

Common Frustration in Emergency Neurological Conditions

ศ.นพ.สมศักดิ์ เทียมเก่า

อนุสาขาวิชาประสาทวิทยา สาขาวิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

การรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพด้านระบบประสาทที่แผนกฉุกเฉินนั้นมีหลายกรณีทั้งแพทย์และทีมผู้ให้การรักษานั้นต้องมีความลำบากใจในการรักษาผู้ป่วย ประกอบกับจำนวนผู้ป่วยที่มีจำนวนมาก ความรีบเร่งในการให้การรักษา เพื่อลดความเจ็บปวดของผู้ป่วยให้ดีที่สุด อย่างไรก็ตามบางครั้งแพทย์และทีมผู้ให้การรักษาก็ประสบปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ไม่สามารถแก้ไขปัญหาให้ผู้ป่วยได้ตามที่ตั้งใจ ส่งผลให้แพทย์ และทีมมีความหงุดหงิดเกิดขึ้นได้ ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยไม่เป็นที่พอใจตามเป้าหมายที่ต้องควรจะเป็น ซึ่งสาเหตุของการเกิดความหงุดหงิด ได้แก่

1. ความไม่รู้และเชี่ยวชาญของแพทย์ว่าควรให้การรักษาที่ถูกต้องอย่างไร
2. ความไม่มั่นใจในการรักษาผู้ป่วย เพราะด้วยความรีบเร่ง ขาดประสบการณ์ และต้องประสานกับแผนกต่างๆ ตลอดจนการพูดคุยกับญาติผู้ป่วยด้วยในสถานการณ์ที่คับขัน เร่งด่วน จึงส่งผลต่อความมั่นใจ
3. ความไม่แน่นอนในแนวคิดของแพทย์แต่ละคน แต่ละแผนกที่ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน
4. ความเหนื่อย อ่อนล้าจากการทำงานที่หนัก เหนื่อยนอนน้อย หรือไม่ได้นอนตลอดคืน ส่งผลให้ขาดสมาธิ ขาดความอดทน และหงุดหงิดง่ายขึ้น
5. ขาดความแน่นอนของระบบบริการระหว่างแผนกที่เปลี่ยนไปมา

ปัญหาทางระบบประสาทที่แผนกฉุกเฉินมีหลายกรณี ได้แก่

1. Vertigo การ approach ผู้ป่วยเป็น peripheral หรือ central vertigo
2. Headache การ approach ผู้ป่วยเป็น functional หรือ organic headache

3. Transient loss of consciousness การ approach ว่าเป็น seizure, syncope หรือ psychogenic

4. Facial palsy การแยกระหว่าง Bell's palsy และ facial palsy จาก upper motor neuron

5. Seizure การรักษา first seizure, การ loading ยากันชักหรือไม่ ต้อง admit หรือไม่

6. Lumbar puncture ต้องตรวจ CT scan สมองก่อนการ LP

7. การรักษาภาวะ transient ischemic attack การ activate stroke fast track

8. การขอตรวจ CT scan สมอง แต่ไม่ได้ตรวจ

Vertigo

การรักษาผู้ป่วย vertigo ประวัติการเวียนของ peripheral จะชัดเจน เช่น บ้านหมุน สัมพันธ์กับท่าทาง การได้ยินลดลง อาเจียน โรคในช่องหูมาก่อน ส่วนประวัติการเวียนของ central จะไม่ชัดเจน มักเป็นแบบ dizziness มากกว่า vertigo มีอาการร่วมทางระบบประสาท dysarthria, dysphagia ตรวจร่างกายพบ neurological deficit และมี comorbidity ที่ทำให้เกิด atherosclerotic risk ประวัติ traumatic brain injury และ stroke นอกจากนี้ต้องสอบถามประวัติการใช้ยา เช่น ยานอนหลับ ยาคลายเครียด ยากันชัก ยาพาร์กินสัน ยาขยายหลอดเลือดหัวใจ ยาลดความดันเลือด เพราะยาเหล่านี้ก็เป็นสาเหตุของ vertigo และ dizziness ได้เช่นเดียวกัน

การตรวจร่างกายต้องทำด้วยความระมัดระวัง ในขณะที่ผู้ป่วยมี vertigo, diplopia ต้องแปลผลด้วยความระมัดระวัง เพราะอาจพบ false positive cerebellar sign เช่น finger to nose (FTN), Romberg's test, gaze evoked nystagmus, Tandem gait

