

กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียก
และมีภาวะหัวใจล้มเหลว

Case study: Nursing care of patient ST-Segment Elevation Myocardial Infarction
with Congestive heart failure.

(Received: November 28,2023 ; Revised: December 9,2023 ; Accepted: December 11,2023)

ปานจิตต์ เอี่ยมสำอางค์¹
Panchit Eamsamang¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัญหา การวางแผนการพยาบาลในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกและมีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยศึกษาในผู้ป่วยชาย อายุ 65 ปี มาตรวจที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอก เหงื่อออก ใจสั่น 1 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST elevate ที่ V₂-V₄ ถ่ายภาพรังสีทรวงอก พบ pulmonary congestion both lung และ pericardial effusion

ผลการศึกษา พบว่า แพทย์วินิจฉัยโรคเป็น Antero- lateral wall ST Segment Elevation Myocardial Infarction with Congestive heart failure ให้การรักษาด้วยยา Isordil (5 มิลลิกรัม) 1 เม็ด อมใต้ลิ้นทันที ASA gr.V 1 เม็ด และ Clopidogrel (75 มิลลิกรัม) 4 เม็ด รับประทานทันที เปิดเส้นเลือดให้ 0.9% NSS ฉีด Morphine 3 มิลลิกรัม Lasix 40 มิลลิกรัม ให้ Streptokinase 1.5 ล้านยูนิต เข้าทางหลอดเลือดดำ และเข้าพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม เนื่องจากหอผู้ป่วยหนักเต็ม ในระหว่างเข้ารับการรักษานี้หอผู้ป่วยอายุรกรรมตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย ผู้ป่วยได้รับการวางแผนการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ การระงับอาการชัก การเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมอง การเพิ่มปริมาณเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ การเพิ่มปริมาณเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาที การเพิ่มประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซภายในถุงลมปอด การป้องกันอันตรายและหยุดเลือดที่ออกในระบบทางเดินอาหาร การลดการติดเชืทางเดินหายใจ การรักษาความสมดุลของเกลือแร่โปแตสเซียมในเลือด การให้ความรู้การดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ภายหลังผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนการพยาบาลดังกล่าว พบว่าทุกปัญหาได้รับการแก้ไขจนหมดไป แพทย์จึงจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

คำสำคัญ: โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียก, ภาวะหัวใจล้มเหลว

Abstract

This study was case study with the objective to study the problem Nursing planning in patients with acute myocardial infarction and congestive heart failure. The study was conducted in a 65-year-old male patient who came to the accident and emergency room with symptoms of chest pain, sweating, and palpitations 1 hour before coming to the hospital. Have a history of high blood pressure, diabetes, and stroke. An electrocardiogram revealed ST elevation at V₂-V₄. A chest radiograph revealed pulmonary congestion in both lungs and pericardial effusion.

The results of the study found that doctor diagnosed anterolateral wall ST-Segment Elevation Myocardial Infarction with Congestive heart failure. give treatment with stat Isordil (5 mg) 1 tab sublingual, ASA gr.V 1 tab oral, Clopidogrel (75 mg) 4 tab oral, keep vein open with 0.9% NSS. Injection of Morphine 3 mg, Lasix 40 mg, drip Streptokinase 1.5 mu, and Admission to the medical ward because the intensive care unit is full. During admission from the first receive until discharge the patient received an important nursing care plan including suppressing seizures, increasing the blood supply to the brain, increasing blood circulation and oxygen supply to the cardiac muscle, increasing cardiac output, increasing the efficiency of gas exchange in alveoli, preventing harm and stopping bleeding from gastrointestinal bleeding. Reducing respiratory tract infection,

¹ พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

maintaining the balance of potassium in the blood. Providing knowledge about self-care when going home. After the patient received nursing care according to the nursing care plan it was found that all problems were resolved. The doctor advises patients to be discharged to home.

Keywords: ST-Segment Elevation Myocardial Infarction, Congestive heart failure

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียก (ST-segment elevation myocardial infarction: STEMI) เป็นภาวะวิกฤติที่อันตรายต่อชีวิตผู้ป่วย ซึ่งหากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาหรือรักษาล่าช้า จะส่งผลให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายถาวร และเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงตามมา เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจล้มเหลว ภาวะช็อกจากหัวใจ และหัวใจหยุดเต้น เป็นต้น อันเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสำคัญของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียก¹ โดยมีรายงานของประเทศที่อยู่ในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก ได้แก่ มาเลเซีย สิงคโปร์ เกาหลี และญี่ปุ่น พบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย STEMI ภายใน 1 ปี ร้อยละ 17.9, 11.2, 8.1, และ 6.2 ตามลำดับ² อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 47.2 ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยคือ ภาวะหัวใจล้มเหลว โดยพบร้อยละ 15 - 25 ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วย STEMI เสียชีวิตในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 15 - 40⁴ สำหรับประเทศไทยพบโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียกเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับที่ 3 ของประชากรในประเทศ รองจากโรคมะเร็ง และอุบัติเหตุ โดยในระหว่างปี พ.ศ. 2561 ถึง 2563 พบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 9.84, 8.85, และ 10.45 ตามลำดับ⁵ ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในผู้ป่วย STEMI ที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล คือ ภาวะหัวใจล้มเหลว โดยพบในปี 2553 ถึง 2559 ร้อยละ 4 และปี 2544 ถึง 2554 ร้อยละ 12⁶

จากสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ปี พ.ศ. 2562 ถึง พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 69, 49 และ 37 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วย STEMI 14, 6 และ 8 ราย ตามลำดับ

