

การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต : กรณีศึกษา Nursing care of patients with life-threatening acute myocardial infarction : a case study

(Received: July 12,2021 ; Accepted: August 17,2021)

พรเพ็ญ จันแก้ว¹

Pompen Jankaew

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค การรักษา และการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะเฉียบพลัน และศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในกรณีศึกษา 2 ราย วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเป็นรายกรณีแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 2 ราย ดำเนินการศึกษาระหว่าง เดือนสิงหาคม 2562 – มีนาคม 2563

ผลการศึกษา : จากการศึกษผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 2 ราย พบว่า รายที่ 1 ผู้ป่วยชาย อายุ 70 ปี มาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอก เหนื่อย ใจสั่น รู้สึกหน้ามืดจะเป็นลม ก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง มีประวัติเป็นโรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เกาต์ และไตวายเรื้อรัง ได้รับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาล ถึงโรงพยาบาลได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) ขณะได้รับยาเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น (Cardiac arrest) ได้รับการช่วยชีวิต และดูแลตามแผนการพยาบาลทั้งหมด 5 แผน ไม่สามารถเปิดหลอดเลือดหัวใจได้ ประสานส่งต่อไปโรงพยาบาลวิชัยเวช เพื่อทำ PCI ผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ป่วยชาย อายุ 47 ปี มาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกด้านซ้าย ปวดท้องน้อย เวียนศีรษะ ก่อนมาโรงพยาบาล 30 นาที ไม่มีประวัติมีโรคประจำตัว ถึง ER ผู้ป่วยยังมีเจ็บแน่นหน้าอก EKG ยังมี ST Elevation, ST Depression ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด และ Admitted หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ได้ปรับแผนในการดูแลผู้ป่วย และให้การพยาบาลตามแผนการรักษา 4 แผน จากการติดตาม พบว่า ประสบความสำเร็จในการเปิดหลอดเลือดหัวใจได้ สังเกตอาการที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 2 วัน ย้ายออกไป Ward สามัญ จำหน่ายกลับบ้านได้ในวันที่ 5 หลังจาก Admitted และนัด 2 สัปดาห์ให้ผู้ป่วยพบแพทย์เฉพาะทาง Cardiac intervention

คำสำคัญ : โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย กรณีศึกษา การพยาบาล

Abstract

Objectives of this study are i) to investigate the prognosis, treatment and nursing, and ii) to compare the differences between 2 case study patients with acute myocardial infarction. Each of two case study patients were specifically investigated since June 2015 until July 2016. The results from 2 patients with acute myocardial infarction showed that the first case of 70 years old came in with the symptoms of chest compression and not refer pain for 1 hour before arriving at the hospital. He had a history of COPD with continuing treatment at the hospital. Then, the patient was received an intravenous thrombolytic drug which cause temporary cardiac arrest. After the patient was cured he was get 5 nursing care programs from problem list and successful reperfusion. We unable to PCI him, so we transfer to another hospital. The second case with age 47 years old with no congenital disease came in with the symptoms of pain at left chest, abdominal pain and dizziness around 30 minutes before arriving at community hospital. At there, the patient still have chest pain with ST elevation and ST depression of EKG. The patient was then received thrombolytic drug and admitted at ICU. He received 4 nursing care programs from problem list and successful reperfusion. We observed his response for 2 days at ICU before transfer him to normal ward and send him back home at day 5. After 2 weeks, he was scheduled for cardiac intervention investigation.

Key word: Acute myocardial infarction, Case study, Nursing

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction) ชื่อย่อ AMI เป็นโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขของโลก และประเทศไทยในปัจจุบัน¹ โดย

พบว่า อัตราอนโรงพยาบาล และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรค AMI มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าโรคอื่นประมาณ 4-6 เท่า และเสียชีวิตในวันแรกที่เข้าอนโรงพยาบาลในอัตราที่ค่อนข้างสูง จากข้อมูลการขึ้น

¹ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ตำบลแม่กลอง อำเภอมือง จังหวัดสมุทรสงคราม 75000

ทะเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Thai Coronary Syndrome Registry) ในปี 2551 พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI มีอุบัติการณ์ร้อยละ 40.9 ของโรค AMI ทั้งหมด ในประเทศไทย มีอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ 26.9 ต่อแสนประชากร ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขมีเป้าหมายในการลดอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน 3 ต่อแสนประชากร

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกิดจากการตีบหรืออุดตันเฉียบพลันของหลอดเลือดแดงหัวใจ จำแนกเป็น 2 ชนิด โดยดูจากผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หรือ ECG (Electrocardiography) เป็นแบบ ST elevation MI (STEMI) ซึ่งหลอดเลือดมีการอุดตัน ร้อยละ 100 และแบบ Non-ST elevation MI (NSTEMI และ Unstable angina) ซึ่งหลอดเลือดมีการตีบที่รุนแรง วัตถุประสงค์สำคัญในการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระยะแรก คือ การทำให้หลอดเลือดที่อุดตันหายอุดตัน โดยทำให้เลือดกลับมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจใหม่ แก่ผู้ป่วยโดยเร็วที่สุด การรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด เป็นการรักษาหลักที่มีประโยชน์สำหรับโรงพยาบาลส่วนใหญ่ เป็นวิธีการที่ยอมรับว่าสามารถลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้เวลาที่เริ่มให้ยาแก่ผู้ป่วยไม่ควรเกิน 30 นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยเดินทางมาถึงโรงพยาบาล (door to needle time)

โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ประจำจังหวัดสมุทรสงคราม ขนาด 311 เตียง กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Acute coronary syndrome: ACS) เป็นกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉิน และกลุ่มผู้ป่วย STEMI ได้ถูกกำหนดเป็นเข็มมุ่งตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลทุกปี เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยกลุ่ม ACS ในปี พ.ศ. 2559-2561 มีผู้ป่วย 478, 642, 824 คนตามลำดับ และปี 2562 มีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 856 คน แพทย์วินิจฉัยเป็น STEMI 48 คน คิดเป็น ร้อยละ 5.61 ของผู้ป่วยทั้งหมด สาขารักษาหัวใจในประเทศไทย พ.ศ. 2558 ได้กำหนดช่องทางด่วน (Fast track MI) บริบท Case ในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ที่เกินศักยภาพ ร่วมกับโรงพยาบาลสมุทรสาคร ซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย มีนโยบายให้ส่งต่อรักษาด้วยการทำ PCI ได้กรณีที่ให้ยาละลายลิ่มเลือด (SK) แล้วเส้นเลือดหัวใจไม่เปิด ดังนั้น พยาบาลเป็นส่วนหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญ ในการประเมินและคัดกรอง ผู้ป่วยอย่างถูกต้องรวดเร็วขณะมาถึงโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดอย่างรวดเร็ว การพยาบาล ก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือด ขณะให้และหลังให้มีความสำคัญอย่างยิ่ง มีการเฝ้าระวังและประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง นับตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการพยาบาลขณะส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้มากขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาประวัติ การดำเนินโรค การรักษา และการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในกรณีศึกษา 2 ราย โดยเปรียบเทียบประวัติการเจ็บป่วย การดำเนินของโรค การรักษา และการพยาบาล

วิธีการศึกษา

1. เลือกกรณีศึกษาที่น่าสนใจจากผู้มาใช้บริการ ห้องอุบัติเหตุ -ฉุกเฉิน
2. ดำเนินการค้นคว้าเอกสาร ตำรา งานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
3. ดำเนินการศึกษาโดยการประเมินปัญหาความต้องการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เป็นแบบในการประเมินความครอบคลุม วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลในระยะวิกฤต ประเมินผลการพยาบาล และการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
4. สรุป และอภิปรายผลการศึกษา

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทย อายุ 70 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับ ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 สถานภาพ คู่ อาชีพ ทำสวน

อาการสำคัญ : เจ็บแน่นหน้าอก เหนื่อย ใจสั่น หน้ามืด คล้ายจะเป็นลม ก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : ให้ประวัติ 1 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เจ็บหลัง เหนื่อย ใจสั่น มีเหงื่อออก ตัวเย็น รู้สึกหน้ามืดคล้ายจะเป็นลม

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : เป็นโรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง โรคเกาต์ และไตวายเรื้อรัง รับการรักษาต่อเนื่อง ปฏิเสธการแพ้ยาใด ๆ อาการแรกเริ่ม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เหนื่อย ใจสั่น สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิกาย 36 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 120 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/59 มิลลิเมตรปรอท pain score 8 ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (O2 saturation) 97%

การตรวจร่างกาย GA : not pale, no jaundice Skin : normal HEENT : normal Lung : clear no wheezy both lung Neurological : E4 V5 M6 Pupil 3 min RTLBE

ผลการตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการ : WBC 4,090, Hct 36.2%, platelet 209,000, troponin-I 2 ng/mL, myoglobin negative DTX 138 mg% EKG : ST elevate in II, III, aVF และมี ST depress in I, aVL

การวินิจฉัย : STEMI (Inferior wall MI)

การรักษาที่ได้รับ : ผู้ป่วยได้รับยา Isordil 5 1 tab อมใต้ลิ้น เพื่อบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกและยาต้านเกล็ดเลือด ASA gr V 1 tab เคี้ยวก่อนกลืน, ยา Clopidogrel (75) 4 tab oral, on 0.9% NaCl 1000 cc v drip 60 cc/hr และยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase 1.5 mu + NSS 100 ml drip in 60 นาที ขณะได้รับยา SK ไปประมาณ 10 นาที ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น (Cardiac arrest) ผู้ป่วยได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ ใส่ท่อช่วยหายใจ CPR, Defibrillator 200 Jx2 ครั้ง Adrenaline 1:1000 v จำนวน 4 amp. Atropine 1 v amp. x 2 ครั้ง Drip Dopamine 2:1 rate 30 cc/hr ได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลวิชัยเวช เนื่องจากไม่ประสบความสำเร็จในการเปิดของหลอดเลือดด้วยยา SK เพื่อการดูแลจากแพทย์เฉพาะทาง และประเมินการเปิดของหลอดเลือดด้วยการทำ PCI ต่อไป

