รายงานกรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะช็อก

สุรีย์พร โตสติ พย.บ.
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบ่อไร่
E-mail:Plesureeporn19@gmail.com

บทคัดย่อ

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 56 ปี มาโรงพยาบาลด้วย แน่นหน้าอกด้านซ้ายร้าวไปหลัง แน่นเหมือนมีของหนักทับ รับประทานยาไม่ทุเลาจึงโทรปรึกษาเพื่อน แนะนำให้มาโรงพยาบาล โดยภรรยานำส่ง แรกรับผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถาม-ตอบรู้เรื่อง แจ้งว่าแน่นหน้าอกด้านซ้ายร้าวไปหลัง แน่นเหมือนมีของหนักทับ สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 40 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 101/51 มิลลิเมตรปรอท(MAP=67) SpO_2 = 98% capillary refill time น้อยกว่า 2 วินาที pain score เท่ากับ 7/10 คะแนน ค่า Dextrostix (DTX) 105mg% ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยที่มีความรุนแรงระดับ 2 (Triage Level 2) ทำ EKG มี ST Elevate ll, lll, aVF และทำ EKG V3R และ V4R เวลา 12.14 น. พบ ST Elevate ll lll aVF พยาบาลได้ Activate Fast tack STEMI โดยเตรียมทำ EKG แผ่นที่ 2 เจาะเลือด for STEMI CBC, BUN, Cr, Coag, Trop-I, และ ON HL ทำ EKG แผ่นที่ 2 เพื่อประเมินการตายของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดยังพบ ST Elevate ll, lll, aVF แพทย์พิจารณาให้การรักษาตามแนวทาง Standing order for ACS ดูแลให้ ASA 81 mg. 4 Tab เคี้ยว Copidogel 75 mg. 4 tab O stat เวลา 12.30 น. Rusovastatin 10 mg. 2 tab O stat เวลา 12.30 น. On 0.9% NSS 1000 cc. rate 60 cc./hr. จัดท่านอนยกเท้าสูง 30-45 องศา เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือดกลับสู่หัวใจ ป้องกันภาวะ Cardiogenic shock ประเมินอาการหลังให้ยาละลายลิ่มเลือด โดยทำ EKG หลังให้ยา 10 นาที และประเมิน pain score ติดตามอาการเรื่องของภาวะช็อก และภาวะเสี่ยงน้ำท่วมปอด ตรวจร่างกายไม่พบ Lung crepitation ผู้ป่วยแจ้งว่า ไม่เหนื่อย แน่นอกลดลง pain score 3/10 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 40 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 98/53 มิลลิเมตรปรอท SpO_2 =98% capillary refill time น้อยกว่า 2 วินาที ติดตามประเมินทุก 10 นาที ปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจที่โรงพยาบาลแม่ข่าย ให้ส่งสวนหัวใจด้วยบอลลูน โดยให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติเพื่อยินยอมให้การรักษาตามแนวทาง โดยให้ Copidogel 75 mg. เพิ่ม 4 tab O stat ระหว่างประสานส่งต่อ พบชีพจร 40 ครั้ง/นาที ไม่เหนื่อย Pain score 3/10 คะแนน รายงานแพทย์มีคำสั่งให้ Adrenaline 1:10 rate 5 cc./hr. เพื่อกระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ หลังให้ยา Adrenaline ได้ติดตามอาการข้างเคียงของยาและประเมินผลการให้ยา พบการบีบตัวของหัวใจยังไม่เพิ่มขึ้น มีชีพจร อยู่ระหว่าง 42-44 ครั้ง/นาที แพทย์เวรประจำห้องฉุกเฉินปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโรคหัวในโรงพยาบาลแม่ข่ายอีกครั้ง แจ้งให้ on External Pacing ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้ากังวล อธิบายแนวทางการรักษาข้อดีและข้อเสียของการรักษาและภาวะเสี่ยงที่เกิดขึ้นให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ ก่อน-หลัง on External Pacing มีการติดตาม pain score ผู้ป่วยแจ้งสามารถทนได้ pain score เท่ากับ 3/10 คะแนน ส่งผู้ป่วยไปทำส่งสวนหัวใจด้วยบอลลูน (Percutaneous Coronary Intervention) ที่โรงพยาบาลแม่ข่าย โดยมีการเตรียมรถ Ambulance และเครื่องมือที่ใช้ช่วยชีวิตพร้อมใช้ EKG monitor, SpO_2 กล่องยาฉุกเฉิน โดยมีพยาบาลส่งต่อ 2 คน มีการทบทวนการใช้เครื่องมือ และการ