ผู้ป่วย STEMI เกิดภาวะแทรกซ้อนหัวใจล้มเหลวจำนวน 5, 2 และ 2 ราย ตามลำดับ และเสียชีวิตในปี 2562 จำนวน 1 ราย ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 1 ราย⁷ จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย STEMI ย้อนหลังพบผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่รับย้ายจากหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งพ้นระยะวิกฤตแล้ว การดูแลหลักจะเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจ และเฝ้าระวัง ติดตามการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ แต่ในช่วงปีที่ผ่านมา หอผู้ป่วยหนักมักมีผู้ป่วยเต็ม ผู้ป่วย STEMI ที่มารับการรักษา ต้องเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรมแทน ซึ่งจากการทบทวนการดูแลผู้ป่วย STEMI กลุ่มนี้ ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย พบว่า การดูแลมีความหลากหลายไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ทั้งนี้ขึ้นกับความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ และความชำนาญของพยาบาลแต่ละบุคคล การดูแลขาดความครอบคลุม ปัญหา ความต้องการเฉพาะโรค และการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและสถานการณ์ที่ไม่คาดคิดล่าช้า ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้น จากข้อมูลเกี่ยวกับโรค สถิติการเกิดโรค สถิติการเกิดภาวะแทรกซ้อน สถิติการเสียชีวิต และปัญหาที่พบจากการดูแลผู้ป่วยภายในหน่วยงาน ผู้ขอประเมินในฐานะพยาบาลหัวหน้างานหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง จึงสนใจศึกษาผู้ป่วย STEMI ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวตั้งแต่ระยะวิกฤตจนถึงระยะจำหน่าย เพื่อการประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย ตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเชื่อมโยงกับเหตุผลทางคลินิก และวางแผนการพยาบาล เพื่อแก้ไขปัญหาที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ และปัญหาที่มีความเสี่ยงหรือโอกาสเกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง ครอบคลุม และทันต่อเหตุการณ์ โดยนำหลักทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนการพยาบาล ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยเกิดผลลัพธ์ที่ดี สามารถนำความรู้ที่ได้รับ และการวางแผนการพยาบาลจากกรณีศึกษานี้ ไปเผยแพร่แก่บุคลากรทางการพยาบาลทั้งภายในและภายนอก

หน่วยงาน เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วย STEMI ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างครอบคลุม ปัญหา ความต้องการ เป็นไปตามมาตรฐาน และ ปฏิบัติอย่างเป็นแนวทางเดียวกันต่อไป

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัญหา การวางแผนการ พยาบาลในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกและมีภาวะหัวใจล้มเหลว

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยชาย อายุ 65 ปี ญาตินำส่งโรงพยาบาล ด้วย 1 ชั่วโมงก่อนมา มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เหงื่อออก ใจสั่น มีประวัติเป็น HT c DM c old CVA ผลการตรวจประเมินแรกพบพบความผิดปกติ ดังนี้ มี Creptitation both lungs มี pitting edema เท้าทั้ง 2 ข้าง 1⁺ CXR พบ pulmonary congestion both lung c pericardial effusion EKG พบ ST elevate V₂-V₄ cardiac marker พบ Trop - I เกิน ค่าปกติ CK-MB positive แพทย์วินิจฉัยโรคเป็น Antero- lateral wall STEMI c CHF ให้การรักษา ด้วย ASA gr.V 1 tab $\odot$ stat, Clopidogrel 4 tab $\odot$ stat, Isordil (5mg) 1 tab อมใต้ลิ้น stat , MO 3 mg dilute 10 ml $\odot$ push ซ้ำๆ, SK 1.5 mu + NSS 100 ml $\odot$ drip 1 hr Lasix 40 mg $\odot$ stat then q 8 hr, On O₂ cannula 4 lit/min และ ให้ Admit ICU แต่เตียงเต็มจึง Admit ที่หอผู้ป่วย อายุรกรรมหญิง 2 แกร็บที่หอผู้ป่วยมีอาการชัก เกร็ง และหยุดหายใจ ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และเครื่องช่วยหายใจ เมื่อผู้ป่วยเริ่มรู้ตัว หายใจไม่ สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ จึงปรับ setting ให้ เหมาะสมกับผู้ป่วย ร่วมกับดูแลให้ DZP 10 mg $\odot$ x 3 dose และ Dormicum 10 mg + NSS 100 ml $\odot$ rate 10 ml/hr ตามแผนการรักษา ผู้ป่วยกลับ

ได้ หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ทำ EKG ซ้ำ หลัง SK หมด ยังพบ ST elevate V₂-V₄ และมี อาการเจ็บหน้าอกเป็นพักๆ หลัง Admit 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีเลือดออกในช่องปากและทางเดินอาหาร จำนวนมาก ได้ Transamine 1 amp $\odot$ q 8 hr, Losec 40 mg $\odot$ q 12 hr. On 0.9% NSS 1,000 ml $\odot$ 60 ml/hr, FFP 4 unit, Vit K 10 mg $\odot$ retained NG. tube observe content เจาะ Hct q 8 hr ได้ส่ง CT scan brain พบมี old infraction at left cerebellar hemisphere, no hemorrhage ในระยะต่อมาผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ติด เชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ระดับโปแตสเซียม ในเลือดต่ำ ได้รับการรักษาด้วย RI $\odot$ ตาม sliding scale, Cef-3 2 gm $\odot$ OD, E. KCl 30 ml $\odot$ x 1 dose ซึ่งภายหลังได้รับการดูแลรักษาผู้ป่วยมี อาการดีขึ้นตามลำดับ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถถอดท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจได้ หายใจไม่เหนื่อย O₂ sat 99% ไม่มีเลือดที่ออกใน ช่องปากหรือในระบบทางเดินอาหาร และตาม อวัยวะอื่น ๆ ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก EKG พบ normal sinus rhythm ไม่มี ST elevate CXR พบ pulmonary congestion both lung c pericardial effusion ลดลง ไม่มีภาวะช็อค ระดับ น้ำตาลในเลือดลดลงอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ระดับ โปแตสเซียมในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ แพทย์จึง อนุญาตให้กลับบ้านได้ และนัดติดตามผลการรักษา ที่คลินิกโรคหัวใจ ภายหลังจำหน่าย 3 วัน นัดพบ แพทย์อายุรกรรม ภายหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ รวม ระยะเวลาอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 8 วัน

การวางแผนการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยชักเกร็งเนื่องจากสมองขาด ออกซิเจนจากปริมาตรเลือดที่ ออกจากหัวใจไปเลี้ยงสมองลดลง	กิจกรรมการพยาบาล 1. ให้การดูแลขณะมีอาการชักเกร็ง ดังนี้ จัดท่านอนหงายคอเล็กน้อยและตะแคงหน้าไปด้านใด ด้านหนึ่ง ใส่ Oropharyngeal airway และดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ ประเมินอัตราการหายใจ สังเกตลักษณะการหายใจ การเคลื่อนไหวของทรวงอก สังเกตและบันทึกลักษณะอาการชัก

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น Antero- lateral wall STEMI with CHF แรกเริ่ม ผู้ป่วยมีอาการชักเกร็ง ตาค้าง ไม่รู้สึกตัว และหยุดหายใจ O₂ sat = 92% วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยจากการชักเกร็ง ไม่เกิดการชักเกร็งซ้ำ และเพิ่มปริมาณออกซิเจนไปเลี้ยงสมอง	ระยะเวลาชัก และระดับความรู้สึกตัว ดูแลให้ออกซิเจนโดยบับ Ambu bag with O₂ 10 lit/min ดูแลให้ DZP 10 mg (V) stat ตามแผนการรักษา 2. ให้การดูแลหลังมีอาการชักเกร็ง ดังนี้ เตรียมและช่วยแพทย์ใส่ ET.Tube และต่อ Ventilator mode VC A/C setting TV 500 ml, FiO₂ 0.4, RR= 20 beat/min ตรวจวัดสัญญาณชีพและประเมินอาการทางระบบประสาท ทุก ½ - 1 ชั่วโมง จนปกติและคงที่ ประเมิน O₂ sat ทุก ½ - 1 ชั่วโมง ประเมินอาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ว่าสมองยังมีภาวะขาดออกซิเจน ได้แก่ หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว ตื่น ชักเกร็งซ้ำ ซึม ไม่รู้สึกตัว รูม่านตาไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง หายใจเองไม่ได้ แขน ขาอ่อนแรง ประเมินผลการพยาบาล ภายหลังได้รับ DZP 10 mg (V) x 1 dose ผู้ป่วยหยุดชักเกร็ง เริ่มรู้สึกตัว ซึม GCS = 9T คะแนน (E₃V₄M₆) pupil BE Ø 2 mm RTL แขน ขา 2 ข้าง motor power เกรด 5 ไม่มีชักเกร็งซ้ำ สัญญาณชีพ BP= 149/87- 154/84 mmHg, PR = 78- 90 beat/min, RR= 20-22 beat/min, O₂ sat = 97% หายใจเองได้ แต่ไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 การกำซาบของเนื้อเยื่อหัวใจลดลง เนื่องจากการไหลเวียนของเลือดในหลอดเลือดหัวใจลดลง ข้อมูลสนับสนุน ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบมี ST elevate V₂-V₄ ผู้ป่วยเจ็บแน่นหน้าอก ประเมินระดับความปวด (Pain scale) = 4 คะแนน ผลการตรวจ Cardiac biomarker พบ Troponin I = 0.15 -> 50 ng/dl ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น Antero- lateral wall STEMI with CHF วัตถุประสงค์การพยาบาล เพิ่มการกำซาบของเนื้อเยื่อหัวใจและการไหลเวียนของเลือดในหลอดเลือดหัวใจ	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินลักษณะอาการเจ็บหน้าอก ความรุนแรงหรือระดับความปวด ระยะเวลาที่เกิด และความถี่ของการเกิด รวมทั้งอาการอื่นที่เกิตร่วมกับอาการเจ็บหน้าอก ได้แก่ หน้ามืด ใจสั่น เป็นลม เวียนศีรษะ หายใจเหนื่อย 2. ประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว และ O₂ sat ทุก ½ - 1 ชั่วโมง 3. ตรวจ EKG 12 lead ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอก และติดตาม EKG monitor จัดให้นอนพักผ่อนบนเตียงและช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน สังเกตและติดตามผล Cardiac biomarker (CK-MB, cardiac Troponin I หรือ T) ดูแลให้ on ventilator setting mode VC- A/C TV=500 ml, FiO₂ = 0.4, RR = 20 beat/min 4. ดูแลให้ยา Isordil 5 mg อนุมัติลิน เวลาเจ็บหน้าอก 5. ดูแลให้ยา ASA (81mg) 1 tab (V) OD และ Clopidogrel 1 tab (V) OD, Isordil (10 mg) 1 tab (V) tidpc ตามแผนการรักษา ประเมินผลการพยาบาล ในระยะ 48 ชั่วโมงหลังรับไว้ในหอผู้ป่วย ทำ EKG 12 lead ซ้ำ ยังพบ ST elevate คงที่ หลังจากนั้น ST มี elevate น้อยลงตามลำดับ จนอยู่ในระดับปกติ ในวันที่ 5 หลังรับไว้ อาการเจ็บหน้าอกทุเลาลง pain scale อยู่ในช่วง 0 - 3 คะแนน นอนหลับได้ BP=120/90 -133/90 mmHg, PR =74 -78 beat/min, RR = 20 beat/min O₂ sat=97 - 99%
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มีการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลงเนื่องจากมีน้ำคั่งในปอดจากมีปริมาณเลือดในหัวใจห้องล่างซ้ายเพิ่มขึ้น ข้อมูลสนับสนุน ฟังเสียงปอดพบ crepitation both lungs CXR พบ pulmonary congestion both lung with pericardial effusion O₂ sat =92% ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น Antero- lateral wall STEMI with CHF	กิจกรรมการพยาบาล 1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ทุก 1 ชั่วโมง 2. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเบาเร็ว หายใจหอบเหนื่อย ระดับความรู้สึกตัวลดลง บริเวณเล็บ ปลายมือปลายเท้า และเยื่อบุผิวหนัง 3. จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 45 องศา หรือท่านั่ง 4. ดูแลให้ผู้ป่วย on ventilator setting mode VC- A/C,TV=500 ml, FiO₂= 0.4, RR = 20 beat/min 5. ดูแลให้ยา Lasix 40 mg (V) q 8 hr 6. ดูแลให้ได้รับ MO 3 mg (V) ถ้ามีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เพื่อขยายหลอดเลือดหัวใจ และลดแรงดัน preload ทำให้ปริมาณเลือดกลับเข้าสู่หัวใจลดลง 7. ดูแลให้ยา Isordil (10 mg) 1 tab (V) tid pc เพื่อขยายและลดแรงดันในหลอดเลือดแดง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
