การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง : กรณีศึกษา

กฤษฎา เขียวรี
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลอินทร์บุรี

บทคัดย่อ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง (ST Elevation Myocardial Infarction: STEMI) เป็นภาวะวิกฤติฉุกเฉินทางอายุรกรรมที่พบได้บ่อยและมีอัตราการเสียชีวิตสูง ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่สำคัญ คือ การเกิดภาวะช็อกจากหัวใจและอาจรุนแรงถึงเสียชีวิตได้หากเกิดความล่าช้าในการเปิดหลอดเลือดหัวใจผู้ป่วย ระยะเวลาในการเปิดหลอดเลือดด้วยยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที (door to needle times within 30 minutes) นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนได้รับยาละลายลิ่มเลือด จะช่วยให้เปิดหลอดเลือดหัวใจได้เร็วและมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ระยะเวลาการให้ยามีความสัมพันธ์กับอัตรารอดชีวิตโดยตรงของผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลที่ดูแลต้องมีความรู้ ความเชี่ยวชาญในการประเมินคัดกรอง การอ่านและแปลผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ให้การดูแลและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล ประสานการรักษาให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดอย่างรวดเร็วและสามารถส่งต่อผู้ป่วยเพื่อทำการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจได้อย่างปลอดภัย จากการศึกษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกที่ได้รับยา streptokinase แต่ไม่สามารถเปิดเส้นเลือดหัวใจได้ ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่เปลี่ยนแปลง จึงได้ส่งต่อไปโรงพยาบาลที่ศักยภาพสูงกว่าเพื่อทำการเปิดเส้นเลือดหัวใจด้วยบอลลูน ทำให้ผู้ป่วยพ้นวิกฤติและสามารถจำหน่ายกลับมาอยู่บ้านได้อย่างปกติสุข

Abtract : Nursing Care for Patients with ST Elevation Myocardial Infarction:A Case Study

Kridsada khiewree

Medicine nursing organization, Inburi Hospital.

ST elevation myocardial infarction (STEMI) is a common medical emergency condition with high mortality rate. The most severe complication of STEMI is a cardiogenic shock and the delay in revascularization is a major cause of death from STEMI. Reperfusion with thrombolytic therapy within 30 minutes (Door to needle time within 30 minutes) of admission facilitates effective revascularization. Thus, time of thrombolytic therapy is directly related to survival rate. Hence, nurses must be knowledgeable and proficient in screening for STEMI, interpreting ECG results, providing care, monitoring any complications, coordinating care to expedite thrombolytic therapy, and safely referring patients for percutaneous coronary intervention (PCI).

In this case study, Streptokinase was given; however, revascularization was not capable. The ECG was unchanged. The patient was referred to tertiary care hospital for PCI. After the proper management, the patient's condition was stable and discharged from hospital.

บทนำ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง (ST Elevation myocardial infarction : STEMI) เป็นภาวะวิกฤตที่ก่อให้เกิดอัตราการเสียชีวิตและการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมาก จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2558 [1] พบว่า คนไทยทั่วประเทศเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือดจำนวน 18,922 คน อัตราการเสียชีวิต 28.92 ต่อประชากร 100,000 คนหรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 2 คน ซึ่งจากข้อมูลที่ผ่านมาพบว่า อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จาก 23.45 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ.2555 เพิ่มเป็น 26.91 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ.2556 และเพิ่มเป็น 27.83 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ.2557 และ 28.92 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ.2558 ตามลำดับ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง เป็นกลุ่มอาการโคโรนารีฉุกเฉิน (acute coronary syndromes : ACS) มีพยาธิสภาพเกิดจากการปริแตกของก้อนไขมันที่อยู่บนผนังหลอดเลือด (plaque rupture) อย่างรุนแรง ทำให้มีลิ่มเลือดจำนวนมากไปอุดตันหลอดเลือดโคโรนารี่อย่างรวดเร็ว ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดมาเลี้ยงไม่เพียงพอ เป็นผลทำให้เกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจเป็นบริเวณกว้างและรุนแรง โดยเริ่มจากผนังชั้นในแล้วลามออกไปสู่ผนังชั้นนอก [2,3] ทำให้ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายแบ่งเป็น 2 กลุ่ม [4] ได้แก่ (1) ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ อายุ เพศกรรมพันธุ์ (2) ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด โรคอ้วน การขาดการออกกำลังกาย คนที่มีบุคลิกภาพแบบ เอและความเครียด เป็นต้น

อาการและอาการแสดงทางคลินิก [5,6]

ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเกิดอาการเจ็บหน้าอกที่มีลักษณะเฉพาะคือ เจ็บหน้าอกอย่างรุนแรงที่เกิดขึ้นทันทีทันใด บริเวณตำแหน่งใต้กระดูกหน้าอก ลักษณะการเจ็บมักจะเหมือนถูกบีบ รู้สึกเสียดแน่นเหมือนมีของหนักๆ มาทับบนอก อาจเจ็บร้าวไปที่หัวไหล่ ลำคอ ใต้คาง หลังหรือแขน ลักษณะอาการเจ็บปวดมักจะเป็นนานมากกว่า 30 นาที อาการเจ็บหน้าอกจะเกิดขึ้นเองได้โดยไม่จำเป็นต้องเกี่ยวข้องกับการออกกำลังหรืออารมณ์ อาการอื่นที่พบร่วมด้วย ได้แก่ อาการเหงื่อออก อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เวียนศีรษะ เป็นลมหมดสติชั่วคราว ความดันโลหิตลดต่ำลงมากอย่างรวดเร็ว ชีพจรเบา เนื่องจากการมีปริมาตรเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจลดลงอย่างรวดเร็ว ทำให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายๆ ไม่เพียงพอ แต่ผู้ป่วยบางรายอาจจะมาด้วยอาการคลื่นไส้และอาเจียนมากกว่าอาการเจ็บหน้าอก ทำให้เข้าใจผิดคิดว่าเกิดจากภาวะอาหารไม่ย่อย