เนื่องจากผู้ป่วยกำลังเวียนหัว บ้านหมุน มองเห็นภาพไม่ชัดเจนเป็นหลายภาพ แต่ ถ้าพบ motor weakness, vertical nystagmus, binocular diplopia, CN palsy, dysarthria, dysphagia เป็น central vertigo กรณีที่ไม่มั่นใจว่าจะเป็น peripheral หรือ central vertigo แนะนำให้การประเมินอย่างละเอียดโดยสงสัยว่าจะเป็น central vertigo ไว้ก่อน ถ้าพบว่าอาการ vertigo นั้นสัมพันธ์กับระดับ blood pressure ที่สูงมากกว่า 180/110 และมีอาการปวดศีรษะร่วมด้วย ควรให้การรักษาแบบ central vertigo โดยการ activate stroke fast track ถ้า onset ของอาการยังอยู่ในช่วงเวลา 270 นาที

การรักษาผู้ป่วย vertigo ที่แผนกฉุกเฉินนั้น อาจพบความหลากหลายในการปฏิบัติของแพทย์แต่ละท่าน ผมเสนอว่าควรมีการจัดทำ clinical practice guideline ของการรักษาผู้ป่วยร่วมกันระหว่างอายุรแพทย์

อายุรแพทย์ระบบประสาท แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน และ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านวิงเวียนศีรษะของแผนกหู คอ จมูก เพื่อให้มีแนวทางการคัดกรอง การประเมิน การรักษา อย่างเป็นระบบ จะได้เพิ่มประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น กรณีผู้ป่วยมารับการตรวจหลายครั้งในช่วงเวลาหนึ่ง และอาการผู้ป่วยก็เป็นๆ หายๆ มาตลอด ควรปรึกษาอายุรแพทย์ หรืออายุรแพทย์ระบบประสาท เพื่อทำการประเมินอย่างละเอียดต่อไป ที่สำคัญอีกเรื่องหนึ่งคือ การจัดหายากลุ่ม betahistine เพราะ dimenhydrinate ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งไม่ตอบสนอง และง่วงมาก พอเปลี่ยนมาเป็น betahistine อาการดีขึ้นอย่างชัดเจน

Headache

ผู้ป่วยปวดหัวอาการรุนแรงทานยาแก้ปวดเบื้องต้นไม่หายก็จะมาที่แผนกฉุกเฉิน การรักษาที่เหมาะสมคือ ต้องแยกผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม คือ functional หรือ organic headache ซึ่งการแบ่ง 2 กลุ่มออกจากกันตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย functional และ organic headache

ลักษณะ อาการทางคลินิก	ปวดหัวธรรมดา	ปวดหัวอันตราย
อายุที่เริ่มมีอาการ	อายุไม่มาก	สูงอายุ
ไซ้	ไซ้หวัด	ไซ้สูง
เคยเป็นมาก่อน	เป็นๆ หายๆ	ไม่เคยเป็นมาก่อน
โรคประจำตัว	ไม่มี	มีหลายโรค ตับ ไต เอ็ดส์
ความผิดปกติทางระบบประสาท	ไม่มี	มี
ยาทานประจำ	ไม่มี	ยาละลายลิ่มเลือด
อุบัติเหตุที่ศีรษะ	ไม่มี	มี
ลักษณะการดำเนินโรค	เป็นมานาน เป็นๆ หายๆ	ไม่เคยเป็นมาก่อน อาการเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ

การวินิจฉัยผู้ป่วยปวดศีรษะส่วนหนึ่งที่สงสัยว่าจะเป็นปวดศีรษะอันตราย หรือ organic cause ต้องได้รับการตรวจ CT scan สมอง ซึ่งมีข้อบ่งชี้ ดังนี้

1. ตรวจพบ neurological deficit
2. Underlying disease: CRF, HIV, bleeding disorder, anticoagulant used
3. มีประวัติ severe head injury
4. เพิ่งเป็นอาการปวดศีรษะที่รุนแรงมากครั้งแรก

5. ปวดศีรษะครั้งแรก รุนแรงในผู้สูงอายุ
6. ผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะรุนแรง และเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ

ผู้ป่วยบางรายมีความจำเป็นต้องตรวจ lumbar puncture ซึ่งมีข้อบ่งชี้ ดังนี้

1. ผู้ป่วยตรวจพบ stiffness of neck positive
2. ผู้ป่วยสงสัยภาวะ CNS infection
3. ผู้ป่วย sepsis ที่หาสาเหตุไม่พบ โดยเฉพาะ