กรณีศึกษาครั้งที่ 2 ชายไทย อายุ 47 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนา อิสลาม จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 สถานภาพคู่ อาชีพ ทำสวน

อาการสำคัญ : เจ็บแน่นหน้าอกด้านซ้าย ปวดท้องน้อย เวียนศีรษะ ก่อนมาโรงพยาบาล 30 นาที

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : ให้ประวัติ 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกด้านซ้าย ปวดท้องน้อย เวียนศีรษะ pain score 9 ได้รับการวินิจฉัยว่า STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (SK) ที่ ER และ Admitted หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมเพื่อสังเกตอาการผิดปกติหลังได้ยาอย่างใกล้ชิด

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยาใด ๆ อาการแรกเริ่ม : รู้สึกตัวดี ยังมีอาการเจ็บหน้าอกด้านซ้ายร้าวไปที่แขนซ้าย ปวดท้องน้อย เวียนศีรษะ เหงื่อออกตัวขึ้น ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 60 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 70/50 มิลลิเมตรปรอท Pain score 9 คะแนน ค่า O2 saturation 97%

การตรวจร่างกาย : GA : not pale, no jaundice Skin : normal, HEENT : normal Lung: clear no wheezy both lung Neurological : E4 V5 M6

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : Troponin I : positive (4.11ng/ml), CK-MB 68 ng/dL, DTX : 110 mg% CXR : no infiltration EKG : ST elevate at II, III aVF, ST depress at aVR, aVL

การวินิจฉัย : STEMI (Acute inferior wall MI c anterior wall MI)

การรักษาที่ได้รับ : ผู้ป่วยได้รับยาต้านเกล็ดเลือด ASA gr V 1 tab เคี้ยวก่อนกลืน, ยา Clopidogrel (75) 4 tab oral on 0.45 % NaCl 1000 cc v drip KVO และยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase 1.5 mu + NSS 100 ml drip in 60 นาที ความดันโลหิต 70/50 mmHg ปรับ rate IV เป็น 60 cc/hr EKG ยังมี ST Elevation, ST Depression อาการเจ็บแน่นหน้าอกลดลง Pain score 5 คะแนน ประสบความสำเร็จในการเปิดของหลอดเลือด Admitted หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม สังเกตอาการที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 2 วัน ย้ายออกไป Ward สามัญ จำหน่ายกลับบ้านได้ในวันที่ 5 หลังจาก Admitted และนัดผู้ป่วย 2 สัปดาห์ให้ได้มาพบแพทย์เฉพาะทาง Cardiac intervention

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

กรณีศึกษาครั้งที่ 1	กรณีศึกษาครั้งที่ 2
1. เจ็บแน่นหน้าอก เนื่องจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง กิจกรรมการพยาบาล : ดูแลให้ออกซิเจน mask c bag 10 lit/นาที และติดตามระดับความอิ่มตัวของออกซิเจน keep มากกว่าร้อยละ 90 ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที เฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอาการ อาการแสดงภาวะ Cardiac shock เช่น หน้าซีด เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย สับสน ความรู้สึกตัวลดลง ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำดูแลให้ยา Isodil 5 mg โดยให้อมใต้ลิ้น และยาต้านเกร็ดเลือด (Aspirin, Clopidogrel) ให้ยา Mo 2 mg v Stat ตามแผนการรักษา ประเมิน และบันทึกการตอบสนองของ	1. เจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง กิจกรรมการพยาบาล : ดูแลให้ออกซิเจน mask c bag 10 lit/นาที และติดตามระดับความอิ่มตัวของออกซิเจน keep มากกว่าร้อยละ 90 ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที เฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอาการ อาการแสดงภาวะ Cardiac shock เช่น หน้าซีด เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย สับสน ความรู้สึกตัวลดลง ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ดูแลให้ยา Isodil 5 mg โดยให้อมใต้ลิ้น และยาต้านเกร็ดเลือด (Aspirin, Clopidogrel) ตามแผนการรักษา ประเมิน และบันทึกการ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์

กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
ยา และเฝาระวังผลข้างเคียง ที่อาจจะเกิดขึ้น ให้สารน้ำทางหลอดเลือด 0.9% NaCl 1,000 ml v drip 60 ml/ hr. ให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเต็มที่ (absolute bed rest) โดยให้นอนศีรษะสูง 30-60 องศา สังเกตอาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วย รวมทั้งคำพูดต่าง ๆ ที่บ่งบอกถึงการเจ็บหน้าอก การประเมินผล : สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 114 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 30 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท และ O2 saturation 98% อาการเจ็บหน้าอกลดลงเล็กน้อย pain score 7 ผู้ป่วยยังมีการกระสับกระส่าย ร้อนในอก บอกหายใจไม่เต็มอิ่ม เหนื่อย โดยขยับตัวไปมาอยู่หลายครั้ง	ตอบสนองของยา และเฝาระวังผลข้างเคียง ที่อาจจะเกิดขึ้น ให้สารน้ำทางหลอดเลือด 0.45% NaCl 1,000 ml v drip 60 cc/hr. ให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเต็มที่ (absolute bed rest) โดยให้นอนศีรษะสูง 30-60 องศา สังเกตอาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วย รวมทั้งคำพูดต่าง ๆ ที่บ่งบอกถึงการเจ็บหน้าอก และตรวจติดตามอาการที่ต้องรีบรายงานแพทย์ การประเมินผล : สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 56 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท ได้รับการปรับ IV เป็น 60 cc/hr O2 saturation 100% ผู้ป่วยไม่มีอาการกระสับกระส่าย ยังมีอาการเจ็บหน้าอก pain score 8
2. ปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีลดลง เนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติจากการขาดเลือดไปเลี้ยง กิจกรรมการพยาบาล : ประเมินข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือด ดูแลให้ได้รับยา Streptokinase ตามแผนการรักษา สังเกตอาการเจ็บแน่นหน้าอก อาการเหนื่อยของผู้ป่วย และอาการทั่วไป วัดสัญญาณชีพ และ Neuro sign ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง หลังจากนั้นทุก 1 - 2 ชั่วโมง ติดตามลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง ขณะผู้ป่วยได้รับยา เตรียมรถ Emergency และอุปกรณ์ช่วยชีวิตรวมทั้งเครื่อง Defibrillator ให้พร้อมใช้ ติดตามภาวะเลือดออกผิดปกติขณะให้ยา เช่น ตำแหน่งทำหัตถการในระบบสืบสาวทางเดินอาหาร ทางเดินหายใจ รอยช้ำตามตัว ทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรก ที่ให้ยาสังเกตอาการแพ้ยาละลายลิ่มเลือด ใน 1 ชั่วโมงแรกของการให้ยา เช่น มีผื่น อาการแน่นหน้าอก การประเมินผล : ความดันโลหิต 98/62 มิลลิเมตรปรอท และ O2 saturation 98 % อาการเจ็บหน้าอกลดลง pain score 6 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะให้ยา	2. ปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีลดลง เนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติจากการขาดเลือดไปเลี้ยง กิจกรรมการพยาบาล : ประเมินความเสี่ยงของภาวะเลือดออกง่าย ดูแลให้ได้รับยา Streptokinase ตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องจนหมด ตามข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้ามในขนาด 1.5 ล้านยูนิต ในเวลา 60 นาที สังเกตอาการเจ็บแน่นหน้าอก อาการเหนื่อยของผู้ป่วย และอาการทั่วไป วัดสัญญาณชีพ และ Neuro. sign ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง หลังจากนั้นทุก 1 - 2 ชั่วโมง ติดตาม ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง ขณะผู้ป่วยได้รับยา เตรียมรถ Emergency และอุปกรณ์ช่วยชีวิต รวมทั้งเครื่อง Defibrillator ให้พร้อมใช้ ติดตามภาวะเลือดออกผิดปกติขณะให้ยา เช่น ตำแหน่งที่ทำหัตถการในระบบสืบสาว ทางเดินอาหาร ทางเดินหายใจ รอยช้ำตามตัว ทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรกของการให้ยา เช่น มีผื่น อาการแน่นหน้าอกสังเกตอาการ อาจมีอาการปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ หนาวสั่น อาการทางกระเพาะอาหาร การประเมินผล : ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 56 ครั้ง/นาที ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี รายงานแพทย์ทราบให้ ปรับ rate 0.45 % NaCl 1,000 ml 60 cc/hr วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 120/76 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 64 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที สังเกตระดับความรู้สึกตัว ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี O2 saturation = 99% ทูละอาการเจ็บหน้าอก EKG ยังมี ST Elevation, ST Depression เตรียมผู้ป่วย เพื่อ Admitted ห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ส่งตรวจอาการ แผนการรักษา และการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับให้กับหัวหน้าเวรห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรม
3. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด กิจกรรมการพยาบาล : ประเมินข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือด ดูแลให้ได้รับยา Streptokinase ตามแผนการรักษา ผู้ป่วย/ญาติรับทราบข้อมูลประโยชน์ที่ได้จากการให้ยา ความเสี่ยงที่	3. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด กิจกรรมการพยาบาล : ประเมินอาการ และตรวจสัญญาณชีพ รวมถึงอาการทางระบบประสาททุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง หลังจากนั้นทุก 1 ชั่วโมง ในขณะ และ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
อาจเกิดขึ้น ให้ผู้ป่วยเซ็นใบยินยอมการให้ยา SK เฝ้าระวังและสังเกตอาการแสดงของ Reperfusion arrhythmias จากผลของยาจนกระทั่งยาหมดได้แก่ Hypotension, VT/VF, Bradycardia, Heart Block สังเกตอาการภาวะเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย เช่น เลือดออกตามไรฟัน ปัสสาวะ/อุจจาระมีสีแดง มีจุดจ้ำเลือดตามร่างกาย เสมหะมีเลือดปน ถ้าพบบรรยายงานแพทย์ติดตามผล Lab เช่น Hct, PT, PTT, INR>2 รีบรายงานแพทย์ วัดสัญญาณชีพ และ Neuro sign ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง หลังจากนั้นทุก 1 - 2 ชั่วโมง ติดตามลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง ขณะผู้ป่วยได้รับยา เตรียมรถ Emergency และอุปกรณ์ช่วยชีวิตรวมทั้งเครื่อง Defibrillator ให้พร้อมใช้ การประเมินผล : ผู้ป่วย และญาติเข้าใจแผนการรักษา และเซ็นชื่อให้ความยินยอมในการใช้ยา SK แต่ขณะที่ผู้ป่วยได้รับยา SK ไปได้ 10 นาที เกิดภาวะแทรกซ้อน EKG มี arrhythmias ชนิด Bradycardia และ Heart Block และเกิด cardiac arrest ตามมา	หลังการให้ยาลดลิ่มเลือด ประเมินระดับความรู้สึกตัว และอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท (อาจเกิดภาวะเลือดออกในสมอง จากการแตกของหลอดเลือดในสมอง) on monitor EKG ไว้ เพื่อติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง ติดตามภาวะเลือดออกผิดปกติหลังได้รับยา SK สังเกตอาการภาวะเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย เช่น เลือดออกตามไรฟัน ปัสสาวะ/อุจจาระมีสีแดง มีจุดจ้ำเลือดตามร่างกาย เสมหะมีเลือดปน ถ้าพบบรรยายงานแพทย์ การประเมินผล : ผู้ป่วยได้รับยา SK หมดที่ห้องฉุกเฉิน ก่อน Admitted ห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 76 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที O2 saturation 100%
4. เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค STEMI ผู้ป่วยมี cardiac arrest กิจกรรมการพยาบาล : หยุดการให้ยาลดลิ่มเลือด ประเมินอาการระดับความรู้สึกตัว ทำ CPR ใส่ท่อช่วยหายใจ Defibrillator 200 Jx2 ครั้ง ให้ยา Adrenaline 1:1000 v ทุก 3-5 นาที จำนวน 4 amps. Atropine 1 amp. v x 2 ครั้ง Drip Dopamine 2:1 v rate ≤ 30 cc/hr ตรวจสัญญาณชีพ รวมถึงอาการทางระบบประสาททุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง หลังจากนั้น ทุก 1 ชั่วโมง ปรับยา Dopamine ที่ช่วยเพิ่มแรงบีบตัวของหัวใจ ประเมินระดับความรู้สึกตัว และอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท on monitor EKG ไว้ เพื่อติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่องติดตามภาวะเลือดออกผิดปกติหลังให้ยา เช่น ตำแหน่งที่ทำหัตถการในระบบปัสสาวะ ทางเดินอาหาร ทางเดินหายใจ รอยขีดตามตัว ทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรกที่ใช้ยา เตรียมรถ Emergency และ อุปกรณ์ช่วยชีวิต รวมทั้งเครื่อง Defibrillator ให้พร้อมใช้ เฝ้าระวังผู้ป่วยเกิด cardiac arrest ซ้ำ การประเมินผล : CPR 15 นาที ผู้ป่วยตื่นรู้ตัว อุณหภูมิ 36.5 °C ความดันโลหิต 110/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 120 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 14 ครั้ง (ต่อเครื่องช่วยหายใจ) และ O2 saturation 100 % ยังไม่พบอาการเจ็บหน้าอก pain score 7 ไม่สามารถเปิดหลอดเลือดหัวใจด้วยยา SK ได้สำเร็จ ได้ประสานการส่งต่อไปโรงพยาบาลสมุทรสาคร ไม่สามารถรับ Case ได้ จึงส่งต่อไปโรงพยาบาลวิชัยเวช เพื่อทำ PCI	4. วิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง กิจกรรมการพยาบาล : สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วย/ญาติ พุดคุยด้วยวาจาที่สุภาพ อ่อนโยน ท่าทางที่เป็นมิตร ให้กำลังใจ จริใจ เพื่อความเป็นกันเอง อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจแผนการรักษาพยาบาล พยาธิสภาพ อาการของโรค ลักษณะการเจ็บหน้าอก สาเหตุของการเกิดอาการเจ็บหน้าอก และการปฏิบัติตัวเพื่อให้ผู้ป่วยหายสงสัย และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล อำนวยความสะดวกแก่ครอบครัว ญาติผู้ป่วย หรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยได้เยี่ยม และประทับประคองด้านจิตใจแก่ผู้ป่วย ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล ใช้น้ำเสียงนุ่ม ท่าทางสงบ ในขณะที่ให้การพยาบาล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามปัญหาที่สงสัย ระบายความรู้สึก ให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ในกิจกรรมการพยาบาล และการ ประเมินผลของการพยาบาล การประเมินผล : ผู้ป่วย และญาติมีสีหน้าลดความกังวลลงบ้าง เข้าใจพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ยอมรับ เข้าใจแผนการรักษาของแพทย์ที่ต้องมีการ Admitted ห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรม เพื่อเฝ้าระวังติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ on monitor EKG และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา SK ที่อาจเกิดภาวะ เลือดออกในสมองได้
5. วิตกกังวลเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วยของตนเอง กิจกรรมการพยาบาล : สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และญาติ ด้วยวาจาที่สุภาพ อ่อนโยน ท่าทางที่เป็นมิตร จริใจ เพื่อความเป็นกันเอง สอบถาม และอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรค แผนการ	

