

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการรักษาโดยไม่ผ่าตัด

จิตาพร วรภักดิ์ทวีศิษฐ์* Ph.D. (Health Promotion and Health Education)

อุไร จิ้งโง่ง** พย.ม. (บริหารการพยาบาล)

ศิริขวัญ นาควิสัย** พย.บ.

ภารดี ชัยรัตน์** พย.บ.

บทคัดย่อ :

ภาวะเลือดออกในสมองที่เกิดจากการแตกของหลอดเลือดสมอง เกิดจากปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัย โดยเฉพาะภาวะความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ และการขาดการออกกำลังกาย แนวทางการรักษามีทั้งการผ่าตัดและไม่ผ่าตัด ขึ้นกับพยาธิสภาพและข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยแต่ละราย บทความนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อนำเสนอข้อมูลเชิงประจักษ์และกรณีศึกษาเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการรักษาโดยไม่ผ่าตัด พยาบาลมีบทบาทสำคัญให้การพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน โดยเน้นการควบคุมความดันโลหิตและการป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงที่อาจเกิดขึ้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยก้าวผ่านระยะวิกฤติไปได้อย่างปลอดภัย โดยประยุกต์หลักการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกโดยใช้อักษรย่อคือ 'PAST-MANTT' บนพื้นฐานของกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย การวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย การประเมินสภาพผู้ป่วย การประเมินทางห้องปฏิบัติการ การดูแลช่วยเหลือเกี่ยวกับหัตถการ การรักษา และยาที่ผู้ป่วยได้รับ การดูแลด้านกิจกรรมการเคลื่อนไหว การดูแลเกี่ยวกับอาหารที่ผู้ป่วยได้รับ การให้ความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วย และการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการที่เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพผู้ป่วย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดีที่สุดต่อผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปพักฟื้นที่บ้านได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ : บทบาทพยาบาล ความดันโลหิต ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง โรคหลอดเลือดสมองแตก การรักษาโดยการไม่ผ่าตัด

*Corresponding author, อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก.,
E-mail: titaporn@bcnsurat.ac.th

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทชาย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

วันที่รับบทความ 13 เมษายน 2563 วันที่แก้ไขบทความ 4 มกราคม 2564 วันที่ตอบรับบทความ 11 มกราคม 2564

Roles of Nurses in Caring for Patients with Non-Operative Hemorrhagic Stroke

Titaporn Worapanwisit Ph.D. (Health Promotion and Health Education)*

*Urai Jungloang** M.S.N. (Administration Nursing)*

*Sirikwaen Nakwili** B.S.N*

*Paradee Chairat** B.S.N*

Abstract:

Spontaneous intracerebral cerebral hemorrhage (SICH) is caused by a rupture of the blood vessel(s) in the brain. Major risk factors of cerebral hemorrhage include high blood pressure, smoking, and lack of exercise. The therapeutic regimens for SICH are either operation or non-operation, depending on pathology and criteria. This article aims to present evidence-based nursing about caring for patients with non-operation hemorrhagic stroke, along with a case study. In clinical situations, nurses have major roles in providing standard care to control blood pressure and prevent intracranial pressure in these patients. The goal is to make them get through critical health issues safely. Based on the nursing process, nurses can apply the so-called 'PAST-MANTT' principle to provide essential care for these patients. This principle allows nurses to work systematically, from performing a problem analysis, patient assessment, specimen and test, treatment procedures, medication administration, activity, nutrition, teaching and education, and appropriate transfers. The provision of systematic care will lead to the best outcomes for these patients enabling them to recuperate at home and gain a quality of life.

Keywords: Nurse roles, Blood pressure, Increased intracranial pressure, Non-operative hemorrhagic stroke

**Corresponding author, Lecturer, Boromarajonnani College of Nursing, Suratthani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, E-mail: titaporn@bcnsurat.ac.th*

***Registered Nurse, Neurosurgery Unit, Suratthani Hospital*

Received April 13, 2020, Revised January 4, 2021, Accepted January 11, 2021

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke) เป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความพิการและการตายที่สำคัญในประเทศไทย ข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รายงานสถิติสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2557-2561 พบว่า อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ต่อประชากรแสนคนในปีพ.ศ. 2557 คิดเป็นร้อยละ 38.7 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในปีพ.ศ. 2561 เพิ่มขึ้นร้อยละ 47.1 โดยโรคหลอดเลือดสมองแตก พบอัตราตายร้อยละ 22.37¹ เนื่องจากเลือดที่ออกในสมองจะทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในเวลาอันรวดเร็ว จากรายงานสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เขตสุขภาพที่ 11 พบว่า จำนวนผู้ป่วยภาวะเลือดออกในสมอง ที่มารับการรักษาเพิ่มขึ้นทุกปีสอดคล้องกับข้อมูลระดับประเทศ โดยในปีพ.ศ. 2561 มีผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองมารับบริการจำนวน 2,477 คน และเพิ่มขึ้นเป็น 2,253 คนในปี พ.ศ. 2562 ในผู้ป่วยจำนวนนี้ พบว่า อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองแตกคิดเป็นร้อยละ 15.03 ในปีพ.ศ. 2561 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 17.45 ในปี 2562² ซึ่งผู้ป่วยที่มารับการรักษา มีทั้งผู้ที่ได้รับการผ่าตัดและไม่ได้รับการผ่าตัด

กลุ่มที่ไม่ได้รับการผ่าตัด แพทย์จะพิจารณาแนวทางการรักษาด้วยการให้ยา มีเป้าหมายหลักในการรักษาระดับออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อสมองให้เพียงพอโดยการควบคุมความดันโลหิต และป้องกันหรือควบคุมภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (increased intracranial pressure: IICP) เนื่องจากเลือดที่ออกในสมองจะไปกดเนื้อสมองทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูง นอกจากนี้ก่อนเลือดในสมองยังไปกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ หลอดเลือดหดเกร็ง เกิดภาวะความดันโลหิตสูง ดังนั้น

พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย จำเป็นต้องมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกที่ทันสมัย บนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์ เพื่อส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทางการปฏิบัติพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการรักษาแบบไม่ผ่าตัด แต่เน้นการบำบัดรักษาทางยา เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤติและรอดชีวิตในที่สุด พร้อมทั้งนำเสนอกรณีศึกษาเพื่อเป็นตัวอย่างในการดูแลผู้ป่วย ข้อมูลที่นำเสนอสามารถนำมาประยุกต์เพื่อใช้เป็นแบบแผนสำหรับพยาบาล ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ในการประเมิน ฝักระวัง วางแผนการพยาบาล และให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการรักษาโดยการไม่ผ่าตัดอย่างใกล้ชิด เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดีต่อไป

พยาธิสรีรวิทยาการเกิดหลอดเลือดสมองแตก

โรคหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke) เกิดจากการแตกหรือการฉีกขาดของหลอดเลือดแดงในสมอง ทำให้มีเลือดออกในเนื้อเยื่อสมอง (intracerebral haemorrhage) พบได้ประมาณร้อยละ 10-15 และพบว่าผู้ป่วยมักจะเสียชีวิตภายใน 30 วัน คิดเป็นร้อยละ 25-52 โดยครึ่งหนึ่งจะเสียชีวิตตั้งแต่ 2 วันแรก³ ซึ่งภาวะเลือดออกในสมองแบ่งออกเป็น 2 ประเภท⁴ คือภาวะเลือดออกในสมองปฐมภูมิ (primary intracerebral haemorrhage) ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากความดันในหลอดเลือดแดงสูง (arterial hypertension) ในขณะที่ภาวะเลือดออกในสมองทุติยภูมิ (secondary intracerebral haemorrhage) เป็นภาวะเลือดออกในสมองที่มีจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น เนื้ออกในสมอง (brain tumor) ความผิดปกติของหลอดเลือด เป็นต้น โรคหลอดเลือดสมองแตกส่วนใหญ่พบในผู้สูงอายุ เนื่องจากหลอดเลือดแดงเปราะ ผนังหลอดเลือดอ่อนแอและโป่งพองซึ่งเกิดจาก

การสูญเสียความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือด เมื่อการไหลเวียนเลือดไปกระทบจึงแตกออก ก้อนเลือดไปกดเนื้อเยื่อสมอง และไปกระตุ้นเส้นประสาทซิมพาเทติก ทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ เกิดภาวะความดันโลหิตสูง หลอดเลือดหดเกร็ง ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองลดลง สมองบวม เกิดความดันในกระโหลกศีรษะสูง สมองขาดเลือดไปเลี้ยงและสมองตายในที่สุด⁵ ประการที่สอง ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงจะมีผนังหลอดเลือดที่หนาตัวและแข็ง ทำให้ผนังหลอดเลือดอ่อนแอ ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดเสียไป หลอดเลือดจึงแตกได้ง่าย⁶ การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจึงมุ่งเน้นการควบคุมความดันโลหิต (blood pressure) และป้องกันหรือควบคุมภาวะควบคุมความดันในกระโหลกศีรษะสูงเป็นสำคัญ⁷

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตก

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้โรคหลอดเลือดสมองแตกประกอบด้วย ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง ปัจจัยเสี่ยงตามธรรมชาติ ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น เพศชาย และพันธุกรรม⁸ รวมทั้งปัจจัยด้านพฤติกรรมส่วนบุคคล ได้แก่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้จ่ายละลายลิ้มเลือด และปัจจัยด้านตำแหน่งของรอยโรค³ มีรายงานการศึกษา พบว่า หากความดันโลหิตมีค่าระหว่าง 140-159/90-99 มิลลิเมตรปรอท จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตก เป็น 4.9 เท่าของผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ หากความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นเป็น 160-179/100-109 มิลลิเมตรปรอท ความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นเป็น 11.6 เท่า และหากความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (systolic pressure) มากกว่า 180 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตช่วงหัวใจคลายตัว (diastolic pressure) มากกว่า 109 มิลลิเมตรปรอท⁹ โอกาสของการเกิดหลอดเลือดสมองแตกจะยิ่งเพิ่มมากขึ้นเป็น 28.8 เท่า¹⁰

สำหรับผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานจะมีความเสี่ยงเป็น 1.3 เท่าของผู้ที่ไม่ได้เป็นเบาหวาน¹⁰ และผู้ป่วยใช้จ่ายละลายลิ้มเลือดและมีความดันโลหิตสูงก็มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นด้วย ในส่วนของพฤติกรรมส่วนบุคคล ผู้ที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดในสมองแตกเป็น 2.1-2.7 เท่า ผู้ที่มีระดับคอเลสเตอรอลน้อยกว่า 150 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ จะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า¹¹ การดื่มสุราจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดสมองแตก เป็น 4 เท่า¹² ตำแหน่งการแตกของหลอดเลือดสมองบริเวณเบซัล แกงเกลีย (basal ganglia) อัตราการเกิดหลอดเลือดสมองแตก คิดเป็นร้อยละ 32 บริเวณกลีบสมอง (lobar) พบได้ร้อยละ 28 บริเวณทาลามัส (thalamus) พบร้อยละ 21 บริเวณพอนส์ (pons) หรือก้านสมอง (brainstem) พบได้ร้อยละ 10 และบริเวณสมองน้อย (cerebellum) จะเกิดร้อยละ 9¹³

อาการนำของการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง คือ อาการปวดศีรษะแบบทันทีทันใด พบได้ประมาณร้อยละ 36-40 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ และสามารถพบได้ถึงร้อยละ 60 ในกลุ่มที่มีเลือดออกในสมองน้อย (cerebellar haemorrhage) และเลือดออกบริเวณกลีบสมอง^{13,14} นอกจากนี้ยังสามารถพบอาการอื่นๆ ได้อีก ได้แก่ อาการชัก อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น ร่วมกับอาการทางระบบประสาท ได้แก่ อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า และ/หรือร่างกายครึ่งซีก ความรู้สึกตัวลดลง อาการชัก และอาการเฉพาะของตำแหน่งต่างๆ ที่เลือดออก เช่น อาการมือสั่น สูญเสียการทรงตัวและการประสานงานกันของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย เป็นต้น

การประเมินภาวะเลือดออกในสมองจากโรคหลอดเลือดสมองแตก

สิ่งสำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก คือ ความรวดเร็วในการดูแลรักษา ซึ่งจะช่วยลดอัตราการตายและความพิการของผู้ป่วย ทั้งนี้การให้

