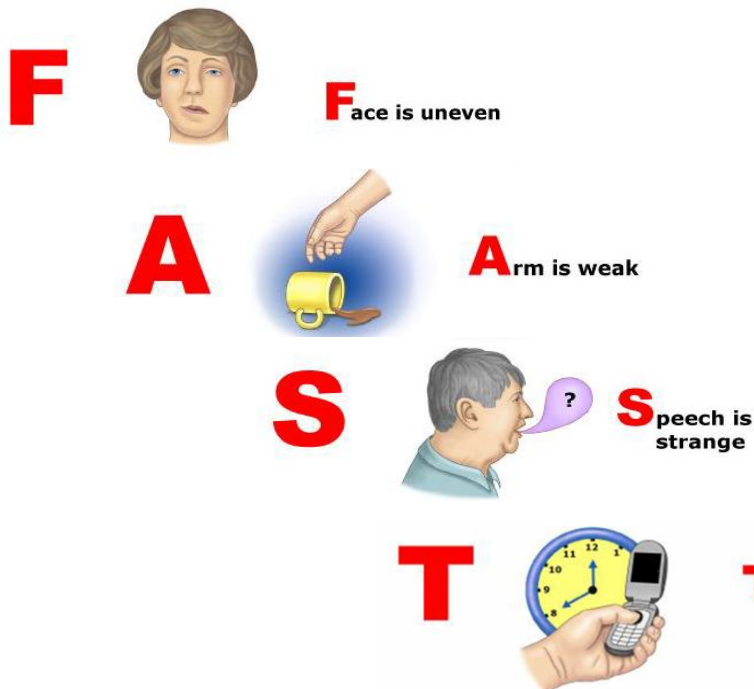


แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สำหรับโรงพยาบาลชุมชน



หน่วยประสาทวิทยา

กลุ่มงานอายุรกรรมโรงพยาบาลชลบุรี

(สิงหาคม 2556)

คำนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะที่พบได้บ่อยขึ้นในปัจจุบันและมีแนวโน้มที่จะมีจำนวนผู้ป่วยมากขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ มีมากขึ้น เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ ในปัจจุบันการรักษาโรคหลอดเลือดสมองมีความก้าวหน้ามากขึ้น เช่นการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ซึ่งปัจจุบันมีโรงพยาบาลต่างๆสามารถให้การรักษได้เกือบทุกจังหวัด แต่ยังมีข้อจำกัดอยู่ที่เวลาที่ผู้ป่วยจะมาถึงโรงพยาบาลต้องไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถให้การรักษด้วยวิธีนี้ได้ นอกจากนี้การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองมีความจำเป็นต้องทำ CT scan ซึ่งจะมีในโรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์ ทำให้โรงพยาบาลชุมชนไม่สามารถให้การวินิจฉัยผู้ป่วยและรักษาผู้ป่วยได้ แม้อาการผู้ป่วยจะเป็นเพียงเล็กน้อยก็ตาม ก็มีความจำเป็นที่ต้องส่งตัวผู้ป่วยมาเพื่อทำ CT scan และรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด หรือโรงพยาบาลศูนย์ ทำให้เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นและเกิดความไม่สะดวกกับผู้ป่วยและญาติที่ต้องเดินทางมารับการรักษาในที่ไกลจากภูมิลำเนาเดิม

ในปีงบประมาณ 2555 โรงพยาบาลชลบุรีได้รับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ส่งตัวมาจากโรงพยาบาลต่างๆ จำนวน 875 ราย โดยเป็นชนิดสมองขาดเลือด จำนวน 642 ราย ชนิดเลือดออกในสมอง จำนวน 233 ราย จากจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 1,187 ราย จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการส่งตัวมาคิดเป็นผู้ป่วยร้อยละ 73.71 ของผู้ป่วยทั้งหมด จากการไปนิเทศงานโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาลชุมชนทำให้ทราบถึงปัญหาที่ต้องส่งตัวผู้ป่วยเพื่อทำการรักษาต่อ เนื่องจากบางแห่งไม่สามารถส่งทำ CT scan ได้ หรือบางแห่งสามารถส่งทำ CT scan ได้แต่ยังไม่มั่นใจในการให้การรักษผู้ป่วย

ดังนั้นหน่วยประสาทวิทยาโรงพยาบาลชลบุรี จึงจัดทำแนวทางการดูแลและรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับโรงพยาบาลชุมชนขึ้น เพื่อเป็นแนวทางให้กับแพทย์โรงพยาบาลชุมชนในการตัดสินใจให้การรักษผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาลชุมชนเองหรือทำการส่งตัวมาเพื่อทำการรักษาต่อที่โรงพยาบาลชลบุรี

นอกจากนี้ ยังมีการปรับปรุงคู่มือให้สอดคล้องกับการทำงานของเครือข่าย โดยได้เพิ่มแนวทางการส่งตัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาการคงที่จากโรงพยาบาลชลบุรีกลับไปทำการรักษา และทำกายภาพบำบัดต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชน เพื่อความสะดวกของผู้ป่วย และญาติ เป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา และการเดินทาง