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
รักษาพยาบาล และการปฏิบัติตัว เพื่อให้ผู้ป่วยหายสงสัย และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล อธิบายเหตุผลการให้ยา ขนาดที่ใช้ อาการข้างเคียงที่พบ ความสำคัญที่ต้องช่วยฟื้นคืนชีพ ให้กำลังใจ และการได้รับยาตามแนวทางการรักษาให้ครอบคลุม เพื่อให้ผู้ป่วย/ญาติรับทราบ อำนวยความสะดวกแก่ครอบครัว ญาติผู้ป่วย หรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย ได้เยี่ยมและประทับประคองด้านจิตใจแก่ผู้ป่วย ให้การพยาบาลอย่าง นุ่มนวล ใช้น้ำเสียงนุ่ม ทาทางสงบในขณะที่ให้การพยาบาล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามปัญหาที่สงสัย ระบายความรู้สึก ให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในกิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผลของการพยาบาล การประเมินผล : ผู้ป่วยและญาติสับสนลดความกังวลลงบ้าง เข้าใจพยาธิสภาพ ภาวะคุกคามที่เกิดขึ้น ดีใจที่ผู้ป่วยรอดชีวิต ตื่นมารู้เรื่องดี ยอมรับเข้าใจแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งจะไปรักษาต่อโรงพยาบาลวิชัยเวชเพื่อพบแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ	

