

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

จิรกิตต์ สำราญ, พย.บ.¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลศีลาลาด ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือน กรกฎาคม ถึง เดือนธันวาคม 2567 เก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์ สังเกต และเวชระเบียน ใช้แนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน และกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลร่วมกับแนวคิด กระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์และตามกระบวนการพยาบาลทั้งในระยะวิกฤติฉุกเฉิน ระยะต่อเนื่อง และระยะส่งต่อ พบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความคล้ายคลึงของอาการแสดงที่ชัดเจน คือเจ็บหน้าอก โดยกรณีศึกษาที่ 1 เพศชาย อายุ 62 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัว แรกแรกที่ห้องฉุกเฉิน มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกร้าวไปแขนทั้ง 2 ข้าง เจ็บนานประมาณ 30 นาที เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจทันที พบ ST-elevated V2-V4 แพทย์วินิจฉัย Anterior wall STEMI หลังได้รับยาละลายลิ่มเลือดครบ ตรวจคลื่นหัวใจซ้ำ มี Reperfusion และผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกลดลง ส่งต่อโรงพยาบาลศรีสะเกษอย่างปลอดภัย กรณีศึกษาที่ 2 เพศหญิง อายุ 72 ปี มีโรคประจำตัว HT แต่ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยไม่ได้รับประทานยาความดันโลหิตมาประมาณ 8 เดือน แรกแรกที่ห้องฉุกเฉิน มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกร้าวไปหลัง เจ็บนานประมาณ 20 นาที เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจทันที พบ ST-elevated V3-V6 แพทย์วินิจฉัย Anterior wall STEMI หลังได้รับยาละลายลิ่มเลือดครบ ตรวจคลื่นหัวใจซ้ำ ไม่มี Reperfusion ส่งต่อโรงพยาบาลศรีสะเกษ เพื่อทำ Rescue PCI ขณะส่งต่อไม่พบภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจนถึงโรงพยาบาลศรีสะเกษอย่างปลอดภัย โดยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเหมือนกันจำนวน 5 ข้อ ได้รับการดูแลรักษาตามแนวทางตามมาตรฐานและส่งต่อตามระบบ STEMI fast track ของโรงพยาบาลศรีสะเกษ

คำสำคัญ : การพยาบาล, ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI , Streptokinase

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศีลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ Email : jiragitsamran@gmail.com

Nursing Care of Patients with Acute ST-Elevation Myocardial Infarction: Two Case Comparative Studies

Jiragit samran, B.N.S.¹

Abstract

This study is a comparative analysis of nursing care for two patients with acute myocardial infarction, specifically STEMI, who were treated in the emergency room of Silalad Hospital. The study was conducted from July to December 2024, using data collection methods such as interviews, observations, and medical records. The assessment of the patients' health status was based on Gordon's 11 health patterns, and nursing diagnoses were established in conjunction with the nursing process concepts applied in patient care. The results indicated that both case studies received care according to the physician's treatment plan and followed the nursing process during the critical emergency phase, the ongoing phase, and the transfer phase. It was found that both case studies exhibited a clear similarity in symptoms, specifically chest pain. Case Study 1: A 62-year-old male denied any pre-existing medical conditions. He presented to the emergency room with symptoms of chest tightness radiating to both arms, experiencing pain for about 30 minutes prior to arriving at the hospital, which was 2 hours before. An immediate electrocardiogram revealed ST elevation in leads V2-V4. The doctor diagnosed him with Anterior wall STEMI. After receiving thrombolytic therapy, a follow-up ECG showed reperfusion, and the patient's chest pain decreased. He was safely transferred to Sisaket Hospital. Case Study 2: A 72-year-old female with a history of hypertension (HT) but lacking continuous treatment, having not taken her blood pressure medication for approximately 8 months. She presented to the emergency room with symptoms of chest pain radiating to the back, lasting about 20 minutes, occurring 1 hour before arriving at the hospital. An electrocardiogram (ECG) was performed immediately, revealing ST elevation in leads V3-V6. The physician diagnosed her with Anterior wall STEMI. After receiving thrombolytic therapy, a repeat ECG showed no reperfusion. She was transferred to Sisaket Hospital for rescue PCI. During the transfer, no complications were observed. The patient was closely monitored until safely reaching Sisaket Hospital. In both case studies, five nursing diagnoses were found to be the same. The patient received care according to standard guidelines and was transferred according to the STEMI fast track system of Sisaket Hospital.

Keywords : Nursing care, Acute ST-Elevation Myocardial Infarction, Streptokinase

¹Registered Nurse, Professional level, Silalad Hospital, Sisaket Province Email: jiragitsamran@gmail.com

บทนำ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิดหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน (STEMI) เป็นภาวะที่หลอดเลือดหัวใจมีการอุดตันแบบสมบูรณ์ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่รับเลือดอยู่เกิดการขาดเลือดแบบเฉียบพลัน โดยจะเกิดขึ้นภายในระยะเวลาเป็นนาทิจึงหรือไม่เกินชั่วโมง กลไกการเกิดโรคส่วนใหญ่เกิดจากการปริแตกของตะกรันไขมันที่เกาะในหลอดเลือด เมื่อมีการปริแตก ร่างกายจะระดมเกร็ดเลือดและสร้างลิ่มเลือดขึ้นมาอุดหลอดเลือดส่วนนั้น จนส่งผลให้หลอดเลือดมีการอุดตันโดยสมบูรณ์ ผู้ป่วยมักจะมีอาการเจ็บแน่นกลางอกหรือหน้ามืดเป็นลม บางรายอาจถึงขั้นหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันภาวะนี้เป็นภาวะฉุกเฉินมีอันตรายถึงชีวิต อัตราการเสียชีวิตของโรคนี้อยู่ที่ร้อยละ 5-10 โดยจากการรายงานสถิติขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี 2563 พบว่า กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของคนทั่วโลก มีผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรคนี้ประมาณ 17.9 ล้านคน และจากสถิติข้อมูลการเสียชีวิตของคนไทย ในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า ร้อยละ 80 เสียชีวิตด้วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปีพ.ศ. 2554 มีอัตราการเสียชีวิตจากภาวะหัวใจขาดเลือด 22.5 ต่อประชากรแสนคน เพิ่มมาเป็น 31.8 ในปีพ.ศ. 2560 โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดยเฉพาะผู้ป่วย ST elevation myocardial infarction (STEMI) ร้อยละ 10 ในปีพ.ศ. 2561 ติดตามผู้ป่วยกลุ่มนี้ไป 1 ปี พบว่า อัตราการเสียชีวิตยังคงค่อนข้างสูง จากการศึกษากรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรค STEMI ที่ได้รับการส่งต่อแบบช่องทางด่วน พบประเด็นความสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินโรค STEMI คือการวินิจฉัยโรคให้ได้เร็วที่สุดเพื่อจะได้ให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ทันเวลาโดยสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์⁶ ได้ชี้แนะว่าการเปิดหลอดเลือด

