

การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันร่วมกับภาวะสัญญาณไฟฟ้าหัวใจ ถูกขัดขวางแบบสมบูรณ์ : กรณีศึกษา

Nursing care of patients with acute myocardial infarction with complete heart block : A case study

(Received: December 24,2022 ; Revised: December 30,2022 ; Accepted: December 31,2022)

อนงค์นาฏ จตุรานนท์¹

Anongnart Jaturanont¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันร่วมกับภาวะสัญญาณไฟฟ้าหัวใจถูกขัดขวางแบบสมบูรณ์

กรณีศึกษา : พระภิกษุไทย อายุ 53 ปี เข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช วันที่ 17 มกราคม 2565 ด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกขวา เหงื่อออก ตัวเย็น ก่อนมาโรงพยาบาล 15 นาที ตรวจคลื่น EKG พบ Inferoposterior infarct, Complete AV block แพทย์วินิจฉัย Inferior wall STEMI with Complete heart block ระยะก่อนแพทย์ตรวจ ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการเจ็บหน้าอก ระยะแพทย์ตรวจ มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เสี่ยงต่อการเกิด Cardiac arrest เสี่ยงต่อภาวะเลือดไหลไม่หยุดเนื่องจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด ระยะหลังแพทย์ตรวจแล้ว เนื่องจากเป็นภาวะที่คุกคามชีวิต ขณะอยู่ในห้องฉุกเฉิน ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 56 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 98/60 มิลลิเมตรปรอท และได้รับการส่งตัวไปทำ PCI ที่โรงพยาบาลอานันทมหิดล ให้พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย หลังจากทำ PCI ไม่มีภาวะแทรกซ้อน แพทย์จึงจำหน่ายวันที่ 26 มกราคม รวมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล 9 วัน

คำสำคัญ: การพยาบาล, โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน, ภาวะสัญญาณไฟฟ้าหัวใจ ถูกขัดขวางแบบสมบูรณ์

Abstract

This study aimed to study the nursing care of patients with acute myocardial infarction with complete heart block

Case study: A 53-year-old Thai monk was admitted to the accident and emergency room of Phra Narai Maharaj Hospital on 17 January 2022 with symptoms of right chest pain, hypothermia and hyperhydrosis for 15 minutes before going to the hospital. The patient was checked with electrocardiogram (EKG) and it found inferoposterior infarct and complete AV block. The doctor diagnosed that the patient had a disease of inferior wall acute myocardial infarction (STEMI) with complete heart block. In pre-medical examination, patient was uncomfortable with chest pain. In medical examination period, patient had myocardial

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กลุ่มการพยาบาล
โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

infarction due to lack of blood supply to the heart muscle, a risk of cardiac arrest, a risk of unstoppable bleeding due to the use of fibrinolytic drugs. After medical examination, patient has a fear because it is a life-threatening condition. In the emergency room, patient felt well, vital signs: temperature of 36.1 degrees Celsius, pulse of 56 beats/min, respiratory rate of 22 beats/min, blood pressure of 98/60 mm Hg. Then patient was the patient was transported to Ananda Mahidol Hospital for percutaneous coronary intervention (PCI). The patient had no complications and was then discharged on January 26th, including a hospital admission of 9 days.

Keywords: nursing, acute myocardial infarction (STEMI), complete heart block

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี เกิดจากภาวะการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด นำไปสู่การเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (acute myocardial infarction; AMI) ตามมา โดยองค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ 2020 ประเทศกำลังพัฒนาจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคดังกล่าวมากถึงร้อยละ 70 ของสาเหตุการเสียชีวิตทุกชนิดสำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อขาดเลือดเฉียบพลัน จำแนกตามความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI) ร้อยละ 67 Non-ST-segment elevation myocardial infarction (NSTEMI) ร้อยละ 20 และ unstable angina ร้อยละ 14 เมื่อดูอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยขณะรับไว้ในโรงพยาบาลของ Thai ACS registry ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอาการรุนแรงพบ ร้อยละ 17 และข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการเปิดหลอดเลือดไม่ว่าด้วยวิธีใดมีอัตราการตายประมาณร้อยละ 12 ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้เปิดหลอดเลือดเลยใน STEMI มีอัตราการตายที่สูงมากถึงร้อยละ 22 ซึ่งสาเหตุ