บริหารยา HAD ขณะนำส่งผู้ป่วย มีการเฝ้าระวังสัญญาณชีพทุก 10 นาที พบความดันโลหิตเฉลี่ยอยู่ที่ 81/48 - 87/45 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 42-64 ครั้ง/นาที หายใจ 18-22 ครั้ง/นาที SpO_2 = 95-97% รายงานแพทย์เวรให้ Load NSS 300 cc then 60 cc./hr. ปรับ rate Adrenaline 1:10 rate เป็น 10 cc./hr. keep MAP = 65 เวลา 15.17 น. เคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยโรคหัวใจโดยมีเครื่องติดตาม Vital sign Monitor EKG 3 lead ตลอดระยะทางการนำส่งและส่งต่อข้อมูล สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 87/45 มิลลิเมตรปรอท (MAP 59) ชีพจร 51 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที SpO_2 = 96% RA pain score 3/10 คะแนน ไม่พบภาวะแทรกซ้อนรุนแรงระหว่างนำส่ง รวมระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินและส่งต่อไปโรงพยาบาลแม่ข่าย ใช้เวลา 3 ชั่วโมง 5 นาที ติดตามการรักษาพบผู้ป่วย

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI (Segment Elevation Myocardial Infarction) มีอัตราการเสียชีวิตสูงสุดของกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้งหมดผู้ป่วยร้อยละ 70 มาพบแพทย์ด้วยอาการแน่นหน้าอกแบบ typical angina และ มีภาวะช็อค ปัจจุบันการรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแบบ STEMI มีผู้ป่วยได้รับการรักษา ด้วยยาละลายลิ่มเลือดและการทำบอลลูน PCI (Percutaneous coronary intervention) เพิ่มขึ้น ทำให้อัตราตายในโรงพยาบาลมีแนวโน้มลดลง การป้องกันรักษาโรค หรือภาวะที่มีปัจจัยเสี่ยง มีความสำคัญต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ โรคเบาหวานความดันสูง ภาวะไขมันในหลอดเลือดสูง การสูบบุหรี่ ความเครียด การไม่ออกกำลังกาย การไม่รับประทานผักผลไม้ และ โรคอ้วน (Metabolic Syndrome) จะเพิ่มอุบัติการณ์การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2563)

จากการรายงานสถิติปี 2564 พบผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในประเทศไทย เสียชีวิตเป็นอันดับ 4 ของสาเหตุการตายคิดเป็นร้อยละ 29.9 ต่อประชากร 100,000 คน

สถิติผู้ป่วยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ในเขตสุขภาพที่ 6 ใน ปี 2564 - 2566 มีจำนวน ดังนี้ 8,238 ราย, 7,491 ราย และ 8,408 ราย ตามลำดับ และพบการเสียชีวิตร้อยละ 11.24, 9.05 และ 9.46 ตามลำดับ (สถาบันทรวงอก, 2566)

พยาธิสภาพ

หลอดเลือดหัวใจตีบเกิดจากการหนาตัวและแข็งตัวของผนังหลอดเลือด ทำให้การนำเลือดของหลอดเลือดโคโรนารีลดลง สืบเนื่องมาจากการมีไขมันเกาะที่ผนังหลอดเลือด หรือหลอดเลือดโคโรนารีหดเกร็งหรือมีลิ่ม หรือการรวมตัวของไขมันไปอุดตัน แต่ที่พบมากที่สุดคือ ไขมันเกาะที่ผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแข็งและช่องภายในหลอดเลือดจะตีบแคบลง ซึ่งเป็นสาเหตุให้ปริมาณเลือดไหลผ่านน้อยลง เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลงและขาดออกซิเจน การทำหน้าที่ของกล้ามเนื้อหัวใจถูกขัดขวางจากการขาดเลือดและทำให้เกิดการบาดเจ็บ และเซลล์ตาย กล้ามเนื้อหัวใจตายได้ เมื่อขาดเลือดไปเลี้ยงประมาณ 3 ชั่วโมง และเนื้อเยื่อที่ตายจะไม่สามารถกลับคืนสภาพเดิมได้อีก (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2563)

สาเหตุ

สาเหตุที่ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายที่พบบ่อยที่สุด คือ หลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจแข็งและตีบตัน (Coronary atherosclerosis) อย่างสมบูรณ์ ทำให้เซลล์กล้ามเนื้อของหัวใจไม่ได้รับเลือดไปเลี้ยงอย่างเพียงพอ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดหลอดเลือดแดงตีบแข็ง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยที่ควบคุมได้ และ ปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้