หัวใจได้เร็วมีความสัมพันธ์กับอัตราการรอดชีวิตโดยตรง ในปัจจุบันมี 2 วิธีได้แก่ ใ้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic Therapy) และการขยายหลอดเลือดแดงที่หัวใจด้วยบอลลูน (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty: PTCA หรือ Percutaneous Transluminal Intervention: PCI) โดยข้อมูลการใช้ยาละลายลิ่มเลือด(Thrombolytic) สามารถลดอัตราการตายได้ร้อยละ 30 ถ้าให้ภายใน 1 ชั่วโมง ลดอัตราการตายได้ร้อยละ 25 ถ้าให้ภายใน 2-3 ชั่วโมง และลดอัตราการตายได้ ร้อยละ 18 ถ้าให้หลังมีอาการใน 4-6 ชั่วโมง จึงเป็นที่มาของการกำหนดเวลาในการวินิจฉัยโรคเพื่อที่จะได้ให้การรักษาทันทีที่สุด

สำหรับโรงพยาบาลศีลาลาด เป็นโรงพยาบาลชุมชน F3 ขนาด 30 เตียง มีระยะทางห่างจากโรงพยาบาลศรีสะเกษ 62 กิโลเมตร และห่างจากโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี 122 กิโลเมตร กำหนดให้ STEMI เป็นกลุ่มโรคเสี่ยงสูงที่สำคัญของโรงพยาบาล ซึ่งจากสถิติของโรงพยาบาลพบมีผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่มารับบริการในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลศีลาลาด มีจำนวน 2, 2, และ 5 รายตามลำดับ มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase เท่ากับ 1, 2, และ 3 ราย ตามลำดับ มีระบบบริการช่องทางด่วนให้แก่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้เพื่อเป็นการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าให้รวดเร็วยิ่งขึ้น ดังนั้นบทบาทพยาบาลในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช จึงสำคัญตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล โดยการประเมินคัดกรองอย่างรวดเร็ว ดูแลให้การวินิจฉัยที่รวดเร็ว การบริหารยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase อย่างมีประสิทธิภาพ การเฝ้าระวังอาการและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตั้งแต่การพยาบาลในระยะวิกฤตฉุกเฉิน ระยะต่อเนื่อง จนถึงระยะส่งต่ออย่างปลอดภัย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประวัติการเจ็บป่วย การดำเนินของโรค การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI จำนวน 2 ราย

2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบปัญหา ความแตกต่าง การรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI จำนวน 2 ราย

วิธีดำเนินการวิจัย

กรณีศึกษาแบบเจาะจงเพื่อเปรียบเทียบการให้การพยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากอายุรแพทย์โรคหัวใจว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาทันทีทันใดเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลสีลาลาด ศึกษาในระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์ การสังเกตอาการ การตรวจร่างกาย โดยวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ให้การพยาบาล 3 ระยะ ได้แก่ 1) การพยาบาลในระยะวิกฤตฉุกเฉิน 2) การพยาบาลระยะต่อเนื่อง และ 3) การพยาบาลระยะส่งต่อ โดยโดยนำทฤษฎีการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน และการพยาบาลตามมาตรฐาน 7 Aspect of care มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

กรณีศึกษาครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ หนังสือรับรองเลขที่ SPPH2024-098 วันที่รับรอง 11 มิถุนายน พ.ศ. 2567 หมดอายุวันที่ 10 มิถุนายน พ.ศ.2568 โดยผู้

ศึกษาได้คำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามหลักเคารพในบุคคล (Respect for person) คือให้เกียรติและเคารพในการตัดสินใจของผู้เป็นกรณีศึกษา คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็น ความลับการรายงานผลการศึกษานำข้อมูลมาใช้เฉพาะ การศึกษาในครั้งนี้เท่านั้น

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความคล้ายคลึงของอาการแสดงที่ชัดเจน คือเจ็บหน้าอก ลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจตำแหน่งที่สงสัยว่ามีการอุดตันของเส้นเลือด แต่มีความแตกต่างกันในเรื่องเพศ อายุ ระยะเวลาที่มีอาการจนมาถึงโรงพยาบาล โรคประจำตัว และพฤติกรรมดูแลสุขภาพ โดยกรณีศึกษาที่ 1 เพศชาย อายุ 62 ปี มาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกร้าวไปแขนทั้ง 2 ข้าง 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล แกร็บที่ห้องฉุกเฉิน ปฏิเสธโรคประจำตัว ให้ประวัติสูบบุหรี่ 2 มวน/วัน ดื่มสุรา 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ดูแลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจทันที พบ ST-elevated V2-V4 แพทย์วินิจฉัย Anterior wall STEMI ดูแลให้ยา ASA (gr V) 1 tab เคี้ยว และ Plavix (75 mg) 4 tab oral ตามแผนการรักษา ภายหลังได้ยาละลายลิ้มเลือด SK 10 นาที วัดความอึดตัวของออกซิเจน 90 เปอร์เซ็นต์ ดูแลให้ o2 canular 3 ลิตร ต่อนาที ประเมินซ้ำ วัดความอึดตัวของออกซิเจน 98 เปอร์เซ็นต์ ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลจนยาละลายลิ้มเลือดครบ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจซ้ำ มี Reperfusion ส่งต่อโรงพยาบาลศรีสะเกษเพื่อทำ Primary PCI กรณีศึกษาที่ 2 เพศหญิง อายุ 72 ปี มีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง แต่ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่ได้รับประทานยาความดันโลหิตมาประมาณ 8 เดือน แกร็บที่ห้องฉุกเฉิน การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบ ST-elevated V3-V6 แพทย์วินิจฉัย Anterior wall STEMI ดูแลให้ยา ASA (gr V) 1 tab เคี้ยว และ Plavix (75 mg) 4 tab oral ตามแผนการรักษา ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลจนยาละลายลิ้มเลือด SK ครบ ไม่พบภาวะแทรกซ้อน

ขณะได้รับยาละลายลิ้มเลือด ตรวจคลื่นหัวใจซ้ำ ไม่มี Reperfusion ส่งต่อโรงพยาบาลศรีสะเกษ เพื่อทำ Rescue PCI โดยทั้ง 2 ราย ขณะส่งต่อไม่พบภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจนถึงโรงพยาบาลศรีสะเกษอย่างปลอดภัย ผลลัพธ์การผลการศึกษาเปรียบเทียบ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
อาการสำคัญ	มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกร้าวไปแขนทั้ง 2 ข้าง เจ็บนานประมาณ 30 นาที เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง	มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกร้าวไปหลัง เจ็บนานประมาณ 20 นาที เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกเหมือนกัน ซึ่งเป็นอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน	2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกร้าวไปแขนทั้ง 2 ข้าง เจ็บนานประมาณ 30 นาที รู้สึกใจสั่น และหายใจไม่สะดวก	1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกร้าวไปหลัง เจ็บนานประมาณ 20 นาที และจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ มีคลื่นไส้อาเจียนจำนวน 2 ครั้ง วิงเวียนศีรษะไม่บ้านหมุน	ทั้ง 2 รายมีอาการเจ็บหน้าอกเหมือนกันแต่รายที่ 1 มีอาการใจสั่น และหายใจไม่สะดวกร่วม ส่วนรายที่ 2 มีอาการจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ มีคลื่นไส้อาเจียนจำนวน 2 ครั้ง วิงเวียนศีรษะไม่บ้านหมุนร่วม
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง ปฏิเสธการผ่าตัด ปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหารและสารเคมี	โรคความดันโลหิตสูงแต่ขาดการรักษาและขาดยาประมาณ 8 เดือน ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง ปฏิเสธการผ่าตัด ปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหารและสารเคมี	กรณีศึกษาที่ 2 มีโรคความดันโลหิตสูงแต่ขาดการรักษาและขาดยาประมาณ 8 เดือน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
อาการแรกเริ่ม	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง บอกว่ามีอาการเจ็บแน่นหน้าอกร้าวไปแขนทั้ง 2 ข้าง ระดับคะแนนความปวดเท่ากับ 7 คะแนน สัญญาณชีพแรกเริ่ม	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกร้าวไปหลัง จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ระดับคะแนนความปวดเท่ากับ 8 คะแนน สัญญาณชีพแรก	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีอาการแสดงถึงภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดระดับคะแนนความปวดใกล้เคียงกัน และระดับความดันโลหิตของทั้ง 2