การวินิจฉัยโรค[2,3,5,6]

การวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอาศัยปัจจัย 3 ข้อดังนี้

1. อาการเจ็บหรือแน่นอก บริเวณใต้กระดูกหน้าอก ซึ่งอาจร้าวไปที่ลำคอ ขากรรไกร บริเวณระหว่างกระดูกสะบัก แขนและบริเวณใต้ลิ้นปี่ อาการเจ็บมักจะเป็นนานมากกว่า 30 นาที

2. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG) สำคัญที่สุดและควรทำให้เร็วที่สุด ลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจนอกจากจะช่วยในการวินิจฉัยโรคแล้ว ยังสามารถบ่งบอกถึงความรุนแรงของโรค ช่วยคาดคะเนโอกาสของการเพิ่มการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ด้วยจาก 1.complete left bundle branch block (LBB), 2.anterior location ของ infarction และ 3. จำนวน ECG leads ที่มี ST elevation (ยิ่งมีหลายleads ยิ่งมีโอกาสเสียชีวิตมากยิ่งขึ้น)

3. การตรวจ cardiac biomarkers ,serum cardiac biomarkers ซึ่งประกอบด้วย creatine kinase (CK),CK–MB, cardiac specific troponin มีประโยชน์ในการช่วยยืนยันการวินิจฉัย myocardial infarction และประเมิน infarct size ตลอดจนการพยากรณ์โรค อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยที่มีอาการและคลื่นไฟฟ้าหัวใจเข้าได้กับการวินิจฉัย STEMI สามารถให้ reperfusion therapy ได้เลย โดยไม่ต้องรอผลของการตรวจ cardiac biomarker ทั้งนี้เนื่องจากรอนาน ผลการรักษาก็จะยิ่งด้อยลงตามลำดับ จึงไม่ควรรอ ปัจจุบันถือว่าcardiac troponin เป็น biomarker ที่ควรเลือกใช้วินิจฉัย MI และในบางครั้งที่บริเวณของ MI ค่อนข้างเล็กจนตรวจ serial CK-MBs แล้วไม่ผิดปกติ ก็ควรจะต้องส่งตรวจ troponin ซึ่งอาจพบความปกติได้

ภาวะแทรกซ้อนของกล้ามเนื้อหัวใจตาย [2,6]

ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้แก่

1. การเต้นของหัวใจผิดจังหวะ (cardiac arrhythmias) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเสียชีวิตที่สุด ซึ่งมักจะพบภายใน 12 ชั่วโมงแรก การเต้นของหัวใจผิดจังหวะเกิดจากการทำลายของ conduction system ทำให้รบกวนการส่งคลื่นไฟฟ้าในหัวใจ ซึ่งพบได้ตั้งแต่หัวใจห้องล่างเต้นเองก่อนเวลา (premature ventricular contraction : PVC) พบร้อยละ 70–80 และถ้าเป็นชนิดที่เป็นอันตรายคือ เกิดการเต้นเองก่อนเวลาบ่อยมากกว่า 5–6 ครั้ง/นาที อาจทำให้เกิด ventricular tachycardia , ventricular fibrillation หรือ heart block ได้

2. ภาวะหัวใจวาย (heart failure) จากกล้ามเนื้อหัวใจตายพบได้มากขึ้น เนื่องจากปัจจุบันสามารถลดอัตราการตายจากการเต้นของหัวใจผิดปกติได้มากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าบริเวณที่กล้ามเนื้อหัวใจตายไม่สามารถทำงานได้มากกว่าร้อยละ 40 อาจจะเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวหรือภาวะช็อกจากหัวใจได้ เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจที่ตายหรือขาดเลือดมาเลี้ยงจะลดประสิทธิภาพในการบีบตัวและบริเวณที่กล้ามเนื้อหัวใจตายอาจเกิดการโป่งพอง เมื่อกล้ามเนื้อบีบตัวเลือดจะไปคั่งอยู่บริเวณที่โป่งพอง ทำให้ปริมาตรเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจลดลง ซึ่งจะทำให้เกิดกลไกชดเชยเพื่อที่จะสนองความต้องการออกซิเจนและอาหารเพื่อการเผาผลาญของร่างกาย

3. ก้อนเลือดอุดตัน (thrombolism) ซึ่งมักเกิดร่วมกับภาวะหัวใจวาย ทำให้เลือดไหลช้าลง ก้อนเลือดมักจะเกิดด้านในหัวใจของบริเวณที่เนื้อตาย ซึ่งเรียกว่า mural thrombi ซึ่งอาจจะหลุดลอยไปอุดที่ปอดหรือหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ของร่างกายได้

4. ภาวะช็อกจากหัวใจ (cardiogenic shock) พบได้ร้อยละ 15 ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มารับการรักษาและมักจะเป็นก่อนภาวะหัวใจวาย ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยที่เกิดภาวะช็อกจากหัวใจมักจะเกิดใน 6 ชั่วโมงแรกที่เกิดอาการของกล้ามเนื้อหัวใจตาย ประมาณ 1 ใน 2 เกิดใน 24 ชั่วโมงและ 1 ใน 3 เกิดใน 35 ชั่วโมง

การรักษา[2,3,5,6]

ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องการรักษาอย่างเร่งด่วน โดยการเปิดหลอดเลือดให้เร็วที่สุด โดยการใช้ยาละลายลิ่มเลือดหรือถ่างขยายเส้นเลือดหัวใจด้วยบอลลูน (Percutaneous coronary intervention: PCI) เป้าหมายการดูแลรักษาในระยะแรกจะเน้นการตรวจวินิจฉัยและรักษาที่รวดเร็ว ให้เลือดกลับไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจให้เร็วที่สุด จำกัดความเสียหายที่เกิดกับกล้ามเนื้อหัวใจ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนทำให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างผาสุก ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายกลับสู่บ้าน ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ปัจจุบันสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ได้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุงปี 2557 ขึ้นโดยมีแนวทางการการดูแลผู้ป่วยดังนี้