ประวัติที่ชัดเจนและการซักประวัติปัจจัยเสี่ยงที่ครอบคลุม จะช่วยให้การวางแผนการรักษาและการดูแลมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยทั่วไปการประเมินระยะแรกที่สำคัญประกอบด้วย การประเมินสัญญาณชีพ (vital signs) การประเมินภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ การประเมินทางระบบประสาทเพื่อวินิจฉัยแยกโรค และการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เหมาะสม โดยเน้นการปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองแตก (clinical practice guideline: CPG for hemorrhagic stroke) ของวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์ร่วมกับสมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย¹⁵ ในผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการผิดปกติทางระบบประสาทอย่างเฉียบพลัน (sudden neurological deficit) พยาบาลจะมีการคัดกรองเบื้องต้น โดยการตรวจการประเมินสัญญาณชีพ การประเมินภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ ดูว่าทางเดินหายใจโล่งหรือมีสิ่งอุดกั้นทางเดินหายใจหรือไม่ และตรวจนับอัตราการหายใจ ประเมินการไหลเวียนเลือด โดยดูว่ามีอาการเขียว ซีดหรือไม่ ประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma scale: GCS) ถ้า GCS น้อยกว่า 8 คะแนน ผู้ป่วยจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจน พยาบาลจะรายงานแพทย์เพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ พร้อมกับส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างรวดเร็วตามแผนการรักษา เช่น การตรวจนับเม็ดเลือดทางห้องปฏิบัติการ (complete blood count: CBC) การตรวจน้ำตาลในเลือด (blood sugar: BS) การตรวจการทำงานของไต (blood urea nitrogen: BUN และ creatinine: Cr) การตรวจเกลือแร่ในเลือด (electrolytes) หลังจากนั้นพยาบาลจะดำเนินการซักประวัติและตรวจร่างกายที่เกี่ยวข้อง เช่น การบาดเจ็บที่ศีรษะ ตุ่มสุรา ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคเลือด โรคตับ โรคไต การใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulants) ยาเสพติด เพื่อแยกภาวะอื่นที่ไม่ใช่โรคหลอดเลือดสมอง (extracranial cause) ออก

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ถ้าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทแบบทันทีทันใดโดยไม่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะ จะมีความน่าจะเป็นของโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 80 ทั้งนี้เมื่อสงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (acute stroke) แพทย์จะส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (computerized tomography: CT) brain ทุกราย¹⁴ เพื่อแยกโรคว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ (ischemic stroke) หรือโรคหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke) โดยพบว่า ถ้าผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลง อาเจียน ปวดศีรษะอย่างรุนแรง ค่าความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัวมากกว่า 220 มิลลิเมตรปรอท ระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 170 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (ในผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติโรคเบาหวาน) หรือมีประวัติได้รับยา warfarin มีโอกาสที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก มากกว่าโรคหลอดเลือดสมองตีบ¹⁶ โดยข้อมูลดังกล่าวแพทย์จะใช้เป็นแนวทางเบื้องต้น ในการวินิจฉัยแยกโรคระหว่างโรคหลอดเลือดสมองตีบ และโรคหลอดเลือดสมองแตก ซึ่งต้องได้รับการยืนยันการวินิจฉัยที่แน่ชัดจากผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองอีกครั้ง

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

จากการศึกษาพบว่า การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกหรือมีเลือดออกในเนื้อเยื่อสมอง มีทั้งการผ่าตัดและไม่ผ่าตัด ขึ้นกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งด้านผู้ป่วย พยาธิสภาพ และข้อบ่งชี้ที่เหมาะสม บทความนี้เน้นเฉพาะ การรักษาโดยไม่ผ่าตัด โดยมีเป้าหมายสำคัญที่สุดคือ การทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิต จากการทบทวนข้อมูลเชิงประจักษ์จากแนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองแตก¹⁵ มีแนวทางการดูแลรักษาทางยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ไม่ผ่าตัด ดังนี้

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการรักษาโดยไม่ผ่าตัด

1. การควบคุมระดับความดันโลหิตและป้องกันภาวะความดันในกระโหลกศีรษะสูง แพทย์จะสั่งให้ควบคุมค่าความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัวให้น้อยกว่า 180 มิลลิเมตรปรอท หรือค่าเฉลี่ยความดันโลหิตในหลอดเลือดแดง (mean arterial pressure: MAP) ให้น้อยกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท¹⁵ ตามแนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองแตก ถ้าค่าความดันโลหิตตัวบนมากกว่า 200 มิลลิเมตรปรอท หรือ ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตในหลอดเลือดแดงมากกว่า 150 มิลลิเมตรปรอท จะควบคุมโดยให้ยาลดความดันโลหิตทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่อง ถ้าค่าความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัวมากกว่า 180 มิลลิเมตรปรอท หรือ ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตในหลอดเลือดแดงมากกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท ร่วมกับสงสัยว่ามีการเพิ่มของความดันในกระโหลกศีรษะให้ติดตามว่ามีการเพิ่มของความดันในกระโหลกศีรษะเพื่อควบคุมความดันที่เกิดจากปริมาตรเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง (cerebral perfusion pressure: CPP) ให้มีค่าอยู่ระหว่าง 60-80 มิลลิเมตรปรอท ถ้าค่าความดันโลหิตตัวบนมากกว่า 180 มิลลิเมตรปรอท แต่ไม่พบภาวะความดันในกระโหลกศีรษะ ควรควบคุมความดันโลหิตให้น้อยกว่า 160/90 มิลลิเมตรปรอท หรือควบคุมค่าเฉลี่ยความดันโลหิตในหลอดเลือดแดงให้มีค่าเท่ากับ 110 mmHg โดยเฝ้าติดตามอาการผู้ป่วยทุก 15 นาที¹⁷ และดูแลให้ยา 20% mannitol 0.25-1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม หรือให้ยา furosemide 20 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำเพื่อลดภาวะความดันในกระโหลกศีรษะสูงสำหรับยาสเตียรอยด์ไม่พบว่าช่วยลดความดันในกระโหลกศีรษะอย่างมีนัยสำคัญในผู้ป่วยกลุ่มนี้¹⁸

2. การเฝ้าระวังภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ การติดตามค่าการแข็งตัวของเลือดถือว่ามีความสำคัญ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับยาลดคลอโรฟิลล์เลือดหรือมีโรคที่ทำให้เลือดไม่แข็งตัว แต่ควรระมัดระวังภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยแพทย์จะพิจารณาให้ตามินเค 5 ถึง 10 มิลลิกรัมทางหลอดเลือด