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
	อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 153/97 มิลลิเมตรปรอท DTX 134 มิลลิกรัม เปอร์เซ็นต์ วัดความอิ่มตัวของออกซิเจนได้ 98 เปอร์เซ็นต์	รับ อุณหภูมิ 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 174/116 มิลลิเมตรปรอท DTX 114 มิลลิกรัม เปอร์เซ็นต์ วัดความอิ่มตัวของออกซิเจน 97 เปอร์เซ็นต์	รายค่อนข้างสูง
การตรวจร่างกาย	-good conscious -heart no murmur -Lung clear both lung -Abdomen soft not tender no guarding -motor power grade 5	- good conscious -heart no murmur -Lung clear both lung -Abdomen soft not tender no guarding -motor power grade 5	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ผลการตรวจร่างกายเหมือนกัน
Ultrasound	ไม่ได้ Ultrasound	Ultrasound หัวใจ พบ anterior wall Hypokinesia	กรณีศึกษาที่ 2 พบผนังหัวใจส่วนหน้าบีบตัวน้อยลง
Chest x-ray	-Lung no infiltration -no cardiomegaly	-Lung no infiltration -no cardiomegaly	ทั้ง 2 รายไม่มีภาวะปอดมีน้ำคั่งและไม่มีภาวะหัวใจโต
EKG	ST elevation V2-V4	ST elevation V3-V6	ทั้ง 2 ราย วินิจฉัยขั้นต้นเป็น Anterior wall STEMI
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	-DTX 134 มิลลิกรัม เปอร์เซ็นต์ - Trop-I 440 ng/L	-DTX 114 มิลลิกรัม เปอร์เซ็นต์ - Trop-I 3,391 ng/L	ทั้ง 2 ราย ระดับน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้วปกติ และค่า Trop-I สูงกว่าปกติบ่งบอกถึงความเสียหายของกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดเป็นระยะเวลานาน

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
การรักษาที่ได้รับ	-ASA (gr V) 1 tab เคี้ยว -Plavix (75 mg) 4 tab oral -0.9% NSS 1,000 ml iv drip 80 ml/hr. -Streptokinase 1.5 ล้าน ยูนิตภายใน 60 นาทีด้วย เครื่อง Infusion pump ทางหลอดเลือดดำ	-ASA (gr V) 1 tab เคี้ยว -Plavix (75 mg) 4 tab oral -0.9% NSS 1,000 ml iv drip 80 ml/hr. -Streptokinase 1.5 ล้าน ยูนิตภายใน 60 นาทีด้วย เครื่อง Infusion pump ทางหลอดเลือดดำ	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับ ยาและสารน้ำตามแผนการ รักษา

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	ผู้ป่วยมีความเข้าใจต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของตนเอง รับรู้ว่าตนเองไม่มีโรคประจำตัว แต่มีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อสุขภาพคือการสูบบุหรี่ และดื่มเหล้าเป็นประจำ	ผู้ป่วยมีความเข้าใจต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของตนเอง รับรู้ว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง แต่ก็รักษาไม่ต่อเนื่อง ขาดยาประมาณ 8 เดือน	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายขาดการรับรู้และการดูแลสุขภาพไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยในครั้งนี้ เนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้อาจเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้
2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา ชอบอาหารอีสาน รสจัดจ้าน สูบบุหรี่ 2 มวน/วัน ดื่มสุรา 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการกลืน น้ำหนัก ส่วนสูง BMI= kg/m ² ไม่ค่อยได้ออกกำลังกายทุกวัน	รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ รับประทานอาหารเป็นเวลา ชอบอาหารที่มีรสหวานมัน ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการกลืน ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา น้ำหนัก ส่วนสูง BMI= kg/m ² ไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อเหมือนกัน ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการกลืน มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่แตกต่างกัน
3. การขับถ่าย	ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระปกติ วันละ 1 ครั้ง ไม่มีท้องผูก ปัสสาวะปกติ	ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระปกติ วันละ 1 ครั้ง ไม่มีท้องผูก ปัสสาวะปกติ	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายการขับถ่ายปกติ

ข้อมูลแบบแผน สุขภาพ	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
4. กิจวัตรประจำวัน	ทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ด้วยตนเอง มีญาติคอยช่วยเหลือในการทำกิจกรรมในบางครั้ง	ทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ด้วยตนเอง มีญาติคอยช่วยเหลือในการทำกิจกรรมในบางครั้ง	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง
5. การพักผ่อนนอนหลับ	นอนหลับประมาณ 8-10 ชั่วโมง ต่อวันไม่มีปัญหาในการนอนเมื่อมารับการรักษาผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในการ เจริญป่วย นอนหลับได้	นอนหลับประมาณ 6-8 ชั่วโมง ต่อวันไม่มีปัญหาในการนอนเมื่อมารับการรักษาผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในการ เจริญป่วย นอนหลับได้	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ไม่มีปัญหาเรื่องการพักผ่อนนอนหลับ
6. สถิติปัญหา และการรับรู้	จบมัธยมศึกษา 3 อ่านออกเขียนได้ หลัง รับรู้อาการปกติ ไม่มีสับสน มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ระดับความปวด 7 คะแนน ไม่สุขสบาย	เรียนจบประถมศึกษา 4 อ่านออกเขียนได้ หลัง รับรู้อาการปกติ ไม่มีสับสน มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ระดับความปวด 8 คะแนน ไม่สุขสบาย	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีการรับรู้ ไม่สับสน รับรู้ถึงความเจ็บปวดและไม่สุขสบาย
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	ผู้ป่วยคิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ไม่ทราบที่เกิดจากอะไร ผู้ป่วยและญาติต่างมีความวิตกกังวลกับภาวะเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย ผู้ป่วยกลัวว่าตนเองจะเสียชีวิต	ผู้ป่วยคิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ไม่ทราบที่เกิดจากอะไร ผู้ป่วยและญาติต่างมีความวิตกกังวลกับภาวะเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย ผู้ป่วยกลัวว่าตนเองจะเสียชีวิต	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย คิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ไม่ทราบที่เกิดจากอะไร ผู้ป่วยและญาติต่างมีความวิตกกังวลกับภาวะเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย
8. บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว	บทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว อาศัยอยู่กับภรรยา มีบุตรด้วยกัน 2 คน บุตรที่มดด้วยเป็นบุตรคนโต ขณะรับการรักษา มีภรรยาและบุตรคนโตคอยดูแล มีลักษณะท่าทีดูเป็นห่วงเป็นใยผู้ป่วย เข้ามาสอบถามอาการเป็นระยะๆ	บทบาทเป็นภรรยา อาศัยอยู่กับสามี มีบุตรด้วยกัน 3 คน อาศัยอยู่กับบุตรคนเล็ก ขณะรับการรักษา มีสามีและบุตรคอยดูแล มีลักษณะท่าทีดูเป็นห่วงเป็นใยผู้ป่วย เข้ามาสอบถามอาการเป็นระยะๆ	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีสัมพันธภาพที่ดีกับคนในครอบครัว