1. การรักษาในชุมชน ต้องประเมินคัดกรองผู้ป่วย (triage) และรักษาโดยเร็วที่สุดและแนะนำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเรียกรถฉุกเฉินทันทีแทนที่จะโทรศัพท์หาแพทย์หรือขับรถไปโรงพยาบาลเอง

2. การดูแลระยะแรกหรือการรักษาที่หน่วยฉุกเฉิน ได้แก่ การให้ละลายลิ่มเลือด (thrombolytic agent) การให้ยาละลายลิ่มเลือดมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับระยะเวลาที่หลอดเลือดถูกเปิดออก ถ้ามีเลือดไหลผ่านกลับมาใหม่เร็วเท่าใดก็จะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายถูกจำกัดให้มีขนาดเล็กและการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายไม่เสียไปมาก เพิ่มโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วย จะมีประโยชน์สูงสุดเมื่อได้รับยาเร็วที่สุดภายใน 3 ชั่วโมงแรกหลังเกิดอาการ แต่จะไม่มีประโยชน์ หากมีอาการเกิน 12 ชั่วโมง ยาละลายลิ่มเลือด ได้แก่ Aspirin และ Clopidogrel การให้ควบแก่ผู้ป่วยที่มี cardiac marker และคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติภายใน 4 ชั่วโมง นับจากเริ่มเกิดอาการเจ็บหน้าอก จะช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและความเสี่ยงที่ร้ายแรงลงได้ แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยมีหลักสำคัญดังนี้ (1) ควรใช้เวลาน้อยที่สุดในการส่งต่อผู้ป่วย (2) ควรมีเครื่องเฝ้าติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจและเครื่องกระตุกหัวใจในรถที่ใช้ขนย้ายผู้ป่วย (3) ควรพิจารณาส่งผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่มียาละลายลิ่มเลือดเป็นอันดับแรก (5) ควรได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีหรือขยายหลอดเลือดหัวใจแบบปฐมภูมิภายในเวลา 90 นาที เมื่อผู้ป่วยมาติดต่อครั้งแรก ณ โรงพยาบาลที่มีความพร้อม (6) ควรพิจารณาส่งต่อ

ผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่สามารถขยายหลอดเลือดหัวใจและ/หรือผ่าตัดทางเบี่ยงเส้นเลือดหัวใจได้โดยเร็วที่สุด หากผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดแล้ว ไม่มีลักษณะบ่งชี้ว่ามี reperfusion ภายใน 90 นาที (ยังเจ็บเค้นอกอยู่และ ST ยังคง elevation) หลังเริ่มให้ยาละลายลิ่มเลือดและผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตต่ำอันอาจเนื่องมาจากภาวะช็อกจากหัวใจ

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง [5,6,7]

การพยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจเพื่อให้ได้รับความปลอดภัย มีการดูแลที่แตกต่างกันตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเจ็บหน้าอก ระหว่างให้การดูแลที่ห้องฉุกเฉินและที่ห้อง ICU หรือระยะพักฟื้นที่ตึกข้างนอกจนถึงระยะกลับบ้าน

1. การดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล ให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไปให้รู้จักโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและประชาสัมพันธ์ให้ใช้บริการฉุกเฉินทางการแพทย์1669 ด้วย พยาบาลที่ออกแพทย์ฉุกเฉินต้องมีความรู้สามารถวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ โดยดูแลให้ผู้ป่วยนั่งพัก ให้อม Nitroglycerine ทันทีและให้ได้ 3 - 5 นาที ได้อีก 2 ครั้งขณะรอรถพยาบาลจะออกไปถึง เมื่อรถพยาบาลออกไปถึงควรให้ออกซิเจนทันทีและเปิดเส้นเลือดดำ เพื่อให้สารน้ำทางเส้นเลือดดำ ดูแลให้ Aspirin หรือ Morphine sulfate ทันทีถ้ามีข้อบ่งชี้และไม่มีข้อห้ามแล้วรีบนำส่งโรงพยาบาลทันที

2. การพยาบาลขณะอยู่ที่ห้องฉุกเฉิน ซักประวัติเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการรักษาหรือเอกสารส่งตัว ประเมินด้านร่างกายและสัญญาณชีพ รวมทั้งติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 leads ทันที ให้ผู้ป่วยนอนพักและให้ออกซิเจนทางจมูก 2 - 4 ลิตรต่อนาที รายงานแพทย์ทันที เปิดเส้นเลือดดำและส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อดูค่า CPK, CK–MB และ Troponin–T ให้ยาตามการรักษาของแพทย์และระวังภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ASA gr. 5 1 เม็ด เคี้ยว Isordil (5 มิลลิกรัม) 1 เม็ด อมใต้ลิ้น, Clopidogrel (75 มิลลิกรัม) 4 เม็ด รับประทาน, Morphine sulfate 2 - 4 มิลลิกรัม dilute ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ เป็นต้น ประสานงานกับหอผู้ป่วยที่จะรับผู้ป่วย ส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดง การดูแลรักษาที่ได้รับ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง กรณีโรงพยาบาลอื่นต้องการส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจยกสูงมารับการรักษาให้ข้อมูลที่จำเป็น เพื่อแพทย์ให้การวินิจฉัยโรคได้อย่างรวดเร็วมีการประสานงานตามระบบการรับผู้ป่วยผ่านช่องทางด่วน

3. การพยาบาลขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤติ พยาบาลต้องมีสมรรถนะเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจยกสูง สามารถประเมินและจัดการกับอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์และเทคโนโลยีที่ทันสมัยได้ ตลอดจนสามารถประเมินและติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในทุกระยะ ทั้งก่อนให้ยา ขณะให้ยาและหลังให้ยา Streptokinase รวมทั้งสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่ต้องรายงานแพทย์ทันที