ส่วนหนึ่งเพราะมาโรงพยาบาลล่าช้าและได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสมตามมาตรฐาน 1-4

การรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีเป้าหมายสำคัญ คือ เพิ่มการไหลเวียนของเลือดกลับไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจใหม่ (reperfusion) โดยเร็วที่สุดเพื่อให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงอย่างเพียงพอตลอดเวลา ซึ่งมีผลต่อการลดขนาดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจและลดความรุนแรงของโรค ซึ่งปัจจุบันการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีหลายวิธี วิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพสูงและเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวาง คือ การถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (percutaneous coronary intervention: PCI) และการให้ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic therapy) วิธีการนี้จะช่วยให้มีการไหลเวียนกลับเข้ามาในหลอดเลือดโคโรนารีที่เกิดการอุดตัน จึงช่วยลดความเสียหายของกล้ามเนื้อหัวใจ และหากได้รับการรักษาในระยะเวลาที่เหมาะสมก็จะเป็นการช่วยชีวิตผู้ป่วยได้มากยิ่งขึ้น มีผลการศึกษาเกี่ยวกับการรอดชีวิตจากการรักษาของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในต่างประเทศ GUSTO IIb trial ระบุว่า อัตราการรอดชีวิตสูงจะถึงร้อยละ 99 หากได้รับ reperfusion treatment ภายใน 60 นาทีแรก หลังจากเกิดอาการ แต่จะลดลงเหลือร้อยละ 93.6 หากได้รับการเปิดหลอดเลือดช้ากว่า 90

นาที่ หลังจากเกิดอาการและอัตราการรอดชีวิตจะลดลงตามระยะเวลาที่นานขึ้น ระยะเวลา reperfusion treatment และหากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดนานเกิน 6 ชั่วโมง กล้ามเนื้อส่วนที่ขาดเลือดจะก้าวหน้าเป็นเนื้อตาย (infarction area) ที่ไม่สามารถทำให้การไหลเวียนในกล้ามเนื้อหัวใจกลับมาได้อีก 4-8

ดังนั้น การจัดบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษา reperfusion treatment ได้อย่างรวดเร็วจะส่งผลให้ได้ผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยที่ดีที่สุด พยาบาลฉุกเฉินจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ เนื่องจากเป็นผู้ที่มีความเกี่ยวข้องในทุกกระยะของการดูแลรักษาตั้งแต่การพยาบาลผู้ป่วยที่จุดเกิดเหตุ การดูแลระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (pre-hospital care) ในกรณีออกรับผู้ป่วยในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (emergency medical service; EMS) การคัดแยกผู้ป่วย (triage) การประเมินอาการขั้นต้น การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล การพยาบาลในระยะเริ่มแรกตามปัญหาการรายงานแพทย์และประสานงานผู้เกี่ยวข้อง รวมถึงการให้การพยาบาลในระยะวิกฤติ การดูแลให้ยาตามแผนการรักษา ตลอดจนการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่ออย่างี่ต่าง ๆ อย่างเหมาะสม 1,2,4 จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นว่าการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นบทบาทสำคัญและท้าทายของพยาบาลฉุกเฉิน เนื่องจากต้องใช้ทักษะการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยให้รอดพ้นจากภาวะที่คุกคามต่อชีวิตและลดความพิการที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต การที่พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับพยาธิสรีรภาพของโรค และใช้แนวทางการจัดการผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ทันสมัย ก็จะสามารถทำให้เกิดคุณภาพการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพและ

เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรอดพ้นจากภาวะวิกฤติได้มากขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันร่วมกับภาวะสัญญาณไฟฟ้าหัวใจถูกขัดขวางแบบสมบูรณ์