ข้อมูลแบบแผน สุขภาพ	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
9. เพศและการ เจริญพันธุ์	พฤติกรรมที่แสดงออกเหมาะสม ความสัมพันธ์กับ ภรรยาเป็นไป ด้วยดี	พฤติกรรมที่แสดงออกเหมาะสม ความสัมพันธ์กับสามีปกติ	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีพฤติกรรมที่แสดงออก เหมาะสม
10. การปรับตัว และการเผชิญ ความเครียด	ผู้ป่วยและญาติมีความเครียด วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เวลามีเรื่องกังวลจะเปิดวิทยุฟัง เพลงเพื่อผ่อนคลาย	ผู้ป่วยและญาติมีความเครียด วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เวลามีเรื่องกังวลจะเข้าวัดทำบุญ เพื่อให้จิตใจสงบลง	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยมีความเครียด วิตก กังวลเกี่ยวกับการ เจ็บป่วย
11. ความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อ ในศาสนาพุทธและสิ่ง ศักดิ์สิทธิ์ เข้าวัดบวชตามโอกาส	นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อ ในศาสนาพุทธและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ใส่บาตรทุกวัน เข้าวัดเป็น ประจำ	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีความเชื่อในศาสนา พุทธ

จากตารางที่ 2 การประเมินแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผนได้นำไปกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเหมือนกัน จำนวน 4 แบบแผน ได้แก่ 1)แบบแผนที่1 การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลตนเอง 2)แบบแผนที่6 สติปัญญาและการรับรู้ 3)แบบแผนที่7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ และ 4)แบบแผนที่10 ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล

การปรับตัวและการเผชิญความเครียด นำมาสู่การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลและประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลให้เหมาะสมกับกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ตามระยะของการเจ็บป่วย จึงได้ข้อวินิจฉัยการพยาบาลจำนวน 5 ข้อดังต่อไปนี้

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
ระยะ วิกฤติ	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 1.เจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงเฉียบพลัน		กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงเฉียบพลัน มีอาการแสดงที่คล้ายคลึงกัน โดยกรณีศึกษาที่ 1 มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกร้าวไปแขนทั้ง 2 ข้าง ใจสั่น หายใจไม่อิ่ม
ฉุกเฉิน	ข้อมูลสนับสนุน Subjective data : ผู้ป่วยแจ้ง มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกร้าวไปแขนทั้ง 2 ข้าง ใจสั่น หายใจไม่อิ่ม Objective data : 1.EKG 12 lead พบ ST elevation V2-V4 ค่า Trop-I= 440 ng/L 2.ประเมินคะแนนความปวดเท่ากับ 7	ข้อมูลสนับสนุน Subjective data : ผู้ป่วยแจ้ง มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกร้าวไปหลัง จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ยังมีคลื่นไส้แต่ไม่อาเจียน วิงเวียนศีรษะไม่บ้านหมุน Objective data : 1.EKG 12 lead พบ ST elevation V3-V6 ค่า Trop-I = 391 ng/L 2.ประเมินคะแนนความปวดเท่ากับ 8	

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
	คะแนนจาก 10 คะแนน สีหน้าไม่สุขสบาย เหงื่อออกตามร่างกาย วัตถุประสงค์ เพื่อบรรเทาความไม่สุขสบายจากการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วย เกณฑ์การประเมินผล 1. อาการเจ็บแน่นหน้าอกลดลง นอนพักได้ ไม่มีอาการแสดง เช่น หน้าซีด เหงื่อออกตัวเย็น กระสับกระส่าย ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง หรือสับสน 2. ระดับคะแนนความปวดลดลงจากเดิม 3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส อัตราชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60 - 140/90 มิลลิเมตรปรอท O2 Saturation $\geq$ 95% 4. Capillary refill $\leq$ 2 วินาที กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินและบันทึกลักษณะการเจ็บหน้าอกโดยใช้หลัก OPQRST และรายงานแพทย์ ให้ได้รับการรักษาทันทีทันใด 2. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที เพื่อประเมินการทำงานของหัวใจได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น Pulse pressure แคบ ความดันโลหิตต่ำ อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น ระดับความรู้สึกตัวลดลง อัตราการไหลของปัสสาวะลดลง ปลายมือปลายเท้าเย็น และชีพจรเบาเร็ว 3. จัดทำนอนศีรษะสูง 45 องศาเพื่อจำกัดการเคลื่อนไหวย่างสมบูรณ์เพื่อลดการใช้ออกซิเจนและลดการทำงานของหัวใจ 4. ติดตามเส้นกราฟคลื่นไฟฟ้าหัวใจ โดย Monitor EKG lead II เพื่อทราบการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หากผิดปกติให้รายงานแพทย์ทันที 5. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา Isordil (5) 1 tab อมใต้ลิ้น, ASA gr V 1 tab เคี้ยวก่อนกลืน, Clopidogrel (75) 4 tab oral เพื่อขยายหลอดเลือด บรรเทาอาการเจ็บหน้าอก 6. ประเมินค่าความเข้มข้นของออกซิเจนทุก 15 นาที หากค่าความเข้มข้นของออกซิเจนน้อยกว่า 90 เปอร์เซ็นต์ ดูแลให้ออกซิเจน 3 ลิตรต่อนาที 7. ประเมินอาการที่แสดงถึงภาวะ cardiogenic shock ได้แก่ หน้าซีด เหงื่อออกตัวเย็น กระสับกระส่าย ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง สับสน หากผิดปกติให้รายงานแพทย์ทันที	คะแนนจาก 10 คะแนน สีหน้าไม่สุขสบาย เหงื่อออกตามร่างกาย การประเมินผล 1. อาการเจ็บแน่นหน้าอกลดลง นอนพักได้ ไม่มีอาการแสดง เช่น หน้าซีด เหงื่อออกตัวเย็น กระสับกระส่าย ชีพ	อาการเจ็บแน่นหน้าอก ร้าวไปหลัง ตรวจ EKG 1 2 lead พบ ST elevation V3-V6 วัตถุประสงค์ของการพยาบาลคือการบรรเทาอาการเจ็บแน่นหน้าอก ภายหลังการให้กิจกรรมพยาบาล กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีอาการปวดลดลง โดยกรณีศึกษาที่ 1 คะแนนปวดลดลงจาก 7 คะแนน เหลือ 3 คะแนน ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 คะแนนปวดลดลงจาก 8 เหลือ 4 คะแนน การประเมินผล 1. อาการเจ็บแน่นหน้าอกลดลง นอนพักได้ ไม่มีอาการแสดง เช่น หน้าซีด เหงื่อ