อาการและอาการแสดง

อาการเจ็บหน้าอก (Atypical chest pain) ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน จะมีอาการเจ็บหน้าอกถึงร้อยละ 90 ส่วนที่ไม่มีอาการเจ็บหน้าอกเลยพบได้ร้อยละ 25 ลักษณะเจ็บแบบแน่น อึดอัด เหมือนมีอะไรมา บีบรัด มากดที่หัวใจ บริเวณหน้าอก กลางทรวงอก ลิ้นปี่ อาจมีอาการเจ็บร้าวไปที่ไหล่ซ้ายและขวา ข้อศอก แขน หรือร้าวไปที่ปลายนิ้ว โดยเฉพาะทางด้านนิ้วก้อย หลัง คอและขากรรไกรล่าง ระยะเวลาถ้ามีอาการเจ็บหน้าอกจากหลอดเลือดตีบ (angina pectoris) อาการเจ็บหน้าอกมีระยะเวลาไม่เกิน 15 นาที ถ้าผู้ป่วยอยู่ในภาวะเลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอ (coronary insufficiency) อาการเจ็บหน้าอกจะมีระยะเวลาไม่เกิน 30 นาที แต่ถ้าเป็นภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (acute myocardial infarction) จะมีอาการเจ็บหน้าอกนานเกินกว่า 30 นาที และมักจะมีอาการเจ็บหน้าอกเนื่องจากการออกกำลังกาย

การตรวจวินิจฉัย

การประเมินสภาพผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ประกอบด้วย

1. การซักประวัติ การสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการวินิจฉัย ได้แก่ มีประวัติการเจ็บหน้าอก เหมือนมีอะไรมาทับหรือมาบีบหัวใจ ตำแหน่งที่เจ็บอาจเจ็บบริเวณกลางอก ลิ้นปี่ อาจมีอาการเจ็บหน้าอกร้าวไปที่หัวไหล่ซ้ายหรือขวา ข้อศอก แขน หรือร้าวไปที่คอ คาง ขากรรไกร เจ็บครั้งหนึ่งนานกว่า 30 นาที
2. ระดับเอนไซม์ที่สูงขึ้น คือ Creatine Kinase – Myocadial Band (CK – MB) สูงบ่งชี้ว่ากำลังมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเกิดขึ้น (ค่าปกติของ CK – MB คือ 0 – 16 ng./mg.) ปกติภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจได้รับบาดเจ็บ ระดับ ค่า CK - MB จะสูงขึ้นทันทีในระยะ 4 – 6 ชั่วโมงหลังมีอาการ และจะมีค่าสูงสุด ใน 14 – 24 ชั่วโมงแรก ต่อจากนั้นจะกลับสู่ค่าปกติใน 3 – 4 วันที่เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย
3. การตรวจเลือดหาค่าโปรตีนพิเศษ จำนวน 2 ค่า คือ ค่า Cardiac Troponin T (cTnT) ค่าปกติ <0.2 ng./mL. ส่วนอีกตัว คือการหาค่า Cardiac Troponin I (cTnI) ค่าปกติ <0.03 ng./mL.
4. มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจเปลี่ยนแปลง ร้อยละ 80 ซึ่งแล้วแต่ความรุนแรงของตำแหน่งกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือด คือ
    - จะพบ ST segment ยกสูงขึ้น (ST elevation) ในบริเวณที่กล้ามเนื้อหัวใจได้รับบาดเจ็บ (injuryจะเห็น T wave หัวกลับ (inverted T wave) ในบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดไปเลี้ยง (ischemia)
    - จะพบ Q หรือ QS wave (pathologic Q wave) ในบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจที่ตาย (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2563)

โดยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเฉียบพลันจะมีอาการและอาการแสดง เช่น ความดันโลหิตต่ำ หรือภาวะช็อก จากหัวใจเต้นผิดปกติอาจช้าหรือเร็วจากพยาธิสภาพของโรคและเส้นเลือดที่อุดตัน ในเคสนี้พบผู้ป่วยมีภาวะหัวใจเต้นช้า จำนวน 40 ครั้ง/นาที ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ดังนี้ คือ 1. ภาวะ bradycardia และ 2. ภาวะ cardiogenic shock

cardiogenic shock ภาวะช็อกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเกิดจากการอุดกั้นการไหลเวียนเลือดของหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่มีภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) รูของหลอดเลือดตีบลงเลือดไหลผ่านลดลงไม่สามารถสูบฉีดเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ตามปกติ ทำให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนต่างๆของร่างกายได้ ทำให้ร่างกายได้รับเลือดไม่เพียงพอเกิดภาวะวิกฤตถึงขั้นเสียชีวิต

