

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะ กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

มยุรี ทับทิม

โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี

บทคัดย่อ

กรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ป่วยชายไทยอายุ 70 ปี มาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอก เหนื่อยและใจสั่นก่อนมาโรงพยาบาล 30 นาที Pain Score 6/10, EKG: ST elevate Lead II III AVF และ V₃R, V₄R แพทย์วินิจฉัย Inferior wall and Right Ventricle Acute STEMI ได้รับการดูแลรักษาตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยให้ยาละลายลิ่มเลือด หลังได้รับการดูแลรักษาและติดตามเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดจนอาการดีขึ้นตามลำดับ แพทย์วินิจฉัยครั้งสุดท้าย Inferior wall and Right Ventricle Acute STEMI ผ่านพ้นภาวะวิกฤต อาการดีขึ้นตามลำดับ วินิจฉัยครั้งสุดท้าย Inferior wall and Right Ventricle Acute STEMI

ปัญหาการพยาบาลที่พบในผู้ป่วยรายนี้คือ เสี่ยงต่อหัวใจเต้นผิดจังหวะรุนแรง เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนขณะให้ยาละลายลิ่มเลือด เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ปอด ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง กลัวและวิตกกังวลจากความเจ็บป่วยที่รุนแรง ผู้ป่วยและญาติพร้อมความรู้ ความเข้าใจการดูแลตนเองหลังกลับบ้าน

หลังจากให้การพยาบาลและการดูแลรักษาผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ปลอดภัยจากภาวะวิกฤต แพทย์ ส่งตัวไปรักษาต่อที่สถาบันโรคทรวงอกเพื่อทำการขยายหลอดเลือด ผู้ป่วยพ้นจากการเจ็บป่วยเข้าสู่สภาวะปกติ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมระยะเวลาการรักษาตัวโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช 1 วัน และรักษาตัวที่สถาบันโรคทรวงอก 3 วัน

คำสำคัญ : การพยาบาล , ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

Abstract : Nursing care in Acute ST elevation myocardial infarction

Mrs. Mayuree Taptim

Nursing Department of King Narai Hospital

Case study of a patient treated on Acute ST elevation myocardial infarction. Thai male, 70 years old. He came to the hospital with symptoms of chest pain score 6/10 shortness of breath, palpitations as 30 minutes before to hospital. Electrocardiogram : ST elevate Lead II, III, AVF and V₃R, V₄R . His diagnosis was Inferior wall and Right Ventricle STEMI. The patient received treatment follow clinical practice guideline for Acute ST elevation myocardial infarction by thrombolytic drug. After treatment and monitoring wear performed until his clinical improved. Last diagnosis was Inferior wall and Right Ventricle Acute STEMI.

The finding of Nursing care problem in this case were as a condition of serving risk of cardiac arrhythmia, risk of hypoxia during patient on thrombolytic drugs. The risk of pneumonia, and unable to perform daily activities. The patient fear and anxiety with his illness and depleted their knowledge to self care himself.

After providing nursing care and patient care without complications. The patient was transferred to Central Chest Institute of Thailand for Percutaneous Coronary intervention. Patients recovered from illness to normal condition. Doctors allowed to go home and the treatment in King Narai Hospital is 1 day and in Central Chest Institute of Thailand is 3 days.

Key ward : Nursing care , Acute myocardial infarction

บทนำ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและของโลก จากข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ.2557 พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นจำนวนถึง 17.5 ล้านคน¹ ในระหว่างปี พ.ศ. 2548-2552 คนไทยป่วยเป็นโรคหัวใจต้องนอนโรงพยาบาลวันละ 1,185 ราย/วัน โดยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ประมาณ 470 ราย/วันเสียชีวิต ชั่วโมงละ 2 คน² และจากสำนักงานระบาดวิทยาได้รับข้อมูลจากศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร มีรายงานโรคหลอดเลือดหัวใจ ในปี 2558 พบผู้ป่วยรายใหม่ 98,148 ราย มีอุบัติการณ์ 150.01 ต่อประชากรแสนคน³ ในวันที่ 31 ธันวาคม 2558 ประเทศไทยมีความชุกของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ 1,140.31 ต่อแสนประชากร³ สถิติผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายในห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรมโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช⁴ ในช่วงปี 2559-2561 จำนวนผู้ป่วย 107, 152 และ 132 ราย อัตราการเสียชีวิตร้อยละ 14.95 13.15 , 17.42 ตามลำดับ เห็นได้ว่าภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทำให้มีการเสียชีวิตค่อนข้างสูงสิ่งสำคัญที่สุดในภาวะวิกฤตคือ การช่วยชีวิตผู้ป่วยอย่างรวดเร็วทันท่วงที่ รักษากล้ามเนื้อหัวใจไว้ให้ได้มากที่สุด เพราะจะเป็นทั้งการลดอัตราการเสียชีวิต และผลกระทบในระยะยาว ช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ ทุกขั้นตอนการดูแลรักษาพยาบาลมีความสำคัญ การประเมินผู้ป่วยเพื่อการวินิจฉัยโรคอย่างรวดเร็วและได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที่ บุคลากรที่เกี่ยวข้องมีความสำคัญมาก เพราะทุกนาทีมีค่าต่อการมีชีวิตของผู้ป่วย

ดังนั้นพยาบาลและทีมสุขภาพจึงควรให้ความสำคัญและมีความรู้ มีทักษะ มีความเข้าใจ ในการวินิจฉัย การดูแลรักษาอย่างถูกต้องรวดเร็วและทันท่วงที่ตามมาตรฐานการดูแลรักษาเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น รวมถึงการให้ความรู้เพื่อการดูแลตนเองที่ถูกต้องป้องกันการกลับเป็นซ้ำ⁵⁻¹⁵ การพักผ่อน การออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่เหมาะสมการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องพบแพทย์ การมาตรวจตามนัด

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ชายไทยวัยสูงอายุ อายุ 70 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนา พุทธระดับการศึกษา ชั้นระถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพทำสวนผัก น้ำหนัก 60 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 17 ตุลาคม 2561 เวลา 10.50 น.