ดำเพื่อช่วยเพิ่มกระบวนการแข็งตัวของเลือด¹⁹ สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ จำเป็นต้องได้รับเกล็ดเลือดทดแทนด้วยเช่นกัน

3. การดูแลรักษาด้วยยากันชัก ผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมองมีโอกาสชักร้อยละ 8-10^{20,21} โดยเฉพาะเลือดออกในกลีบสมอง ดังนั้นแพทย์จะให้ยากันชักในรายที่มีเลือดออกในกลีบสมอง หรือมีเลือดออกในชั้นเปลือกสมอง (cortical intracerebral hemorrhage) และผู้ป่วยที่เคยมีประวัติชักทุกราย ซึ่งการให้ยากันชักป้องกัน (prophylaxis) มีข้อมูลสนับสนุนเฉพาะในช่วง 7 วันแรก แต่ยังไม่มีความชัดเจนประจักษ์สนับสนุนการใช้ยากันชักเพื่อป้องกันอาการชักในระยะยาว

4. การดูแลรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน สำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่เป็นโรคเบาหวาน ปัจจุบันยังไม่มีข้อกำหนดระดับน้ำตาล²² แต่เป็นที่ยอมรับกันว่าการลดระดับน้ำตาลเร็วเกินไป อาจทำให้สมองขาดเลือดได้ จึงยอมรับว่าถ้าระดับน้ำตาลไม่เกิน 140 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ในผู้ป่วยเลือดออกในสมอง ยังไม่มีความจำเป็นต้องให้การรักษา²³

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีแนวโน้มผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดสมองแตกมารับการรักษาเพิ่มขึ้นทุกปี ดังนั้น หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จึงได้กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมอง โดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเลือดออกในสมองออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มโรคหลอดเลือดสมองแตกและได้รับการผ่าตัดสมอง (hemorrhagic stroke with operation) กับกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองแตกและไม่ได้รับการผ่าตัดสมอง (non-operative

hemorrhagic stroke) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ไม่ต้องผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมองที่ไม่รุนแรงซึ่งมุ่งรักษาด้วยการให้ยาเพื่อควบคุมภาวะความดันในกระโหลกศีรษะสูง โดยมีเป้าหมายสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยก้าวผ่านระยะวิกฤตไปได้อย่างปลอดภัย

การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะแรก (first stage) โดยนับวันเริ่มต้นจากวันแรกที่ผู้ป่วยเข้ามานอนรักษาในโรงพยาบาล ระยะที่ 2 คือ ระยะวิกฤต (critical stage) ได้แก่ วันที่ 2-3 ของการนอนโรงพยาบาล ระยะที่ 3 คือ ระยะกลาง (moderate stage) ได้แก่ วันที่ 4-7 และระยะที่ 4 คือ ระยะพักฟื้น (convalescent stage) นับตั้งแต่วันที่ 8 เป็นต้นไป²² โดยมีการพัฒนาแนวทางการพยาบาล ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ไม่ต้องรักษาโดยการผ่าตัด ประกอบด้วย หลักการตามอักษรคำย่อ 'PAST-MANTT' ที่ใช้ในการดูแลแต่ละระยะ ดังนี้

P = Problem analysis คือ การวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยเพื่อวางแผนการเฝ้าระวังที่เหมาะสม โดยในวันแรกและระยะวิกฤต (วันที่ 2-3) เน้นการเฝ้าระวังปัญหาสำคัญที่อาจเกิดกับผู้ป่วย ได้แก่ การอุดกั้นทางเดินหายใจ อัตราการหายใจผิดปกติ อาจพบว่า มีอัตราการหายใจมากกว่าปกติหรือน้อยกว่าปกติ ภาวะความดันโลหิตสูงหรือต่ำ ความเข้มข้นของเลือด (hematocrit) ต่ำ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง หรือมีภาวะความดันในกระโหลกศีรษะสูง ภาวะชัก (convulsion) และเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะกลาง (วันที่ 4-7) ยังคงภาวะต่างๆ ที่กล่าวมาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งภาวะเสียสมดุลย์น้ำและอิเล็กโทรไลต์ การติดเชื้อทางเดินหายใจ รวมทั้งภาวะท้องผูก และในระยะพักฟื้นผู้ป่วยจะมีปัญหาเรื่องการทรงตัว ไม่สามารถนั่งได้ เนื่องจากมีอาการมินิซีรีส์

A = Assessment คือ การประเมินสภาพผู้ป่วย โดยในวันแรกและระยะวิกฤต พยาบาลซักประวัติและตรวจร่างกาย ประเมินสัญญาณชีพ และประเมินการ

เปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท (neurological signs) ทุก ๆ 2 ชั่วโมง ส่วนในระยะกลาง และระยะพักฟื้น จะมีการติดตามอาการเปลี่ยนแปลงทุก 1-2 ชั่วโมง หรือพิจารณาตามปัญหาที่พบในผู้ป่วย นอกจากนี้ตลอดระยะการดูแล พยาบาลประเมินสภาพจิตสังคมของผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อวางแผนการช่วยเหลือ และประสานงานไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

S = Specimen & Test คือ การตรวจทางห้องปฏิบัติการในวันแรกและระยะวิกฤต ต้องทำการส่งเลือดตรวจนับเม็ดเลือดทางห้องปฏิบัติการ (complete blood count: CBC) การแข็งตัวของเลือด (prothrombin time: PT; partial thromboplastin time: PTT) ค่าน้ำตาลในเลือด (blood Sugar: BS) ค่าโปรตีนในเลือด (blood urea nitrogen: BUN) ค่าการทำงานของไต (creatinine: Cr) ค่าอิเล็กโทรไลต์ (electrolyte) การตรวจหาเชื้อเอชไอวี (anti HIV) การตรวจเอกซเรย์ทรวงอก (Chest X-ray: CXR) คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) และตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT brain) ในระยะกลางและระยะพักฟื้น ติดตามผลการตรวจหาบวมเลือดทางห้องปฏิบัติการ การแข็งตัวของเลือด ค่าน้ำตาลในเลือด ค่าโปรตีนในเลือด ค่าการทำงานของไต ค่าอิเล็กโทรไลต์ และค่าอัลบูมินในเลือด เพื่อช่วยในการวินิจฉัย