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
	เจ็บปวดเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง หรือสับสน 2. Pain score เท่ากับ 3/10 คะแนน 3.สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 143/87 มิลลิเมตรปรอท O2 Saturation 98% RA 4. Capillary refill ≤ 2 วินาที	ความดันโลหิตต่ำ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง หรือสับสน 2. Pain score เท่ากับ 4/10 คะแนน 3.สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 143/87 มิลลิเมตรปรอท O2 Saturation 98% RA 4. Capillary refill ≤ 2 วินาที	
ระยะวิกฤตฉุกเฉิน (ต่อ)	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 2. ปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกตอนาทีลดลง เนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติจากการขาดเลือดไปเลี้ยง		กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงเฉียบพลัน ส่งผลให้ปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกตอนาทีลดลง เนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติจากการขาดเลือดไปเลี้ยง ให้กักการพยาบาลที่เหมือนกัน ผลลัพธ์การดูแลพบว่าอาการเจ็บแน่นหน้าอกลดลง นอนพักได้ ไม่มีอาการแสดง เช่น หน้าซีด เหงื่อออกตัวเย็น กระสับกระส่าย ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง หรือสับสน Pain score ลดลง สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ O2 Saturation ≥ 95% Capillary refill ≤ 2 วินาที
	ข้อมูลสนับสนุน Subjective data : ผู้ป่วยแจ้ง มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกร้าวไปแขนทั้ง 2 ข้าง ใจสั่น หายใจไม่อิ่ม Objective data : 1.EKG 12 lead พบ ST elevation V2-V4 ค่า Trop-I= 440 ng/L 2.ประเมินคะแนนความปวดเท่ากับ 7 คะแนนจาก 10 คะแนน สิ้นหน้ไม่สุขสบาย เหงื่อออกตามร่างกาย 3. แพทย์พิจารณาให้ยา Streptokinase 1.5 ล้านยูนิต drip ใน 60 นาที	ข้อมูลสนับสนุน Subjective data : ผู้ป่วยแจ้ง มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกร้าวไปหลัง จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ยังมีคลื่นไส้แต่ไม่อาเจียน วิงเวียนศีรษะไม่บ้านหมุน Objective data : 1.EKG 12 lead พบ ST elevation V3-V6 ค่า Trop-I = 391 ng/L 2.ประเมินคะแนนความปวดเท่ากับ 8 คะแนนจาก 10 คะแนน สิ้นหน้ไม่สุขสบาย เหงื่อออกตามร่างกาย 3.แพทย์พิจารณาให้ยา Streptokinase 1.5 ล้านยูนิต drip ใน 60 นาที	
	วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยมีปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกตอนาทีเพียงพอ		
	เกณฑ์การประเมินผล 1. อาการเจ็บแน่นหน้าอกลดลง นอนพักได้ ไม่มีอาการแสดง เช่น หน้าซีด เหงื่อออกตัวเย็นกระสับกระส่าย ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง หรือสับสน 2. ระดับคะแนนความปวดลดลงจากเดิม 3.สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส อัตราชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60 - 140/90 มิลลิเมตรปรอท		

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
	O2 Saturation $\geq$ 95% 4. Capillary refill $\leq$ 2 วินาที กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินข้อห้ามในการให้ละลายลิ่มเลือดเพื่อประเมินความเสี่ยงของภาวะเลือดออกง่าย 2. ดูแลให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase 1.5 ล้านยูนิตภายใน 60 นาทีด้วยเครื่อง Infusion pump ทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา ในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้าม 3. ประเมินค่าความเข้มข้นของออกซิเจนทุก 15 นาที หากค่าความเข้มข้นของออกซิเจนน้อยกว่า 90 เปอร์เซ็นต์ ดูแลให้ออกซิเจน 3 ลิตรต่อนาที 4. ตรวจวัดสัญญาณชีพ และ Neuro sign ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง หลังจากนั้นทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง 5. ติดตามลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ อย่างต่อเนื่องขณะผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase 6. เตรียมรถ Emergency และอุปกรณ์ช่วยชีวิต รวมทั้งเครื่อง Defibrillator ให้พร้อมใช้ 7. ติดตามภาวะเลือดออกผิดปกติขณะให้ยา เช่น ตำแหน่งที่ทำหัตถการในระบบปัสสาวะ ทางเดินอาหาร ทางเดินหายใจ รอยขีดตามตัว ทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรกของการให้ยา เช่น มีผื่น อาการแน่นหน้าอก อาจมีอาการปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ หนาวสั่น อาการทางกระเพาะอาหาร หากมีอาการผิดปกติ รายงานแพทย์ทันที		
	การประเมินผล 1. อาการเจ็บแน่นหน้าอกลดลง นอนพักได้ ไม่มีอาการแสดง เช่น หน้าซีด เหงื่อออกตัวเย็น กระสับกระส่าย ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง หรือสับสน 2. Pain score เท่ากับ 2/10 คะแนน 3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ สัญญาณชีพความดันโลหิต 101/59 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที วัดความอิ่มตัวของออกซิเจน 98-100 เปอร์เซ็นต์ 4. Capillary refill $\leq$ 2 วินาที	การประเมินผล 1. อาการเจ็บแน่นหน้าอกลดลง นอนพักได้ ไม่มีอาการแสดง เช่น หน้าซีด เหงื่อออกตัวเย็น กระสับกระส่าย ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง หรือสับสน 2. Pain score เท่ากับ 4/10 คะแนน 3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิต 164/94 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที วัดความอิ่มตัวของออกซิเจน 97-98 เปอร์เซ็นต์ 4. Capillary refill $\leq$ 2 วินาที	