วัตถุประสงค์การพยาบาล เพิ่มการแลกเปลี่ยนก๊าซภายในปอด ข้อมูลสนับสนุน ผล EKG 12 lead พบ ST elevate V ₂ -V ₄ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น Antero- lateral wall STEMI with CHF วัตถุประสงค์การพยาบาล ปริมาณเลือดที่ส่งออกจากหัวใจใน 1 นาทีเพียงพอต่อการไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย	8. บันทึกปริมาณสารน้ำเข้า-ออกจากร่างกาย ทุก 8 ชั่วโมง 9. ประเมินอาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ว่ามีเลือดคั่งในปอดเพิ่มขึ้นและรายงานแพทย์ ได้แก่ หอบเหนื่อยนอนราบไม่ได้ ตื่นมาหอบเหนื่อยกลางดึก ไอ มีเสมหะเป็นฟองสีชมพู เส้นเลือดดำที่คอโป่ง ฟังปอดได้ยินเสียง Crepitations หรือ Rhonchi ริมฝีปาก ปลายมือปลายเท้าเขียว 10. ประเมินเสียงหายใจและติดตามผล CXR ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยหายใจไม่เหนื่อย ฟังปอดไม่พบเสียง Crepitation both lung, Chest x-ray พบ pulmonary congestion both lung และ pericardial effusion ลดลง BP=120/90 -133/90 mmHg, PR=74-78 beat/min, RR = 20 beat/min O ₂ sat=97 - 99% output (urine) 1,050 - 2,000 ml > intake 300 - 900 ml off ventilator ได้
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อเกิดภาวะช็อกเนื่องจากปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อ 1 นาทีลดลง ข้อมูลสนับสนุน ผล EKG 12 lead พบ ST elevate V ₂ -V ₄ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น Antero- lateral wall STEMI with CHF วัตถุประสงค์การพยาบาล ปริมาณเลือดที่ส่งออกจากหัวใจใน 1 นาทีเพียงพอต่อการไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย	กิจกรรมการพยาบาล 1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ทุก 1 ชั่วโมง 2. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก ได้แก่ systolic BP < 90 mmHg หรือลดลง > 40 mmHg จากความดันโลหิตเดิมของผู้ป่วย, diastolic BP < 60 mmHg, pulse pressure < 20 mmHg, MAP < 65 mmHg, PRเบาเร็ว > 100 beat/min หายใจหอบเหนื่อย, urine < 0.5 ml/kg/hr ระดับความรู้สึกตัวลดลง ผิวหนังเย็นชื้นและซีด ริมฝีปากซีด เล็บมือเล็บเท้าเขียว capillary refill > 2 วินาที 3. ดูแลให้ผู้ป่วย on ventilator setting mode VC- A/C TV= 500 ml, FiO ₂ =0.4, RR = 20 beat/min เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนในเลือด 4. ดูแลให้ 0.9% NSS (V) drip rate 40 ml/hr เพื่อเพิ่มปริมาณสารน้ำในหลอดเลือด โดยต้องเฝ้าระวังการเกิดภาวะน้ำเกินร่วมด้วย 5. จัดให้นอนพักผ่อนบนเตียงและช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน 6. ประเมินและบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังการทำงานของไตผิดปกติ 7. ทดสอบ capillary refill ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อ 8. ประเมิน O ₂ sat ทุก 1 ชั่วโมง ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ T=36.0°C, BP=120/90 -133/90 mmHg, PR=74 – 78 beat/min, RR = 20 beat/min, MAP=100-104 mmHg, pulse pressure = 30 -33 mmHg, O ₂ sat = 97 - 99% capillary refill = 1.3 -1.5 วินาที urine output =1,050 -2,000 ml/24 hr (0.7 – 1.5 ml/kg/hr)
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อเกิดภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากหายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วย กระสับกระส่าย หายใจตื้น เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยเอามือชี้บริเวณหน้าอก แล้วส่ายหน้าไปมา ผู้ป่วยได้รับการใส่ ET. Tube และ on Ventilator วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ	กิจกรรมการพยาบาล 1. ค้นหาและจัดการกับสาเหตุการหายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ดังนี้ 1.1 บีบ Ambu bag with O ₂ 100% ตามจังหวะการหายใจของผู้ป่วย ระหว่างที่บีบช่วยหายใจ สังเกตดูว่าการบีบลมเข้าสู่ปอดได้ง่ายหรือไม่ ต้องใช้แรงมากหรือไม่ เพื่อประเมินว่ามีการอุดตันของ ET. Tube จากการมีเสมหะอุดตัน พร้อมกับฟังปอดทั้งสองข้างว่าเท่ากันดีหรือไม่ เพื่อตรวจดูว่าท่อลึกลงไปหรือไม่ กรณีพบสาเหตุให้จัดการแก้ไขตามสาเหตุนั้นๆ เช่น มีเสมหะให้ดูดเสมหะตำแหน่ง