ผู้สูงอายุ

4. ผู้ป่วยปวดศีรษะร่วมกับ alteration of consciousness*
5. ผู้ป่วยปวดศีรษะในผู้สูงอายุ*
6. ผู้ป่วย alteration of consciousness ในผู้สูงอายุที่หาสาเหตุไม่พบ*
7. ผู้ป่วยปวดศีรษะที่เป็น HIV infection*

หมายเหตุ * ต้อง CT scan brain ก่อน LP

Severe migraine และ status migrainosus

ผู้ป่วยปวดศีรษะไมเกรนที่มารับการรักษาแผนกฉุกเฉินจะมี 3 กลุ่ม คือ severe migraine, medication overuse headache และ status migrainosus การรักษาสำคัญ คือ ต้องรีบแก้ไขอาการปวด อาการที่พบร่วมด้วย เช่น อาเจียน และต้องให้การรักษาเพื่อป้องกันไม่ให้เป็นซ้ำ และป้องกันไม่ให้เกิด medication overuse headache การรักษาอาการปวดที่ได้ผลดีและโอกาสเกิด medication overuse headache ต่ำด้วย คือ การให้ steroid injection ได้แก่ dexamethasone 4-5 mg iv ทุก 6 ชั่วโมง หรือ oral steroid เช่น prednisolone 60 มก./วัน ร่วมกับการให้ยา metoclopramide ลดอาการอาเจียน และช่วยลดอาการปวดศีรษะได้ด้วย

การให้ยา migraine prophylaxis และการแนะนำการใช้ยาแก้ปวดอย่างถูกวิธี คือ การทานยาแก้ปวดทันทีที่เริ่มมีอาการเตือน (aura) หรือเริ่มมีอาการปวดศีรษะในคนที่ไม่มีอาการเตือน การทานยา migraine

prophylaxis นั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ให้เลือกใช้ยาชนิดใดขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน เช่น ใช้ amitriptyline ในผู้ป่วยที่กังวลมาก นอนไม่หลับ แต่ถ้ากังวลน้อยก็เลือกใช้กลุ่ม beta-blocker หรือ calcium channel blocker เช่น flunarizine การรักษาผู้ป่วย migraine ที่แผนกฉุกเฉินนั้นต้องอย่าให้ผู้ป่วยเกิดปัญหา medication overuse headache และจะนำมาซึ่งการติดยาแก้ปวดที่แผนกฉุกเฉินใช้ เช่น morphine จึงต้องแนะนำวิธีการทานยาแก้ปวดที่ถูกรวิธี การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นการป้องกันการเป็นซ้ำ

Transient loss of consciousness

การประเมินอาการและให้การรักษาผู้ป่วย transient loss of consciousness ที่สำคัญ คือ การทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการหมดสติชั่วคราวก่อน เช่น มีอุบัติเหตุเกิดขึ้น ได้แก่ traumatic brain injury, seizure related injury เป็นต้น หลังจากนั้นต้องพยายามหาสาเหตุของการหมดสติชั่วคราว สาเหตุที่พบบ่อย ได้แก่ 1. ล้ม falls 2. Fit หรือ seizure 3. Faint หรือ syncope และ 4. Funny turns หรือ psychogenic ลำดับแรกแยกการล้มออกไปก่อน เพราะส่วนใหญ่เป็นครั้งเดียว ประวัติชัดเจน ที่เหลือจะมีการเป็นซ้ำ การแยกระหว่าง seizure และ syncope ต้องพิจารณาจากประวัติอย่างดี มีรายละเอียดค่อนข้างมาก แต่ในชีวิตจริงจะไม่ค่อยได้รายละเอียดจากประวัติมากนัก รายละเอียดดังตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 ประวัติสำคัญใช้แยกอาการชักและเป็นลม

	Sensitivity	Specificity	Likelihood Ratio	p Value (Chi-Square)
Factors Most Strongly Predictive of Seizures				
Cut tongue	0.451	0.973	16.460	<0.001
Head turning	0.431	0.968	13.481	<0.001
Unusual posturing	0.353	0.973	12.880	<0.001
Bedwetting	0.235	0.964	6.447	<0.001
Blue color observed by bystanders	0.326	0.944	5.813	<0.001