การวินิจฉัยโรคเมื่อแรกจับ Inferior wall and Right Ventricle STEMI

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย Inferior wall and Right Ventricle STEMI

อาการสำคัญ

แน่นหน้าอก เหนื่อย ใจสั่น 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ขณะเก็บผักในสวนผัก

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

มีอาการเจ็บหน้าอก เป็นๆ หายๆ มาประมาณ 2 เดือน หลังนั่งพักอาการดีขึ้น จึงไม่ได้ไปพบแพทย์ ไม่ได้ซื้อยารับประทาน 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเจ็บหน้าอกบ่อยขึ้น วันละ 3 - 4 ครั้ง วันนี้รู้สึกแน่นหน้าอก เหนื่อยและใจสั่นนานครึ่งชั่วโมง ไม่ดีขึ้น ลูกจึงพามาโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จึงให้อนพักรักษาตัวโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

สุขภาพแข็งแรงมาตลอด พบว่ามีไขมันสูง เป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นมาประมาณ 2 ปี รักษาโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ไม่มีประวัติการแพ้ยา ไม่เคยผ่าตัด สูบบุหรี่ 10 มวน/วัน เป็นเวลามากกว่า 30 ปี ปัจจุบันเลิกบุหรี่มาเป็นเวลา 12 ปี

ประวัติส่วนตัวและแบบแผนการดำเนินชีวิต

เป็นบุตรคนที่ 1 ของครอบครัว มารดาเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง บิดาเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจ น้องๆ 3 คน ไม่มีโรคประจำตัว ผู้ป่วยอาศัยอยู่ร่วมกับภรรยา และลูกชาย ลูกสะใภ้และหลาน 1 คน ในทุกๆวันผู้ป่วยรับประทานอาหารเช้าประมาณ 07.30 น. จากนั้นทำงานดูแลสวนผักและเก็บผักจนถึง 11.30 น. จึงพักผ่อนและรับประทานอาหารกลางวัน

อุปนิสัย

เป็นคนเงียบขรึม พูดน้อย ไม่ชอบสังสรรค์ ไม่ดื่มสุรา เคยสูบบุหรี่ วันละประมาณ 10 มวน เลิกบุหรี่มาเป็นเวลา 12 ปี

ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม

เป็นบ้านไม้ชั้นเดียว ชั้นล่างต่อเติมเป็นปูน อากาศถ่ายเทสะดวกดี ผู้ป่วยพักอยู่ชั้นบน รอบๆบ้านเป็นสวนผัก มีต้นไม้ร่มรื่น

เศรษฐกิจและสังคม

รายได้ของครอบครัวจากการขายผักในสวน ประมาณเดือนละ 7,000 บาท

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

ลักษณะหัวใจและทรวงอกปกติ การเคลื่อนไหวของทรวงอกทั้งสองข้างเท่ากัน เสียงลมเข้าปอดปกติ ไม่มีเสียงกรอบแกรบ หลอดเลือดดำที่คอไม่โป่ง เสียง S1, S2 ปกติ no murmur คลำตับไม่มีตับโต แรกจับ BP= 97/54 mmHg, T= 37.2 C, Pulse สมมาตรชัดเจน= 100 bpm, RR 24 bpm

ประเมินสภาพจิตและสังคม

ผู้ป่วยกลัวและความวิตกกังวล เกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ มีลูกชายและลูกสะใภ้ดูแลใกล้ชิด ภรรยาไม่ได้มาด้วย

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ:

Chemistry

Creatinin (GFR)=1.45 mg/dl (0.5-1.5),

BUN=18 mg/dl (7-20) eGFR = 48.5 ml/min/1.73 n (90-125)

Sodium : Na⁺ = 141 mmol/L, Potassium : K⁺ = 4.38 mmol/L (3.5-5.0)

Chloride : Cl =106 mmol/L (98-107) , TCO₂ = 20.7 mmol/L (22-29)

Complete blood count : white blood count 12,330 cell/mm³, Neutrophil 63.5 %, Lymphocytes 29.5 %, Monocytes 3.9 % , Hematocrit 42.9 % , Platelet count 238,000 cell/mm³ , PT=11.7 วินาที, PTT = 19.7 วินาที , INR=1.02

Cardiac enzyme

Troponin T= 10.01 ng /L (เวลา 10.56 น.)

Troponin T= 8,702 ng /L (เวลา 14.00 น.)

Chest X-ray : Cardiomegaly

การรักษา

1. ASA gr V เคี้ยวแล้วกลืนทันที , Plavix (75 mg) sig 4 tab oral stat
2. Streptokinase 1.5 million unit IV in 1 hr.
3. Refer สถาบันโรคทรวงอก เพื่อทำ PCI

ผล RCA (mid) diffuse 100% total occlusion lesion

RCA (ostial) discrete 30% lesion

รักษาโดย PTCA c Stent (mid RCA)

สรุปการรักษาขณะอยู่โรงพยาบาล

แรกรับที่ตึกอุบัติเหตุและฉุกเฉินวันที่ 17 ต.ค. 2561 เวลา 10.50 น.ผู้ป่วยมีอาการแน่นหน้าอก Pain Score=6/10 ค่ะแน่น บ่นเหนื่อยและใจสั่น BP= 97/54 mmHg, T= 37.2 C, Pulse สม่่าเสมอ ชัดเจน= 100 bpm, RR 24 bpm , O₂ Saturation=95 % ผลตรวจ EKG: พบ ST elevate in Lead II, III, AVF และV₃R, V₄R ผลตรวจ Troponin T ครั้งแรกแปลผลเป็นลบ แพทย์วินิจฉัยโรค Inferior wall and Right Ventricle STEMI แพทย์ให้การรักษาทันที On Oxygen Cannula 4 L/min Monitor O₂ Saturation, Monitor EKG, ส่งตรวจ Lap ประเมิน Contraindication ก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือด ให้ยา Pre-medication ; CPM 1 amp vein, Hydrocortisone 100 mg vein ,เวลา 11.15 น. เริ่มให้ Streptokinase 1.5 million unit in NSS 100 cc. vein in 1 hr , NSS 1000 cc. vein 80 cc./hr.