ET tube ลึกให้เลื่อนขึ้น เป็นต้น 1.2 ตรวจสอบการตั้งค่าเครื่องช่วยหายใจ ต่าง ๆ ว่าเหมาะสมกับผู้ป่วยหรือไม่ ได้แก่ tidal volume 8 ml/kg, RR =10-16 beat/min, PEEP 5 cmH ₂ O, Peak inspiratory pressure < 30 cmH ₂ O, Inspiratory time (Tin) 1 วินาที Expiratory time (Tex) 2 วินาที Trigger sensitivity -1 ถึง -2 cmH ₂ O 1.3 ประเมินอาการและอาการแสดงของPneumothorax Tension pneumothorax หรือไม่ เช่น หอบเหนื่อย แน่นหน้าอก ทรวงอกสองข้างไม่เท่ากัน หลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง กรณีพบอาการดังกล่าวรายงานแพทย์ทันที 1.4 ประเมินความปวดโดยใช้แบบประเมิน Behavioral Pain Scale (BPS) กรณีความปวดระดับเล็กน้อยดูแลให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา กรณีความปวดระดับ ปานกลางและระดับรุนแรง รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาบรรเทาความปวด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	2. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจน เช่น ริมฝีปากเขียวคล้ำ ปลายมือ ปลายเท้าเขียว เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซีพจรเบาเร็ว 3. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงประโยชน์และกลไกการทำงานของเครื่องช่วยหายใจพอสึงเซป การปฏิบัติตนขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ 4. ดูแลให้ได้รับ DZP 10 mg (V) prn และ Dormicum 10 mg in NSS 100 ml (V) drip 1 mg/hr ตามแผนการรักษา 5. ตรวจวัด O₂ sat ทุก 1 ชั่วโมง ประเมินผลการพยาบาล จากการค้นหาสาเหตุไม่พบการอุดตันของ ET.Tube ตำแหน่งของ ET.Tube เหมาะสม เสียงลมเข้าปอดเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ผู้ป่วยรู้สึกหายใจสะดวกเมื่อได้รับการบีบ Ambu bag with O₂ 10 lit/min ตามจังหวะการหายใจ 16 beat/min จึงปรับ Respiratory rate ของ ventilator เป็น 16 beat /min ใช้ PEEP 5 cmH₂O pain scale = 2 คะแนน ผู้ป่วยหลับได้ หายใจตามเครื่องช่วยหายใจ ไม่พบอาการและอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจน O₂ sat = 97 - 99%
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 มีเลือดออกในระบบทางเดินอาหารจากผลข้างเคียงจากยาละลายลิ่มเลือด ข้อมูลสนับสนุน มีเลือดสีแดงสดออกในช่องปากจำนวนมาก ผู้ป่วยได้รับยา Streptokinase 1.5 mu + NSS 100 ml (V) drip in 1 hr มาจาก ER ผล Hb= 11.2 g/dl, Hct = 34.3% วัตถุประสงค์การพยาบาล ป้องกันอันตรายและหยุดเลือดที่ออกจากเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร	กิจกรรมการพยาบาล 1. ใช้น้ำยาบ้วนปากการแปรงฟันปาก 2. ดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ ใส่สายดูดเสมหะไม่ควรลึกเกินความยาวของท่อช่วยหายใจ ดูดเสมหะไม่ควรเกิน 2 ครั้งต่อรอบ ด้วยความนุ่มนวล พร้อมสังเกตสี ลักษณะของเสมหะ 3. ใส่ NG. tube และดื่มน้ำ 4. ดูแลให้ Transamine 1 amp (V) q 6 hr , Losec 40 mg (V) q 12 hr 5. ดูแลให้ FFP 4 unit (V) drip, Vit K 10 mg (V) 6. ติดตามผล Hct ทุก 8 ชั่วโมง และ Coagulopathy test 9. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีเลือดออกภายในช่องปาก content จาก NG. tube เป็นสีเหลือง แพทย์พิจารณา off NG. tube สัญญาณชีพปกติ BP=120/90 -133/90 mmHg, PR=74 - 78 beat/min, RR = 20 beat/min ผล Hct ปกติ =38%
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติเนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดไปใช้ได้ มีข้อจำกัดการออกกำลังกาย และมีความเครียดจากการเจ็บป่วย ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้ป่วยเจ็บป่วยอยู่ในภาวะ Stress crisis ทำให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล ตอบสนองต่อความเครียดเพิ่มขึ้น การเคลื่อนไหวร่างกายถูกจำกัดเนื่องจากต้อง absolute bed rest ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น DTX= 223 mg/dl	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ ปวดศีรษะ และอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย 2. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะ DKA เช่น ชาดน้ำ หายใจหอบลึกแบบ Kussmaul breathing คลื่นไส้ อาเจียน และปวดท้อง ระดับความรู้สึกตัวลดลง 3. ดูแลให้ diabetic BD (1:1) 150 ml x 4 feed ในช่วง 3 วันแรก และอาหารอ่อนจัดตั้งแต่วันที่ 3 หลังรับไว้ จนถึงจำหน่าย 4. เจาะ DTX premeal & hs และฉีด RI ตาม sliding scale 5. ฝึกระวังภาวะชาดน้ำ โดยบันทึกปริมาณ สารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย ทุก 8 ชั่วโมง ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ T= 36.0°C, BP= 120/90 - 133/90 mmHg, PR = 74 -78 beat/min, RR = 20 beat/min DTX premeal เข้า อยู่ในช่วง 113 - 145 mg/dl