4. การพยาบาลขณะอยู่ในหอผู้ป่วยและการวางแผนจำหน่ายเมื่อกลับบ้าน เมื่อผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงแสดงของระบบไหลเวียนโลหิตและสัญญาณชีพคงที่ แพทย์จะพิจารณาให้ย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยสามัญได้ ผู้ป่วยต้องได้รับการวางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เป้าหมายคือ เตรียมผู้ป่วยให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันอย่างมีประสิทธิภาพโดยเร็วที่สุดโดยให้ความรู้เรื่องโรค สาเหตุของการเกิดโรค การดำเนินของโรค ในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคและพฤติกรรมที่ส่งผลทำให้โรครุนแรงมากขึ้น

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 68 ปี สถานภาพสมรสคู่ อาชีพ เกษตรกร การศึกษา ประถมศึกษา

อาการสำคัญ เจ็บแน่นอกข้างซ้าย ร้าวไปไหล่ซ้าย ก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

ผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนด้วยอาการสำคัญ คือ เจ็บแน่นอกข้างซ้าย ร้าวไปไหล่ซ้าย ก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง โดยเริ่มมีอาการตั้งแต่เวลา 15.00 น. แต่ไม่ได้มารับการตรวจรักษา จนกระทั่งเวลา 17.00 น. เริ่มมีอาการเจ็บแน่นอกข้างซ้ายอีก เจ็บร้าวไปไหล่ซ้าย เจ็บมากกว่าเดิม, pain score 8/10 จึงมาโรงพยาบาล ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบว่า มี ST elevation at V_2 - V_5 ให้การวินิจฉัยว่าเป็น acute STEMI ได้ให้การรักษาเบื้องต้นโดยให้ ASA gr.V 1 เม็ด เคี้ยว, ให้ Isordil (5 มิลลิกรัม) 1 เม็ด อมใต้ลิ้น x 3 ครั้ง อาการเจ็บแน่นอกไม่ทุเลาลง จึงได้ส่งตัวผู้ป่วยมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลอินทร์บุรี

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชน ปฏิเสธโรคติดต่อ ปฏิเสธการแพ้ยา

ประวัติสูบบุหรี่ สูบบุหรี่เป็นประจำทุกวันๆ ละประมาณ 1 ซอง (สูบมานานประมาณ 20 ปี)

อาการและอาการแสดง ผู้ป่วยมาถึงห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลอินทร์บุรีเวลาประมาณ 19.00 น.แรกรับรู้สึกตัวดี ยังมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกข้างซ้ายอยู่, pain score 5/10 อุณหภูมิร่างกาย 36 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/90 มิลลิเมตรปรอท

ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบว่า มี ST elevation at V_2 - V_5 และ Q in V_1 – V_3

การรักษาที่ได้รับ ให้ออกซิเจนทางจมูก 5 ลิตร/นาทีไว้ ,เจาะเลือดส่งตรวจหาค่า CBC, BUN, creatinine, blood sugar,electrolyte, PT,PTT,INR, CPK, CK–MB และ troponin I, ให้ Morphine sulfate 3 มิลลิกรัม dilute ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ แพทย์พิจารณาให้ Streptokinase 1.5 mu + 0.9% NSS 100 ml. drip เข้าหลอดเลือดดำใน 1 ชั่วโมง แก่ผู้ป่วยเวลา 19.30 น. โดยให้ Hydrocortisone 300 มิลลิกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำก่อนให้ Streptokinase แล้วส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC : WBC 7,500 cells/mm.^{3}, Neutrophil 72.5%, Lymphocyte 22.8%, Monocyte 3.5% Eosinophil 0.6%, Basophil 0.6%, Hematocrit 36%, Hemoglobin 12.0 g/dl, Platelets count 268,000 cells/mm.^{3}

Coagulation time : PT 13.4, PTT 30, INR 1.04

Cardiac enzyme : แรกรับ CPK 657 U/L,CK – MB 60 U/L,Troponin I negative หลังรับไว้ 6 ชม. CPK 1,042 U/L,CK – MB 134 U/L,

Blood chemistry : BUN 14 mg./dl. Creatinine 1.0 mg./dl., Blood sugar 174 mg./dl.,Na^+ 135.7 mEq./L., K^+ 3.0 mEq./L., Cl^- 102 mEq./L., Co_2 19 mEq./L.

การพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เจ็บหน้าอก เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้นอนพักบนเตียง (absolute bed rest) ให้รับออกซิเจน 5 ลิตร/นาที จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ จัดกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ ให้รบกวนผู้ป่วยน้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้

2. ติด EKG monitor ติดตามอาการอย่างใกล้ชิด เนื่องจากอาจมีหัวใจเต้นผิดจังหวะ ดูความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดไปเลี้ยงว่ารุนแรงเพิ่มขึ้นหรือลดลง ถ้าพบความผิดปกติรายงานแพทย์ทันที

3. ติดตามสัญญาณชีพและอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติทุก 15 นาที, สังเกตและประเมินความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก เพื่อเตรียมช่วยเหลือได้ทันท่วงที

4. ดูแลให้ยาขยายหลอดเลือดตามแผนการรักษา ได้แก่ Isordil (5 มก.) 1 เม็ด อมใต้ลิ้น เพื่อช่วยให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มมากขึ้น ช่วยลดอาการเจ็บหน้าอก พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียง ได้แก่ อาการปวดศีรษะ หน้าแดง ความดันโลหิตลดต่ำลง

5. ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ได้แก่ Morphine sulfate 3 มิลลิกรัม dilute ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยา ซึ่งอาจจะทำให้ความดันโลหิตลดลงและเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้

6. ให้ยาละลายลิ่มเลือดตามแผนการรักษา ได้แก่ Streptokinase 1.5 mu + 0.9% NSS 100 ml. drip เข้าหลอดเลือดดำใน 1 ชั่วโมง พร้อมติดตามประเมินอาการข้างเคียงของยาอย่างใกล้ชิด

7. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนเพียงพอ แนะนำญาติให้คอยดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อลดกิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติด้วยตนเอง ลดการออกแรง เพื่อลดอาการเจ็บหน้าอกที่จะเพิ่มมากขึ้นจากการออกแรงปฏิบัติกิจกรรม

8. แนะนำผู้ป่วยไม่ให้ออกแรงเบ่ง เช่น การเบ่งถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ

ประเมินผล

หลังรับไว้ดูแลที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น หายใจเหนื่อยเล็กน้อย อุณหภูมิร่างกาย 36 องศาเซลเซียส ชีพจร 102 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท ริมฝีปากและปลายมือปลายเท้าไม่เขียว ยังบ่นเจ็บแน่นหน้าอกข้างซ้ายอยู่, pain score 5/10

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา Streptokinase

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยเจ็บหน้าอกข้างซ้าย เจ็บร้าวไปไหล่ซ้าย เจ็บเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ

O : คลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบ ST elevation at V_2 - V_5 , Q in V_1 – V_3 , ตรวจ cardiac enzyme พบค่า CPK ๖๕๗ unit , CK – MB ๖๐ unit แพทย์พิจารณาให้การรักษาด้วย Thrombolytic agent เพื่อลดการขยายขอบเขตการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ โดยให้เป็น Streptokinase ๑.๕ mu + ๕% D/W ๑๐๐ ml. drip เข้าหลอดเลือดดำ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบเส้นเลือดที่ให้ยา Streptokinase ให้ยาสามารถไหลผ่านได้สะดวกดีตลอดเวลา

2. ติด EKG monitor ติดตามภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ เช่น ventricular tachycardia, ventricular fibrillation, premature, ventricular contraction (PVC), bradycardia และ heart block เป็นต้น พร้อมทั้งรายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบความผิดปกติ

3. ติดตามสัญญาณชีพทุก 15 นาที พร้อมทั้งรายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตที่ลดต่ำลง

4. เฝ้าภาวะภาวะที่เกิดจากการแพ้ Streptokinase ได้แก่ อาการหอบ หลอดลมหดเกร็ง รายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบความผิดปกติ

5. ทำ EKG 12 lead ซ้ำหลัง Streptokinase หมดทันที, หลังหมด 30 นาที, 90 นาทีและ 120 นาที

6. ติดตามประเมิน Neurological sign ทุก 15 นาที ระดับความรู้สึกตัว, pupil อาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง อาการกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง อาการชัก เพื่อประเมินสภาวะการมีเลือดออกในสมอง รวมทั้งสังเกตภาวะเลือดตามอวัยวะอื่นๆ ได้แก่ ภาวะเลือดออกตามไรฟัน ภาวะเลือดออกในทางเดินปัสสาวะและทางเดินอาหาร รายงานแพทย์รับทราบทันทีเมื่อพบความผิดปกติ

7. เตรียมรถ emergency ,defibrillation และอุปกรณ์ต่างๆ ในการช่วยชีวิตผู้ป่วยไว้ข้างเตียงและอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน เพื่อที่จะได้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินได้ทันท่วงที

ประเมินผล

ขณะกำลังให้ Streptokinase คลื่นไฟฟ้าหัวใจจาก EKG monitor พบว่า มี bradycardia อัตราการเต้นของหัวใจ 40– 44 ครั้ง แพทย์พิจารณาให้ Atropine 1 amp. ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ หลังจากนั้นอัตราการเต้นของหัวใจขึ้นมาอยู่ระหว่าง 60–70 ครั้ง/นาที

หลังให้ Streptokinase หมดทันที, ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจซ้ำ พบว่า ยังมี ST elevation at V_2 และ V_3 อยู่ แต่น้อยกว่าเดิม คลื่นไฟฟ้าหัวใจจาก EKG monitor ไม่พบภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 74 - 82 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นสม่ำเสมอ หายใจเหนื่อยเล็กน้อย อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/80 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยยังมีอาการเจ็บหน้าอกข้างซ้ายอยู่เล็กน้อย แต่ไม่ร้าวไปเจ็บร้าวไปไหล่ซ้าย, pain score 4/10

หลังให้ Streptokinase หมด 1 ชั่วโมง, ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจซ้ำ พบว่า ยังมี ST elevation at V_2 และ V_3 อยู่เหมือนเดิมหลัง Streptokinase หมดทันที คลื่นไฟฟ้าหัวใจจาก EKG monitor ไม่พบภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ ชีพจร 70 - 80 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นสม่ำเสมอดี อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/90 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกข้างซ้ายเล็กน้อย, pain score 2/10, ไม่พบภาวะเลือดออกผิดปกติตามอวัยวะต่างๆ ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม ไม่มีเลือดปน, neurological sign ปกติ

หลังให้ Streptokinase หมด 2 ชั่วโมง 10 นาที ผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นอกเพิ่มขึ้น เจ็บร้าวไปไหล่ข้างซ้าย pain score 7/10, ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจซ้ำ พบว่า มี ST elevation ขึ้นมาใหม่ที่ V_2 และ V_3 ชีพจร 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/90 มิลลิเมตรปรอท มีอาการเหงื่อออกตัวเย็น แพทย์พิจารณาให้ Morphine dilute 3 มิลลิกรัม dilute ฉีดเข้าหลอดเลือดดำให้แก่ผู้ป่วยเวลา 22.20 น. พร้อมทั้งติดต่อปรึกษาอายุรแพทย์โรคหัวใจ สถาบันโรคทรวงอก เพื่อส่งผู้ป่วยไปถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยและญาติมีความเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ โดยการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติด้วยความเต็มใจเป็นกันเอง มีความอดทนในการติดต่อสื่อสาร เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายปัญหาและความรู้สึกต่างๆ รับฟังปัญหาและความรู้สึกนั้นด้วยความสนใจ เข้าใจและเห็นอกเห็นใจ