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบกรณีศึกษา

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่1	กรณีศึกษาที่2	การวิเคราะห์
1.ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค	ผู้ป่วยชายไทยอายุ 70 ปี ประวัติเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เกาต์หัวใจ ไขมันในเลือดสูง และโรคไตเรื้อรัง เลิกสูบบุหรี่มา 5 ปี ไม่ดื่มสุรา ชอบอาหารมัน เค็ม ไม่ได้ออกกำลังกาย	ผู้ป่วยชายไทยอายุ 47 ปี ไม่มีประวัติมีโรคประจำตัวไม่เคยนอนโรงพยาบาล เวลาเจ็บป่วยเล็กน้อย จะซื้อยามากินเอง ดื่มสุราเป็นประจำ วันละ 1-2 ขวด สูบบุหรี่ใบจากเกินวันละ 10 มวน นานมากกว่า 20 ปี กินกาแฟวันละ 3 แก้ว และชอบอาหารรสหวาน	ผู้ป่วยรายที่ 1 และ ผู้ป่วย รายที่ 2 มีประวัติสูบบุหรี่ ราย ที่ 1 มีโรคร่วมหลายโรค คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เกาต์ ไขมันในเลือดสูง และโรคไตเรื้อรัง รายที่ 2 ดื่มสุรา กินกาแฟ และสูบบุหรี่จัด ซึ่งทั้ง 2 รายมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อ STEMI
2. พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง	1ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เจ็บหลัง เหนื่อย ใจสั่น มีเหงื่อออก ตัวเย็น รู้สึกหน้ามืด คล้ายจะเป็นลม Pain score 8 ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST elevate in II, III, aVF และมี ST depress in I, aVL เจาะ Troponin I ให้ผล troponin-I 2 ng/mL, myoglobin negative แพทย์ให้การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น Inferior wall MI	30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกด้านซ้าย ปวดท้องน้อยเวียนศีรษะ คลื่นไส้ เหงื่อออกตัวขึ้น pain score 9 ตื่น รว จ ค ลี น ไฟ ฟ้า หั ว ใจ พบ ST elevate at II, III aVF และมี ST depress at aVR, aVL เจาะ Troponin I : positive (4.11 ng/mL), CK-MB 68 ng/dL, แพทย์ให้การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น Acute inferior wall MI	ผู้ป่วยรายที่ 1 เป็นผู้ป่วย acute myocardial infarction (Inferior wall MI) และผู้ป่วยมี reciprocal change ที่ I, AVL แสดงว่าหลอดเลือดเส้นขวา (RCA) อุดตันส่งผลให้ขาดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจด้านขวา ด้านล่าง และด้านหลัง รายที่ 2 เป็น Acute inferior wall หลอดเลือดด้านขวา (RCA) และหลอดเลือดเส้นซ้าย (LCX) อุดตัน ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจส่วนด้านล่าง และด้านข้าง ขาดเลือดไปเลี้ยง