ตารางที่ 3 ลักษณะทางคลินิกของอาการชักและเป็นลม

Criteria	Regression Coefficient (SE)	P Value	Points
Waking with cut tongue	6.85 (2.03)	0.001	2
Abnormal behavior noted*	3.82 (1.37)	0.005	1
Loss of consciousness with emotional stress	3.97 (1.30)	0.002	1
Postictal confusion	3.52 (1.33)	0.008	1
Head turning to one side during loss of consciousness	3.67 (1.43)	0.010	1
Prodromal déjà vu or jamais vu	2.75 (1.43)	0.055	1
Any presyncope	-4.70 (1.34)	<0.001	-2
Loss of consciousness with prolonged standing or sitting	-5.37 (1.71)	0.002	-2
Diaphoresis before a spell	-5.73 (1.80)	0.001	-2

*classified as seizure for points ≥ 1

SE = standard error

อาการที่บ่งชี้ว่าจะเป็นลมมากกว่าชัก ได้แก่ มีอาการเมื่ออากาศเปลี่ยนแปลง ร้อน หนาวมาก การเห็นเข็ม เจาะเลือด วิงเวียนศีรษะ อาการเป็นหลังจากออกกำลัง ภายหนัก มีภาวะความดันโลหิตสูง เจ็บแน่นหน้าอก นิ่ง หรือยืนเป็นเวลานาน เหงื่อแตกก่อนหมดสติ ใจสั่น เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนการตรวจเลือดพบว่ากรณีเป็นชักแบบ generalized tonic-clonic seizure นั้นค่า lactate จะสูงขึ้นกว่าการเป็นลมมาก

Bell's palsy

ผู้ป่วย Bell's palsy มักกลัวว่าตนเองจะเป็นโรคอัมพาตหรือไม่ ดังนั้นถ้ามีอาการนอกเวลาราชการ ก็จะมาที่แผนกฉุกเฉิน และแพทย์บางท่านก็อาจไม่คุ้นเคยกับภาวะ Bell's palsy จึงมีการส่งตรวจ CT scan สมอง และ activate stroke fast track การแยกระหว่าง Bell's palsy กับ facial palsy ที่เป็น upper motor neuron ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ลักษณะทางคลินิกระหว่าง Bell's palsy และ stroke

ลักษณะทางคลินิก	Bell's palsy	Stroke
Onset	acute	sudden
Type of motor neuron	lower	upper
Ear pain	yes	no
Other neuro deficit	no	yes
Comorbidity	pregnancy, DM	atherosclerotic risk
Age	younger	elderly

การรักษา Bell's palsy ด้วย prednisolone อย่างเดียว หรือ prednisolone ร่วมกับ acyclovir นั้น ได้ผลการรักษาไม่แตกต่างกัน ส่วน acyclovir อย่าง

เดียวนั้นไม่ได้ผล ควรแนะนำการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ดวงตา ควรป้องกันฝุ่น น้ำเข้าตา ควรใส่แว่น ผ้า gauze ปิดตาเวลานอน

Seizure

การให้การรักษารับที่ emergency room ต้องประเมิน air way ก่อนเสมอ ถ้าหยุดชักและเริ่มรู้ตัวแล้ว ไม่ต้องให้ benzodiazepine ถ้าชักเพียงครั้งเดียวไม่ต้อง loading ยากันชัก ถ้ามาถึงยังชักอยู่ให้ฉีด valium iv / im ก็ได้ แล้วต่อด้วยการรักษาแบบ status epilepticus คือ loading ยากันชักแบบ iv form ถ้าเคยเป็นลมชักให้ loading ยาที่ทานประจำ ถ้าเพิ่งเป็นครั้งแรกก็ให้ phenytoin หรือยากันชักที่มีในโรงพยาบาล

การรักษาผู้ป่วยที่มาด้วยอาการชักครั้งแรก first seizure นั้นต้องประเมินว่าเป็น first seizure จริงหรือไม่ brain imaging, EEG ถ้าทำได้ก็ทำ ทำไม่ได้ก็ยังไม่ต้อง refer ใน visit นั้น แนะนำ clinical course ให้กับผู้ป่วยและญาติ พิจารณาให้ยากันชักถ้าชักมากกว่า 1 ครั้ง หรือมี brain lesion การส่งต่อกรณีที่มีโรงพยาบาลไม่มีอายุรแพทย์ ก็ให้ส่งปรึกษาอายุรแพทย์ หรืออายุรแพทย์ระบบประสาทตามความพร้อม ซึ่งอาจเป็นทาง tele-health ก็ได้