T = Treatment คือ หัตถการและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ เช่น ในวันแรกพยาบาลมีการดูแลตามแผนการรักษา โดยให้สารน้ำชนิด isotonic solution คือ 0.9% NSS ใส่สายสวนปัสสาวะ ให้ออกซิเจน และบันทึกจำนวนน้ำที่เข้า-ออกร่างกาย ในระยะวิกฤต (วันที่ 2-3) มีการเจาะเลือดปลายนิ้ว เพื่อประเมินระดับน้ำตาลในเลือดก่อนให้อาหารทางสายยาง โดยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่เกิน 180 mm/dl ในระยะกลาง (วันที่ 4-7) แพทย์จะพิจารณาหยุดการให้สารน้ำ และในระยะพักฟื้นจะมีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (discharge plan)

M = Medication คือ การให้ยา ในวันแรกแพทย์จะพิจารณาให้ยาแก้ไข้ ยาคลายเครียด และยากันชักตาม

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการรักษาโดยไม่ผ่าตัด

ความเหมาะสม หลังจากนั้นจะมีการปรับการให้ยาตามอาการและปัญหาที่พบ ในระยะพักฟื้นถ้าไม่มีปัญหาเรื่องการคลื่นไส้ อาเจียน แพทย์จะปรับเปลี่ยนยาให้เป็นชนิดรับประทานแทนยาชนิดฉีด

A = Activity คือ กิจกรรมการเคลื่อนไหว ในวันแรกและระยะวิกฤติ พยาบาลจัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 องศา และพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง หลังจากนั้นจะปรึกษาแผนกกายภาพบำบัด เพื่อช่วยส่งเสริมการเคลื่อนไหวตามลำดับอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระยะกลางและระยะพักฟื้น

N = Nutrition คือ การดูแลด้านโภชนาการ ระยะแรกดูแลให้ดื่มน้ำและอาหาร ระยะวิกฤติให้อาหารตามแผนการรักษาและปรับลดปริมาณสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ระยะกลาง วันที่ 4-7 ให้อาหารตามแผนการรักษา เช่น อาหารปั่น (blenderized diet: BD) ตามสถานะของผู้ป่วย ในระยะพักฟื้น แพทย์และโภชนาการจะพิจารณาปรับอาหารตามความเหมาะสม เมื่อผู้ป่วยได้รับอนุญาตให้กลับบ้าน

T = Teaching & Education คือ การให้ความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติแก่ญาติและผู้ดูแล โดยในวันแรกพยาบาลจะติดต่อญาติ เพื่อให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับสถานที่ การปฏิบัติตนขณะนอนโรงพยาบาล เครื่องใช้ และเตรียมความพร้อมผู้ดูแลในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ในวันที่ 2-3 แนะนำการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน และการดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในวันที่ 4-7 สอนและสาธิตการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลหลัก ในวันที่ 8 แนะนำการเตรียมตัวกลับไปอยู่บ้านตามลำดับ โดยอาจปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมตามระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล

T = Transfers คือ การส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยการดูแลที่เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพผู้ป่วย โดยแพทย์และพยาบาลพิจารณาความเหมาะสมร่วมกัน

อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกแต่ละรายอาจมีลักษณะความซับซ้อนของปัญหาความ

เจ็บป่วยแตกต่างกันไป รวมทั้งบริบทของหน่วยงานที่อาจไม่เหมือนกัน พยาบาลจึงควรนำหลักการ 'PAST-MANNT' ไปประยุกต์โดยคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และปรับแผนการดูแลรวมทั้งการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสม ตามสถานะผู้ป่วย บริบทของครอบครัว และแผนการรักษาที่มีการปรับเปลี่ยนไป

กรณีศึกษา

ชายไทย อายุ 61 ปี อาชีพค้าขาย 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล (04:30 น.) ขณะขับรถมีอาการชา แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรงกะทันหัน ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ไม่มีอาเจียน ญาตินำส่งโรงพยาบาล มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และโรคไตระยะที่ 3 ไม่ได้พบแพทย์ตามนัดมา 2 ปี เมื่อมาถึงโรงพยาบาลมีอาการแขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง ปากเบี้ยว Glasgow coma scale (GCS) 14 คะแนน (E3V5M6) เส้นผ่าศูนย์กลางของรูม่านตามีขนาด 2 มิลลิเมตร ตอบสนองต่อแสงดีทั้งสองข้าง ผลการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองโดยไม่มีสารทึบรังสี (CT brain non-contrast) พบว่า มีเลือดออกในสมองส่วนทาลามัส ด้านขวาและภายในโพรงสมอง (right thalamic hemorrhage with intraventricular haemorrhage: IVH) มีสมองเลื่อนออกจากแกนกลางไปทางขวา 5 เซนติเมตร สัญญาณชีพ พบอุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 56 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 213/112 มิลลิเมตรปรอท

แพทย์สั่งการรักษาโดยให้สารน้ำชนิด isotonic solution คือ 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร เริ่มให้ยาลดความดันโลหิตคือ nicardipine (1:5) 10 หยดต่อนาที ให้ออกซิเจน cannula 3 ลิตรต่อนาที ส่งเลือดตรวจหาค่าจำนวนเซลล์เม็ดเลือด ค่าการแข็งตัวของเลือด ค่าน้ำตาลในเลือด ค่าโปรตีนในเลือด ค่าการทำงานของไต ค่าอิเล็กโทรไลต์ ค่าอัลบูมินในเลือด ตรวจหาเชื้อ

เอชไอวีให้เลือด 2 ยูนิต ให้เลือดพลาสมา 500 มิลลิลิตร น้ำตาลในเลือด 131 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ใ้ทั้งน้ำตาล อาหาร และ ยังคงให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1000 มิลลิลิตร อัตราการหยุด 80 มิลลิลิตรต่อ ชั่วโมงส่งเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท ชาย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ขนาดรูม่านตา 2 มิลลิเมตรตอบสนองต่อแสงดีทั้งสองข้าง ความดันโลหิต 159/97 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 70 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที

จากการวิเคราะห์กรณีศึกษา ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการดูแล โดยใช้แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองแตกที่ไม่ผ่าตัด ตามหลัก ‘PAST-MANTT’ ดังนี้