ASA gr. V ,Plavix (75 mg) 4 tab oral Stat และเคลื่อนย้ายเข้า ICU อายุรกรรม แรกรับที่หน่วยงาน ICU อายุรกรรม ผู้ป่วยทุเลาแน่นหน้าอก Pain score=4/10 ค่ะแนน, BP=153/79 mmHg Pulse=90 bpm คลำได้ชัดเจน RR=20 bpm T=37.2°C, O₂ Saturation= 96% วัด vital sign ทุก 10 นาที สังเกตอาการท้ายเตียงตลอดเวลาขณะให้ยา Streptokinase มีแพทย์ประจำตึกให้การรักษาดำเนินที่ เตรียมทีมพยาบาลและอุปกรณ์ช่วยชีวิต คือรถ Emergency, Defibrillator, อุปกรณ์ช่วยหายใจ หลังได้ยา Streptokinase 50 cc. ผู้ป่วยมีอาการไม่พึงประสงค์ อาเจียนเป็นเศษอาหาร เกร็ง ตาค้าง 30 วินาที เรียกไม่รู้สีกตัว หายใจติดขัด O₂ Saturation 89 %, BP= 87/48 mmHg , HR =100 bpm รีบเร่งให้การรักษายาบาลที่สำคัญ หยุดการให้ Streptokinase ชั่วคราว ทำทางเดินหายใจให้โล่งระงับการสำลักช่วยหายใจ Self inflating bag ให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ กระตุ้นให้ผู้ป่วยตื่นและรู้สึกตัวทันที เพื่อป้องกันภาวะพร่องออกซิเจน On O₂ Mask with bag ยับยั้งภาวะช็อค ที่กำลังจะเกิดขึ้น ปรับลด NSS 1000 cc. vein 40 cc./hr. ตามแผนการรักษาป้องกันภาวะน้ำเกินจากหัวใจทำงานขาดประสิทธิภาพ หลังจากนั้น 10 นาทีผู้ป่วยหลับพักได้ Pain Score=0/10 ค่ะแนน, EKG monitor ไม่พบ PVC และให้ยา Streptokinase ต่อไปจนครบ โดยมีพยาบาลเฝ้าติดตามอาการการเปลี่ยนแปลงข้างเตียงตลอดเวลาพร้อมมือกับแพทย์แก้ไขภาวะวิกฤตได้ทันเวลา ไม่เกิดอันตรายถึงชีวิต ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ผล EKG หลังให้ยาละลายลิ่มเลือด 90 นาที ยังคง มี ST elevate Lead II III AVF และ V₃R, V₄R เหมือนเดิม, ผลตรวจ Troponin T ครั้งที่ 2=8,702 ng/L ประสานโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าเพื่อการขยายหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจ อาการทั่วไปทุเลา Pain Score =0/10 ค่ะแนน HR=70-84 bpm BP=100/60 mmHg - 138/95 mmHg T=37.3 °C ปัสสาวะได้ปกติ ให้การดูแลใกล้ชิดจำกัดกิจกรรม Absolute bed rest ลดความต้องการออกซิเจนของร่างกาย สังเกตภาวะเลือดออกจากส่วนต่างๆของร่างกาย จากนั้นเวลา 17.00 น. Refer ไปสถาบันโรคทรวงอกโดยเตรียมเครื่องมือ ยาและอุปกรณ์ที่สำคัญพร้อมกับพยาบาล ICU อายุรกรรม ดูแลตลอดเวลา 2 คน ระหว่างเดินทางไม่พบอาการผิดปกติ ได้รับการรักษาโดย ทำ PCI พบ RCA (mid) diffuse 100% total occlusion lesion ,RCA (ostial) discrete 30% lesion แพทย์ใส่ Stent ไม่มีภาวะแทรกซ้อน รักษาตัวที่ สถาบันโรคทรวงอกเป็นเวลา 3 วัน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ และกลับไปตรวจตามนัดที่ สถาบันโรคทรวงอกและ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เพื่อติดตามความก้าวหน้าทางการรักษา พร้อมกับร่วมวางแผนการดูแลสุขภาพ เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุขกับครอบครัวต่อไป

การพยาบาลที่หน่วยงาน

ปัญหาข้อที่ 1 เสี่ยงต่อ Cardiac arrhythmia รุนแรงจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ข้อมูลสนับสนุน

- : เจ็บแน่นหน้าอก Pain score 6/10 ค่ะแนน
- : มีอาการไม่พึงประสงค์ ระหว่างให้ Streptokinase อาเจียนเป็นเศษอาหาร เกร็ง ตาค้าง 30 วินาที เรียกไม่รู้สีกตัว
- : หายใจติดขัด O₂ Saturation 89 %,
- : ผล EKG พบ STelevate in Lead II, III, AVF และ V₃R, V₄R
- : Troponin T ครั้งที่ 2=8,702 ng/L

เป้าหมายการพยาบาล

ไม่มีภาวะ Cardiac arrhythmia รุนแรง : ไม่พบ ventricular tachycardia, ventricular fibrillation

เกณฑ์การประเมินผล

1. รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออกตัวเย็น
2. ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก pain score = 0/10 คะแนน
3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ
 $T=36.5-37.4$ C
 $RR =16 - 20$ bpm
 $HR=60 - 100$ bpm
 $BP= 90/60 -120/80$ mmHg
4. O₂ saturation อยู่ในช่วง 95-100%
5. Monitor EKG ไม่พบ ventricular tachycardia, ventricular fibrillation

การพยาบาล

1. จัดให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนร่างกายและจิตใจได้ผ่อนคลายจากความกลัว ความวิตกกังวลในท่าที่สบายโดยให้ศีรษะสูงเล็กน้อย(semi fowler's position) สร้างความมั่นใจ ความไว้วางใจในการดูแลรักษา วางแผนกิจกรรมที่รบกวนผู้ป่วยน้อยที่สุดโดยเฉพาะใน 24-48 ชั่วโมงแรก⁵
2. ดูแลให้ Oxygen cannula 4 L/min ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน, monitor O2 Saturation $\geq 95\%$ เตรียมเครื่องช่วยหายใจพร้อมใช้งาน
3. ดูแลให้ผู้ป่วยทานยาต้านเกล็ดเลือด ASA(gr v)1 tab , Plavix (300mg) 1 tab oral ทันทีตามแผนการรักษา
4. ประเมิน Contraindication ก่อนให้ยา Streptokinase และให้ยา Pre-medication : hydrocortisone 100 mg , CPM 1 amp vein ตามแผนการรักษาเพื่อป้องกันการแพ้ยา ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase 1.5 million unit in NSS 100 cc. vein drip in 1 hr. (วิธีผสมยา Streptokinase ให้ละลายช้าๆ ไม่เขย่าจนเกิดฟอง และให้ยาหยดเข้าหลอดเลือดในอัตราสม่ำเสมอ ภายในเวลาที่กำหนดอย่าเคร่งครัดโดยใช้ Infusion Pump) ตามแผนการรักษาให้ทันภายในเวลา 30 นาที หลังรับไว้ในโรงพยาบาล เพราะยิ่งให้ยา Streptokinase เร็วเท่าไร อัตราตายยิ่งลดลงร้อยละ 1 ในทุก 1 ชั่วโมง ที่ได้รับยาเร็วขึ้น ยาละลายลิ่มเลือดจะไม่มีประสิทธิภาพในการรักษาเมื่อเวลาผ่านไปมากกว่า 6 ชั่วโมง^{6,15} สังเกตอาการไม่พึงประสงค์จากการได้ยา Streptokinase ระวังความดันโลหิตต่ำ ผื่นแพ้ยา อาการหนาวสั่น ภาวะเลือดออกง่ายสังเกตได้ชัดเจนจากเลือดออกตามไรฟัน ภาวะช็อค เตรียมการช่วยเหลือโดยเตรียมเปิดหลอดเลือดดำไว้อีกหนึ่งตำแหน่ง ให้ NSS 1000 cc. vein 80 cc.
5. เตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตให้พร้อม ได้แก่ รถ Emergency, เครื่อง Defibrillation สังเกตอาการ การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยข้างเตียง, วัด Vital Sign ทุก 10 นาที ประเมิน Chest pain, Monitor EKG

เฝ้าระวังการทำงานผิดปกติของหัวใจ เช่น PVC เกิน 6 ตัว/นาที, อาการเกร็ง ตาค้างขณะหัวใจเต้นผิดปกติ
 รุนแรง EKG : Ventricular tachycardia, Ventricular Fibrillation มีผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