คณะผู้จัดทำหวังว่าคู่มือนี้จะเป็นแนวทางให้กับแพทย์โรงพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมั่นใจมากขึ้นและเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยต่อไป

หน่วยประสาทวิทยาโรงพยาบาลชลบุรี

สิงหาคม 2556

คำแนะนำการใช้แนวทางดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับโรงพยาบาลชุมชน

คู่มือฉบับนี้ได้แบ่งการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามระยะเวลาที่เกิดอาการ ดังนี้

แผนภูมิที่ 1 แนวทางการรักษาผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดอาการภายใน 4.5 ชั่วโมง

แผนภูมิที่ 2 แนวทางการรักษาผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดอาการระหว่าง 4.5 ชั่วโมง ถึง 3 หรือ 5 วัน

แผนภูมิที่ 3 แนวทางการรักษาผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดอาการนานกว่า 3 หรือ 5 วัน

โดยในแต่ละขั้นตอนจะมีการอธิบายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตาม appendix ที่กำหนดไว้ในภาคผนวก ได้แก่

Appendix 1 อาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Appendix 2 บทบาทและหน้าที่ของโรงพยาบาลชุมชนก่อนส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้าระบบ Stroke Fast Track

Appendix 3 อาการของ Lacunar Infarction

Appendix 4 Management of acute stroke สำหรับโรงพยาบาลชุมชน

หมายเหตุ ตามแนวทางการรักษาที่ได้กล่าวไว้ว่าทำ CT Scan ได้หมายถึงโรงพยาบาลชุมชนมีการติดต่อในเพื่อส่งทำ CT Scan กับโรงพยาบาลใกล้เคียงได้

และเพิ่มแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาการคงที่จากโรงพยาบาลกลับไปทำการรักษาและทำกายภาพบำบัดต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชน ดังนี้

แผนภูมิที่ 1 ผู้ป่วย Acute stroke ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA)

แผนภูมิที่ 2 ผู้ป่วย Stroke ที่มีสมองขาดเลือดขนาดเล็กถึงปานกลาง

แผนภูมิที่ 3 ผู้ป่วย Stroke ที่มีสมองขาดเลือดขนาดใหญ่

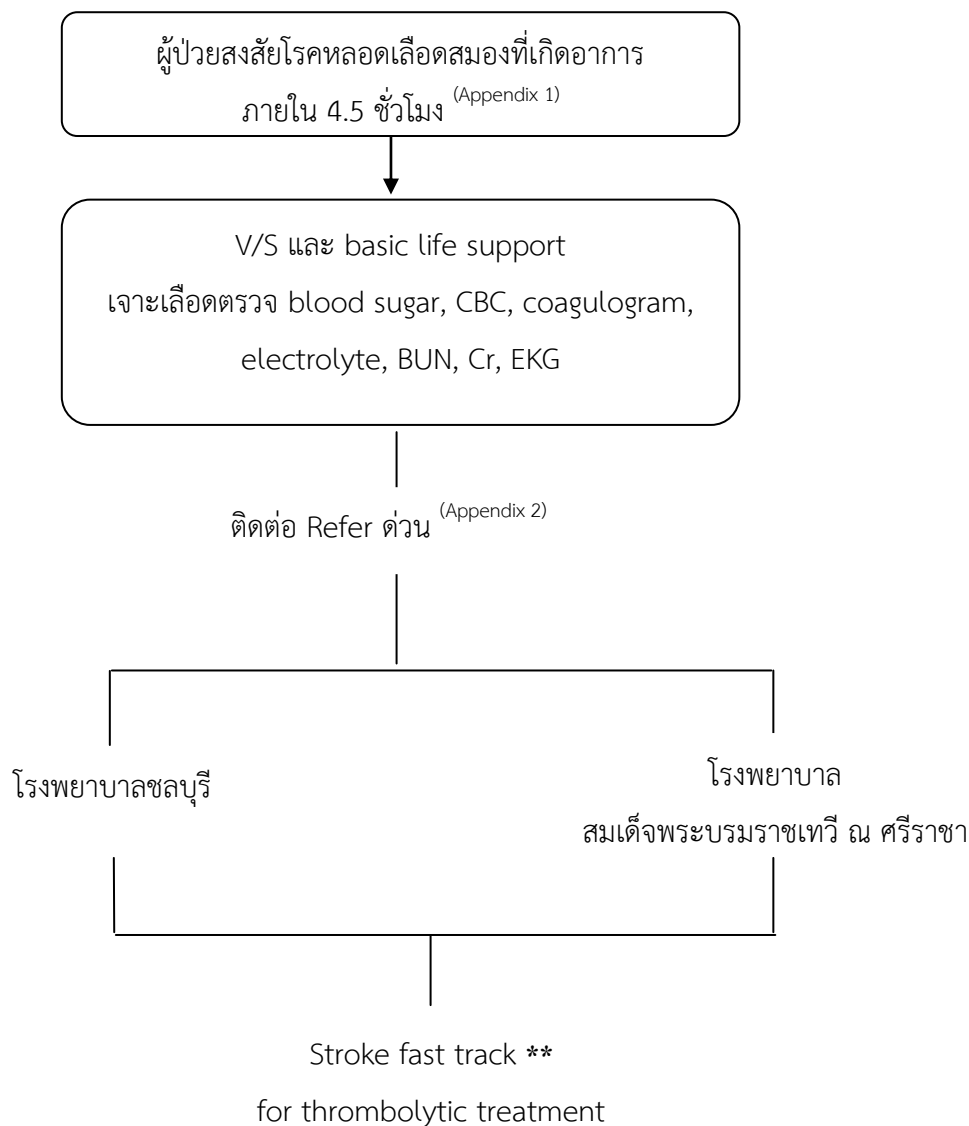
แผนภูมิที่ 4 ผู้ป่วย Stroke ที่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ

สารบัญ

	หน้า
แผนภูมิที่ 1	
แนวทางการรักษาผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ที่เกิดอาการภายใน 4.5 ชั่วโมง	1
แผนภูมิที่ 2	
แนวทางการรักษาผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ที่เกิดอาการ ระหว่าง 4.5 ชั่วโมง ถึง 3 วัน หรือ 5 วัน	2
แผนภูมิที่ 3	
แนวทางการรักษาผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ที่เกิดอาการนานกว่า 3 หรือ 5 วัน	3
ภาคผนวก	4
Appendix 1	อาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
Appendix 2	บทบาทและหน้าที่ของโรงพยาบาลชุมชนก่อนส่งต่อผู้ป่วย เพื่อเข้าระบบ Stroke Fast Track
Appendix 3	อาการของ Lacunar infarction
Appendix 4	Management of acute ischemic stroke สำหรับโรงพยาบาลชุมชน
	แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับโรงพยาบาลชุมชน
แผนภูมิที่ 1	
ผู้ป่วย Acute stroke ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA)	10
แผนภูมิที่ 2	
ผู้ป่วย Stroke ที่มีสมองขาดเลือดขนาดเล็กถึงปานกลาง	11
แผนภูมิที่ 3	
ผู้ป่วย Stroke ที่มีสมองขาดเลือดขนาดใหญ่	12
แผนภูมิที่ 4	
ผู้ป่วย Stroke ที่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	13

แผนภูมิที่ 1

แนวทางการรักษาผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดอาการภายใน 4.5 ชั่วโมง



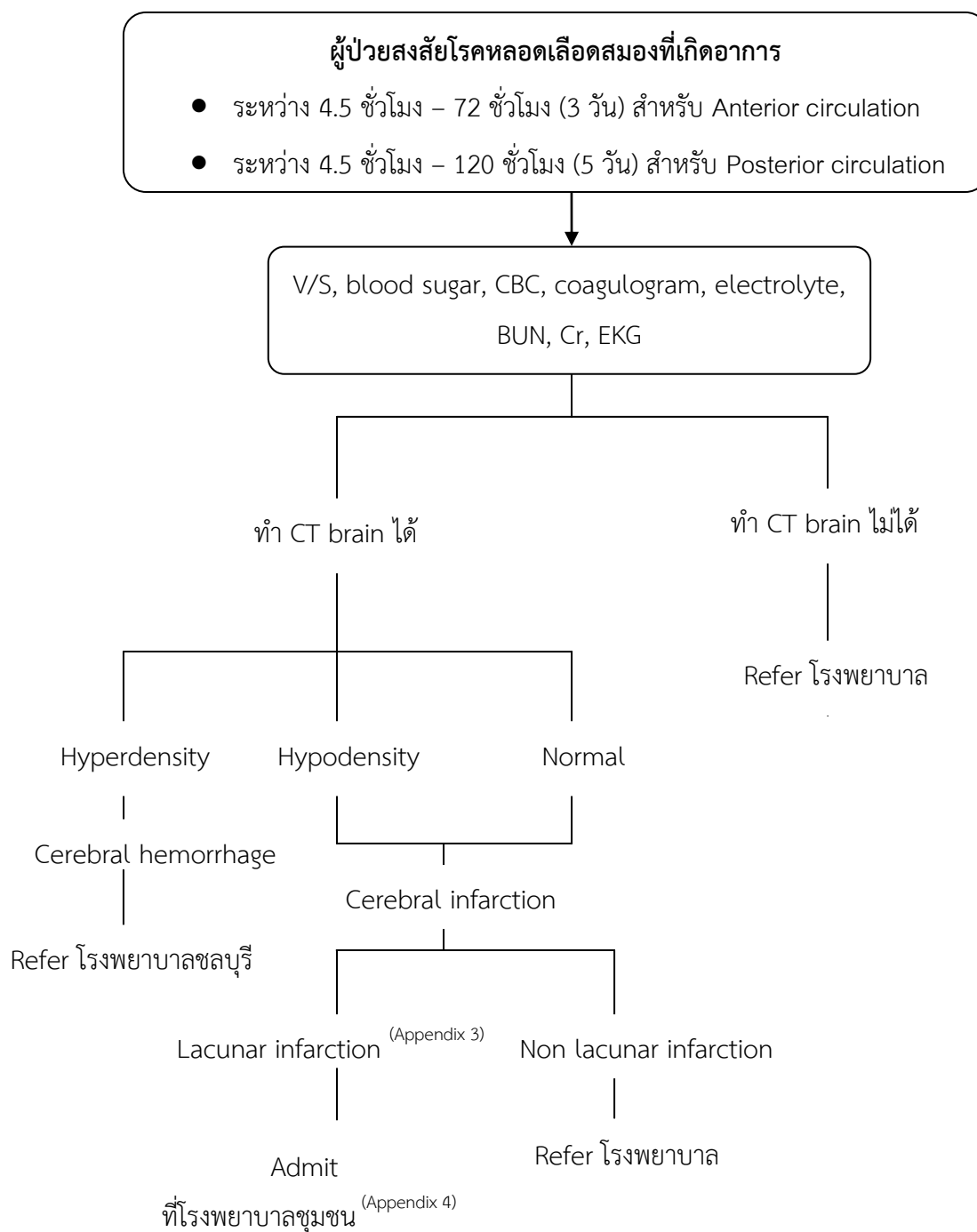
Appendix 1 อาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Appendix 2 บทบาทและหน้าที่ของโรงพยาบาลชุมชนก่อนส่งต่อผู้ป่วย

** แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ
โรงพยาบาลชลบุรี

แผนภูมิที่ 2

แนวทางการรักษาผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง
ที่เกิดอาการระหว่าง 4.5 ชั่วโมง ถึง 3 หรือ 5 วัน

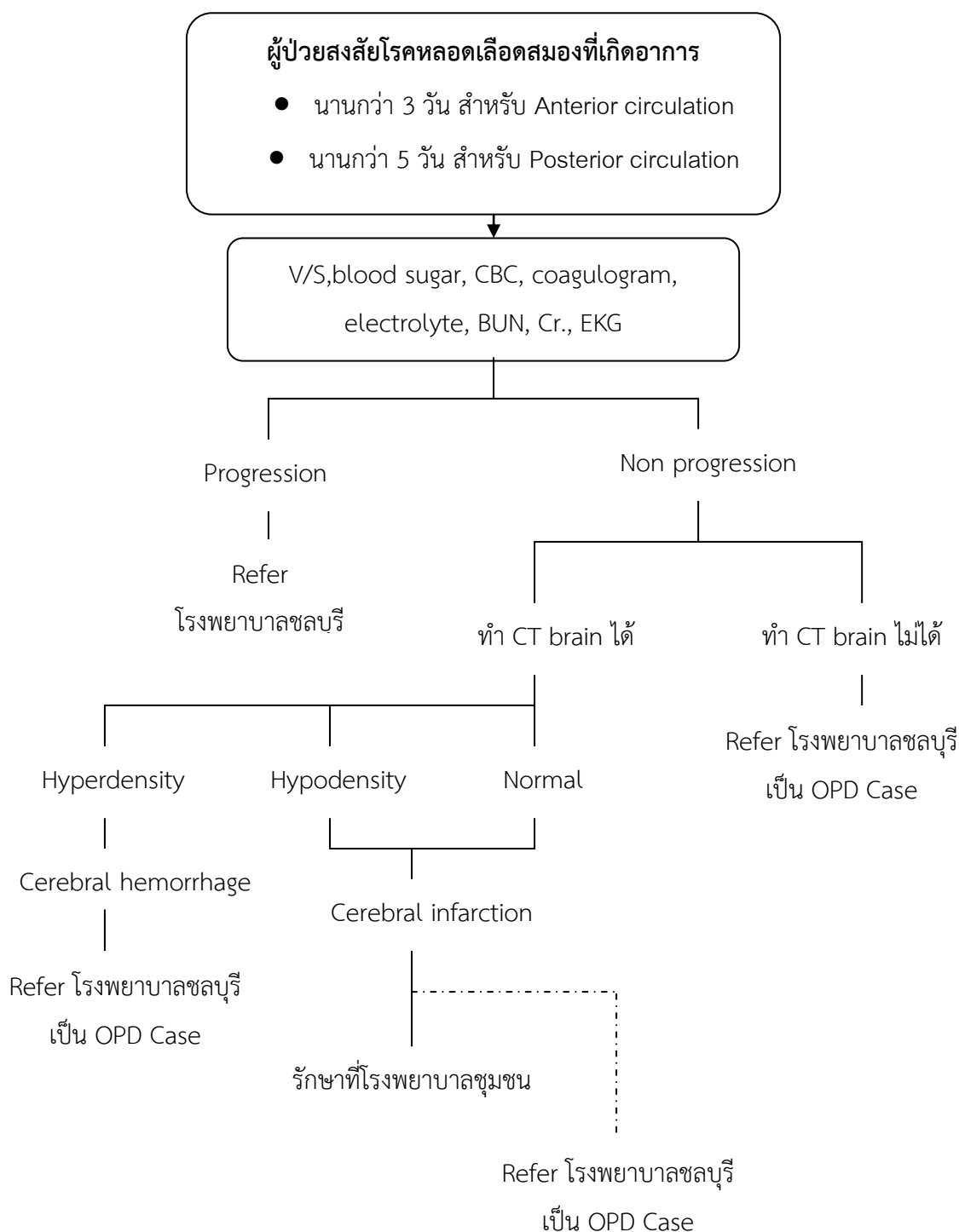


Appendix 3 อาการของ Lacunar infarction

Appendix 4 Management of acute ischemic stroke

แผนภูมิที่ 3

แนวทางการรักษาผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดอาการนานกว่า 3 หรือ 5 วัน