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดให้กลับสู่ภาวะปกติ	
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 เกิดการติดเชื้อทางเดินหายใจเนื่องจากประสิทธิภาพการป้องกันการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจลดลงจากการใส่ท่อช่วยหายใจและภูมิคุ้มกันร่างกายต่ำ ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับการใส่ ET. Tube และ on Ventilator มีไข้ T=37.8 - 38.0 °C ไอมาก เจ็บคอ หายใจเหนื่อย มีเสมหะปริมาณมาก สีขาวขุ่น ฟังเสียงการหายใจ พบ Crepitation both lungs ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ วัตถุประสงค์การพยาบาล ป้องกันการเกิดอันตรายจากการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจของผู้ป่วยจากการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ	กิจกรรมการพยาบาล 1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย และฟังเสียงหายใจ ทุก 4 ชั่วโมง 2. ให้การพยาบาลโดยยึดหลัก Aseptic technique และ technique universal precaution 3. ดูแลรักษาความสะอาดในช่องปากและฟัน 4. สอนวิธีการไอที่มีประสิทธิภาพ 5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง 6. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ Cef-3 2 gm (V) OD 7. กรณี BT > 38°C ดูแลเช็ดตัวลดไข้ BT > 38.5°C ดูแลให้ Paracetamol (500mg) 1 tab q 4-6 hr 8. สังเกตปริมาณ และลักษณะของเสมหะ 9. ติดตามผลการตรวจ CBC, sputum culture, sputum gram stain, CXR ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีไข้ T= 36.0°C ไอน้อยลง เสมหะปริมาณลดลง สีขาวใส หายใจไม่เหนื่อย ฟังเสียงหายใจไม่พบ crepitation both lung CXR ไม่พบ infiltration both lungs ผล CBC พบ WBC, Neutrophil, Lymphocyte อยู่ในเกณฑ์ปกติ
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9 มีภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำเนื่องจากผลข้างเคียงจากการได้รับยาขับปัสสาวะ ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น CHF และได้รับการรักษาด้วย Lasix 40 mg (V) q 8 hr ผลตรวจ Electrolyte พบ K ต่ำกว่าค่าปกติ =3.3 mmol/L วัตถุประสงค์การพยาบาล ป้องกันอันตรายจากภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ และเพิ่มระดับ โปแตสเซียมในเลือด	กิจกรรมการพยาบาล 1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ และประเมินอาการทางระบบประสาท ทุก 4 ชั่วโมง 2. ประเมิน ติดตามผลการตรวจ EKG ว่ามีลักษณะของ ST-segment depression, T-wave flattening, T-wave inversion หรือมี U-wave หรือไม่ 3. ประเมินอาการของภาวะโปแตสเซียมต่ำ ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง หัวใจเต้นผิดปกติ ท้องอืด deep tendon reflex ลดลง 4. ดูแลให้ Elixer KCl 30 ml (C) 5. เมื่อผู้ป่วยรับประทานอาหารได้เอง ดูแลให้อาหารที่มีโปแตสเซียมสูง เช่นกล้วย ส้ม ผักใบเขียว เป็นต้น 6. ติดตามผลการตรวจระดับโปแตสเซียมในเลือดซ้ำ ประเมินผลการพยาบาล กำลังกล้ามเนื้อแขน ขา เกรด 5 ผลการตรวจ EKG normal sinus rhythm wave ผลการตรวจโปแตสเซียมซ้ำ อยู่ในเกณฑ์ปกติ = 3.6 mmol/L
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 10 ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะของโรคเนื่องจากการเป็นภาระผู้ป่วยกระตือรือร้น และมีภาวะความเครียด ข้อมูลสนับสนุน แวตาคุ่นคิดและมักถอนหายใจบ่อยครั้ง สี	กิจกรรมการพยาบาล 1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย โดยปลอดภัยด้วยท่าทางเป็นกันเอง ยิ้มแย้มแจ่มใส ให้ความเอาใจใส่ หมั่นตรวจเยี่ยมผู้ป่วย 2. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงการดำเนินของโรค การรักษา ให้ผู้ป่วยทราบถึงความรุนแรงของโรค และประโยชน์ของการรักษาอย่างย่อๆ พอเข้าใจ โดยใช้ภาษาง่ายๆ และชัดเจน 3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย และอธิบายเพิ่มเติมอย่างชัดเจน 4. แนะนำเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การฝึกหายใจ ไหว้พระ สวดมนต์ ทำสมาธิ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
หน้าไม่สบายใจ เขียนข้อความใส่กระดาษว่า “กลัว เครียด” วัตถุประสงค์การพยาบาล ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะของโรค	5. ดูแลให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 6. แนะนำให้ญาติมาเยี่ยม และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ พร้อมทั้งหลีกเลี่ยงการพูดคุยในสิ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วย 7. สร้างความมั่นใจ ให้แก่ผู้ป่วยว่าจะได้รับการดูแลจากบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญ และมีเครื่องมือ อุปกรณ์ ยาที่ทันสมัยสำหรับการช่วยวินิจฉัย และรักษาโรค รวมทั้งมีระบบส่งต่อหากเกิดศักยภาพของโรงพยาบาล 8. ดูแลให้ยา Ativan (0.5 mg) 1 tab  hs ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยมีสีหน้าสบายใจขึ้น นอนหลับพักผ่อนได้