6. ให้ยา Enoxaparin 30 mg vein bolus then 0.6 ml. subcutaneous q 12 hr ตามแผนการรักษา เพื่อลดและป้องกันภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพิ่ม และป้องกันการขยายบริเวณของกล้ามเนื้อหัวใจที่ตาย เลือกชนิดบริเวณท้อง หลีกเลียงการฉีดที่แขนขา และ stop bleeding นานจนแน่ใจว่าไม่มีเลือดออก และวาง Cold pack บริเวณที่ฉีดยา 10 นาที ป้องกันการเกิด Hematoma จากผลข้างเคียงของยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase)

7. Monitor EKG ติดตามการทำงานของหัวใจ สังเกตการเปลี่ยนแปลง มี PVC เกิน 6 ตัว/นาที bradycardia , tachycardia ,ventricular ectopy , AV blocks, V/S เปลี่ยนในทางที่เลวลง รายงานแพทย์ทราบทันที

8. EKG 12 Lead หลังให้ยา Streptokinase 90 นาที ผล: ST segment elevate in Lead II, III, AVF และ V₃R, V₄R รายงานแพทย์ทราบ ประสานงานติดต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพเพื่อ (primary percutaneous intervention) และใส่ coronary stents ภายใน 12 ชั่วโมง ซึ่งการรักษาดังกล่าวจะได้ผลดีที่สุดถ้าให้หรือทำให้เร็วที่สุดหลังเกิด AMI และจะไม่ได้ผลหรือผลลัพธ์ที่ไม่ดีถ้าให้หรือทำหลัง AMI มากกว่า 12 ชั่วโมง

ประเมินผล

1. รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออกตัวเย็น
2. ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก pain score = 0/10 ค่ะแนน หลังได้ Streptokinase ครบ
3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ T = 36.8-37.5 C , RR = 20-24 bpm, HR = 90 – 100 bpm , BP = 92/60 –135/70 mmHg
4. หลังให้ Oxygen Mask with bag, O₂ Sat=95-98 %
5. Monitor EKG ไม่พบ ventricular tachycardia, ventricular fibrillation
6. Refer ไปสถาบันโรคทรวงอกเวลา 17.00 น. เพื่อ PCI

ปัญหาข้อที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนขณะให้ยาละลายลิ่มเลือด จากหัวใจทำงานผิดปกติ
ข้อมูลสนับสนุน

- : ผู้ป่วยมีอาการเกร็งตาค้าง, อาเจียน
- : หายใจติดขัด, O₂ Saturation 89 % ขณะ On Cannula 4 lpm
- : BP 87/48 mmHg , Pulse = 60 bpm RR= 24 lpm
- : ผล Chest X -ray : Cardiomegaly

เป้าหมายการพยาบาล

ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน O₂ Saturation ≥ 95 %

เกณฑ์การประเมิน

1. รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออกตัวเย็น
2. ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน O₂ Saturation ≥ 95%
3. ฟังปอด ไม่พบ Crepitation , Wheezy, Rhonchi ,stridor
4. มีภาวะสมดุลของน้ำในร่างกาย
5. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ T= 36.5-37.4 °C , RR = 16 – 20

bpm , HR = 60 – 100 bpm , BP = 90/60 –120/80 mmHg

การพยาบาล

1. จัดให้ผู้ป่วยนอนราบตะแคงหน้าทันที ขณะที่ผู้ป่วยเกร็ง ตาค้าง อาเจียน และหายใจติดขัด O₂ Saturation 89% ปลุกผู้ป่วยเพื่อประเมินความรู้สึกตัวและกระตุ้นให้หายใจ เปลี่ยน Oxygen Cannula ให้เป็น Oxygen Mask with bag 10 L/min keep O₂ Saturation ≥95 % สังเกตอาการใกล้ขีด เตรียมอุปกรณ์ ในการใส่ ET tube และเครื่องช่วยหายใจ พร้อมใช้ตลอดเวลา

2. Monitor O₂ Saturation ประเมินภาวะพร่องออกซิเจนสังเกตปลายมือปลายเท้าริมฝีปาก และลิ้น

3. จัดให้ออกซิเจนสูง 30 องศา เพื่อให้กระบังลมหย่อนลง ช่องอกมีการขยายได้เต็มที่หลังจากผู้ป่วยรู้สึกตัว การหายใจเข้าสู่สภาพปกติ

4. ฟังเสียงลมเข้า- ออกจากปอด และประเมินความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น เช่นเสียง Crepitation(crackle)เสียงขี้ฝ่ม หรือเสียงกรอบแกรบชัดเจน แสดงว่าน้ำอยู่ในถุงลมขนาดเล็กหรือในปอดส่วนล่าง, Wheezy เสียงวี๊ดแหลมสูง ที่เกิดจากการตีบแคบของหลอดลมขนาดเล็ก พบในผู้ป่วย Asthma, rhonchi เสียงอืด ในขณะที่หายใจเข้าและออก แสดงว่าผู้ป่วยมี bronchospasm ที่เกิดจากการตีบแคบของหลอดลมขนาดใหญ่, stridor หายใจเสียงดังครู่ๆ ขณะหายใจเข้า เกิดจาก upper airway obstruction แจ้งแพทย์ทราบเมื่อผิดปกติ

5. วัด Vital sign ทุก 15 นาที 30 นาที และทุก 1 ชั่วโมง ตามความเหมาะสม ประเมินจังหวะ ลักษณะ อัตราการหายใจควรสม่ำเสมอ

6. ติดตามผล Chest X -ray : Cardiomegaly แจ้งผลให้แพทย์ทราบปรับและควบคุมปริมาณน้ำ เข้า ให้เหมาะสม ปรับลด NSS 1000 cc. vein 40 cc./hr.ตามแผนการรักษา

7. ตวงปัสสาวะเปรียบเทียบปริมาณสารน้ำที่เข้า-ออกร่างกายให้สมดุล

ประเมินผล

1. รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออกตัวเย็น
2. ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน O₂ Sat ≥ 95-98%

3. ฟังปอด ไม่พบ Crepitation, Wheezy, Rhonchi ,stridor
4. Urine สีเหลืองใส 500 cc.ใน 6 ชั่วโมงปริมาณน้ำเข้า 480 cc.
5. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ T = 36.8-37.5° C , BP = 87/48 -135/70 mmHg , RR = 20 – 24 bpm , HR = 90 – 100 bpm

ปัญหาข้อที่ 3 เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ข้อมูลสนับสนุน

- : แนนหน้าอก Pain score 6/10
- : ได้ยา Streptokinase ,enoxaparin
- : มีอาการเกร็งตาข้าง, อาเจียน
- : หายใจตื้นชัด,O₂ Saturation 89 % ขณะ On Cannula 4 lpm
- : BP 87/48 mmHg
- : EKG มี ST elevate Lead II III AVF และ V₃R, V₄R

เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่พบข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือด
2. รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออกตัวเย็นผื่นแพ้ยา
3. ไม่มี Cardiac arrhythmia รุนแรง
4. ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน O₂ Sat ≥ 95%
5. ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน,บริเวณท้องที่ฉีดยา และตามส่วนต่างๆของร่างกายผล PT=11.7 วินาที (10.6-13) PTT= 19.7 วินาที(22.1-28.9) INR=1.02
6. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ T = 36.5-37.4° C , RR = 16 – 20 Bpm , HR = 60 – 100 bpm , BP = 90/60 –120/80 mmHg

การพยาบาล

1. ตรวจร่างกายร่วมกับอายุรแพทย์ ชักประวัติ ประเมินข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือดและความเสี่ยงที่ควรส่งต่อเพื่อขยายหลอดเลือดแบบปฐมภูมิ(Primary PCI) ก่อนให้ยา Streptokinase ตามข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ดังนี้
 - 1.1 เคยมีประวัติได้ยา Streptokinase มาแต่ไม่เกิน 6 เดือน
 - 1.2 มีความดันโลหิตสูงมากกว่า 180/110 mmHg ที่ไม่สามารถควบคุมได้

- 1.3 SBP แขนซ้ายและขวาต่างกันมากกว่า 15 mmHg
- 1.4 มีประวัติ Ischemic Stroke ใน 6 เดือนที่ผ่านมา
- 1.5 มีประวัติเลือดออกในสมอง หรือโรคหลอดเลือดสมองไม่ทราบชนิดมาก่อน
- 1.6 มีเนื้องอกในสมอง(malignant tumor)
- 1.7 เคยได้รับอุบัติเหตุรุนแรงหรือผ่าตัดใหญ่ภายใน 2-4 สัปดาห์
- 1.8 บาดเจ็บรุนแรงต่อศีรษะและใบหน้า ภายใน 3 เดือน
- 1.9 มีประวัติเลือดออกในทางเดินอาหารภายใน 1 เดือนก่อนหน้า
- 1.10 กำลังมีเลือดออก หรือมีประวัติ Bleeding disorder ยกเว้นประจำเดือน
2. แจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบแผนการรักษา ให้ทราบประโยชน์ ภาวะไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น ขณะได้รับยา เพื่อให้มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลรักษาพยาบาล
3. ประสานแพทย์ให้ข้อมูลที่ครบถ้วนถูกต้องตามแบบ SBAR มีแพทย์ประจำในหน่วยงานร่วมดูแล ขณะให้ยา Streptokinase สามารถปรับแผนการรักษาและช่วยเหลือภาวะเร่งด่วนได้ทันที
4. ให้การพยาบาลข้างเตียง ตลอดเวลาขณะให้ยา Streptokinase ระวังการเกิดอุบัติเหตุ หลีกเลียง การทำหัตถการที่ทำให้ ผู้ป่วยบาดเจ็บโดยไม่จำเป็น เตรียมรถ emergency และอุปกรณ์ต่างๆให้พร้อมให้ ความช่วยเหลือหากมีอาการ ผิดปกติ คือหัวใจเต้นผิดจังหวะรุนแรง
5. ตรวจสอบร่างกายตำแหน่งเลือดออกได้ง่าย สังเกตเลือดออกตามไรฟัน จุดจ้ำเลือด โดยเฉพาะบริเวณ ที่ฉีดยาป้องกันการเกิดลิ่มเลือด
6. กดบริเวณที่ฉีดยาที่หน้าท้อง 10 นาที หรือจนแน่ใจว่าไม่มีเลือดออก วาง Cold pack
7. แนะนำการเลือกของใช้ที่เหมาะสม เช่นแปรงสีฟันขนนิ่ม หลีกเลียงการใช้ของมีคม
8. ติดตามผลการตรวจค่าการแข็งตัวของเลือด ความเข้มข้นของเลือด และจำนวนเกร็ดเลือด พร้อมรายงานแพทย์เมื่อพบอาการผิดปกติ เพื่อปรับแผนการรักษา

ประเมินผล

1. ไม่พบข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือด
2. ระหว่างให้ยา Streptokinase ผู้ป่วยมี อาเจียนเป็นเศษอาหาร เกร็ง ตาค้าง 30 วินาที เรียกไม่ รู้สึกตัว หายใจติดขัด
3. O₂ Saturation = 89% No cyanosis
4. ไม่พบ ventricular tachycardia, ventricular fibrillation
5. ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน บริเวณท้องที่ฉีดยา และตามส่วนต่างๆของร่างกาย
ผล PT=11.7 วินาที (10.6-13) PTT= 19.7 วินาที(22.1-28.9) INR=1.02
6. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ T = 36.8-37.5 C , BP = 87/48 -135/70 mmHg , RR = 20 – 24 bpm , HR = 90 –100 bpm

ปัญหาข้อที่ 4 เสียงต่อการติดเชื้อที่ปอดเนื่องจากอาเจียน ไม่รู้สึกตัว เกร็งตาค้างขณะให้ยา Streptokinase

ข้อมูลสนับสนุน

- O : ขณะให้ยา Streptokinase ไม่รู้สึกตัว เกร็งตาค้าง อาเจียนเป็นเศษอาหาร หายใจติดขัด
- O : O₂ Saturation = 89% , BP=87/48mmHg
- O : WBC=12,330 cells/cumm

เป้าหมายการพยาบาล

ไม่เกิดการติดเชื้อที่ปอด

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในระดับปกติ T = 36.5-37.4 °C , RR = 16 – 20 bpm , HR =60 – 100 bpm , BP = 90/60 –120/80 mmHg
2. ไม่มีเสมหะฟุ้งเสียงปอดปกติไม่มี Crepitation ,Rhonchi
3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในระดับปกติ
 - CBC : WBC 5,000-10,000 cell/cumm
 - Sputum culture : Normal Flora
 - ผล CXR :ปกติ

การพยาบาล

1. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง พร้อมทั้งแนะนำญาติล้างมือหรือใช้ Alcohol jell ก่อนและหลังเข้าเยี่ยมทุกครั้ง เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค และลดการสะสมของเชื้อโรค
2. ประเมินการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ โดยการสังเกต ลักษณะสี ปริมาณ และกลิ่นของเสมหะ ใช้ ลักษณะการหายใจ อัตราการหายใจ เสียงผิดปกติของปอด ติดตาม Chest X- ray ติดตามผล CBC
3. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง อุณหภูมิทุก 4 ชั่วโมง และฟังเสียง ลมหายใจเข้าปอดและเสียงผิดปกติต่างๆ เวิร์ดละ 1 ครั้ง เพื่อประเมินภาวะติดเชื้อที่ปอด
4. ติดตามผล Lab CBC ,Chest x-ray

การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในระดับปกติ T = 37.2-37.4 c, P = 74-92 bpm, RR = 20-26 bpm BP= 97/54 - 153/79mmHg
2. ไม่มีเสมหะฟุ้งเสียงปอดไม่มี Crepitation, Rhonchi
3. ไม่มีผลการตรวจ CBC ซ้ำ
 - ผล CXR : Cardiomegaly No Infiltration