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
ระยะ ต่อเนื่อง	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับ ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase		กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มี ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจ ขาดเลือดไปเลี้ยง เฉียบพลัน แพทย์มีคำสั่ง ให้ยาStreptokinase 1.5 ล้านยูนิต drip ใน 60 นาที จึงต้องเฝ้าระวัง ภาวะแทรกซ้อนจากการ ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ภายหลังได้รับยาครบ กรณีศึกษาที่ 1 ภายหลัง ได้ยา 10 นาที วัดความ อิ่มตัวของออกซิเจน 90 เปอร์เซ็นต์ ดูแลให้ o2 canular 3 ลิตรต่อนาที วัดความอิ่มตัวของ ออกซิเจน ได้ 98 เปอร์เซ็นต์ หลังได้รับยา ครบ ตรวจคลื่นไฟฟ้า หัวใจซ้ำ มี reperfusion ประเมิน Pain score ลดลงเท่ากับ 2 คะแนน ส่วน กรณีศึกษาที่ 2 ขณะให้ยา วัดความ อิ่มตัวของออกซิเจน 98- 100 เปอร์เซ็นต์ แต่หลัง ได้ยาครบ ตรวจ คลื่นไฟฟ้าหัวใจซ้ำ พบว่าไม่มี reperfusion ประเมิน Pain score ไม่ ลดลง เท่ากับ 4 คะแนน โดยทั้ง 2 รายขณะได้รับ ยาไม่พบ ภาวะแทรกซ้อน เช่น
	ข้อมูลสนับสนุน Subjective data : ผู้ป่วยแจ้ง มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ร้าวไปแขนทั้ง 2 ข้าง ใจสั่น หายใจ ไม่อิ่ม Objective data : 1.EKG 12 lead พบ ST elevation V2-V4 ค่า Trop-I= 440 ng/L 2.ประเมินคะแนนความปวดเท่ากับ 7 คะแนนจาก 10 คะแนน สิ้นหน้าไม่สุข สบาย เหงื่อออกตามร่างกาย 3. แพทย์พิจารณาให้ยา Streptokinase 1.5 ล้านยูนิต drip ใน 60 นาที	ข้อมูลสนับสนุน Subjective data : ผู้ป่วยแจ้ง มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกร้าว ไปหลัง จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ยังมีคลื่นไส้แต่ไม่ อาเจียน วิงเวียนศีรษะไม่บ้านหมุน Objective data : 1.EKG 12 lead พบ ST elevation V3- V6 ค่า Trop-I = 391 ng/L 2.ประเมินคะแนนความปวดเท่ากับ 8 คะแนนจาก 10 คะแนน สิ้นหน้าไม่สุข สบาย เหงื่อออกตามร่างกาย 3.แพทย์พิจารณาให้ยา Streptokinase 1.5 ล้านยูนิต drip ใน 60 นาที	
	วัตถุประสงค์ เพื่อเฝ้าระวังและให้การช่วยเหลือจากภาวะแทรกซ้อนในการให้ยา ละลายลิ่มเลือด		
	เกณฑ์การประเมินผล 1. อาการเจ็บแน่นหน้าอกลดลง นอนพักได้ ไม่มีอาการแสดง เช่น หน้าซีด เหงื่อ ออกตัวเย็น กระสับกระส่าย ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ระดับความรู้สึกตัว เปลี่ยนแปลง หรือสับสน 2. ระดับคะแนนความปวดลดลงจากเดิม 3.สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส อัตราชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60 - 140/90 มิลลิเมตรปรอท O2 Saturation $\geq$ 95% 4. Capillary refill $\leq$ 2 วินาที 5. ไม่พบภาวะเลือดออก เช่น รอยจ้ำเลือด		
	กิจกรรมการพยาบาล 1.ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับความจำเป็นในการให้ยาละลายลิ่มเลือด อธิบายผลดีและภาวะแทรกซ้อนของยาละลายลิ่มเลือดให้ผู้ป่วยหรือญาติลงนาม ยินยอมรับการรักษา พร้อมพยานทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ 2.ประเมินข้อห้ามในการให้ละลายลิ่มเลือดเพื่อประเมินความเสี่ยงของภาวะ เลือดออกง่าย		

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
	3.ดูแลให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase 1.5 ล้านยูนิตภายใน 60 นาทีด้วยเครื่อง Infusion pump ทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา 4.ประเมินค่าความเข้มข้นของออกซิเจนตลอดเวลา ขณะให้ยา หากค่าความเข้มข้นของออกซิเจนน้อยกว่า 90 เปอร์เซ็นต์ ดูแลให้ออกซิเจน 3 ลิตรต่อนาที 5.ตรวจวัดสัญญาณชีพ และอาการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท ทุก 10-15 นาที ขณะให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase 6.ติดตามลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ โดยใช้เครื่อง Defibrillator ไว้ตลอดขณะผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase เพื่อเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง เพราะอาจเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ เช่น VT, VF จาก reperfusionจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ 7.เตรียมรถ Emergency และอุปกรณ์ช่วยชีวิต รวมทั้งเครื่อง Defibrillator ให้พร้อมใช้ 8. ติดตามภาวะเลือดออกผิดปกติในส่วนต่างๆ ของร่างกาย ก่อนขณะให้ยา หลังให้ยาละลายลิ่มเลือด หากมีอาการผิดปกติ ต้องรายงานแพทย์ทันที 9.บันทึกเวลาที่เริ่มให้ยาละลายลิ่มเลือดอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นระหว่างที่ได้รับยาและหากจำเป็นต้องหยุดยา ต้องบันทึกปริมาณยาที่ได้รับและเวลาที่หยุดยาในใบบันทึกการให้ยา		หน้าซีด เหงื่อออกตัวเย็น กระสับกระส่าย ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง หรือสับสน ไม่พบภาวะเลือดออก เช่น รอยจ้ำเลือด สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ Capillary refill ≤ 2 วินาที
	การประเมินผล 1. อาการเจ็บแน่นหน้าอกลดลง นอนพักได้ ไม่มีอาการแสดง เช่น หน้าซีด เหงื่อออกตัวเย็น กระสับกระส่าย ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง หรือสับสน 2. Pain score เท่ากับ 2/10 คะแนน 3.สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ สัญญาณชีพความดันโลหิต 101/59 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ภายหลังได้ยา 10 นาที วัดความอิ่มตัวของออกซิเจน 90 เปอร์เซ็นต์ ดูแลให้ o2 canular 3 ลิตรต่อนาที วัดความอิ่มตัวของออกซิเจน ได้ 98 เปอร์เซ็นต์ 4. Capillary refill ≤ 2 วินาที 5. ไม่พบภาวะเลือดออก เช่น รอยจ้ำ	การประเมินผล 1. อาการเจ็บแน่นหน้าอกลดลง นอนพักได้ ไม่มีอาการแสดง เช่น หน้าซีด เหงื่อออกตัวเย็น กระสับกระส่าย ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง หรือสับสน ไม่พบรอยจ้ำเลือดบนผิว 2. Pain score เท่ากับ 4/10 คะแนน 3.สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิต 164/94 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที วัดความอิ่มตัวของออกซิเจน 97-98เปอร์เซ็นต์ 4. Capillary refill ≤ 2 วินาที 5. ไม่พบภาวะเลือดออก เช่น รอยจ้ำเลือด	