วิธีการศึกษา

1. เลือกเรื่องที่จะศึกษาจากผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลจำนวน 1 ราย
2. รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการได้รับยา การผ่าตัดแบบแผนการดำเนินชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจเอ็กซเรย์ แผนการรักษาของแพทย์
3. ศึกษาค้นคว้าการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากเอกสาร ตำรา ผลงานวิชาการ บทความ ตลอดจนงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันร่วมกับภาวะสัญญาณไฟฟ้าหัวใจถูกขัดขวางแบบสมบูรณ์
4. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ปัญหา นำมาวางแผนให้การพยาบาล
5. ปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน
6. สรุปผลการศึกษาเพื่อรวบรวมข้อมูลและปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยเพื่อหาแนวทางในการแก้ไข้ปัญหา
7. นำเอกสารให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของผลงาน ตรวจสอบ แก้ไข และจัดพิมพ์ เป็นรูปเล่มเผยแพร่

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป พระภิกษุไทย อายุ 53 ปี เข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช วันที่ 17 มกราคม 2565 เวลา 11.35 น. ด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกขวา เหงื่อออก ตัวเย็น ก่อนมาโรงพยาบาล 15 นาที

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 15 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกขวา นอนพักอาการไม่ดีขึ้น เริ่มเหนื่อย เหงื่อออก ตัวเย็นทางญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ไม่มีโรคประจำตัว

การตรวจร่างกาย รูปร่างผอมผิวดำแดงถามตอบรู้เรื่อง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 56 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 98/60 มิลลิเมตรปรอท O2 saturation 97% ตรวจคลื่น EKG พบ Inferoposterior infarct, Complete AV block บ่นเจ็บหน้าอก pain score 9 คะแนน

ผลตรวจทางรังสี Chest X-ray : วันที่ 17 มกราคม 2565 ผล Cardiomegaly

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติได้แก่ ผลการตรวจทางโลหิตวิทยา (CBC) WBC 10,100 cell/cu.m.m, Neutrophil 85%, Biochemistry BUN 80 mg/dl, Creatinine 1.4 mg/dl, K 3.48 mmol/L, Na 132 mmol/L, Cl 90 mmol/L, CO2 18 mmol/L

การวินิจฉัย แพทย์วินิจฉัย Inferior wall STEMI with Complete heart block

การพยาบาลระยะก่อนแพทย์ตรวจ ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการเจ็บหน้าอก ผู้ป่วยบ่นเจ็บแน่นหน้าอกซ้าย pain scale 9 คะแนน ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินอาการเจ็บแน่นหน้าอก ลักษณะตำแหน่งความรุนแรง อาการเจ็บร้าว

ระยะเวลาที่เป็น และตรวจคลื่นหัวใจ 12 lead ทันที คัดกรองผู้ป่วยเป็นประเภท 1 เพื่อให้ได้เข้ารับการรักษาโดยเร็ว พร้อมรายงานแพทย์ จากการคัดกรองผู้ป่วยพบว่าไม่มีโรคประจำตัว ไม่เคยมีอาการมาก่อน ผล EKG พบ Inferoposterior infarct, Complete AV block สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 56 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที O2 saturation 97% ระยะเวลาที่เริ่มเจ็บหน้าอกจนถึงมาโรงพยาบาล 30 นาที ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผู้ป่วยยังมีอาการแน่นเจ็บหน้าอกเป็นพักๆ