ภาคผนวก

Appendix 1

อาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1. Anterior circulation

- Hemiparesis แขนขาอ่อนแรงด้านใดด้านหนึ่งและมีใบหน้าอ่อนแรงด้านเดียวกับแขนขาที่อ่อนแรง อาการอ่อนแรงของใบหน้าเป็นแบบอ่อนแรงแบบ upper motor neuron
- Hemiparesthesia ชาด้านใดด้านหนึ่งของร่างกายและใบหน้าด้านเดียวกัน
- Dysarthria พูดไม่ชัด เสียงพูดเปลี่ยนไปจากเดิม
- Aphasia ผู้ป่วยฟังไม่เข้าใจ พูดไม่รู้เรื่องหรือพูดไม่ได้

2. Posterior circulation

- Hemiparesis แขนขาอ่อนแรงด้านใดด้านหนึ่งและมีใบหน้าอ่อนแรงด้านเดียวหรือด้านตรงข้ามกับแขนขาที่อ่อนแรง
- Hemiparesthesia ชาด้านใดด้านหนึ่งของร่างกายและขาใบหน้าด้านเดียวกันหรือด้านตรงข้ามกับร่างกายที่ชา
- Quadriplegia มีอาการอ่อนแรงแขนขาทั้งหมด
- Dysarthria พูดไม่ชัด เสียงพูดเปลี่ยนไปจากเดิม
- Dysphagia กลืนลำบาก
- Diplopia มองเห็นภาพซ้อน
- Vertigo เวียนศีรษะบ้านหมุนตัวหมุน
- Ataxia มีอาการเดินเซ
- Decrease level of consciousness ความรู้สึกตัวลดลง

Appendix 2

บทบาทและหน้าที่ของโรงพยาบาลชุมชนก่อนส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้าระบบ Stroke Fast Track

บทบาทและหน้าที่ของโรงพยาบาลอำเภอก่อนส่งต่อผู้ป่วย Stroke fast track

1. วินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง
2. ทราบระยะเวลาในการเกิดแน่นอน
3. ตรวจ DTX หรือ Lab อื่นๆ CBC PT PTT BUN Cr (ถ้าตรวจได้)
4. การให้ intravenous fluid ควรเลือกให้ในแขนข้างที่ไม่ได้มีภาวะอ่อนแรง เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะบวมเฉพาะที่
5. การให้สารน้ำ ควรเป็น isotonic saline (0.9% NSS) (ไม่ใช่ สารน้ำที่มีส่วนผสมของ glucose เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะ hyperglycemia) ปริมาณที่ให้ควรไม่น้อยกว่า maintenance (หรือประมาณ 80 - 100 cc/hr) เพื่อไม่ให้เกิดภาวะ dehydration ซึ่งจะทำให้ภาวะ stroke แย่ลง ยกเว้นพบว่าผู้ป่วยมีภาวะ volume overload หรือ congestive heart failure
6. แจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงการวินิจฉัยโรค แผนการรักษาและขั้นตอนการส่งตัวมายัง รพ.ชลบุรี
7. ควรเตรียมเอกสาร ข้อมูลผู้ป่วยทั้งในด้านการแพทย์และข้อมูลส่วนตัวผู้ป่วยให้ครบถ้วน เพื่อให้แพทย์ที่รับ refer ต่อสามารถวางแผนการรักษาได้เร็วและไม่มีปัญหาเรื่องสิทธิ์การรักษา
8. ควรตรวจภาวะความรู้สึกตัว และความผิดปกติทางระบบประสาทเป็นระยะ เพราะผู้ป่วยระยะนี้อาจมีการเปลี่ยนแปลงของโรคได้รวดเร็วและอันตรายถึงชีวิตได้
9. โทรแจ้งเมื่อทราบผลตรวจของ PT PTT (ถ้าตรวจได้) โดยเร็วมาที่ รพ.ชลบุรี

หมายเหตุ

- ควรหลีกเลี่ยงการกระทำที่อาจทำให้เกิดบาดแผล เช่น NG tube, Foley catheter, endotracheal tube ถ้าไม่จำเป็น เพราะทำให้มีความเสี่ยงเกิดเลือดออกในบริเวณอวัยวะดังกล่าว เมื่อผู้ป่วยได้รับยา rt-PA
- สิ่งสำคัญที่สุดคือความรวดเร็ว ตั้งแต่สงสัยว่าเป็น stroke fast track จนถึงการเดินทางมาที่ รพ.ชลบุรี ควรมีการดำเนินการที่รวดเร็ว กระชับ เป็นขั้นตอน เพราะระยะเวลาที่นานขึ้นยิ่งทำให้ความรุนแรงของ stroke ยิ่งมากขึ้น ผลของการตอบสนองต่อการให้ rt-PA ลดลงและมีความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกจากการให้ rt-PA มากขึ้น
- ควรให้ญาติเดินทางมาพร้อมผู้ป่วยด้วย เนื่องจากต้องมีการลงชื่อในเอกสารยินยอมให้การรักษา