1. การวิเคราะห์ปัญหา (problem analysis) พบว่า วันแรกและระยะวิกฤต (วันที่ 2-3) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS = 14 คะแนน แขนขาต้านขวากำลึงปกติ แขนขาต้านซ้ายเหยียดเกร็งผิดปกติ แต่ในกรณีศึกษานี้ไม่มีปัญหาการอุดตันทางเดินหายใจ ไม่มีเสมหะในคอหายใจเหนื่อย หอบ บางครั้ง ในระยะกลาง (วันที่ 4-7) พบว่าผู้ป่วยไม่ถ่ายอุจจาระมาตั้งแต่วันที่ 1-4 แต่จะสามารถถ่ายอุจจาระเองได้ในวันที่ 5 ในระยะพักฟื้น (วันที่ 8) ผู้ป่วยจะมีปัญหาเรื่องการทรงตัว ไม่สามารถนั่งได้เนื่องจากมีอาการมึนศีรษะ พยาบาลจะช่วยฟื้นฟูสภาพโดยพุงให้ผู้ป่วยฝึกนั่งทรงตัวข้างเดียว

2. การประเมินสภาพผู้ป่วย (assessment) พยาบาลจะซักประวัติโรคประจำตัวและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยงและหาสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตก ตรวจวัดสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย ติดตามระดับความดันโลหิต เพื่อเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง หากพบความดันโลหิตสูง แพทย์จะพิจารณาให้ยาควบคุมระดับความดันโลหิต และเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองเพื่อวินิจฉัยภาวะเลือดออกในสมองในวันแรก ผลการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง พบว่า มีเลือดออกใน

ธาลามัสข้างขวาและในโพรงสมอง (right thalamic hemorrhage with intraventricular haemorrhage) ผู้ป่วยรู้สึกตัวไม่บ่นปวดศีรษะ แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง มุมปากซ้ายเบี้ยวเล็กน้อย GCS = 14 คะแนน (E3V5M6) เส้นผ่านศูนย์กลางของรูม่านตามีขนาด 2 มิลลิเมตรตอบสนองต่อแสงดีทั้งสองข้าง ความดันโลหิต 213/112 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจปกติ 22 ถึง 26 ครั้งต่อนาที O₂ sat 98%, GCS = 15 คะแนน แขนขาต้านขวากำลึงปกติ แขนขาต้านซ้ายเหยียดเกร็งผิดปกติ ความดันโลหิต 213/112 มิลลิเมตรปรอท แพทย์พิจารณาการรักษาด้วยยาและการควบคุมระดับความดันโลหิต ประเมินโรคประจำตัว พบว่ามีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และโรคไตระยะที่ 3 ไม่ได้พบแพทย์ตามนัดมา 2 ปี มีประวัติเคยสูบบุหรี่และดื่มสุรา มีอาชีพค้าขาย มีบุตรชายช่วยทำงานและดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยพักผ่อนได้ มีกำลังใจดี วันที่ 2-3 พบ ความดันโลหิต 160/100 - 180/100 มิลลิเมตรปรอท GCS = 14 คะแนน วันที่ 4-7 พบว่า GCS = 14-15 คะแนน (E3-4V5M6) ความดันโลหิตเริ่มลดลงมาเป็น 130/70 ถึง 160/70 มิลลิเมตรปรอท ระยะพักฟื้นพบว่าระดับความรู้สึกตัวคงเดิม GCS = 14-15 คะแนน (E3-4V5M6) ยังคงมีแขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง ความดันโลหิต 150/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที O₂ sat = 96%

3. การประเมินทางห้องปฏิบัติการ (specimen & test) การเจาะเลือดส่งตรวจ เพื่อหาค่าความเข้มข้นของเลือดและการแข็งตัวของเลือด หากพบว่า ผู้ป่วยมีเลือดจางและเลือดแข็งตัวช้า แพทย์จะพิจารณาส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองเพื่อประเมินภาวะเลือดออกในสมอง ในกรณีที่ผู้ป่วยมีไข้หรือมีการติดเชื้อในร่างกาย จะพบเม็ดเลือดขาวในเลือดมากกว่าปกติ แพทย์จะพิจารณาให้ยาลดไข้และยาปฏิชีวนะ การประเมินการทำงานของไต หากค่า BUN และ Cr ในเลือดสูง ผู้ป่วยจะขับถ่ายปัสสาวะไม่ได้ หรืออาจเกิดภาวะไตวายแพทย์

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการรักษาโดยไม่ผ่าตัด

จะพิจารณาให้ยาขับปัสสาวะ และบันทึกปริมาตรสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย การตรวจหาค่าอิเล็กโทรไลต์ โดยเฉพาะค่าโซเดียม (Na) โพแทสเซียม (K) ไบคาร์บอเนต (CO₂) และคลอไรด์ (Cl) ซึ่งมีความสำคัญต่อการทำงานของหัวใจ ไต และปอด ดังนั้นหาค่าอิเล็กโทรไลต์ ผิดปกติจะทำให้หัวใจเต้นเร็วหรือช้ากว่าปกติ แพทย์จึงพิจารณาส่งตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจร่วมด้วย จากการฉีดยา พบว่า ในวันแรกผลเลือดส่วนใหญ่ปกติ ไม่มีปัญหาเลือดจาง (Hb = 14%, Hct = 42.8%) การแข็งตัวของเลือดปกติ (PT = 11.3 วินาที PTT = 28.7 วินาที INR = 1.01, Plt = 225 x10³/mL) การทำงานของไตปกติ (BUN = 19 mg/dL, Cr = 1.08 mg/dL) อิเล็กโทรไลต์ในเลือดปกติ (Na = 139 mmol/L, K = 4.70 mmol/L, Cl = 105 mmol/L, CO₂ = 25 mmol/L) น้ำตาลในเลือดปกติ (BS = 121 mg/dl) ผลเอ็กซเรย์ปอดปกติ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบว่า หัวใจเต้นช้ากว่าปกติต่อมาวันที่ 6 ผลเลือด ไม่พบการติดเชื้อในร่างกาย วันที่ 8 ตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองข้าง ไม่พบภาวะโพรงสมองคั่งน้ำ (hydrocephalus)

4. หัตถการและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ (treatment) พบว่าในวันแรกผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ คือ 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร อัตราการหยด 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ได้รับออกซิเจน O₂ cannular 3 ลิตร ต่อนาที ปัสสาวะได้เอง ปริมาตรสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย 2,677 มิลลิลิตร และ 1,240 มิลลิลิตร ต่อวัน แพทย์ให้เจาะน้ำตาลในเลือด ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อติดตามระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า ค่าน้ำตาลในเลือด 80-250 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ในวันแรก และระดับน้ำตาลในเลือด 122-129 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ส่วนในวันที่ 2-3 จำนวนสารน้ำที่เข้า-ออกจากร่างกาย 2,574 มิลลิลิตรต่อวัน และ 2,100 มิลลิลิตร ตั้งแต่วันที่ 4 เป็นต้นมาแพทย์สั่งงดการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ วันที่ 8 วางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

5. การให้ยา (medication) พบว่า วันแรกผู้ป่วยไม่ได้รับยาแก้ปวดหรือยาแก้อักเสบ เนื่องจากไม่มีไข้และไม่

ภาวะชัก ผู้ป่วยได้รับยาทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ ยาควบคุมความดันโลหิต คือยา nicardipine (1:5) เพื่อควบคุมความดันโลหิตตัวบนให้ มีค่าอยู่ระหว่าง 130-160 มิลลิเมตรปรอท และพิจารณาให้ยา transamine 500 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำเพื่อช่วยการแข็งตัวของเลือด เนื่องจากผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองพบว่า มีเลือดออกในสมอง และให้ยาแก้ไอเจียน plasil 10 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำหากผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้อาเจียน ให้ยาลดกรดในกระเพาะอาหาร losec 40 มิลลิกรัม และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำได้แก่ 0.9% NSS อัตราหยด 60 มิลลิลิตรต่อนาที

วันที่ 2 แพทย์พิจารณาปรับยาควบคุมความดันโลหิตเป็นชนิดรับประทานคือ ยา amlodipine 5 มิลลิกรัม โดยรับประทานหลังอาหารวันละ 2 ครั้ง ๆ ละ 2 เม็ด เข้า เย็น และยังคงให้ยาควบคุมความดันโลหิตทางหลอดเลือดดำคือ ยา nicardipine (1:5) เพื่อควบคุมความดันโลหิตตัวบนให้ มีค่าอยู่ระหว่าง 130-160 มิลลิเมตรปรอท หากผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะหรือมีไข้ ให้รับประทานยาแก้ปวด ลดไข้ 1 เม็ดและให้ซ้ำได้ทุก ๆ 4-6 ชั่วโมง ยังคงให้ยาลดกรด losec 20 มิลลิกรัม ก่อนรับประทานอาหาร 2 ครั้ง ๆ ละ 1 เม็ด เข้า เย็น

วันที่ 3 ผู้ป่วยยังคงได้รับยาควบคุมความดันโลหิตชนิดฉีดเข้าหลอดเลือดดำ คือ nicardipine (1:5) และยาลดความดันโลหิต enalapril 20 มิลลิกรัมรับประทานหลังอาหารเช้าวันละ 1 เม็ด และหากผู้ป่วยมีอาการระอึกให้ฉีดยา plasil 10 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ฉีดซ้ำได้ทุก 8 ชั่วโมงและยังคงให้สารน้ำเข้าทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS อัตราหยด 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย

วันที่ 4-7 ยังคงให้ยาควบคุมความดันโลหิตทางหลอดเลือดดำ nicardipine (1:5) และเริ่มให้ยาลดความดันโลหิตชนิด รับประทานหลังอาหาร วันละ 3 ครั้ง ๆ ละ 1 เม็ด เข้า เทียง เย็น คือ hydralazine 25 มิลลิกรัม วันที่ 6 ปรับให้ยาความดันโลหิตชนิดรับประทานเพิ่มอีก 1 ตัว คือ doxazocin 2 มิลลิกรัม โดยรับประทานหลัง

อาหาร วันละ 2 ครั้ง ๆ ละ 1 เม็ด เข้า เย็น และปรับยา hydralazine 25 มิลลิกรัม จากวันละ 3 ครั้ง ๆ ละ 1 เม็ด เข้า เทียง เย็น เปลี่ยนเป็นวันละ 4 ครั้ง ๆ ละ 1 เม็ด เข้า เทียง เย็น และก่อนนอน และหยุดให้ nicardipine ทางหลอดเลือดดำ วันที่ 7 แพทย์พิจารณาปรับยาควบคุมความดันโลหิตให้เหลือตัวเดียว คือ captopril 25 มิลลิกรัม ครั้งเม็ด โดยให้ผู้ป่วยรับประทาน ถ้าความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัวมากกว่า 160 มิลลิเมตรปรอท วันที่ 8 จำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยได้รับยาควบคุมความดันโลหิตชนิดรับประทาน ได้แก่ captopril ครั้งเม็ด เมื่อมีความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัวมากกว่า 160 มิลลิเมตรปรอท ยา doxazocin 2 มิลลิกรัม รับประทานหลังอาหาร วันละ 2 มื้อ ๆ ละ 1 เม็ด เข้า เย็น ยา enalapril 20 มิลลิกรัม 1 เม็ด หลังอาหารเช้า ยา amlodipine 5 มิลลิกรัม รับประทานหลังอาหาร วันละ 2 ครั้ง ๆ ละ 2 เม็ด เข้า เย็น และยาแก้ปวด paracetamol 500 มิลลิกรัม 1 เม็ด ทุก 4-6 ชั่วโมง เมื่อมีอาการปวดศีรษะหรือมีไข้

6. กิจกรรมการเคลื่อนไหว (activity) ในระหว่างการรักษา ดูแลจัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา และพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง และเมื่ออาการคงที่ เริ่มปรึกษาแผนกกายภาพบำบัดเพื่อฝึกการเคลื่อนไหวและกิจกรรมทางกายเพื่อเสริมสร้างการฟื้นตัว

7. การดูแลด้านโภชนาการ (nutrition) วันแรก ดูแลให้ดื่มน้ำและอาหาร วันที่ 2-3 ปรับลดปริมาณสารน้ำทางหลอดเลือดดำและเริ่มอาหารอ่อน ลดเค็ม ผู้ป่วยรับประทานข้าวต้มได้หมด

8. การให้ความรู้และคำแนะนำ (teaching & education) ในการปฏิบัติแก่ญาติและผู้ดูแล ในวันแรก ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพอาการผู้ป่วย พร้อมกฎระเบียบการเตรียมของใช้ และต่อมาให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วย และการเตรียมตัวกลับไปอยู่บ้านแก่บุตรชาย