2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเหตุผล ความจำเป็นของการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล รวมทั้งการจำกัดกิจกรรมต่างๆ ที่ผู้ป่วยเคยปฏิบัติได้เอง พร้อมทั้งอธิบายเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและขั้นตอนของการรักษาพยาบาลพอสังเขปให้ผู้ป่วยและญาติได้รับรู้ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามปัญหาและข้อสงสัยต่างๆ และตอบข้อซักถามนั้นด้วยภาษาและคำพูดที่เข้าใจง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยได้ผ่อนคลายความวิตกกังวล

3. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับการใช้เครื่องมือพิเศษต่างๆ ที่ไม่คุ้นเคยและก่อนให้การพยาบาลทุกครั้งจะต้องอธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบจุดประสงค์และขั้นตอนต่างๆ เพื่อเป็นการลดความวิตกกังวลและความหวาดกลัว รวมทั้งให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

4. สนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย ให้ความเป็นกันเอง แสดงความสนใจและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด คอยสอบถามและสังเกตความต้องการของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยว่าเขาจะไม่ถูกทอดทิ้ง จะมีพยาบาลคอยดูแลและพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือเขาอยู่ตลอดเวลา

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าท่าทางวิตกกังวลมาก เนื่องจากมีพยาบาลและแพทย์ไปให้การดูแลผู้ป่วยที่เตียงอย่างใกล้ชิด (ขณะที่ผู้ป่วยกำลังให้ Streptokinase) รวมทั้งมีการติดตั้งอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ ที่ไม่คุ้นเคยให้กับผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยก็มักจะเดินมาสอบถามอาการของผู้ป่วยกับพยาบาลอยู่บ่อยๆ หลังพยาบาลได้เข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติ อธิบายอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย แผนการรักษาพยาบาลและความจำเป็นที่ต้องเข้าไปประเมินอาการบ่อยให้ผู้ป่วยและญาติได้รับทราบ ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าท่าทางที่ผ่อนคลายลงเล็กน้อย รับทราบแผนการรักษาและความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 68 ปี มีประวัติเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง สูบบุหรี่เป็นประจำทุกวันๆ ละ 1 ซอง (สูบมานานประมาณ 20 ปี) มารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ด้วยอาการสำคัญ คือ เจ็บแน่นอกข้างซ้าย ร้าวไปไหล่ซ้าย ก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง โดยเริ่มมีอาการตั้งแต่เวลา 15.00 น.แต่ไม่ได้มารับการตรวจรักษา จนกระทั่งเวลา 17.00 น. เริ่มมีอาการเจ็บแน่นอกข้างซ้ายอีก เจ็บร้าวไปไหล่ซ้าย เจ็บมากกว่าเดิม, pain score 8/10 จึงมาโรงพยาบาล ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบว่ามี ST elevation at V_2 - V_5 ให้การวินิจฉัยว่าเป็น acute STEMI ได้ให้การรักษาเบื้องต้นโดยให้ ASA gr. V 1 เม็ด เคี้ยว stat, ให้ Isordil (5 มิลลิกรัม) 1 เม็ด อมใต้ลิ้น x 3 ครั้ง อาการเจ็บแน่นอกไม่ทุเลาลง จึงได้ส่งตัวผู้ป่วยมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลอินทร์บุรี

แรกรับที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลอินทร์บุรี เวลา 19.00 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ยังมีอาการเจ็บแน่นอกข้างซ้ายอยู่, pain score 5/10 อุณหภูมิร่างกาย 36 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/90 มิลลิเมตรปรอท, on O_2 canula 5 ลิตร/นาทีไว้, ตรวจ

คลื่นไฟฟ้าหัวใจซ้ำ พบว่า มี ST elevation at V_2 - V_5 และ Q in V_1 –V_3 ,เจาะเลือดส่งตรวจหาค่า CBC, BUN, creatinine, blood sugar, electrolyte PT,PTT,INR, CPK, CK–MB และ troponin I,ให้ Morphine sulfate 3 มิลลิกรัม dilute ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ แพทย์พิจารณาให้ Streptokinase 1.5 mu + 0.9% NSS 100 ml. drip เข้าหลอดเลือดดำใน 1 ชั่วโมง แก่ผู้ป่วยเวลา 19.30 น. โดยให้ Hydrocortisone 300 มิลลิกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำก่อนให้ Streptokinase แล้วส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย

หลังรับไว้ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ขณะกำลังให้ Streptokinase ผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อยเล็กน้อย อัตราการหายใจ 24 – 28 ครั้ง/นาที ริมฝีปากและปลายมือปลายเท้าไม่เขียว ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95 - 96% คลื่นไฟฟ้าหัวใจจาก EKG monitor พบว่า มี bradycardia อัตราการเต้นของหัวใจ 40– 44 ครั้ง แพทย์พิจารณาให้ Atropine 1 amp. ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ หลังจากนั้นอัตราการเต้นของหัวใจขึ้นมาอยู่ระหว่าง 60–70 ครั้ง/นาที

หลังให้ Streptokinase หมดทันที ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจซ้ำ พบว่า ยังมี ST elevation at V_2 และ V_3 อยู่ แต่น้อยกว่าเดิม คลื่นไฟฟ้าหัวใจจาก EKG monitor ไม่พบภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.3 องศาเซลเซียส ชีพจรอยู่ในช่วง 74 - 82 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นสม่ำเสมอ หายใจเหนื่อยเล็กน้อย อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/80 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยยังมีอาการเจ็บหน้าอกข้างซ้ายอยู่เล็กน้อย แต่ไม่ร้าวไปเจ็บร้าวไปไหล่ซ้าย, pain score 4/10