การพยาบาลในระยะแพทย์ตรวจ มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผู้ป่วยบ่นเจ็บแน่นหน้าอกซ้าย pain scale 9 คะแนน ผล EKG พบ Inferoposterior infarct, Complete AV block ดูแลให้ MO 3 mg iv stat ตามแผนการรักษา เพื่อระงับอาการปวดอย่างรุนแรง และทำให้หลอดเลือดขยายตัวลดการทำงานของหัวใจ ลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ เฝ้าระวังความดันโลหิตต่ำและการเต้นของหัวใจผิดปกติ ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา โดยให้ Canalar 5 LPM keep oxygen saturation มากกว่าร้อยละ 95 เพื่อเพิ่มระดับออกซิเจนในเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจและลดการทำงานของหัวใจ ดูแลให้ได้รับยาละลายลิ่มเลือดตามแผนการรักษา ได้แก่ ASA(1300) 1 tab Plavix(75) 4 tab เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ประเมิน สัญญาณชีพประเมินอาการเจ็บแน่นหน้าอก EKG monitoring สังเกตและประเมินภาวะเลือดออกผิดปกติเพื่อให้เลือดสามารถนำออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้เพิ่มมากขึ้น ประเมินอาการเจ็บแน่นหน้าอก ลักษณะตำแหน่งความรุนแรง อาการเจ็บร้าว ระยะเวลาที่เป็น และตรวจคลื่นหัวใจ 12 lead ทุกครั้งที่มีการเจ็บ

หน้าอกเพื่อหาสาเหตุของการเจ็บหน้าอกและเปรียบเทียบอาการหลังการรักษา โดยเฉพาะการประเมินความปวดอาการปวดหรืออาการเจ็บหน้าอกควรลดลงหลังจากการได้รับการรักษา หลังให้การพยาบาล EKG ยังผิดปกติ pain score ลดลงเหลือ 7 คะแนน

เสี่ยงต่อการเกิด Cardiac arrest ผล EKG Inferoposterior infarct, Complete AV block ความดันโลหิต 68/40 mmHg เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของการเกิด Cardiac arrest เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตต่ำติดตามประเมินสัญญาณชีพ และ EKG monitoring สังเกตอาการเหงื่อแตก ตัวเย็น ชีตเขียว ปัสสาวะออก น้อย ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงเพื่อประเมินว่าเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจและอวัยวะต่างๆ เพียงพอกกล้ามเนื้อหัวใจได้รับออกซิเจนเพียงพอ ดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดเลือดตามแผนการรักษา เฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการได้รับยา เช่น ภาวะเลือดออกผิดปกติ ความดันโลหิตต่ำเพื่อให้เลือดสามารถนำออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้เพิ่มมากขึ้น หัวใจทำงานน้อยลง และลดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ติดตามและประเมินอาการเจ็บหน้าอก เพื่อประเมินภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซึ่งส่งผลให้ cardiac output ลดลง ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา ถ้าผู้ป่วยหายใจเร็วหรือระดับ oxygen saturation ลดลง ควรให้อย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา และควรให้ระดับ oxygen saturation มากกว่าร้อยละ 95 เพื่อเพิ่มระดับออกซิเจนในเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจและลดการทำงานของหัวใจ ประเมินปริมาณปัสสาวะควรมากกว่า 0.5ml/kg/hr หากปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5ml/kg/hr แสดงถึงเลือดมาเลี้ยงที่ได้น้อยลง จากการลดลงของ cardiac output ประเมินการไหลเวียนเลือดและติดตามผลการออกฤทธิ์ของยาลดการทำงานของหัวใจและเพิ่ม

cardiac output รวมทั้งยากระตุ้นหัวใจเพื่อประเมินผลของยาและการบีบตัวของหัวใจ ซึ่งยาจะช่วยลดความต้องการการใช้ออกซิเจน ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ การหดตัวของหัวใจและการเมตาบอลิซึมลดลง เตรียมยาและอุปกรณ์ต่างๆที่สำคัญในการช่วยชีวิตให้มีความพร้อมเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงทีกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ความดันโลหิต 66/40 mmHg HR 54 ครั้ง/นาที มีคำสั่งให้ยา Atropine 2 amp iv และเริ่ม Dopamine 2:1 iv drip 20 ml/hr. หลังได้รับยา ความดันโลหิต 95/62 mmHg HR 56 ครั้ง/นาที

