะช่วยให้บุคลากรสามารถให้การดูแลผู้ป่วย ได้อย่างครอบคลุม มีความถูกต้องรวดเร็วในการปฏิบัติยิ่งขึ้น

จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การดูแลจะเป็นการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับจากทีมการดูแลที่มาจากสหวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือมีความพิการหลงเหลือน้อยที่สุด รวมทั้งทีมสหวิชาชีพควรให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อช่วยผ่อนคลายความรู้สึกภาวะในการดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเห็นความสำคัญของการให้การ

ดูแลผู้ป่วยและยอมรับบทบาทผู้ดูแล เพื่อเพิ่มความสามารถในการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม⁸

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองตาม Guideline Cardio-Pulmonary Resuscitation (CPR) 2010⁹ เพื่อลดการบาดเจ็บของสมองให้น้อยที่สุดและเพื่อให้ฟื้นสภาพให้ได้มากที่สุดเนื่องจากเวลาเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จในการรักษาโรค จึงยังคงใช้ “D’s of Stroke Care” ดังตาราง 2 นอกจากนี้การประสานการให้คำแนะนำและความรู้แก่ชุมชน การส่งการรณพยาบาล การค้นหาและคัดกรองส่งโรงพยาบาลที่เหมาะสมของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การเตรียมพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับโรงพยาบาลและการจัดให้มีหน่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะทำให้ผลการรักษาโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบันดีขึ้นและหลังจากที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล การดูแลผู้ป่วยทั่วไปในระยะแรกผู้ป่วยควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด⁹

1. มีการเฝ้าระวังสัญญาณชีพ Neurological status รวมถึง Pulse pressure และอุณหภูมิ
2. ดูแลการได้รับออกซิเจนเพื่อรักษาระดับค่า SpO₂ มากกว่าร้อยละ 95
3. ดูแลการได้รับสารน้ำให้เพียงพอเพื่อรักษาสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์โดยเฉพาะในรายที่มีอาการรุนแรงหรือกลืนไม่ได้ สารน้ำที่ควรให้คือ Normal saline (0.9%) หลีกเลี่ยงการให้สารน้ำที่มีน้ำตาลหรือน้ำมาก โดยเฉพาะใน 24 ชั่วโมงแรกเพื่อป้องกันภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงที่อาจมีผลเสียต่อการรักษา ยกเว้นกรณีที่ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำรับประทานได้น้อยหรืออยู่ระหว่างการงดน้ำและอาหาร

ตาราง 2 แสดง D’s of Stroke

- Detection:	Rapid recognition of stroke symptoms.
- Dispatch:	Early activation and dispatch of emergency medical services (EMS) system.
- Delivery:	Rapid EMS identification, management, and transport.
- Door:	Appropriate triage to stroke center.
- Data:	Rapid triage, evaluation, and management within the emergency department (ED).
- Decision:	Stroke expertise and therapy selection.
- Drug:	Fibrinolytic therapy, intra-arterial strategies.
- Disposition:	Rapid admission to stroke unit, critical-care unit

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะสมองบวม หรือความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น ควรจำกัดสารน้ำไม่ให้มีปริมาณมากเกินไป เพราะอาจทำให้สมองบวมมากขึ้นได้

4. ในระยะเฉียบพลันไม่ควรลดความดันโลหิต หากความดันอยู่ในช่วงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 220/120 mmHg และถ้าไม่มีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจน เช่น หัวใจล้มเหลวรุนแรง Aortic dissection หรือภาวะ Hypertensive encephalopathy หากจำเป็นต้องรักษาเนื่องจากข้อบ่งชี้ดังกล่าวหรือเมื่อความดันโลหิตสูงกว่า 220/120 mmHg หลังวัดซ้ำแล้วควรลดความดันโลหิตอย่างช้าๆ โดยพิจารณาใช้ยาที่ออกฤทธิ์สั้นปรับขนาดง่าย และทำนายผลของยาได้แน่นอน เช่น Captopril 6.25-12.5 mg ทางปาก หรือ Nicardipine 5mg ต่อชั่วโมงทางหลอดเลือดดำ หากความดันโลหิตสูงมากอาจให้ Nitroprusside หรือ Nitroglycerine หยดทางหลอดเลือดดำ ควรหลีกเลี่ยง Nifedipine เนื่องจากไม่สามารถทำนายผลได้แน่นอน และเกิดความดันโลหิตต่ำได้ง่าย

5. ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด พยายามควบคุมให้อยู่ในช่วงปกติคือน้อยกว่า 180 mg/dl มากกว่า 50 mg/dl ในกรณีที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 180 มก/ดล. ด้วยการฉีดอินซูลินที่ออกฤทธิ์สั้น ในทางกลับกันระดับน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดอาจทำให้สมองขาดพลังงานและมีการทำลายเซลล์สมองได้

6. หากผู้ป่วยมีไข้มากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส ควรให้ Paracetamol พร้อมทั้งหาสาเหตุ และรักษาตามสาเหตุ ไม่ควรให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อถ้าผู้ป่วยไม่เคยมีอาการดังกล่าวมาก่อนจากการทบทวนเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า การดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองตาม Guideline Cardio-Pulmonary Resuscitation (CPR) 2010 คือ เพื่อลดการบาดเจ็บของสมองให้น้อยที่สุดและเพื่อให้ฟื้นสภาพให้ได้มากที่สุด

ปัจจุบันหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยหลายหน่วยงานได้พยายามปรับปรุงแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้รวดเร็วและครอบคลุม และต่อเนื่องให้การดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ในส่วนของสถาบันประสาทวิทยา⁷ กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยสำหรับพยาบาลทั่วไปตั้งแต่แรกรับจำนวน 15 กิจกรรม ดังนี้

1. การเตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วยใหม่ ได้แก่

1.1 รับแจ้งข้อมูลผู้ป่วยหรือรับการติดต่อจากพยาบาลผู้ป่วยนอก

1.2 เตรียมเตียงและสภาพแวดล้อมสำหรับรับผู้ป่วย

1.3 เตรียมอุปกรณ์ วัสดุ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย

2. การรับผู้ป่วยใหม่

2.1 พยาบาลแนะนำตนเอง ต้อนรับทักทายผู้ป่วยและญาติด้วยท่าทีที่เป็นมิตร

2.2 ประเมินสภาพผู้ป่วยเกี่ยวกับสัญญาณชีพและความผิดปกติทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีทันใด เช่น แขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด ตาพร่ามัวลง คลื่นไส้ อาเจียนหรือปวดศีรษะอย่างรุนแรง

2.3 รายงานแพทย์ผู้รับผิดชอบทันที

2.4 จัดให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง และเปลี่ยนเสื้อผ้าพร้อมติดป้ายชื่อข้อมือและที่เตียง

3. กิจกรรมพยาบาล

3.1 ตรวจสอบการลงนามยินยอมให้ทำการรักษาของผู้ป่วยหรือญาติ

3.2 ให้การพยาบาลตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยและตามแผนการรักษาของแพทย์

3.3 ส่งส่งตรวจและไปส่งตรวจต่างๆ ไปตามแผนกที่กำหนดไว้

3.4 ดูแลเรื่องอาหารผู้ป่วย หากสามารถรับประทานอาหารได้ เบิกอาหารให้ถูกต้อง ตามแผนการรักษา

3.5 จัดทำรายงานผู้ป่วยรับใหม่และลงบันทึกทางการพยาบาล ให้ถูกต้องสมบูรณ์

4. การปฐมพยาบาลผู้ป่วยใหม่ และญาติเกี่ยวกับข้อมูลที่จำเป็น เช่น ชื่อแพทย์สถานที่

5. การติดต่อประสานงานให้ข้อมูลแก่ญาติ

5.1 ชักประวัติและสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับอาการ โรคประจำตัว การรักษาของผู้ป่วยก่อนมาโรงพยาบาล

5.2 จัดให้ญาติได้พบแพทย์เพื่ออธิบายผลการตรวจวินิจฉัย การดำเนินของโรคแนวทางหรือแผนการรักษา และการเตรียมความพร้อม เพื่อจำหน่ายกลับบ้าน

5.3 ให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด

5.4 แนะนำญาติให้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การเคลื่อนไหว การจัดท่านอน การพลิกตะแคงตัวการทำความสะอาดร่างกาย

6. กิจกรรมการพยาบาลในการช่วยให้ผู้ป่วยและญาติสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วย และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น

7. กิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ข้อติดยึด แผลกดทับ อุบัติเหตุต่างๆ ควรมีการเฝ้าระวังและประเมินตามมาตรฐานทางการพยาบาล

8. กิจกรรมการพยาบาลในการป้องกันและเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ

9. กิจกรรมการพยาบาล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

10. กิจกรรมการพยาบาลในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาการสื่อสารบกพร่อง พูดไม่ชัดพูดลำบากไม่เข้าใจคำพูดหรือภาษาในการสื่อสาร ไม่สามารถแสดงออกเพื่อการสื่อสารได้

11. กิจกรรมการพยาบาลในกรณีที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ

สรุป

โรคหลอดเลือดสมองหรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตเป็นโรคที่พบบ่อยเป็นอันดับต้น ๆ ในผู้สูงอายุและผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง เมื่อเกิดโรคแล้วจะก่อให้เกิดอาการทางระบบประสาทซึ่งผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการฟื้นตัวค่อนข้างนาน¹⁰ ดังนั้นการดูแลด้วยทีมสหวิชาชีพ จึงมีความสำคัญต่อการรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อลดความพิการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ตามศักยภาพ ผู้ป่วยเข้าสู่สังคมได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

References

1. The National Institute of Neurological. Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Group. N Engl J Med. 1995.
2. American Heart Association. Heart disease and stroke statistics-2007update. Dallas, Texas: American Heart Association and American Stroke Association National Center. 2007.
3. Bureau of policy and strategy, office of the permanent secretary, ministry of public health. statistical Thailand 2013.
4. Jauch EC, Saver JL, Adams HP, et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/ American Stroke Association. Stroke 2013; (44):870-947.
5. Stroke Association of southern California. Guidance for Stroke Prevention and Recovery: Empowerment after stroke. 2014.
6. American Heart Association. Heartdisease and stroke statistics-2010 update. Dallas, Texas: American Heart Association and American Stroke Association National Cente. 2010.
7. Prasat Neurological institute. Clinical Practice Guidelines for Ischemic Stroke. 2552. (In Thai)
8. Khomkham K., Rattanathanya D., Krainuwat K. Predictive Factors for Adaptation Among Caregivers of Stroke Patients. Journal of The Royal Thai Army Nurse. 2015; 16(2): 114-122
9. Hazinski MF, Nolan JP, Aicken R, et al. International Consensus on Cardiopulmonary resuscitation and Emergency Cardiovascular care Science With Treatment recommendation. Circulation 2010; 132(16)
10. Kongpiarn. D. Nursing care of The ischemic stroke patients with thrombolysis. Mahasarakham hospital Journal. 12(2). 49-57 (in Thai).
11. Alberts MJ, Latchaw RE, Jagoda A, et al. Revised and updated recommendations for the establishment of primary stroke centers. A summary statement from the brain attack coalition. 2011.