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบกรณีศึกษา

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่1	กรณีศึกษาที่2	การวิเคราะห์
3. การรักษา	ให้การรักษ Isordil (5) 1 tab อมใต้ลิ้น, ASA gr V 1 tab เคี้ยวก่อนกลืน Clopidogrel (75) 4 tab oral, 0.9% NaCl 1000 ml v drip 60 ml/hr, On O ₂ cannula 3 lit/min ให้ SK 1.5 MU drip 100 ml/hr ขณะได้รับยาไปได้ 10 นาที ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น (Cardiac arrest) ทำ CPR, on ETT Defibrillator 200 Jx2 ครั้ง Adrenaline 1:1000 v จำนวน 4 amp. Atropine 1 v amp. x 2 ครั้ง Drip Dopamine 2:1 rate 30 cc/ ไม่ประสบความสำเร็จในการเปิดของหลอดเลือด Refer รพ. วิชัยเวช	ถึง ER สมเด็จพระพุทธเลิศหล้า รู้ตัวดี pain score 9 ให้ O ₂ mask c bag 10 lit/min ให้การรักษา ASA gr V 1 tab เคี้ยวก่อนกลืน, Clopidogrel (75) 4 tab oral, 0.45% NaCl 1000 ml v drip KVO BP 70/50 mmHg ปรับ rate IV เป็น 60 cc/hr. ให้ SK 1.5 MU drip 100 ml/hr วัด BP 110/70 mmHg ประสบความสำเร็จในการเปิดของหลอดเลือด Admitted ห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า	ผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการ ดูแลรักษาเบื้องต้นเพื่อ บรรเทาอาการเจ็บหน้าอก เช่น ได้รับยา antiplatelet anticoagulant และ ยาละลายลิ่มเลือด ทั้ง 2 รายเกิดปัญหา Cardiogenic shock ผู้ป่วยรายที่ 1 เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค STEMI ผู้ป่วยมี cardiac arrest ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ ไม่ประสบผลสำเร็จในการเปิดของหลอดเลือด จำเป็นต้องส่งต่อไปทำ PCI ในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพ/มีแพทย์เฉพาะทาง ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 แกร็บที่ ER BP 70/50 mmHg หลังเพิ่ม rate IV 60 cc/hr. และได้ยาละลายลิ่มเลือด ประสบความสำเร็จในการเปิดของหลอดเลือด
4. ปัญหา และการวินิจฉัยทางการแพทย์ ได้รับการดูแลโดยมีแผนการพยาบาล	ได้รับการดูแลโดยมีแผนการพยาบาลทั้งหมด 5 แผนการดูแล และสามารถแก้ไขให้บรรเทาได้ตามแผนการพยาบาล	ได้รับการดูแลโดยมีแผนการพยาบาลทั้งหมด 4 แผน การดูแล และสามารถแก้ไขให้บรรเทาได้ตามแผนการพยาบาล	ผู้ป่วยได้รับการคัดกรอง ประเมินการดูแลเบื้องต้น ได้รับการพยาบาล และแก้ไขปัญหาคูกคมชีวิตที่มีคุณภาพ
5. การวางแผนจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่อง	ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลวิชัยเวช	ผู้ป่วยได้รับการ Admitted ห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรมโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า	ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการทำหัตถการ PCI เนื่องจากไม่ประสบความสำเร็จในการเปิดเส้นเลือดด้วยยา streptokinase ผู้ป่วยรายที่ 2 ประสบความสำเร็จในการเปิดของหลอดเลือดด้วยยา streptokinase Admitted ห้ อ งผู้ป่วยหนักอายุรกรรมโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า พยาบาลได้มีการส่งต่อข้อมูลและการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะส่งต่อ

วิจารณ์

ผู้ป่วยรายที่ 1 : เป็นผู้ป่วย acute myocardial infarction (Inferior wall MI) หลอดเลือดเส้นขวา (RCA) อุดตันส่งผลให้ขาดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจด้านขวาด้านล่าง และด้านหลัง ผู้ป่วยมีโอกาเสียชีวิตสูง ถ้าได้รับการรักษาล่าช้า ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาเบื้องต้นให้ยาต้านเกล็ดเลือด และได้รับการรักษารักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (streptokinase) พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยก่อนให้ยา ขณะให้ยาละลายลิ่มเลือด มีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ บันทึกรายการสัญญาณชีพในใบเฝ้าระวัง และเกิดปัญหาขณะได้รับยา SK ไปได้ 10 นาที ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น (Cardiac arrest) แพทย์จึงให้ off streptokinase ช่วยเหลือแพทย์ ทำ CPR, on ETT, Defibrillator 200 Jx2 ครั้ง ให้ยา Adrenaline 1:1000 v จำนวน 4 amp. Atropine 1 v amp. x 2 ครั้ง Drip Dopamine ผลลัพธ์ คือ ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะคุกคามชีวิต แต่ไม่ประสบความสำเร็จในการเปิดของหลอดเลือด ได้มีการประสานการส่งต่อไป รพ. วิชัยเวช เพื่อประเมิน/ทำหัตถการ PCI จากการติดตามผู้ป่วย พบว่าระหว่างส่งต่อ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน หลังทำ PCI นอนพักที่ รพ. วิชัยเวช 1 คืน ได้รับการวางแผนการจำหน่าย และนัดผู้ป่วยมาดูแลรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าในสัปดาห์ต่อไป ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคเรื้อรังหลายโรค (NCD) ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อโรครุนแรง ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก ให้ข้อมูลด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างถูกต้องปลอดภัย แนะนำช่องทางการขอความช่วยเหลือ เมื่อมีเหตุฉุกเฉินทางโทรศัพท์หมายเลข 1669