ปัญหาข้อที่ 5 ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองอย่างเต็มความสามารถจากสภาวะการเจ็บป่วย ข้อมูลสนับสนุน

- : เจ็บแน่นหน้าอก Pain score 4/10
- : Monitor EKG show ST-elevate
- : จำกัดกิจกรรม ให้ Absolute bed rest

เป้าหมายการพยาบาล

ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสม และปลอดภัยจากอุบัติเหตุ

เกณฑ์การประเมิน

1. ร่างกายสะอาด สุขสบาย การขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะเป็นไปตามปกติและไม่เกิดอุบัติเหตุ
2. ปริมาณน้ำเข้า 480 cc ปริมาณปัสสาวะ 500 cc
3. Monitor EKG ไม่พบ Cardiac Arrhythmia
4. ผู้ป่วยและญาติรับรู้และเข้าใจ ร่วมมือในการจำกัดกิจกรรมและการใช้เครื่องมืออุปกรณ์อย่าง

เหมาะสม

การพยาบาล

1. อธิบายชี้แจงเหตุผลและความจำเป็นที่ต้องจำกัดกิจกรรม เพื่อลดความต้องการใช้ออกซิเจนของหัวใจ เพิ่มประสิทธิภาพการหายใจของโรคให้ข้อมูลในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยและความจำเป็นที่ต้องใช้เครื่องมืออุปกรณ์พิเศษหลายอย่างพร้อมกัน และข้อมูลอื่นๆที่ผู้ป่วยและญาติสงสัย ด้วยความเต็มใจ
2. ให้การพยาบาลใกล้ชิดด้วยความสุภาพนุ่มนวล กระตือรือร้น สนใจและใส่ใจ
3. รับฟังความต้องการ ความรู้สึกของผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ เห็นใจ ให้โอกาสญาติมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นและทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วย และประเมินผลหลังปฏิบัติการพยาบาลทุกครั้ง เพื่อปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสม
4. ให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอเหมาะสมกับความต้องการของร่างกายตามแผนการรักษา
5. ช่วยเหลือให้มีการขับถ่ายเป็นปกติ ในระยะวิกฤติ ให้ถ่ายอุจจาระบนเตียงกันม่านให้มีชีวิตช่วยเหลือทำความสะอาดหลังขับถ่ายด้วยความเต็มใจ เปิดโอกาสให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแล
6. ทำความสะอาดร่างกาย ปากฟัน และอวัยวะสืบพันธุ์ทุกครั้งที่ขับถ่ายในภาวะวิกฤติ
7. ป้องกันอุบัติเหตุโดยจัดเตรียมอุปกรณ์ของใช้ไว้ใกล้มือ ยกที่กั้นเตียงขึ้นไว้ทั้งสองข้างทุกครั้งเสร็จสิ้นกิจกรรมการพยาบาล
8. จัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยผ่อนคลายสุขสบาย และพักผ่อน

ประเมินผล

1. ร่างกายสะอาดมีสีหน้าผ่อนคลาย พักผ่อนได้ การขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะเป็นไปตามปกติและไม่เกิดอุบัติเหตุ
2. ปริมาณน้ำเข้า 480 cc ปริมาณปัสสาวะ 500 cc
3. Monitor EKG ไม่พบ PVC, ventricular tachycardia, ventricular fibrillation
4. ผู้ป่วยและญาติรับรู้และเข้าใจการดูแลตนเองและแผนการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ร่วมมือในการจำกัดกิจกรรมและการใช้เครื่องมืออุปกรณ์อย่างเหมาะสม

ปัญหาข้อที่ 6 กลัวและความวิตกกังวล จากความเจ็บป่วยที่รุนแรง**ข้อมูลสนับสนุน**

- S : “กลัวตาย เป็นห่วงบุตรและภรรยาและหลาน”
 S : “ไม่คิดว่าจะเป็นมาก”
 O : แนนหน้าอก pain score = 6/10 คะแนน
 S : “ไม่กล้าหลับ”
 S : สีหน้า แหวดตา ท่าทางวิตกกังวล นอนนิ่งมองดูสิ่งแวดล้อมตลอด

เป้าหมายการพยาบาล

ความกลัวและความวิตกกังวลลดลง หลับพักผ่อนได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติรับรู้ข้อมูล เข้าใจแผนการดูแลรักษาสีหน้าแหวดตาสดชื่นขึ้น ท่าทางผ่อนคลาย
2. มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจในการดูแลรักษาทุกครั้งให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมการพยาบาล
3. ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก Monitor EKG ไม่พบ cardiac arrhythmiaรุนแรง
4. สัญญาณชีพอยู่ในระดับปกติ T= 36.5-37.4° c, P=60-100 bpm, RR= 16-20bpm , BP90/60 - 120/80mmHg
5. นอนหลับพักผ่อนได้เพียงพอ อย่างน้อย 6-8 ชม./วัน

การพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ให้ผู้ป่วยไว้วางใจและเชื่อมั่นในการพยาบาล ให้เกียรติผู้ป่วยในฐานะปัจเจกบุคคล
2. จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะกับการพักผ่อน ให้ข้อมูลทางการดูแลรักษา ปฐมนิเทศ อาคาร สถานที่ เวลาเยี่ยม ให้การช่วยเหลือกิจกรรมทั้งหมดด้วยความเต็มใจอำนวยความสะดวก ให้เกียรติ เคารพในความเป็นบุคคล เปิดโอกาสให้ญาติเยี่ยม เป็นกำลังใจ เพราะหากความเครียดในระดับสูงหรือการมีกิจกรรมที่ทำให้รู้สึกตื่นเต้น ทำหาย หวาดกลัว จะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic) ให้มีการหลั่งสาร

แคทีโคลามีน ซึ่งสารแคทีโคลามีนจะทำให้หัวใจเต้นเร็วมากขึ้น เป็นเหตุให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องการใช้ออกซิเจน เพิ่มมากขึ้น

3. ประเมินความต้องการ ความพร้อมในการรับรู้ ของผู้ป่วยต่อสถานการณ์ในขณะนั้น ให้การพยาบาลที่นุ่มนวล ให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่าเขาจะได้รับการรักษาพยาบาลเพื่อความปลอดภัย

4. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจในการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยต่างๆ ที่แพทย์และพยาบาลปฏิบัติให้แก่ผู้ป่วย อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าเครื่องมือนั้นคืออะไร มีประโยชน์หรือช่วยผู้ป่วยได้อย่างไร อธิบายให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งก่อนที่จะทำการตรวจรักษาหรือให้การพยาบาล

5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามเกี่ยวกับปัญหาหรือสิ่งที่กังวลใจ รับฟังปัญหาของผู้ป่วยด้วยความตั้งใจ ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการซักถามและอธิบายชี้แจงข้อสงสัย