ผู้ป่วยชักต้อง admit ด้วยหรือไม่นั้น ต้อง admit เมื่อเป็น status epilepticus, acute repetitive cluster of seizures เมื่อผู้ป่วยมี seizure related injury หรือ post-ictal ที่ต้องสังเกตอาการ ถ้าไม่ได้ admit ควรอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงวิธีการรักษา การปฐมพยาบาลที่ถูกต้อง ควรให้ benzodiazepine เช่น DZP, clobazam ทานก่อนนอน 5-7 วัน เพื่อลดโอกาสการชักซ้ำระหว่างรอการ investigation หรือพบแพทย์ เฉพาะทาง การเริ่มให้ยากันชักในกรณีผู้ป่วยมีอาการชักเพียงครั้งเดียวมาที่แผนกฉุกเฉิน และแพทย์พิจารณาให้ยากันชัก กรณีนี้ไม่จำเป็นต้อง loading dose และเริ่มยากันชักขนาดต่ำได้ เช่น phenytoin ขนาด 100-200 มก. /วัน แล้วนัดติดตามอาการประมาณ 2 สัปดาห์

Lumbar puncture

การทำ lumbar puncture ส่วนใหญ่แล้วก็ทำได้เลยเมื่อมีข้อบ่งชี้ ไม่จำเป็นต้องตรวจ CT scan สมองก่อนทำ แต่ในบางกรณี ควรทำ CT scan สมองก่อน ได้แก่

1. Meningoencephalitis ปวดหัว ชิม ชัก
2. Meningitis ในผู้ป่วย liver, renal failure,

HIV, bleeding disorder, warfarin

3. Headache with progressive increased intracranial pressure
4. Headache in elderly ที่หาสาเหตุไม่พบ
5. Alteration of consciousness in elderly ที่หาสาเหตุไม่พบ
6. Headache in HIV ที่หาสาเหตุไม่พบ

การขอตรวจ CT scan ที่แผนกฉุกเฉิน

การตรวจ CT scan สมองในปัจจุบันนับว่าเป็นการ investigation ที่จำเป็นและต้องเข้าถึงให้สะดวก รวดเร็ว แต่บางครั้งแพทย์ที่แผนกฉุกเฉินก็ไม่สามารถส่งผู้ป่วยไปตรวจได้ เนื่องจากแพทย์ทางแผนกรังสีวินิจฉัยไม่เห็นด้วย การไม่ได้ตรวจ CT scan สมองแบบเร่งด่วน ก็ส่งผลให้การรักษานั้นล่าช้าออกไป และอาจก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วย เกิดปัญหาขัดแย้งกัน ระหว่างแพทย์แผนกที่ขอส่งตรวจกับแผนกรังสีวินิจฉัย ปัญหาดังกล่าวนี้ควรมีทางออกที่ดี โดยการประชุมร่วมกันระหว่างแพทย์แผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน แผนกต่างๆ ร่วมกับแผนกรังสีวินิจฉัย และทีมผู้บริหารโรงพยาบาล เพื่อจัดทำแนวทางการส่งตรวจ CT scan สมองแบบเร่งด่วน เพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการรักษา และลดความขัดแย้ง อุปสรรคต่างๆ ในการทำงาน

Stroke, TIA

การรักษาผู้ป่วย recurrent transient ischemic attack (TIA) นั้นให้รักษาเหมือน acute stroke คือถ้า onset ยังอยู่ในช่วง 270 นาที ก็ให้มีการ activate stroke fast track กรณีผู้ป่วย high risk TIA หรือ minor stroke การรักษาให้ทำตาม CHANCE trial กรณีผู้ป่วย intracerebral hemorrhage ที่ไม่ต้องรักษาด้วยการผ่าตัดนั้น จะให้แพทย์แผนกฉุกเฉินปรึกษาอายุรแพทย์ หรือศัลยแพทย์ก็ขึ้นกับแนวทางของแต่ละโรงพยาบาล

การรักษาผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉินนั้น นอกจากความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์ที่ดีแล้วนั้น การทำงานร่วมกันระหว่างแพทย์เวร แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน และแพทย์แผนกต่างๆ ตลอดจนการพบกับญาติผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีแต่ความเร่งรีบ ต้องการการรักษาอย่างทันที่

ย่อมส่งผลให้แพทย์มีความเครียด เหนื่อยล้าง่าย จึงควรมี
ความอดทนและอารมณ์ที่มั่นคง ผมเสนอหลักการทำงาน
ด้วยรอยยิ้ม SMILE

S : System	ระบบที่ดี
M: Management by knowledge	ความรู้
I : Information	ข้อมูลที่ดี
L : Liaison	การประสานงาน
E : Empathy	ความเข้าใจ