ผู้ป่วยรายที่ 2 : เป็นผู้ป่วย Acute inferior wall c anterior wall MI หลอดเลือดด้านขวา (RCA) และหลอดเลือดเส้นซ้าย (LCX) อุดตันทำให้กล้ามเนื้อหัวใจส่วนด้านล่าง และด้านข้าง ขาดเลือดไปเลี้ยง ผู้ป่วยได้รับการประเมิน และคัดกรองที่รวดเร็วได้รับการทำ EKG ภายใน 10 นาที ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องความดันโลหิตต่ำ ได้รับการปรับ rate 0.45%NaCl 1000 cc v 60 cc/hr. รักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (streptokinase) เช่นเดียวกัน เฝ้าระวังโดยตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 5 - 15 นาที บันทึกรายการ

เปลี่ยนแปลงที่ห้องฉุกเฉินต่อเนื่องที่ห้องฉุกเฉิน พบว่า ผู้ป่วยทุเลาเจ็บหน้าอก EKG มี ST elevation ลดลง ประสบความสำเร็จในการเปิดหลอดเลือดหัวใจได้ ได้ปรับแผนในการดูแลผู้ป่วย และให้การพยาบาลตามแผนการรักษา 4 แผน และส่งต่ออาการ แผนการรักษา Admitted หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม จากการติดตาม พบว่า ประสบความสำเร็จในการเปิดหลอดเลือดหัวใจได้ สังเกตอาการที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 2 วัน ย้ายออกไป Ward สามัญ จำหน่ายกลับบ้านได้ในวันที่ 5 หลังจาก Admitted และนัด 2 สัปดาห์ให้ได้พบแพทย์เฉพาะทาง Cardiac intervention ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า (มีแพทย์เฉพาะทางจากโรงพยาบาลสมุทรสาคร มาช่วยตรวจวินิจฉัยหัตถการช่วงป่วย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง) ผู้ป่วยได้รับการวางแผนการจำหน่าย แนะนำให้หยุดสูบบุหรี่ หยุดดื่มเหล้า ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว รับประทานอาหาร และการออกกำลังกายที่ถูกต้อง ให้ข้อมูลด้านสุขภาพ แพทย์ให้รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ASA ร่วมกับ clopidogrel เป็นเวลา 1 ปี จากนั้น รับประทานยา ASA ต่อเนื่อง แนะนำช่องทางการขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก หรือเหตุฉุกเฉิน ทางโทรศัพท์หมายเลข 1669

สรุป

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นภาวะวิกฤตที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างกะทันหัน พยาบาลต้องมีสมรรถนะในการคัดกรอง การซักประวัติประเมินอาการเจ็บหน้าอกอย่างรวดเร็ว และให้การดูแลที่เหมาะสมตั้งแต่เริ่มแรก โดยการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และสามารถแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้นได้ เข้าระบบ Fast tract MI มีการเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือให้พร้อมใช้ พยาบาลต้องมีความรู้ในการบริหารยาละลายลิ่มเลือด การสังเกต ภาวะแทรกซ้อน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ มีทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพที่มีประสิทธิภาพ มีการเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมในการส่งต่อ ประสานการส่งต่อ พยาบาลส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับอาการ และอาการแสดง การดูแลรักษาที่ได้รับ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล อย่างต่อเนื่อง ให้ข้อมูลที่จำเป็นรวมทั้งการพยาบาลด้านจิตใจ ลดความหวาดกลัว ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข, สำนักโรคไม่ติดต่อ. จำนวนและอัตราการตายโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บประจำปี ปฏิทิน พ.ศ. 2558 (ข้อมูล ณ 3 ก.พ. 59) สืบค้นจาก <http://www.thaincd.com/information-Statistic/non-communicable-disease-data.php> เข้าถึงเมื่อพฤศจิกายน 2559.

เกรียงไกร เสงี่ยม: มาตรฐานการดูแลและการ ส่งต่อผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. สถาบันโรคทรวงอก, ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4, 2560

จิณณพัต ธนกิจวรบูลย์: พฤติกรรมสุขภาพเพื่อการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูงบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีสเทวิน, 2554

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, ดวงมล วัตราดุล และ กนกพร แจ่มสมบูรณ์. การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจและการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ. กรุงเทพมหานคร:บริษัทสุขุมวิท การพิมพ์ จำกัด, 2558.

รายงานเวชระเบียนโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าประจำปี พ.ศ. 2559 -2563

สุรพันธ์ สิทธิสุข: แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทยฉบับปรับปรุงปี 2557. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557.

Antman, E.M., et al. ACC/AHA Guidelines for the management of patients with acute ST Elevation myocardial infarction. Circulation. 2004; 110: 588-636