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
	เลือด		
ระยะต่อเนื่อง (ต่อ)	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและภาวะโรคที่คุกคามชีวิต เนื่องจากความไม่แน่นอนในการดำเนินของโรค ผลการรักษา และหัตถการการรักษา		กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย รวมถึงญาติ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและภาวะโรคที่คุกคามชีวิต เนื่องจากความไม่แน่นอนในการดำเนินของโรค ผลการรักษา และหัตถการการรักษา เช่นเดียวกัน เนื่องจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นภาวะที่อันตรายต่อชีวิต การพยาบาลที่สำคัญคือการบรรเทาความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ เพื่อมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพิ่มความมั่นใจและให้ความร่วมมือในการรักษา แสดงออกถึงความตั้งใจและใส่ใจในการดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ซึ่งผลลัพธ์การพยาบาลพบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย รวมถึงญาติมีสีหน้าวิตกกังวลลดลง เข้าใจพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ยอมรับ และเข้าใจแผนการรักษาของแพทย์
	ข้อมูลสนับสนุน Subjective data : ผู้ป่วยถามว่า “ลุงสิดายบ่ ลุงสิดายบ่” Objective data : ผู้ป่วยและญาติแสดงสีหน้าวิตกกังวล	ข้อมูลสนับสนุน Subjective data : ผู้ป่วยถามว่า “ยายสิดายบ่” Objective data : ผู้ป่วยและญาติแสดงสีหน้าวิตกกังวล	
	วัตถุประสงค์ เพื่อบรรเทาความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ		
	เกณฑ์การประเมินผล 1. ผู้ป่วยและญาติสีหน้าลดความกังวลลง 2. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ยอมรับเข้าใจแผนการรักษาของแพทย์		
	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินสภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วยและญาติ ประเมินความวิตกกังวล โดยการสังเกต ลักษณะสีหน้าท่าทาง พฤติกรรมการแสดงออก น้ำเสียง 2. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ แนะนำตัว ให้ข้อมูลเรื่องแผนการรักษาโดยทำการประสานงานกับแพทย์ ใช้น้ำเสียงต่ำ ไม่ใช้ศัพท์ทางการแพทย์ 3. ใช้คำถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีโอกาสในการซักถามและระบายความรู้สึกภายใต้เวลาที่จำกัด รับฟังอย่างตั้งใจและใช้การสัมผัส เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติรู้สึกอบอุ่นใจ 4. อธิบายเหตุผลถึงความจำเป็นของการรักษา บอกข้อดีข้อเสียของแนวทางการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 5. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจแผนการรักษาพยาบาล พยาธิสภาพ อาการของโรค ลักษณะการเจ็บหน้าอก สาเหตุของการเกิดอาการเจ็บหน้าอก และการปฏิบัติตัวเพื่อให้ผู้ป่วยหายสงสัยและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล 6. ประสานงานให้ผู้ป่วยและญาติได้พูดคุยกับแพทย์ เพื่อเพิ่มความมั่นใจและให้ความร่วมมือในการรักษา 7. อำนวยความสะดวกแก่ครอบครัว ญาติผู้ป่วย หรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยได้เยี่ยมและประทับประคองด้านจิตใจแก่ผู้ป่วย 8. อธิบายเหตุผลและความจำเป็นที่ต้องส่งตัวผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า		
	การประเมินผล 1. ผู้ป่วยและญาติสีหน้าลดความ	การประเมินผล 1. ผู้ป่วยและญาติสีหน้าลดความกังวลลง	

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
	กังวล 2. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ยอมรับเข้าใจแผนการรักษาของแพทย์	2. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ยอมรับเข้าใจแผนการรักษาของแพทย์	
ระยะส่งต่อ	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะส่งต่อ		กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ขณะส่งต่อไม่พบ ภาวะแทรกซ้อน สัญญาณชีพอยู่ในช่วงปกติ ไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือภาวะ cardiogenic shock ขณะส่งต่อ
	ข้อมูลสนับสนุน Subjective data : - Objective data : แพทย์วินิจฉัยเป็น STEMI Anterior wall สงสัยหลอดเลือดแดงด้านหน้าซ้าย (LAD หรือ สาขาที่ลงด้านหน้า) มีการอุดตัน ภายหลังได้ยาละลายลิ่มเลือดครบ 60 นาที มี reperfusion ต้องส่งต่อโรงพยาบาล ศรีสะเกษตามแผนการรักษา เพื่อทำ PCI	ข้อมูลสนับสนุน Subjective data : - Objective data : แพทย์วินิจฉัยเป็น STEMI Anterior wall สงสัยหลอดเลือดแดงด้านหน้าซ้าย (LAD หรือ สาขาที่ลงด้านหน้า) มีการอุดตัน ภายหลังได้ยาละลายลิ่มเลือดครบ 60 นาที ไม่มี reperfusion ต้องส่งต่อโรงพยาบาล ศรีสะเกษตามแผนการรักษา เพื่อทำ recue PCI	
	วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยขณะส่งต่อ		
	เกณฑ์การประเมินผล 1. ผู้ป่วยไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือภาวะ cardiogenic shock เช่น หน้าซีด เหงื่อออกตัวเย็นกระสับกระส่าย ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง หรือสับสน 2. ระดับคะแนนความปวดลดลงจากเดิม 3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส อัตราชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60 - 140/90 มิลลิเมตรปรอท O2 Saturation $\geq$ 95% 4. Capillary refill $\leq$ 2 วินาที		
	กิจกรรมการพยาบาล 1.เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนนำขึ้นรถพยาบาล ได้แก่ การประเมินสภาพผู้ป่วย แผนการรักษาที่ได้รับไปแล้ว แผนการดูแลรักษาขณะการส่งต่อ ใบส่งตัว และประสานข้อมูลกับโรงพยาบาล ศรีสะเกษ เพื่อการดูแลต่อเนื่อง 2.ประสานทีมพยาบาลเวรส่งต่อที่ผ่านการอบรมดูแลผู้ป่วยวิกฤต และ advance CPR จำนวน 2 คน		

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
	3.เตรียมความพร้อมใช้ของอุปกรณ์และเครื่องมือบนรถพยาบาล ได้แก่เครื่อง Defibrillator ที่เชื่อมต่อข้อมูลสัญญาณชีพและ ECG กับโรงพยาบาลศรีสะเกษ (telemed referral) 4.ให้การพยาบาลขณะส่งต่อนรถพยาบาล ได้แก่ ประเมินวัดสัญญาณชีพ ประเมินระบบประสาท ระดับความปวด ทุก 15 นาที ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ตลอดที่ดูแลบนรถพยาบาล 5.เมื่อถึงโรงพยาบาลศรีสะเกษ ส่งข้อมูลผู้ป่วยกับแพทย์และพยาบาลโดยใช้หลัก ISBAR 6.ตรวจเช็คอุปกรณ์ที่ใช้ในการส่งต่อผู้ป่วยให้พร้อมกลับนำไปใช้ในการส่งต่อผู้ป่วย ในครั้งต่อไป		
	การประเมินผล สัญญาณชีพระหว่างการส่งต่อความดันโลหิต 136/70 - 150/85 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 75 - 85 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 - 20 ครั้ง/นาที ให้ O2 canular 3 lit/min O2Sat 98 - 100% Pain score 3/10 สუნคาปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองใสปริมาณ 300 มิลลิลิตร	การประเมินผล สัญญาณชีพระหว่างการส่งต่อความดันโลหิต 136/70 - 150/85 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 75 - 85 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 - 20 ครั้ง/นาที O2Sat 98 - 100% Pain score 3/10 สუნคาปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองใสปริมาณ 150 มิลลิลิตร	

สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เหมือนกันในเรื่องของอายุ ซึ่งพบว่าเมื่ออายุมากกว่า 55 ปีจะทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ถึง 2 เท่า ซึ่งกรณีศึกษารายที่ 1 เพศชาย อายุ 62 ปี และยังมีปัจจัยเสี่ยงเช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุรา กรณีศึกษารายที่ 2 เพศหญิง อายุ 72 ปี มีปัจจัยเสี่ยงเช่น โรคความดันโลหิตสูง ไขมันสูง 8 เดือน รักษาไม่ต่อเนื่อง ที่ส่งผลต่อการเกิดโรค ส่วนอาการและอาการแสดงก่อนมาโรงพยาบาล มีความคล้ายคลึงกัน คือมีอาการเจ็บหน้าอก แนวทางการรักษาโดยการให้ยา Antiplatelet และ Anticoagulant ได้ยาละลายลิ้มเลือดเหมือนกัน ซึ่งภาวะดังกล่าวถือเป็นภาวะวิกฤติที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ หากได้รับการประเมินและรักษาล่าช้า

พยาบาลจะต้องซักประวัติและประเมินอาการเจ็บหน้าอกอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในระยะวิกฤตฉุกเฉินคือจะต้องรีบเปิดขยายเส้นเลือดเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจให้เร็วที่สุด จากกรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการประเมินและคัดแยกกระดับ 2 ตรวจพบอาการแสดงที่คล้ายคลึงกันคือเจ็บหน้าอก ตรวจพบคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ST elavate ที่ anterior wall เช่นเดียวกัน มีค่าเอนไซม์ Trop-I ที่สูงกว่าปกติบ่งบอกถึงความเสียหายของหัวใจหรือภาวะหัวใจวายและความล่าช้าในการมาถึงโรงพยาบาลตั้งแต่เริ่มมีอาการ พยาบาลจึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับการตรวจ EKG และการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติต่างๆ บทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤตฉุกเฉินอีกประการหนึ่งคือ การเฝ้าระวังสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง การสังเกตอาการและอาการแสดงต่างๆของภาวะกล้ามเนื้อ

หัวใจตายเฉียบพลัน อาการปวดและติดตามการทำงานของหัวใจ การติดตาม EKG วัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด การติดตามสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง และเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงสามารถรายงานแพทย์ทราบให้การช่วยเหลือทันที การพยาบาลในระยะนี้แสดงให้เห็นถึงความต่อเนื่องในการเฝ้าระวังความรวดเร็วและความพร้อมในการเตรียมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การพยาบาลที่สำคัญในระยะนี้คือการพยาบาลระยะส่งต่อ ซึ่งต้องมีการเฝ้าระวังสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง การติดตามการทำงานของหัวใจ การติดตาม EKG การติดตามความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด การติดตามสัญญาณชีพและต้องสามารถตัดสินใจให้การช่วยเหลือได้ นอกจากนี้พยาบาลส่งต่อต้องมีการเตรียมเครื่องมือต่างๆที่ใช้ระหว่างส่งต่อให้เหมาะสม เพียงพอและพร้อมใช้งานอยู่เสมอ ทั้งนี้เพื่อใช้ในการฉุกเฉินเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือทรุดลงขณะส่งต่อถึงแม้ระหว่างการส่งต่อก็จะสามารถให้การช่วยเหลือได้อย่างทันที่ จากข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยทั้ง 2 รายมุ่งเน้นไปที่การแก้ไขปัญหาที่คุกคามชีวิต จึงได้เฝ้าระวังการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะวิกฤตฉุกเฉินอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะคุกคามต่างๆ

เอกสารอ้างอิง

- กมลทิพย์ แซ่เล่า,ธานินทร์ โลกศกระวี, สมจินตนา เอี่ยมสรรพางค์. การปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาลInterfacility Patient Transfer. นนทบุรี: อัลทิเมท พรินติ้ง; 2557.
- กรรณิการ์ กาศสมบูรณ์, ศิริอร สินธุบรรณานธิการ.ช่องทางด่วนการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน.พิมพ์ครั้งที่1.นนทบุรี:วัฒนาการพิมพ์;2565.
- เกรียงไกร เสงี่ยม, กนกพร แจ่มสมบูรณ์.(2555). สถานการณ์ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. นนทบุรี: สุขุมวิท การพิมพ์.
- นพดล ชำนาญผล.(2563). ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI.กรุงเทพฯ: สหพัฒนาการพิมพ์.
- ทิพย์สุดา พรหมดนตรี,จินตนา คำเกลี้ยง. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น:การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์กรกฎาคม-กันยายน2564; 41(3): 99-108.

ข้อเสนอแนะ

การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ต้องให้ความสำคัญในเรื่องการวินิจฉัยให้เร็วที่สุดและให้การรักษาด้วย reperfusion therapy หรือการให้ยาละลายลิ่มเลือด ถ้าสามารถทำให้เลือดกลับไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้เร็วเท่าไรก็จะทำให้การทำงานของหัวใจดีขึ้นเท่านั้น ทำให้อัตราการตายลดลง ซึ่งพยาบาลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญและใกล้ชิดกับผู้ป่วย โดยเฉพาะพยาบาลห้องฉุกเฉินจะต้องการพัฒนาสมรรถนะอย่างต่อเนื่องให้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคและภาวะแทรกซ้อน การประเมินคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การพัฒนาทักษะการอ่านและแปลผล EKG การบริหารยาละลายลิ่มเลือด การเฝ้าระวังและให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตฉุกเฉิน ระยะต่อเนื่องให้ห้องฉุกเฉิน และการเฝ้าระวังภาวะวิกฤตขณะส่งต่อ โดยให้การพยาบาลแบบองค์รวม เพื่อให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและได้มาตรฐาน ผู้ป่วยมีความปลอดภัย และสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ

- พัฒนาพร สุปินะ, นัตดา นาวุฒิ.(2566). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนผ่านทางหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ .[อินเทอร์เน็ต]. 2558 [สืบค้น เมื่อ 28 พฤษภาคม 2567] เข้าถึงจาก<https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing.pdf>
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์.(2563). แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563. สมุทรปราการ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เนคสเทป ดีไซน์.
- Gordon M. Functional Health Patterns [Internet].Nursing Theory open access articles onarticles on nursing treories and models; 2020 [cited 2024 Mar 31].Available from: https://www.kknursingcollege.com/post_rn/notes/semester
- NANDA International.(2017). Nursing Diagnosis Definitions and Classification 2015-2017. (3 th ed.) Oxford: Wiley Blackwell.
- Toluey M, Ghaffari S, Tajlil A, Nasiri B, Rostami A. The impact of cigarette smoking on infarct location and in-hospital outcome following acute ST-elevation myocardial infarction. JCardiovasc Thorac Res2019; 11(3), 209-15. doi: 10.15171/jcvtr.2019.35.PubMed PMID: 31579461.