9. การส่งต่อผู้ป่วย (transfers) โดยวันแรก เคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากหน่วยฉุกเฉินมายังหอผู้ป่วยวิกฤต หลังจากนั้นอาการดีขึ้น ย้ายผู้ป่วยไปอยู่ในโซนผู้ป่วยกึ่ง

วิกฤต และในระยะพักฟื้นเตรียมผู้ป่วยเข้าโครงการ “บ้านฉันที่ชั้น 2” ซึ่งเป็นการจัดพื้นที่ในหอผู้ป่วยชั้น 2 ให้มีสภาพคล้ายบ้าน สำหรับผู้ป่วยฝึกการดูแลตนเอง หรือญาติฝึกการดูแลผู้ป่วย และแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อต้องกลับไปอยู่ที่บ้าน

โดยรวม ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการดูแลตามหลัก ‘PAST-MANTT’ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างเป็นระบบ และญาติได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย พยาบาลเกิดความตระหนักและปฏิบัติตามขั้นตอนการดูแลที่กำหนดไว้อย่างเป็นแบบแผน ตั้งแต่ระยะจากช่วงวิกฤติ ระยะฟื้นฟู จนถึงจำหน่าย ช่วยให้มีการฟื้นตัวที่ดีและกลับบ้านได้ตามเป้าหมาย

สรุป

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก เลือดที่ออกจะไปกดเบียดเนื้อเยื่อสมองส่วนต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษา จะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยและอาจทำให้เสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกบางรายอาจไม่มีความจำเป็น หรือไม่มีข้อบ่งชี้ที่เหมาะสมในการรักษาโดยการผ่าตัด แพทย์จึงอาจให้การรักษาทางยา และเน้นการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นได้ทุกขณะ การกำหนดแนวทางการพยาบาลบนข้อมูลเชิงประจักษ์ในการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ไม่ผ่าตัดจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้เกิดมาตรฐานทางการพยาบาล นำไปสู่การดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ และเสริมสร้างความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary. Public health statistics A.D. 2018 report: Bangkok; 2018, p.101. (in Thai)
2. Medical Records, Suratthani Hospital. Intracerebral haemorrhage statistics 2019, Suratthani; 2019. (in Thai).
3. Areechokchai D, Vijitsoonthornkul K, Pongpan S, Maeakhian S. Population attributable fraction of stroke risk factors in Thailand: utilization of non-communicable disease surveillance systems. *OSIR*. 2017;10 (1):1-6.
4. Macellari F, Paciaroni M, Agnelli G, Caso V. Neuroimaging in intracerebral hemorrhage. *Stroke*. 2014;45:903-8.
5. Guild SJ, Saxena UA, McBryde FD, Malpas SC, Ramchandra R. Intracranial pressure influences the level of sympathetic tone. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol*. 2018;315(5):R1049-53.
6. Sinsap N, Jankra J, Jaiman B. Hypertension in elderly: silence killer should be aware. *Journal of Phrapokkiao Nursing College*. 2017;28(1): 100-11. (in Thai)
7. Lloyd-Jones D, Adam R, Carnethon M, De Simone G, Ferguson TB, Flegal K, et al. Heart disease and stroke statistics—2009 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*. 2009;119(3):480-6.
8. Song YM, Sung J, Lawlor DA, Davey Smith G, Shin Y, Ebrahim S. Blood pressure, haemorrhagic stroke, and ischemic stroke: the Korean national prospective occupational cohort study. *BMJ*. 2004; 328(7435):324-5.
9. 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(12):2535-40.
10. Muñoz RN, Méndez BM, Hernández BV, Jimenez GR, Jesus EH, et al. Type 2 diabetes and hemorrhagic stroke: a population-based study in Spain from 2003 to 2012. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2016; 25(6): 1431-43.
11. Suh I, Jee SH, Kim HC, Nam CM, Kim IS, Appel LJ. Low serum cholesterol and haemorrhagic stroke in men: Korea medical insurance corporation study. *Lancet*. 2001; 357(9260):922-5.
12. Ikehara S, Iso H, Yamagishi K, Yamamoto S, Inoue M. Alcohol consumption, social support, and risk of stroke and coronary heart disease among Japanese men. *Alcohol Clin Exp Res*. 2009;33(6):1025-32.
13. Aguilar MI, Brott TG. Update in intracerebral hemorrhage. *Neurohospitalist*. 2011;1:148-59.
14. Melo TP, Pinto AN, Ferro JM. Headache in intracerebral hematomas. *Neurology*. 1996;47(2):494-500.
15. Panjisee S, Pearnpathom N, Weerasarn K. Clinical practice guidelines for hemorrhagic stroke. Bangkok: Thana Press; 2013. (in Thai)
16. Makris M, Van Veen JJ. Three or four factor prothrombin complex concentrate for emergency anticoagulation reversal?. *Blood Transfus*. 2011;9(2):117-9.
17. Qureshi AI. Antihypertensive treatment of acute cerebral haemorrhage (ATAACH): rationale and design. *Neurocrit Care*. 2007;6(1):56-66.
18. Ropper AH. Hyperosmolar therapy for raised intracranial pressure. *N Eng J Med*. 2012;367:746-52.
19. Raccach BH, Perlman A, Danenberg HD, et al. Major bleeding and hemorrhagic stroke with direct oral anticoagulants in patients with renal failure: systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Chest*. 2016;149(6):1516-24.
20. Claassen J, Jette N, Chum F, Green R, Schmidt M, Choi H, et al. Electrographic seizures and periodic discharges after intracerebral haemorrhage. *Neurology*. 2007;69 (13):1356-65.
21. Prakash A, Matta BF. Hyperglycemia and neurological injury. *Curr Opin Anesthesiol*. 2008; 21(5):565-9.
22. World Health Organization. World stroke campaign [Internet]. 2015 [cited 2017 Jan 21] Available from: <http://www.world-stroke.org/advocacy/world-stroke-campaign>
23. Stroke Association. Disclaimer and privacy policy to stroke rehab [Internet]. 2010-2017 [cited 2017 February 12]. Available from: [http://www. Stroke-rehab.com/disclaimer-and-privacy-policy.html](http://www.Stroke-rehab.com/disclaimer-and-privacy-policy.html)