6. อยู่ใกล้ชิดสัมผัสสัมผัสผู้ป่วยด้วยท่าทีที่อบอุ่นเป็นมิตรและห่วงใย บอกให้ผู้ป่วยได้รู้ว่ากำลังให้การช่วยเหลืออย่างเต็มที่

7. ไม่ละเลยต่อความเครียดและความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วย พยาบาลเข้าใจและยอมรับปฏิกิริยาที่ญาติห่วงใย ให้ความรู้รับฟังการระบาย พร้อมทั้งให้ข้อมูลที่ญาติสงสัยหรือกังวล จัดสถานที่ให้ร่วมปรึกษากับแพทย์ อธิบายให้ญาติทราบว่ากำลังช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มที่ เพื่อลดความกังวล อำนวยความสะดวกตามความเหมาะสมบางประการให้ เช่น ให้ใช้โทรศัพท์ จัดเก้าอี้ให้นั่งรอ

8. ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติ ถึงความจำเป็นในการส่งต่อไปโรงพยาบาลศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก เพื่อขยายหลอดเลือดหัวใจ ให้ข้อมูลขั้นตอนการเตรียมตัวก่อนและหลังทำ PCI การสังเกต และระวังภาวะเลือดออกง่ายหลังจากการได้ยาที่ป้องกันไม่ให้เกิดเลือดอุดตันหลอดเลือด โดยเฉพาะจากแผลที่แทงหลอดเลือดที่ขาหนีบ แจ้งให้ทราบว่าผู้ป่วยต้องนอนอยู่กับเตียงไม่ต่ำกว่า 8-12 ชั่วโมง ภายหลังการขยายหลอดเลือดเสร็จ เพื่อป้องกันภาวะเลือดออก

ประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติรับรู้ข้อมูล เข้าใจแผนการดูแลรักษาสีหน้าแววตาสดชื่นขึ้น ท่าทางผ่อนคลาย
2. มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจในการดูแลรักษาทุกครั้งให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมการรักษาพยาบาล
3. ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก Monitor EKG ไม่ พบ PVC, ventricular tachycardia, ventricular fibrillation
4. สัญญาณชีพอยู่ในระดับปกติ T= 37.2-37.4 C, P = 74-92 bpm , RR = 20-26 bpm
BP = 97/54 - 153/79 mmHg
5. นอนหลับพักผ่อนได้ 4ช.ม. ในช่วงรอการส่งตัว

ปัญหาข้อที่ 7 ผู้ป่วยและญาติพร้อมความรู้ ความเข้าใจ และการดูแลตนเองหลังกลับบ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

- : ไม่มีความรู้เรื่องโรคหัวใจ
- : ลูกชายอยู่บ้านเดียวกัน สุขุมบุรี
- : ชอบรับประทานอาหารประเภทน้ำพริก ปลาเค็มทอด
- : ประวัติเป็นความดันโลหิตสูงและไขมันสูงมา 2 ปี รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง
- : เป็นคนเงียบบขริ่มพูดน้อย

เป้าหมายการพยาบาล

รับรู้และเข้าใจการดูแลตนเอง ปฏิบัติตัวเหมาะสมไม่เกิดการกลับซ้ำของโรค

เกณฑ์การประเมินผล

1. รู้และเข้าใจในการแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม
2. ร่วมหาแนวทางการปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม
3. มาตรวจตามนัดทุกครั้งรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง
4. ไม่ Re-admit ภายใน 28 วัน หลังกลับบ้าน

การพยาบาล

1. ประเมินโดยการสอบถามผู้ป่วยละญาติเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ และการดูแลตนเอง ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องโรคที่เป็นอยู่ สาเหตุ พยาธิสภาพของโรค การรักษา
2. แนะนำการสังเกตอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและการจัดการเบื้องต้น
3. เน้นย้ำผู้ป่วยเรื่องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิต ได้แก่ งดรับประทานไขมันสูง อาหารรสเค็ม การออกกำลังกาย การพักผ่อนทั้งร่างกายและจิตใจ การไม่สูบบุหรี่หรือหลีกเลี่ยงผลกระทบจากบุหรี่มือสอง เนื่องจากการให้ยาละลายลิ่มเลือดและการขยายหลอดเลือดนั้นเป็นการรักษาที่ปลายเหตุ แต่ยังไม่ได้รับการปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ผู้ป่วยอาจเกิดการตีบของเส้นเลือดเส้นอื่นๆ
4. ประเมินและค้นหาวิธีการผ่อนคลายจิตใจเมื่อเผชิญความทุกข์ ความเครียดในชีวิตประจำวัน แนะนำการหายใจอย่างมีสติหายใจเข้าอย่างอ่อนโยน หายใจออกอย่างผ่อนคลายเป็นการผ่อนคลายจิตใจเพื่อลดความหวัง ความกังวลใจ
5. การดูแลตนเองในเรื่องการใช้จ่าย การควบคุมอาหาร น้ำ การออกกำลังกาย การทำกิจกรรม, การตรวจตามนัด อาการผิดปกติต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ต่างๆ พร้อมให้เบอร์โทรศัพท์ของหน่วยงานเพื่อปรึกษาปัญหา
6. ให้คำแนะนำเพื่อไม่ให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำอีก เช่นการใช้ยาอมใต้ลิ้น การควบคุมน้ำหนัก การควบคุมอาหาร หลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก ควบคุมความดันโลหิตและไขมัน
7. แจกเอกสารเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นเพื่อให้ญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยอ่านที่บ้าน

ประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติรับรู้และเข้าใจ การดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน
2. ไม่พบอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด

สรุปกรณีศึกษา

ในปัจจุบันผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีปัจจัยส่งเสริมหลายประการทั้งปัจจัยที่หลีกเลี่ยงได้และหลีกเลี่ยงไม่ได้ การรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดและการขยายหลอดเลือด เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อช่วยให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจให้เร็วที่สุดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนอาจจะเกิดขึ้น พยาบาลมีบทบาทสำคัญยิ่งในการประเมินก่อนให้ยา Streptokinase ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับยาอย่างเคร่งครัด ความปลอดภัยจากอาการไม่พึงประสงค์ขณะให้และหลังให้ยา มีการเตรียมพร้อมด้านบุคลากรและอุปกรณ์ช่วยชีวิต สื่อสารให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติอย่างต่อเนื่อง ประสานการส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าตามขั้นตอนในเวลาอันจำกัด การตรวจสอบสิทธิบัตรการรักษา พยาบาล เพื่อรับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention) ซึ่งเป็นหัตถการที่มีขั้นตอนการเตรียมและแนวปฏิบัติที่ซับซ้อนอย่างเหมาะสม ในขณะเดียวกัน พยาบาลมีบทบาทในการส่งเสริม ให้ผู้ป่วยรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคจนเข้าใจและสามารถปรับตนเองยอมรับการเจ็บป่วย ปฏิบัติตัวได้ถูกต้องทั้งขณะอยู่ที่โรงพยาบาลและภายหลังกลับบ้าน