เสี่ยงต่อภาวะเลือดไหลไม่หยุดเนื่องจากได้รับยาละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด ASA(1300) 1 tab Plavix(75) 4 tab ผล INR แกร็บ 1.18 เฝ้าระวังอาการเลือดออกในอวัยวะที่สำคัญ เช่น เลือดออกในสมอง เฝ้าระวัง neurological signs ประเมินสัญญาณชีพ EKG monitoring เนื่องจากการละลายลิ่มเลือดจากฤทธิ์ของยา จะออกฤทธิ์ทั้งร่างกาย ไม่แหว่งน้ำเกลือหรือเจาะเลือดทางหลอดเลือดดำระหว่างให้ยา หลีกเลี่ยงการเจาะเลือดเท่าที่ทำได้ เนื่องจากฤทธิ์ของยาจะยับยั้งการเกิด clot ทำให้เลือดหยุดช้า เฝ้าระวัง EKG อย่างต่อเนื่อง เฝ้าระวังคลื่นหัวใจที่หรือเต้นผิดจังหวะชนิดต่างๆ เนื่องจากการให้ยาอาจทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะจากการที่เลือดสามารถไหลเวียนไปเลี้ยงหัวใจใหม่ (reperfusion) และประเมินการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจใหม่ สังเกตปัสสาวะ อุจจาระ อาเจียน เลือดออกตามไรฟันเพื่อประเมิน internal bleeding เฝ้าระวัง PT PTT ให้อยู่ในระดับ 2.5 เท่าของค่าปกติเพื่อเป็นการประเมินระดับการแข็งตัวของเลือดที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ไม่ส่งผลต่อ prolong bleeding หลังเฝ้าสังเกตอาการไม่พบบริเวณที่มีเลือดออก ความดันโลหิต 98/60

mmHg HR 56 ครั้ง/นาที ภายหลังแพทย์ตรวจรักษา มีแผนส่งตัวไปขยายหลอดเลือด PCI ที่โรงพยาบาลอานันทมหิดล พยาบาลได้ประสานงานที่โรงพยาบาลอานันทมหิดลเพื่อส่งไปทำหัตถการ PCI ได้วันที่ 18 มกราคม 2565 แพทย์จึงมีแผนการรักษาให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก พยาบาลห้องฉุกเฉินประสานงานและนำส่งผู้ป่วย

การพยาบาลในระยะหลังแพทย์ตรวจแล้ว เนื่องจากเป็นภาวะที่คุกคามชีวิต และวิตกกังวล เกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากการกลัวตาย จัดพยาบาลให้ดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการดูแลอย่างต่อเนื่องส่งเสริมความรู้สึกปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและความรู้สึกไว้วางใจต่อบุคลากร พุดคุยและกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวซักถามปัญหาต่างๆเนื่องจากการให้ข้อมูลที่ตรงเกี่ยวกับสถานการณ์จะลดความกลัว ส่งเสริมสัมพันธภาพผู้ป่วยกับพยาบาลและช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเผชิญปัญหาโดยตรง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวระบายความรู้สึกกลัวเนื่องจากการแลกเปลี่ยนข้อมูลช่วยในการสนับสนุนทางด้านจิตใจและลดความตึงเครียดพร้อมทั้งระบายความวิตกกังวล อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าการประเมินสุขภาพบ่อยๆ เช่นการวัดความดันโลหิต เป็นสิ่งปกติไม่ใช่ทำเมื่อผู้ป่วยอาการไม่ดี เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจเมื่อได้รับการประเมินสัญญาณชีพบ่อยๆ ควรมีการทบทวนข้อมูลเดิมที่ให้แก่ผู้ป่วยเป็นระยะๆเนื่องจากความสนใจของผู้ป่วยอาจสั้น และการรับรู้เกี่ยวกับเวลาอาจเปลี่ยนไป ความกังวลส่งผลให้การรับรู้และความสนใจลดลง หลังให้คำแนะนำ ผู้ป่วยสบายใจขึ้น

เสี่ยงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด/กล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำเนื่องจากพยาธิสภาพของหลอดเลือดหัวใจขณะเคลื่อนย้าย ประเมินระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ ด้วยการ monitor ตลอดการนำส่ง ตรวจสอบการให้ออกซิเจนตาม