Appendix 3

อาการของ Lacunar infarction

อาการของ Lacunar infarction

ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวดี (consciousness) ตลอดขณะที่มีอาการสามารถเล่าลำดับเวลาและความผิดปกติที่เกิดขึ้นได้ชัดเจน ผู้ป่วยอาจพูดไม่ชัดแต่สามารถพูดคุ้ยรู้เรื่องได้ปกติ (ไม่มีaphasia) ไม่มีภาวะสับสน (ไม่มี confusion) ตอบตรงคำถาม ไม่มี cranial nerve deficit

1. Sensorimotor stroke

- ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนแรงแขนขาใบหน้าและขาข้างเดียวกับที่อ่อนแรง
- แขนและขาจะมีความอ่อนแรงที่ใกล้เคียงกัน

2. Pure motor hemiparesis

- ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนแรงแขนขาใบหน้าข้างใดข้างหนึ่ง
- แขนและขาจะมีความอ่อนแรงที่ใกล้เคียงกัน

3. Pure sensory stroke

- ผู้ป่วยจะมีอาการชาของแขนขาลำตัวและใบหน้าข้างใดข้างหนึ่ง
- ไม่มีอาการอ่อนแรง

4. Ataxic hemiparesis

- ผู้ป่วยจะมีอาการแหว่งของแขนขาข้างใดข้างหนึ่งผิดปกติ เมื่อทำการตรวจ finger to nose และ heel to knee โดยไม่พบ cerebellar sign อื่น
- ผู้ป่วยอาจมีอาการอ่อนแรงในข้างที่ตรวจพบความผิดปกติข้างต้น
- ไม่มีอาการชา

5. Dysarthria-clumsy hand syndrome

- ผู้ป่วยจะมีอาการเด่นคือพูดไม่ชัด
- ผู้ป่วยจะมีแขนอ่อนแรงเล็กน้อยและมีการทำงานของมือผิดปกติไป เช่น ลายมือเปลี่ยน หยิบจับของไม่ถนัดเหมือนเดิม

Appendix 4

Management of acute ischemic stroke สำหรับโรงพยาบาลชุมชน

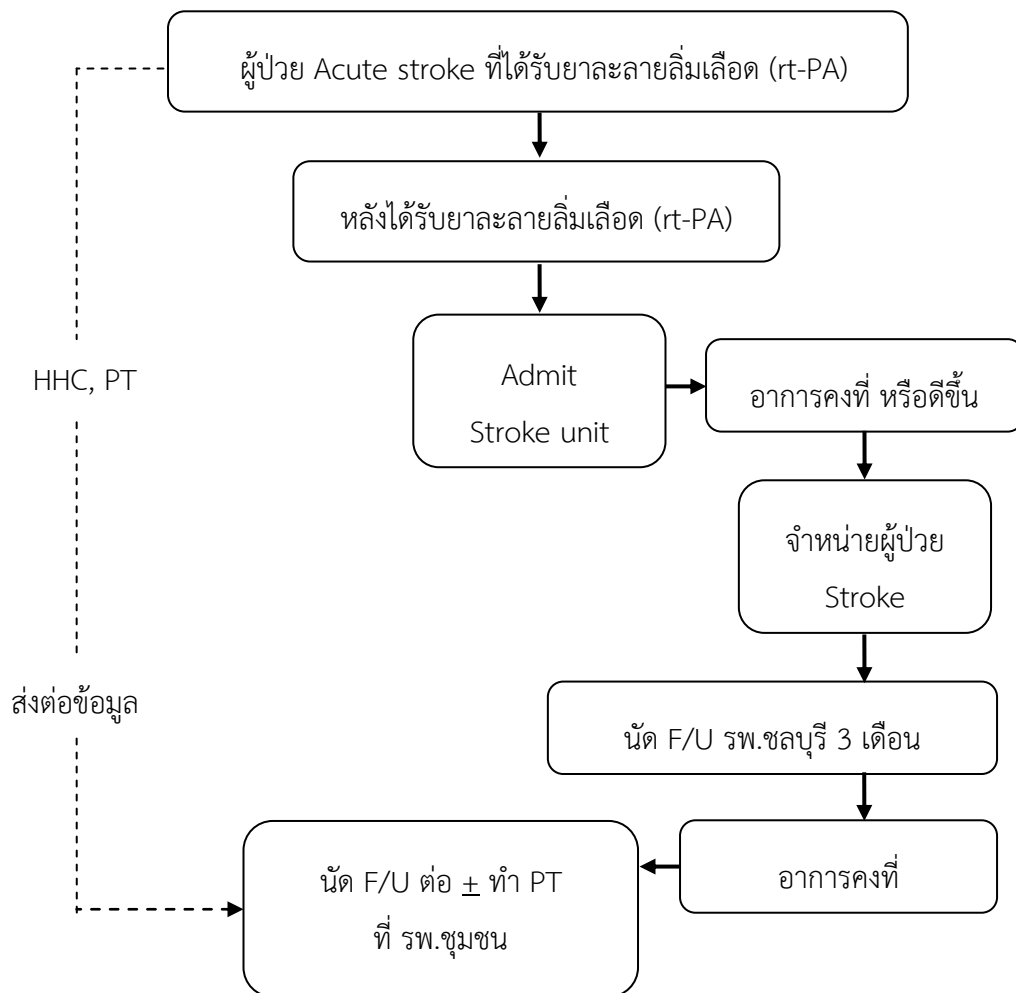
Management of acute **ischemic** stroke สำหรับโรงพยาบาลชุมชน