หลังให้ Streptokinase หมด 1 ชั่วโมง ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจซ้ำพบว่า ยังมี ST elevation at V_2 และ V_3 อยู่เหมือนเดิมหลัง Streptokinase หมดทันที. คลื่นไฟฟ้าหัวใจจาก EKG monitor ไม่พบภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ ชีพจร 70 - 80 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นสม่ำเสมอดี อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/90 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกข้างซ้ายเล็กน้อย, pain score 2/10, ไม่พบภาวะเลือดออกผิดปกติตามอวัยวะต่างๆ ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม ไม่มีเลือดปน, neurological sign ปกติ

หลังให้ Streptokinase หมด 2 ชั่วโมง 10 นาที ผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นอกเพิ่มขึ้น เจ็บร้าวไปไหล่ข้างซ้าย pain score 7/10 ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจซ้ำ พบว่า มี ST elevation ขึ้นมาใหม่ที่ V_2 และ V_3 ชีพจร 100 ครั้ง/นาที อัตรา การหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/90 มิลลิเมตรปรอท มีอาการเหงื่อออกตัวเย็น แพทย์พิจารณาให้ Morphine sulfate 3 มิลลิกรัม dilute ฉีดเข้าหลอดเลือดดำให้แก่ผู้ป่วยเวลา 22.20 น. พร้อมทั้งติดต่อปรึกษาอายุรแพทย์โรคหัวใจ สถาบันโรคทรวงอก เพื่อส่งผู้ป่วยไปถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยประสานโดยตรงกับ CCU เพื่อส่งต่อข้อมูลการรักษาและเตรียมความพร้อมสำหรับการเตรียมเปิดห้องสวนหัวใจฉุกเฉิน สภาพผู้ป่วยก่อนส่งต่อ รู้สึกตัวดี ยังมีอาการเจ็บแน่นอกอยู่ pain score 4/10 ชีพจร 70-78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 - 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/90 – 140/90 มิลลิเมตรปรอท ไม่พบภาวะเลือดออกผิดปกติตามอวัยวะต่างๆ ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม ไม่มีเลือดปน neurological sign ปกติ จัดพยาบาล 2 คน ในการดูแลผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อและสามารถส่งผู้ป่วยถึงอย่างปลอดภัยเวลา 03.15 น.

วิจารณ์

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูงหากไม่ได้รับการวินิจฉัย การรักษาพยาบาลที่ถูกต้องรวดเร็วแล้ว ผู้ป่วยอาจจะเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตได้ภายในระยะเวลาสั้นๆ จากภาวะการเต้นของหัวใจผิดจังหวะ ภาวะหัวใจวายและ/หรือภาวะช็อกจากหัวใจ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงจำเป็นที่จะต้องได้รับการวินิจฉัยโรคและการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องรวดเร็วตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกก่อนที่จะมีการขยายขอบเขตการตายของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มมากขึ้นหรือก่อนที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญ ต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างรวดเร็วและทันท่วงที ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดแบบทางด่วนตามระยะเวลาประกัน 30 นาที เพื่อเพิ่มอัตราความสำเร็จในการขยายหลอดเลือดหัวใจและป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ สามารถสังเกตการเปลี่ยนแปลงและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยกรณีวิกฤตฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งสามารถใช้อุปกรณ์ เครื่องมือพิเศษต่างๆ ด้วยความชำนาญและสามารถแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อที่จะได้ช่วยเหลือผู้ป่วยให้ผ่านพ้นระยะวิกฤตฉุกเฉินไปได้อย่างปลอดภัย

จากกรณีศึกษา พบว่า ผู้ป่วยรายนี้มีมีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย คือ การเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นประจำทุกวันๆ ละ 1 ซอง (สูบมานานประมาณ 20 ปี) อาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยปรากฏชัดเจน แต่ไปรับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนล่าช้า เพราะคิดว่าเป็นแค่อาการเจ็บยอกอกธรรมดา เนื่องจากไม่มีความรู้เรื่องโรคนี้มาก่อน ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้ตระหนักว่าอาการเจ็บแน่นหน้าอกดังกล่าวเป็นอันตรายร้ายแรงและต้องรีบมาพบแพทย์ทันที และการที่ญาตินำส่งโรงพยาบาลโดยไม่ได้เรียกรถฉุกเฉิน ทำให้ต้องเสียเวลาในการเตรียมรถและรอรถอีก รวมระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการถึงเข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน 2 ชั่วโมง เมื่อมาถึงโรงพยาบาลชุมชนผู้ป่วยได้รับคัดกรอง การวินิจฉัยโรคและการรักษาเบื้องต้นแล้ว หลังจากนั้นมีการประสานส่งผู้ป่วยมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลอินทร์บุรี รวมระยะเวลาตั้งแต่เข้ามารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนถึงโรงพยาบาลอินทร์บุรีอีก 2 ชั่วโมง เมื่อมาถึงโรงพยาบาลอินทร์บุรี ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองเข้าระบบทางด่วนและสามารถให้ Streptokinase ได้ภายในเวลา 30 นาที ซึ่งการให้ยาละลายลิ่มเลือดมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับระยะเวลาที่หลอดเลือดถูกเปิดออก แต่ผู้ป่วยรายนี้พบว่ามีอาการมานาน 4 ชั่วโมง ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายไปมากขึ้นไม่สามารถเปิดเส้นเลือดหัวใจได้หมด จึงจำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถาบันโรคทรวงอก เพื่อทำการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยการใช้บอลลูน รวมระยะที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลอินทร์บุรีถึงสถาบันโรคทรวงอกอีก 8.15 ชั่วโมง จากกรณีนี้จะสังเกตเห็นว่า ความล่าช้าในการให้ยาละลายลิ่มเลือดเกิดตั้งแต่การเข้ามารับการตรวจรักษาของผู้ป่วยที่ล่าช้า การคัดกรองและความล่าช้าในการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน ทำให้โอกาสในการเปิดเส้นเลือดหัวใจของผู้ป่วยลดลง ทำให้ต้องส่งต่อผู้ป่วยไปถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจฉุกเฉิน

ข้อเสนอแนะ

1. การดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พยาบาลต้องมีความรู้ ความสามารถในการวินิจฉัยปัญหาและวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม สามารถสังเกตการเปลี่ยนแปลงและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะวิกฤตฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว สามารถใช้อุปกรณ์เครื่องมือพิเศษต่างๆ ด้วยความชำนาญและสามารถแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งหน่วยงานที่รับผิดชอบจะต้องมีการจัดอบรมฟื้นฟูความรู้ให้แก่เจ้าหน้าที่เป็นประจำทุกปีด้วย

2. นอกจากบทบาทหน้าที่หลักในการให้การดูแลผู้ป่วยแล้ว พยาบาลยังต้องมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการเป็นผู้ให้ความรู้ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค รวมทั้งสอนวิธีการปฏิบัติตัวให้แก่ผู้ป่วย เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองในโรคที่เป็นอยู่ได้ถูกต้อง เพื่อควบคุมอาการของโรคไม่ให้ลุกลามและรุนแรงเพิ่มมากขึ้นได้ รวมทั้งช่วยป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา

3. ผู้ป่วยโรคหัวใจทุกคน ควรได้รับคำแนะนำและคำปรึกษาเรื่องการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมทำอาการโรคหัวใจของผู้ป่วยรุนแรงมากขึ้น โดยการนำเอากระบวนการให้คำปรึกษาเข้ามาช่วย พยายามชี้แนะให้ผู้ป่วยเห็นผลเสียของการสูบบุหรี่

4. การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษา นอกจากจะมีการติดต่อประสานงานเพื่อส่งต่อเกี่ยวกับประวัติผู้ป่วย อาการและอาการแสดง การรักษาพยาบาลที่ได้ให้กับผู้ป่วยแล้ว ก่อนการส่งต่อจะต้องมีการตรวจสอบเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ ที่จำเป็นในรถพยาบาลให้ครบถ้วนและพร้อมใช้งาน ในกรณีผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตฉุกเฉิน ควรมีพยาบาลอย่างน้อย 2 คน ไปกับรถพยาบาล เพื่อให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยในรถขณะการส่งต่อ

บทสรุป

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นภาวะฉุกเฉินทางอายุรกรรมที่จะต้องได้รับการรักษาอย่างถูกต้องรวดเร็ว โดยเฉพาะภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดชนิดเอสทียกสูง เพื่อลดอัตราการตายของผู้ป่วยที่พบได้สูงมากถึงร้อยละ 20 – 40 ซึ่งการรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดให้ได้ผลดีนั้นต้องเริ่มจากการวินิจฉัยที่รวดเร็วและถูกต้อง ตัดสินใจเลือกการรักษาที่เหมาะสมในเวลาที่สมควร รวมทั้งแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ปัจจุบันหลักการในการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยเฉพาะผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูงที่สำคัญคือ การเปิดหลอดเลือดหัวใจที่อุดตันให้เร็วที่สุด เพราะการเปิดหลอดเลือดหัวใจที่อุดตันได้เร็วมีความสัมพันธ์กับอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งปัจจุบันการให้ early thrombolytic agent นั้นถือว่าเป็นมาตรฐานที่สำคัญของการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง เพราะสามารถลดอัตราการตายลงร้อยละ 30 ถ้าให้ภายใน 1 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ สามารถลดอัตราการตายลงร้อยละ 25 ถ้าให้ภายใน 2 – 3 ชั่วโมงและสามารถลดอัตราการตายลงร้อยละ 18 ถ้าให้ภายใน 4 – 6 ชั่วโมง นอกจากการให้ thrombolytic agent แล้ว การเปิดหลอดเลือดหัวใจที่อุดตันอีกวิธีหนึ่ง คือ การถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยการใช้บอลลูน (percutaneous coronary intervention : PCI) แต่ต้องอาศัยแพทย์และเจ้าหน้าที่ที่มีประสบการณ์และความชำนาญสูง รวมทั้งมีสถานที่ อุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่พร้อมสำหรับบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คือ การจัดระบบการ

การพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด การประเมินคัดกรองและให้บริการทางด่วน (Fast tract) โดยต้องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจระยะเวลาไม่เกิน 10 นาที ถ้าพบต้องรีบรายงานแพทย์และให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีหรือการจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจด้วยเครื่องมือตามศักยภาพของสถานพยาบาล เพื่อให้กล้ามเนื้อหัวใจที่ตายได้หายหรือไม่ลุกลามเป็นมากขึ้น ภายใต้ความยินยอมของผู้ป่วย มีการติดตามอาการ สัญญาณชีพและการเต้นของหัวใจอย่างใกล้ชิด เฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนตลอดจนสามารถส่งต่อผู้ป่วยไปขยายหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าด้วยความปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์.2559.
2. ชุมพล เปี่ยมสมบูรณ์. Acute ST elevation myocardial infarction. ใน จันทราภา ศรีสวัสดิ์และคณะ. (บรรณาธิการ), Emergency Medicine. กรุงเทพฯ : นำอักษร.2551.
3. อภิชาต สุคนธสรรพ์. Acute ST elevation myocardial infarction. ใน อภิชาต สุคนธสรรพ์. (บรรณาธิการ), Selected Topics in Cardiac Emergency. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่ : I & AM organizer and advertaizing. 2552.
4. รวมพร นาคะพงศ์และคณะ.(บรรณาธิการ). แนวปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.2553.
5. เกรียงไกร เฮงรัศมีและคณะ.(บรรณาธิการ). มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. สถาบันโรคทรวงอก นนทบุรี. 2557.
6. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ปี 2557. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ศรีเมือง การพิมพ์.2557.
7. สมจิต หนุเจริญกุล. การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. ใน สมจิต หนุเจริญกุล. (บรรณาธิการ), การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 14. กรุงเทพฯ : วี.เจ พริ้นติ้ง.2554.