แผนการรักษา สังเกตอาการขาดออกซิเจน Heart block จากอาการเจ็บหน้าอก เหงื่อออกตัวเย็น ผู้ป่วยได้ส่งต่อถึงหอผู้ป่วยหนักด้วยความปลอดภัย

ภายหลังทำหัตถการ PCI ครบ 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน จึงส่งตัวกลับมาเพื่อรับการรักษาตัวต่อที่แผนกอายุรกรรมชายวันที่ 19 มกราคม 2565 ได้ติดตามเยี่ยมพบว่า ยังเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำ Percutaneous Coronary Intervention (PCI) ประเมินสัญญาณชีพ EKG monitor ประเมินอาการเจ็บหน้าอก ใจสั่น เพื่อประเมินภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดภายหลังจากการที่มีการถ่างขยายหลอดเลือด และความผิดปกติของการเต้นของหัวใจ ประเมินและเปรียบเทียบชีพจรส่วนปลาย สีผิว และความอุ่นของผิวหนังแขนหรือขา ข้างที่ทำการประเมินการอุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลาย ประเมินอาการปวด ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 4 ครั้ง เมื่ออาการคงที่ ประเมินทุก 1 ชั่วโมงเพื่อประเมินอาการปวดแผลจากการทำหัตถการและเพื่อให้ยาลดหรือบรรเทาอาการปวด เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย ตรวจสอบการมีเลือดออกบริเวณแผล และเลือดออกใต้ผิวหนัง ร่วมกับประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง 4 ครั้ง เมื่ออาการคงที่ ประเมินทุก 1 ชั่วโมงเพื่อประเมินการปิดของบาดแผลและภาวะเลือดออกจากการทำหัตถการและการได้รับยาลดลิ่มเลือดขณะทำหัตถการ สังเกตอาการแพ้สารทึบรังสี เช่น คลื่นไส้ อาเจียนผื่นที่ผิว เป็นต้น เพื่อประเมินการแพ้สารไอโอดีนที่เป็นส่วนผสมในสารทึบแสง สังเกตการถ่ายปัสสาวะ ถ้า 6 ชั่วโมงไม่ถ่ายปัสสาวะพิจารณาสวนปัสสาวะเพื่อประเมินการไหลเวียนของเลือดเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกาย

4 วันหลังจากทำ PCI อาการดีขึ้นตามลำดับ ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก EKG normal รับประทานอาหารได้ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน แพทย์

จึงจำหน่ายวันที่ 26 มกราคม 2565 จากการติดตามวันนัด ไม่พบภาวะแทรกซ้อน และนัดติดตามรักษาต่อเนื่อง รวมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล 9 วัน

สรุปกรณีศึกษา

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหากได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 12 ชั่วโมงนับแต่เริ่มมีอาการและ door to needle time ภายใน 30 นาที นับเป็นมาตรฐานการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันด้วยยาละลายลิ่มเลือด โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชมีแพทย์ประจำ 24 ชั่วโมงที่ประเมินอาการให้การรักษาเบื้องต้นก่อนและประสานงานแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาลอานันทมหิดล เพื่อทำ PCI โดยใช้ระบบปรึกษาทางไลน์ได้ตลอด 24 ชั่วโมง โดยมีทีมพยาบาลห้องฉุกเฉินที่มีความพร้อมในการให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกระยะอย่างใกล้ชิดรวดเร็วถูกต้องต่อเนื่องพร้อมทั้งประสานงานการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยแก่ทีมพยาบาลส่งต่อและส่งข้อมูลของผู้ป่วยไปให้โรงพยาบาลเครือข่ายเพื่อการรักษาทันทีและต่อเนื่อง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย 1,2,4 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลจากการให้ยาและการรักษาเนื่องจากเป็นกำลังหลักของครอบครัวทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในการปฏิบัติตัวหลังการทำ PCI ต้องคอยให้คำแนะนำ เสริมพลังแก่ผู้ป่วยและญาติหลายครั้งรวมทั้งคอยดูแลอย่างใกล้ชิด

ความรู้ ความสามารถ ความตระหนักและความตื่นตัวของพยาบาลห้องฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดตั้งแต่ระยะก่อนให้ยา ขณะให้ยาและระหว่างการส่งต่อมี

ความสำคัญและจำเป็นเนื่องจากเป็นการรักษาพยาบาลที่มีความยุ่งยากซับซ้อน มีความเสี่ยงสูงและต้องการความรวดเร็ว ความชำนาญในการดูแลทั้งในระยะก่อนให้ยา ขณะให้ยาและระหว่างการส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด และอาการทรุดหนักขณะส่งต่อ

ข้อเสนอแนะ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นภาวะวิกฤตฉุกเฉินที่ต้องได้รับการดูแลแก้ไขภาวะวิกฤตตั้งแต่บ้านผู้ป่วยในระบบช่องทางด่วนจนถึงช่องทางด่วนในโรงพยาบาลซึ่งมีข้อจำกัดในด้านเวลาสำหรับการรักษาดังนั้นการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องการรักษาพยาบาลทุกขั้นตอนเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง ขณะเดียวกันผู้ป่วยมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้อีกจากความเสี่ยงของผู้ป่วยเอง การให้ความรู้และส่งเสริมให้ประชาชนตระหนักเรื่องโรคโดยใช้หลัก ALARM ALERT ALIVE เพื่อให้มาโรงพยาบาลเร็วขึ้น ด้านการรักษาควรกำหนดเป็นแนวปฏิบัติสำหรับโรงพยาบาลที่ต้องใช้เวลาเดินทางเข้าโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ใช้เวลาเกิน 30 นาที ต้องให้ยาละลายลิ่มเลือดแก่ผู้ป่วยทุกรายเพื่อลดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ เขตควรมีการพัฒนาความรู้แก่พยาบาลอย่างสม่ำเสมอทั้งการอบรมระยะสั้นและการเรียนเฉพาะทางสาขาการพยาบาลหัวใจและหลอดเลือดรวมทั้งการนิเทศติดตามเพื่อนำความรู้วิชาการใหม่ๆมาถ่ายทอดแก่บุคลากรในหน่วยงานห้องฉุกเฉินและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วนปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

1. พวงทอง ขำเจริญ. (2563). กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในผู้ป่วยโรคหัวใจ. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร; 29 (1). (Suppl 2): 37-46.
2. ปาริยา เกกนิษ. (2561). การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต กรณีศึกษาในโรงพยาบาลกระบี่. กระบี่เวชสาร; 1(1): 1-9.
3. สุรพันธ์ สิริสุข. (2557). แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ปี 2557. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. บริษัทศรีเมืองการพิมพ์จำกัด.
4. วรณิภา เสนุภัย, พนิดา เตชะโต, สิริพร ดำน้อย. (2562). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาส; 11(3): 104-116.
5. Demirel ME, Donmez I, Ucaroglu ER, Yuksel A. (2019). Acute coronary syndromes and diagnostic methods. Med Res Innov; 3:1-8.
6. Kattunilam A, Rohini T. (2016). Effect of Time duration in injecting subcutaneous low molecular weight heparin (LMWH) on pain and bruising among patients with myocardial infarction (MI). J Nurs Educ; 8(4):76-9.
7. Lough ME. (2020). Cardiovascular clinical assessment and diagnosis procedure. In: Urden LD, Stacy KM, Lough ME, editors. Priorities in critical care nursing. 8th ed. St. Louis: Elsevier; 90-145.
8. McDermott, K. A., Helfrich, C. D., Sales, A. E., Rumsfeld, J. S., Ho, P. M., & Fihn, S.D. (2018). A review of intervention and system changes to improve time to reperfusion for ST Segment Elevation Myocardial Infarction. Journal of General Internal Medicine, 23(8), 1246-1256.