1. ควรตรวจร่างกายทางระบบประสาทที่มีความผิดปกติอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ในช่วง 3 - 5 วันแรก และวันละ 1 ครั้ง จนครบ 10 วันหลังจากเกิด stroke
2. ให้อนยกระเพาะและส่วนบนของร่างกายสูง 20 - 30 องศา เพื่อหลีกเลี่ยงการสำลักอาหารในผู้ป่วยที่การกลืนผิดปกติ
3. การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ขึ้นอยู่กับภาวะสมดุลของน้ำในร่างกาย ในกรณีที่ขาดน้ำแนะนำให้ Isotonic solution โดยเฉพาะ 0.9% NaCl หลีกเลี่ยงการให้สารน้ำที่มีน้ำตาล และ Free water ควรให้ร่างกายอยู่ในภาวะสมดุลของน้ำ
4. ฝ้าระวังไม่ให้เกิดภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ (O2 saturation > 92%) และการหายใจผิดปกติ
5. การให้ยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelets) พิจารณาให้ aspirin 160 – 325 มิลลิกรัมต่อวัน ภายใน 48 ชั่วโมง
6. ในกรณีที่ไม่สามารถใช้ยา aspirin ได้ ให้พิจารณาใช้ ยาต้านเกล็ดเลือดอื่นๆ เช่น clopidogrel 75 มิลลิกรัมต่อวัน หรือ cilostazol 200 มิลลิกรัมต่อวัน
7. ไม่ควรให้ยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในระยะเฉียบพลัน ยกเว้นผู้ป่วยที่มีภาวะ Hypertensive Emergency หรือมีความดันโลหิตสูงมากตลอด คือ SBP > 220 mmHg หรือ DBP > 120 mmHg อาจพิจารณาให้ยาลดความดันโลหิตสูงได้ เช่น
 - Sodium nitroprusside (0.5 ug/kg/min.) IV infusion ปรับเพิ่มตามค่าความดันโลหิตที่ต้องการ
 - Nicardipine (5 mg/h) IV infusion ปรับเพิ่มตามค่าความดันโลหิตที่ต้องการ
 - Captopril (6.25 - 12.5 mg) ทางปาก ออกฤทธิ์ภายใน 15 - 30 นาที อยู่ได้นาน 4 - 6 ชม.
 - Enalapril (5 mg) ทางปาก หรือ amlodipine (5 - 10 mg) ทางปากโดยให้ค่า SBP ให้อยู่ที่ประมาณ 160 – 180 mmHg
8. ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด น้อยกว่า 140 – 180 mg/dl ในผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง
9. การให้ยาลดไข้ ในกรณีที่มีไข้ พร้อมทั้งหาสาเหตุ และรักษาตามสาเหตุ
10. ภาวะที่มีอาการหรืออาการแสดงทางระบบประสาทที่เป็นมากขึ้น ให้ส่งผู้ป่วยมาที่ รพ.ชลบุรีโดยเร็ว

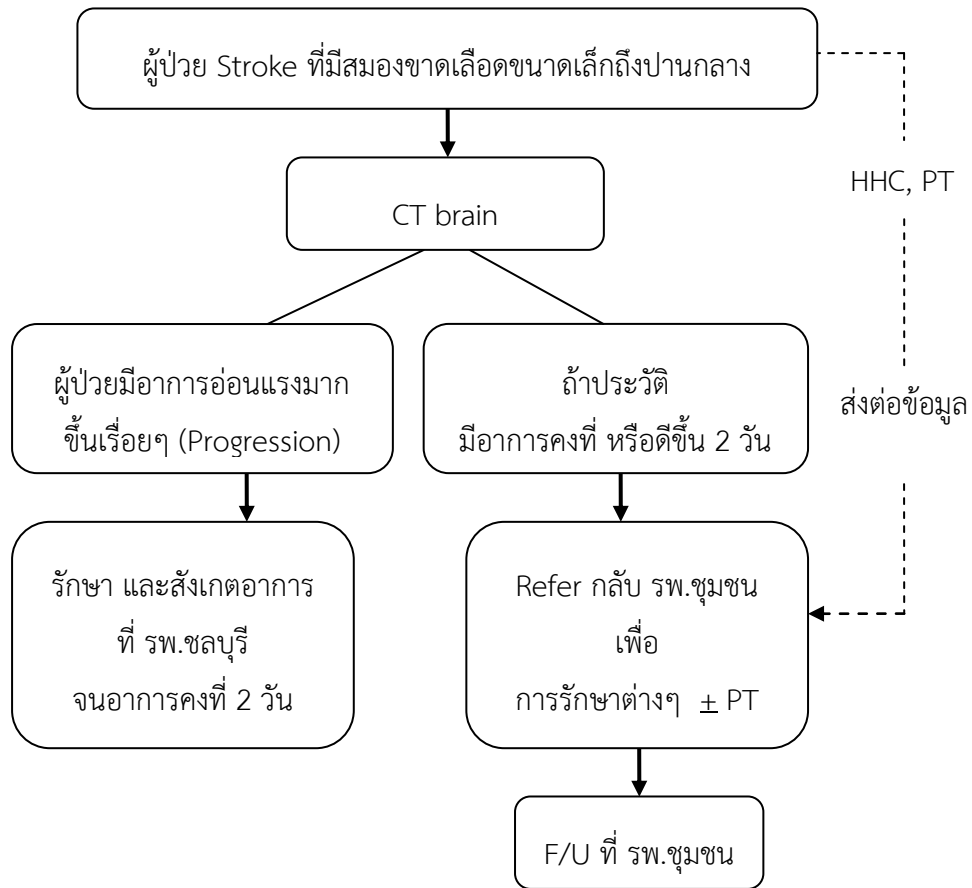
แนวทางการส่งต่อผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองกลับโรงพยาบาลชุมชน

แผนภูมิที่ 1

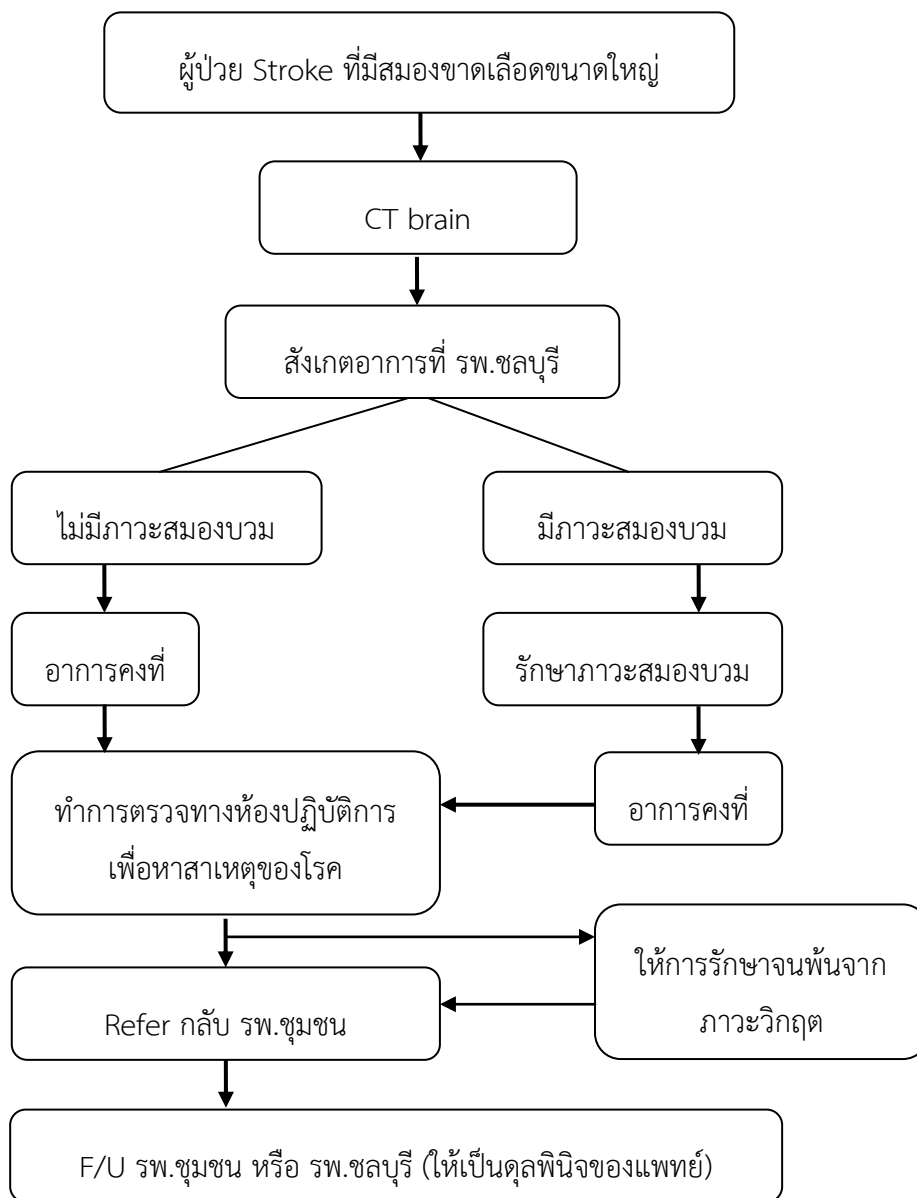
ผู้ป่วย Acute stroke ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA)



แผนภูมิที่ 2
ผู้ป่วย Stroke ที่มีสมองขาดเลือดขนาดเล็กถึงปานกลาง



แผนภูมิที่ 3
ผู้ป่วย Stroke ที่มีสมองขาดเลือดขนาดใหญ่



แผนภูมิที่ 4
ผู้ป่วย Stroke ที่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ

