


<p>โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์</p>		<p>ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure:SP) เลขที่ SP-PCTMED-024</p>
<p>เรื่อง: แนวทางการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง (small vessel stroke and TIA) รพ.ปราสาท</p>		
<p>จัดทำโดย: คณะกรรมการ PCT อายุรกรรม</p>	<p>ฉบับแรก (จำนวน 4 หน้า รวมปก) ประกาศใช้เมื่อ: 24 พ.ค.2562</p>	
<p>หน่วยงานนำไปใช้:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) องค์กรแพทย์ 2) องค์กรพยาบาล 3) แผนก ER 4) แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม 5) หอผู้ป่วยอายุรกรรม 		

วิหิตทัย มามูล

(นางวิหิตทัย มามูล)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
ประธาน PCT อายุรกรรมและ
รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาคุณภาพ



(นายประมวล ไทยงามศิลป์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปราสาท

แนวทางการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง (small vessel stroke and TIA) รพ.ปราสาท

อ้างอิงจาก small vessel stroke and TIA care map สำหรับโรงพยาบาลชุมชน

โดย นพ. สุรเชษฐ์ เอี่ยมธนะสินชัย ประสาทแพทย์ รพ.สุรินทร์

Name	Location (lesion : hypodensity lesion size < 1.5 cm, or not seen lesion)	Presentation (maximum NIHSS)
Pure motor stroke/hemiparesis หมายเหตุ สามารถ motor power grade 0 ได้เลย	posterior limb of the internal capsule, basilar part of pons, corona radiata	Hemiparesis +/- facial weakness +/- dysarthria +/- dysphagia Maximum NIHSS Motor 4+4 Facial 3 Dysarthria 2 = 13
Ataxic hemiparesis หมายเหตุ ถ้าเห็น new lesion at cerebellum ให้คิดเป็น large vessel	posterior limb of the internal capsule, basilar part of pons, and corona radiata, red nucleus, lentiform nucleus, SCA infarcts, ACA infarcts	Ipsilateral ataxia + hemiparesis Maximum NIHSS Motor 4+4 Facial 3 Dysarthria 2 Ataxia 2 = 15
Dysarthria/clumsy hand หมายเหตุ ส่วนใหญ่อากาการจากน้อย หรือมีแค่บางการเช่น dysarthria หรือ hand weakness หรือ facial weakness UMN	basilar part of pons, anterior limb or genu of internal capsule, corona radiata, basal ganglia, thalamus, cerebral peduncle	Dysarthria + distal hand weakness +/- ipsilateral facial weakness Maximum NIHSS Dysarthria 2 Motor 1 Facial 2 = 5
Pure sensory stroke	contralateral thalamus (VPL), internal capsule, corona radiata, midbrain	Hemiparesthesia Maximum NIHSS Sensory loss 2 = 2
Mixed sensorimotor stroke	thalamus and adjacent posterior internal capsule, lateral pons	Ipsilateral hemiparesis + hemiparesthesia Maximum NIHSS Motor 4+4 Facial 3 Dysarthria 2 Sensory loss 2 = 15

Plan of treatment

1. Control risk factors

- DM : FBS < 130, HbA1C < 6.5 ระหว่าง admit keep random BS 140-180 mg/dl
- HT : keep BP acute ischemic stroke fast track <180/105, acute ischemic stroke non fast track <220/120, acute hemorrhagic stroke <140/90 แรกปรับอาจให้เป็น IV Nicardipine or Labetelol drip 0-72 hr โดยพยายาม switch to oral antiHT ให้เร็วที่สุด
 - Known case HT + good compliance : สามารถให้ยาเดิมผู้ป่วยเข้าไปได้เลยเมื่อสามารถให้ทาง oral ได้
 - Known case HT + poor compliance or ขาดยามานาน ให้ใช้การดูแลแบบ 1st Dx HT
 - 1st Dx HT
 - 1st 24 hr ลด BP ได้ 15% of baseline BP ค่อยๆลด BP ลงทุกวัน ระวังอย่าใช้ยา antiHT ในปริมาณสูง แนะนำ เริ่มด้วย low dose long acting antiHT เช่น Enalapril 5-10 mg/d (GFR > 60) หรือ Amlodipine 2.5 mg/d (GFR < 60) หรือ Atenolol 25 mg/d, Carvedilol 6.125 mg/d, Metoprolol 25-50 mg/d (HR >90) จนกระทั่ง BP อยู่ในช่วงน้อยกว่า140/90 (พอใช้) หรือ 130/80 (ดี)
 - เมื่อภาวะ neurological stable ขณะนอน รพ.แล้ว จะ keep BP < 140/90 mmHg
 - ถ้า hypotension + hypovolemia ควรแก้ไขเพื่อ maintain perfusion + organ function
- Dyslipidemia : Control total cholesterol < 200, LDL < 70
- AF : control rate and rhythm and anticoagulant ถ้ายังไม่เคย Echo ควรทำอย่างน้อย 1 ครั้ง (ถ้าไม่สามารถทำตัวเอง ส่งมาพบ cardiologist เป็น OPD หลังจาก clinical ischemic stroke stable แล้ว 1-2 เดือน)
- Cardiac evaluation : แนะนำให้ monitor EKG เพื่อดู new AF ใน 24 ชม.แรก
- Stop smoking
- Stop alcohol drinking

