

บทคัดย่อเนื้อหาการบรรยาย

การพยาบาลผู้ป่วย Post Mechanical Thrombectomy

หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลรามารชิบตี ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ทั้งตีบตัน/แตก ในกรณีผู้ป่วยที่หลอดเลือดสมองอุดตัน หากได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA แล้วเส้นเลือดไม่เปิดจะพิจารณาส่งทำหัตถการเพื่อเอาลิ่มเลือดออกที่เรียกว่า Thrombectomy โดยทีมแพทย์รังสีวิทยา (intervention) สามารถเปิดห้องผ่าตัดเพื่อทำหัตถการนี้ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

เกณฑ์ในการทำ Thrombectomy : ใช้เกณฑ์ของ 2 Trial ตาม Stroke Guideline ในปี 2018 คือ DEFUSE 3 สำหรับผู้ป่วยที่มี onset >6 - <16 ชม และ DANW ในผู้ป่วยที่มี onset >16- <24 ชม

โรงพยาบาลรามารชิบตี รับ refer ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่มีการอุดตันของเส้นเลือดสมอง เพื่อมาทำ Thrombectomy จากโรงพยาบาลอื่นๆที่ไม่สามารถทำ thrombectomy ได้ โดยมีเกณฑ์ในการรับดังนี้

- อายุ \leq 18 yrs
- LVO (Large vessel occlusion)
- Onset \leq 6 hr
- ASPECT \leq 6
- NIHSS \leq 6
- Pre stroke mRS \leq 3
- เคย stroke unit มีเตียงว่าง
- Consent + ต้องมีญาติมาด้วย
- โรงพยาบาลพร้อมรับกลับหลัง 24 ชม โดยรถของร.พ.นั้นเอง
- แย้งโอกาส on ETT เมื่อรับกลับ
-

อัตราความสำเร็จในการเปิดหลอดเลือดด้วยการทำ Mechanical thrombectomy จาก TICI score ระดับ 2B-3 ในปี 2560-2561 อยู่ที่ 80-90 % ส่วนเคสที่รับ refer มาทำ thrombectomy มี 6-8 ราย/ปี

Post thrombectomy Care: (24 ชั่วโมงแรก)

1. ประเมิน NIHSS + Vital signs : ทุก 15 นาที 2 ชม ทุก 30 นาที 6 ชม ทุก 1 ชม จนครบ 24 ชม ส่วน GCS ทุก 1 ชม
2. SBP keep < 160 mmHg
3. NPO F/U CBG ทุก 6 ชม keep 80-180 mg%
4. Absolute bed rest (งดทดสอบ motor power ขาข้างที่ทำ)
5. Observe ขาที่ทำตามหลัก 6 P ทุก 1 ชม ไม่มองจนกว่า off sheath
6. ส่ง CT brain หลังทำ Thrombectomy ครบ 24 ชม
7. Consult neuro- surg (stand by)
8. ไม่ให้ anti-platelet , anti-coagulant ภายใน 24 ชม
9. Discharge planning

อาการหลอดเลือดขาขาดเลือดเฉียบพลัน: (6Ps)

1. ปวด (pain)
2. สีซีด (pallor)
3. คลำชีพจรไม่ได้ (pulselessness)
4. อุณหภูมิเย็น (poikilothermia)
5. ชา (paresthesia)
6. ขยับไม่ได้ หรือ อัมพาต (paralysis)

Post thrombectomy Care: (หลังครบ 24 ชั่วโมงแรก)

1. Basic life support , keep $SO_2 > 94\%$
2. Clinical early warning signs: notify ทันทีที่มีปัญหา
3. ประเมินการกลืน-ก่อนเริ่มยาหรืออาหารทางปากมือแรก
4. มีการให้ความรู้โดยนักโภชนาการที่ข้างเตียง ร่วมกับพยาบาล
5. ให้ความรู้และฝึกทักษะให้กับ Care giver และผู้ป่วย
6. การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม-MRI, TCD CDUS , ECHO
7. Early rehabilitation – นักกายภาพบำบัด
8. ทีมร่วม – หน่วยเยี่ยมบ้าน, สังคมสงเคราะห์ , เกษัชกร เป็นต้น