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยรายนี้มาโรงพยาบาลด้วยอาการทางคลินิกที่ชัดเจน สามารถวินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้องให้การรักษาโดยยาละลายลิ่มเลือดได้ภายใน 2 ชั่วโมงหลังจากมีอาการแน่นหน้าอก ระหว่างให้ยาละลายลิ่มเลือดมีอาการไม่พึงประสงค์ มีความเสี่ยงต่อหัวใจเต้นผิดปรกติรุนแรง มีภาวะหายใจติดขัดเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน มีอาการเสี่ยงต่อการสำลักและติดเชื้อที่ปอดตามมา และมีความดันโลหิตต่ำจากหัวใจทำงานขาดประสิทธิภาพ ประกอบกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ไม่ดีขึ้นหลังการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด จำเป็นต้องส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าในเวลาอันจำกัด แต่ถึงกระนั้นผู้ป่วยรายนี้สามารถผ่านพ้นระยะวิกฤตหายได้เร็วตามเวลาที่กำหนด ดังนั้นในการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันต้องรวดเร็วแม่นยำตั้งแต่การวินิจฉัยโรค ความรู้ความชำนาญในการดูแลรักษาทุกขั้นตอนของการเจ็บป่วย การประสานการส่งต่อ การเตรียมข้อมูลเตรียมผู้ป่วยและญาติ การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้น และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องป้องกันการกลับเป็นซ้ำสามารถใช้ชีวิตต่อไปได้อย่างปกติสุข ถือว่าเป็นประเด็นที่สำคัญ

ดังนั้นพยาบาลรวมทั้งทีมสุขภาพนอกจากมีความรู้ความชำนาญ ในการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นอย่างดีแล้ว ต้องเน้นย้ำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้องในเรื่องการรับประทานอาหารรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การสังเกตอาการผิดปกติ การตรวจตามนัด การออกกำลังกายตามความเหมาะสม และที่สำคัญการผ่อนคลายลดภาวะเครียด อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม⁷⁻¹¹ เพื่อลดอัตราการตายในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขในปัจจุบัน

บทสรุป

ในปัจจุบันผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยมีปัจจัยส่งเสริมหลายประการ ทั้งปัจจัยที่หลีกเลี่ยงได้และหลีกเลี่ยงไม่ได้ การรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อช่วยให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจให้เร็วที่สุด ซึ่งพบว่าอัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้น 50 % หากผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายหลังการเกิดอาการ 1 ชั่วโมง และอัตราการรอดชีวิตลดลงเหลือ 23 % เมื่อเวลาผ่านไป 3 ชั่วโมง^{6,15} หากการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytics) แล้วไม่สำเร็จ โดยที่ผู้ป่วยยังมีอาการ chest pain และ/หรือ EKG ยังมี STEMI อยู่ ควรได้รับการทำ PCI (Percutaneous Coronary Intervention) ภายใน 24 ชั่วโมงตั้งแต่เริ่มเจ็บหน้าอก ขึ้นตอน ระยะเวลาการส่งต่อไปรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าเฉพาะด้านโรคหัวใจจึงเป็นสิ่งสำคัญ พยาบาลมีบทบาทสำคัญยิ่งในการดูแลผู้ป่วยในทุกขั้นตอนและมีบทบาทในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงหรือลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้เกิดหลอดเลือดหัวใจอุดตัน เพื่อป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดและการกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งนี้พยาบาลควรตระหนักและเห็นความสำคัญในการประเมินสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยรวมถึงการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่ อาจเกิดขึ้น และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและภายหลังกลับบ้าน การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องพบแพทย์ และการกลับมาตรวจตามนัดทุกครั้ง

เอกสารอ้างอิง

1. ลาวัลย์ เวทยาวงค์ , ดาราวรรณ รองเมือง, จีราพร ทองดี, ฉันทนา นาคฉัตรีย์, ผกามาศ รักชาติ และ อรุณศรี รัตนพรหม. ผลของโปรแกรมการสื่อสารเตือนภัยต่อความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดและการจัดการอาการของประชาชน ต.ปากหมาก . วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้: สุราษฎร์ธานี ; 2560.
2. เกரியไกร เสงร์ศรีและกนกพร แจ่มสมบุญ. มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์ ; 2555.
3. อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์. โรคหลอดเลือดหัวใจ. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2558. สืบค้นเมื่อวันที่ 27 เมษายน 2562. /แหล่งสืบค้น [http:// boe.moph.go.th](http://boe.moph.go.th)
4. งานทะเบียนโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. สถิติผู้ป่วยปี พ.ศ. 2561. ลพบุรี : โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช; 2561.
5. ผ่องพรรณ อรุณแสง. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. (พิมพ์ครั้งที่ 10) ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยาขอนแก่น ; 2556.
6. อรมณี ช่างชายวงศ์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ และระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.

7. ณรงค์กร ชัยวงศ์, สุภาภรณ์ ด้วงแพง, เขมารดี มาสิงบุญ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วารสารไทยเภสัชศาสตร์วิทยาการสุขภาพ. 2557; 9 (3).
8. กอบกุล บุญปราศรัย. พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีและการพยาบาล. กรุงเทพฯ: พี. เอ. ลีพวิง ; 2549.
9. กัญญา โพธิ์ปิติ. พฤติกรรมสุขภาพกับภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของวัยก่อนสูงอายุพื้นที่เฝ้าระวังจังหวัดกาญจนบุรี.วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิตม , สาขาวิจัย ประชากรและสังคม, บัณฑิตศึกษา, มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2552.
10. จันทิรา ทรงเต๊ะ. พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ของชาวไทยมุสลิมในชุมชนมีสุวรรณ 3. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิตคณะสาธารณสุขศาสตร์สาขาวิชาเอกการสร้างเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ; 2554.
11. ประดิษฐ์ ปัญจวิณิน, รุ่งโรจน์ กฤตยพงษ์และเรวัตร พันธุ์กิ่งทองคำ.ภาวะฉุกเฉิน ระบบหัวใจและหลอดเลือด.(พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์ ; 2554.
12. ปรีชา เอื้อโรจนอังกูร. ศาสตร์และศิลป์ในการรักษาโรคหัวใจขาดเลือด. กรุงเทพฯ: หน่วยโรคหัวใจ กองอายุรกรรมโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ; 2553.
13. เป็น รักเกิด. การรับรู้การเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยกลุ่มอาการ กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ; 2550.
14. พัชราภรณ์ อุ้นเตจ๊ะ. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จ ในการเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง (STEMI) เพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน. กรุงเทพฯ: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน ; 2554.
15. Moser DK, Dracup K.Gender. differences in treatment Seeking delay in acute myoccardial infaction. Prog Cardiovasc Nurs. 1993 ; 8: 6-12.