2. Antiplatelet or anticoagulants

- Single antiplatelet
 - 1st choice – Aspirin start (300) 1x1pc 2 wk then (81) 1x1pc life long สำหรับ TIA สามารถเริ่มด้วย Aspirin (81) 1x1pc life long ได้เลย
 - 2nd choice – Clopidogrel (75) 1x1pc life long
 - 3rd choice – Cilostazol (100) 1x2pc life long
 - หมายเหตุ ถ้าเคยใช้ตัวใดตัวหนึ่งมาก่อนโดยที่ compliance ดีแล้วเกิด acute ischemic stroke โดยไม่พบว่าเป็นเหตุจาก cardiac emboli ที่จะต้องได้ anticoagulant ให้เลือกตัวที่ไม่เคยใช้มาก่อน
- Dual antiplatelets อ้างอิงตาม CHANCE study โดย indication คือ minor ischemic stroke(NIHSS≤3) or high risk TIA (ABCD2 score ≥ 4) ภายใน 24 ชั่วโมง วิธีให้
 - Day1 ASA(300) 1 tab + Clopidogrel(75) 4 tab oral stat
 - Day2-21 ASA(81) 1x1 pc + Clopidogrel(75) 1x1 pc
 - Day22-life long
 - ASA(81) 1x1pc ถ้าไม่เคยใช้ ASA หรือ discontinue ASA มาก่อนเกิด acute ischemic stroke
 - Clopidogrel(75) 1x1 pc เมื่อเคยใช้ ASA continue มาก่อนเช่นเป็น primary prevention แล้วเกิด acute ischemic stroke หรือเคยแพ้ ASA or NSAID มาก่อน

- Anticoagulant in AF cardioembolic stroke เน้น warfarin ส่วน enoxaparin พิจารณาให้ใน acute phase บางกรณี (พึงระวัง aggressive hemorrhagic transformation in large vessel infarction) เช่น acute basilar (brainstem) infarction without cerebellar infarction cardioembolic infarction with peak at the onset pattern NIHSS < 8 โดยให้ enoxaparin ติดต่อกันไม่เกิน 72 hr
 - Warfarin goal INR 2-3 (accepted range 1.7-3.5) catch up goal in 2-4 wk after start
 - ถ้า NIHSS<8 (mild) ให้ anticoagulant หลัง 3 วัน
 - ถ้า NIHSS 8-15 (moderate) ให้ anticoagulant หลัง 6 วัน
 - ถ้า NIHSS >15 (severe) ให้ anticoagulant หลัง 12 วัน
 - และถ้าเป็น TIA แต่เป็นจาก cardioembolic stroke with AF ให้ anticoagulant หลัง 1 วัน

3. Hydration พิจารณา tape off เมื่อ oral intake ได้ดี

- Hypovolemia or normovolemia : 0.9%NaCl 1,000 ml IV 80 ml/hr 2-3 days
- Hypervolemia or impending hypervolemia : 0.9%NaCl 1,000 ml IV 40 ml/hr 1-2 days เมื่อ oral intake ได้ดีให้ off IV ได้เลย

4. O2 supplement (O2 canular 1-3 LPM, O2 mask with bag 10 LPM) เมื่อ O2 sat < 94 %

5. Prevent complications

- Temperature : ถ้า Temp > 38 c ให้หาสาเหตุไข้ (Pneumonia, UTI, Phebitis, Cellulitis, Infected bedsore, or Arthritis (gout, CPPD)) + ให้ยาลดไข้
- Aspiration precaution and Dysphagia screening ตรวจการกลืน – อาหาร
 - ให้ตรวจการกลืน ก่อนที่จะเริ่ม ดื่ม – กิน – ทานยา
 - Enteral diet (NG or OG or PEG) แนะนำให้เริ่มภายใน 7 วันหลังที่เกิดจาก acute stroke
 - ในกรณีที่ คนไข้กลืนไม่ได้ ในช่วงแรกให้ใช้ NG tube แต่ถ้ามานานกว่า 2-3 สัปดาห์ แนะนำทำ PEG ถ้าสามารถทำได้
- DVT Prophylaxis
 - ใน immobile patient : ถ้าไม่มีข้อห้าม แนะนำให้ใช้ intermittent pneumatic compression, แต่ยังไม่แนะนำ prophylactic dose subcutaneous heparin, elastic compression stock
- Seizure : ไม่แนะนำ prophylactic seizure ด้วยยากันชัก , ถ้ามีชักให้ยากันชักตามอาการ

6. Rehabilitations

- Motor
- Balance
- Speech
- Swallow

7. เพิ่มเติม **SAFE SIZE AND SITE FOR HEMORRHAGIC STROKE** : Basal ganglion hemorrhage size < 2.5 cm ใช้ process care แบบเดียวกับ Ischemic stroke ยกเว้น

- Control BP keep < 140/90
- นอนหัวสูง 30 องศา
- ไม่ต้องให้ anticoagulant or antiplatelet
- กรณีคนไข้มี coagulopathy or thrombocytopenia ให้รีบแก้ไข

REFERENCE

- AHA/ASA Stroke Early Management Guidelines, 2018
- ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS, 2016
- Classification of Subtype of Acute Ischemic Stroke Definitions for Use in a Multicenter Clinical Trial, AHA journal 1993

(ต่อ)SP-PCTMET-024 ประกาศใช้ 24 พ.ค.2562
งานเอกสารคุณภาพ ศูนย์พัฒนาคุณภาพ