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 13 ผู้ป่วยขาดความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปบ้านเนื่องจากเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายครั้งแรก ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยบอกว่ากังวลเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการดูแลตัวเองเกี่ยวกับโรคหัวใจเมื่อกลับไปบ้าน	กิจกรรมการพยาบาล ให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติ ดังนี้ 1. ปรับกิจกรรมการออกกำลังกายด้วยตนเองอย่างช้าๆ ที่ละน้อย จนกระทั่งมากขึ้นเรื่อยๆ เป็นลำดับ โดยเริ่มทำกิจวัตรประจำวันส่วนตัว เช่น แปรงฟัน ล้างหน้า รับประทานอาหาร ลงนั่งเก้าอี้ข้างเตียง เดินระยะใกล้ๆ และไกลมากขึ้นเรื่อยๆ รวมถึงการขึ้นและลงบันไดที่มีจำนวนขั้นมากขึ้น หากขณะออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมถ้ารู้สึกเหนื่อย เจ็บ หน้าอกร้าวหรือปวด และอ้อมยาได้ลิ้น และเริ่มต้นออกกำลังกายและ ทำกิจกรรมใหม่ในวันถัดไป โดยลดระยะทางเดินหรือการขึ้นชั้นบันไดลงจากเดิม 2. ปรับปริมาณน้ำดื่มให้เหมาะสมกับสมรรถภาพของหัวใจที่มีประสิทธิภาพการบีบตัวลดลงให้เหลือประมาณวันละ 1,000- 1,500 ml เพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ 3. รับประทานอาหารที่มีรสจืด หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม เนื่องจากจะทำให้เพิ่มการดูดน้ำกลับเข้าสู่หัวใจ ทำให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้น เช่น ของดองเค็มหรือหมักดอง อาหารแปรรูปหรือสำเร็จรูป การเติมเครื่องปรุงรสในอาหารที่รับประทาน 4. รับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว อาหารที่มีแป้งและแคลอรีสูง งดรับประทานของหวาน เพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ให้มากขึ้น ยกเว้นผลไม้ที่มีรสหวาน 5. หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีสารกระตุ้นเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ เพิ่มความดันโลหิต ได้แก่ สารจำพวกคาเฟอีน เช่น น้ำอัดลม ชา กาแฟ 6. ควรนอนหลับพักผ่อนในช่วงเวลากลางคืนอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง หากนอนไม่หลับให้ใช้ยานอนหลับช่วยได้ และนอนพักในเวลากลางวัน 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง เพื่อลดการทำงานของหัวใจ และสงวนพลังงานที่ต้องใช้ในการทำกิจกรรมและออกกำลังกายในวันต่อไป 7. ดูแลให้มีการขับถ่ายอุจจาระทุกวัน ด้วยการรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ หากมีปัญหาท้องผูกให้รับประทานยาระบายหรือยากระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ ได้แก่ MOM, มะขามแขก ตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ 8. ให้ความรู้การใช้ยาอมใต้ลิ้น Isordil ดังนี้ หากมีอาการเจ็บหน้าอกให้อมยาใต้ลิ้นครั้งละ 1 เม็ด อมยาซ้ำ ได้อีก 5 นาที และมาโรงพยาบาลทันที ไม่ควรใช้ยาอมใต้ลิ้นมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน ขณะอมยาใต้ลิ้นนอนศีรษะสูงเล็กน้อย ไม่ควรยืนขณะอมยาใต้ลิ้น เพราะอาจทำให้หน้ามืดเป็นลมได้ หลังอมยาใต้ลิ้นควรนั่งพักหรือนอนและค่อยเปลี่ยนอิริยาบถ สังเกตว่ายาอมใต้ลิ้นยังมีประสิทธิภาพดีหรือไม่ โดยเมื่ออมยาจะรู้สึกซ่าใต้ลิ้น หากอาการไม่ดีขึ้นหลังอมยาใต้ลิ้น ให้รีบมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ควรเปลี่ยนยาอมใต้ลิ้นใหม่ทุก 3 เดือนหรือเมื่อยาเสื่อมสภาพ เก็บยาในขวดสีเข้มให้พ้นจากแสงแดด แสงไฟหรือความร้อน ห้ามเก็บในตู้เย็น 9. สังเกตอาการผิดปกติที่ควรรับมาโรงพยาบาล ได้แก่ หายใจเหนื่อยง่าย เหนื่อยเพิ่มขึ้นเมื่อออกกำลังกาย หายใจไม่สะดวก ไอบ่อย ไอมาตอนกลางคืน นอนราบไม่ได้ อาการเจ็บหน้าอกเป็นบ่อยขึ้น และรุนแรง ใจสั่น หน้ามืดเป็นลม อัตราการเต้นชีพจรมากกว่า 100 ครั้ง/นาทีขณะนอนพักหรืออยู่เฉยๆ น้ำหนักเพิ่มขึ้น 1 กิโลกรัมภายใน 1 วัน หรือมากกว่า 2-3 กิโลกรัม /สัปดาห์ บวมตามแขน ขา ท้องและเท้า เวียนศีรษะ อ่อนเพลียโดยหาสาเหตุไม่ได้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	10. ควรมาตรวจและพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งอย่างสม่ำเสมอ หากพบอาการผิดปกติจะได้รับการรักษา และแก้ไขได้ทันเวลา 11. ควรควบคุมปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ งดสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงสูดควันบุหรี่ งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติ โดยมีค่าดัชนีมวลกาย อยู่ระหว่าง 19-23 kg/m² รวมถึงควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ระหว่าง 130-180 mg/dl และค่า HbA1C < 7% ควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับ 130/80 mmHg ควบคุมระดับไขมันในเลือดให้ LDL- C < 100 mg/dl โดยการงดหรือหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่เป็นปัจจัยเสี่ยง และรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์อย่างสม่ำเสมอและครบถ้วน 12. ลดความเครียดและความคาดหวัง สอนเทคนิควิธีการผ่อนคลายความตึงเครียดให้กับผู้ป่วย เช่น การเกร็งผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกที่ใช้การจินตนาการและใช้คำพูด การทำสมาธิ การควบคุมร่างกาย Biofeedback การฝึกหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง (Diaphragmatic breathing) และการเจริญสติ เป็นต้น ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง

อภิปรายผล

ผู้ป่วยรายนี้มีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งจากพยาธิสภาพของทั้งสองโรคนี้ ทำให้ผนังของหลอดเลือดแดงชั้นในถูกทำลายและเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Arthrosclerosis) และตีบแคบลง เลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอ ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Myocardial ischemia) และกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction) ตามมา⁸ ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหน้าอก ซึ่งเป็นอาการสำคัญที่ผู้ป่วยรายนี้มีมาพบแพทย์ โดยระยะเวลา นับตั้งแต่เริ่มมีอาการอยู่ในช่วง golden period คือ ภายใน 6 ชั่วโมง⁹ ผู้ป่วยจึงได้รับการประเมินและวินิจฉัยโรคอย่างรวดเร็ว และได้รับการรักษาเพื่อเปิดหลอดเลือดแดงที่อุดตันด้วยยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) ทันทีที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน นอกจากนี้ยังได้รับการประเมิน คัดกรองภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยได้รับการรักษาด้วยยาขับปัสสาวะ (Lasix) และส่งผู้ป่วยเข้ารับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วย ผู้ป่วยมีอาการชัก และหยุดหายใจเมื่อถึงหอผู้ป่วย สาเหตุเกิดจากเมื่อกล้ามเนื้อหัวใจตาย ทำให้ประสิทธิภาพการบีบตัว

เพื่อส่ง เลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายลดลง ร่วมกับประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซภายในปอดลดลง เนื่องจากมีเลือดคั่ง ทำให้เนื้อเยื่อของอวัยวะต่างๆ ได้รับเลือด ออกซิเจนไม่เพียงพอ โดยเฉพาะสมอง ซึ่งเป็นส่วนที่มีความไวต่อการขาดเลือดเร็วที่สุด¹⁰ ดังนั้นการดูแลที่หอผู้ป่วยในระยะแรกรับที่สำคัญ คือ การระวังอาการชัก การเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมอง การเพิ่มปริมาณเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ การเพิ่มปริมาณเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาที การเพิ่มประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซภายในถุงลมปอด โดยช่วยใส่ท่อช่วยหายใจและดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจอย่างปลอดภัย ร่วมกับการประเมินการเปิดของหลอดเลือดหัวใจ การเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยาละลายลิ่มเลือด ยาขับปัสสาวะ ซึ่งในระยะต่อมาพบว่าผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกผิดปกติในทางเดินอาหาร ติดเชื้อทางเดินหายใจ ไปแต่สแต็มในเลือดต่ำ ขาดความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปบ้าน ได้รับการดูแลรักษาจนมีปริมาณเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะสมอง และหัวใจ สามารถถอดเครื่องช่วยหายใจและท่อช่วยหายใจออกได้ คลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นปกติ ไม่มีเลือดออกในทางเดินอาหาร หายจากการติดเชื้อ

ทางเดินหายใจ ระดับโปแตสเซียมในเลือดปกติ และผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเอง แพทย์จึงจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกและมีภาวะหัวใจล้มเหลว

2. ควรพัฒนาความรู้ ทักษะพยาบาลหอผู้ป่วย

อายุรกรรมหญิงในการปรับตั้งค่าการทำงานของเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำหรือเลือดคั่งในปอดจากหัวใจล้มเหลว

3. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและภาวะหัวใจล้มเหลว หากดูแลตนเองไม่ถูกต้องเมื่อกลับไปบ้าน มีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ จึงควรประสานทีมสหสาขาวิชาชีพในชุมชน ติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือ สนับสนุน ส่งเสริมฝึกทักษะ สอน ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ให้มีความสามารถในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมถูกต้อง

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกสูง (ST-elevation myocardial infarction: STEMI) ความรู้สำหรับผู้ปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน. อนุมัติเมท พรุ่งตั้ง. 2564.
2. Tern PJW, Ho AKH, Sultana R, AhnY, Almahmeed W, Brieger D, Chew DP, Fong AYY,... , Yeo KK. Comparative overview of ST-elevation myocardial infarction epidemiology, demographics, management, and outcomes in five Asia-Pacific countries: a meta-analysis. European Heart Journal - Quality of Care and Clinical Outcomes 2021; 7(1): 6-17.
3. Bono LA, Puente LJ, Szarfer J, Estrella, LM, Doppler EM, Napoli Llobera ME, Ulmete ER, Gagliardi JA. In-hospital complications of acute myocardial infarction. Incidence and timing of their occurrence. Medicina (B Aires) 2021; 81(6): 978-985.
4. Chacón-Díaz M, a Araoz-Tarco O, Alarco-León W, Aguirre-Zurita O, Rosales-Vidal M, Rebaza-Miyasato P. Heart failure complicating myocardial infarction. A report of the Peruvian Registry of ST-elevation myocardial infarction (PERSTEMI). Arch Cardiol Max 2018; 88(5): 447-453.
5. กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. Health KPI: อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI. [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [สืบค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงจาก: <http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi-list/view/?id=1514>
6. Ominik Jenča D, Melenovský V, Stehlik J, Staněk V, Kettne J, Kautzner J, Adámková V, and Wohlfahrt P. Heart failure after myocardial infarction: incidence and predictors. ESC Heart Failure 2021; 8: 222-237.
7. ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. รายงานผู้ป่วยรายโรคปี พ.ศ 2562- 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงจาก: http://somdetdata.moph.go.th/data_sys/report_/
8. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563. สมุทรปราการ: เนคสเทป ดีไซน์. 2563.
9. สกลรัฐ ห้วยธาร. ปัจจัยทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2563; 5(3): 28-36.
10. Wang WZ, Liu X, Yang ZY, Wang YZ, Lu HT. Diffusion tensor imaging of the hippocampus reflects the severity of hippocampal injury induced by global cerebral ischemia/reperfusion injury. Neural Regen Res 2022; 17(4): 838-844.