ได้จากความล้มเหลวของการบีบตัว (pump failure) ออกจากหัวใจไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้ไม่เพียงพอ ความสามารถในการสูบฉีดเลือดลดลง แต่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของปริมาณเลือดและความตึงตัวของหลอดเลือด การสูญเสียประสิทธิภาพในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจที่พบบ่อยคือ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) โดยเฉพาะกล้ามเนื้อหัวใจทางซีกซ้ายล้มเหลวจากการอุดตันของหลอดเลือด

พยาธิสภาพ เมื่อเกิดภาวะ cardiogenic shock เกิดขึ้นกับร่างกายจะมีกระบวนการและกลไกเพื่อที่จะเพิ่ม cardiac output ด้วยการกระตุ้นการทำงาน ของระบบประสาทอัตโนมัติ sympathetic และลดการทำงานของระบบ parasympathetic มีการกระตุ้นระบบ rennin-angiotensin ให้มีการดูดซึมน้ำและเกลือแร่เข้าสู่ร่างกายมากขึ้น (ถนอมศรี แดงศรี, 2561) ระยะที่ 1 เรียกว่า non progressive stage หรือ compensated stage โดยทั่วไปอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายจะมีเลือดไปเลี้ยงน้อยลง อันเนื่องมาจากภาวะ vasoconstriction ยกเว้นสมองกับหัวใจจะมีระบบ autoregulation ที่ดีมาก จนกว่าความดันโลหิตลดลงกว่า 70 มม.ปรอท ถึงจะทำให้เลือดไปเลี้ยงน้อยลง ถ้าสาเหตุช็อกได้รับการแก้ไขและร่างกายสามารถปรับตัวได้สำเร็จ เซลล์ได้รับออกซิเจนและสารอาหารอย่างเพียงพอ ร่างกายก็สามารถกลับสู่ภาวะปกติได้ แต่ถ้าร่างกายไม่สามารถปรับเข้าสู่ภาวะปกติได้ ภาวะช็อกก็ยังคงดำเนินต่อไป เซลล์จะขาดออกซิเจนมากขึ้น จนทำให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงรุนแรงขึ้น เช่น มีการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจน (Anaerobic metabolism) มีการสร้างกรด (lactic acid) มีภาวะอิเลคโทรไลท์ และกรดด่างที่ไม่สมดุล เนื้อเยื่อถูกทำลายมากขึ้น ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขภายใน 12 ชั่วโมง หลังเกิดภาวะช็อก เซลล์และอวัยวะที่สำคัญต่าง ๆ จะถูกทำลาย เรียกว่า Multiple Organ Dysfunction

การรักษาระยะเฉียบพลัน

วัตถุประสงค์สำคัญในการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด คือ การทำให้หลอดเลือดที่อุดตันหายอุดตัน โดยทำให้เลือดกลับมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจใหม่แก่ผู้ป่วยโดยเร็วที่สุด

1. ลดการทำงานของหัวใจ โดยให้ผู้ป่วยนอนพักในระยะแรกอย่างน้อย 24 – 48 ชั่วโมง ซึ่งแล้วแต่ระดับความรุนแรงของโรค และให้ยากลุ่มไนเตรท ยาปิดกั้นเบต้า
2. การใช้เครื่องมือพิเศษในการช่วยลดการทำงานของหัวใจ (Intra-aortic ballon pump) และเพิ่มการไหลเวียนของเลือดสู่กล้ามเนื้อหัวใจ ในรายที่มีภาวะหัวใจวายหรือมีภาวะช็อกเนื่องจากหัวใจ
3. การใช้อุปกรณ์เครื่องมือในการช่วยขยายรูหลอดเลือดหัวใจที่ตีบตันให้เปิดกว้างออก โดยทำให้ลิ่มเลือด ที่สลายเป็นชิ้นเล็กๆ สามารถละลายได้เองด้วยกลไกการละลายลิ่มเลือด
4. ดูแลให้มีการไหลเวียนของเลือดที่เพียงพอโดยใช้ยาต่าง ๆ แก้ไขภาวะสมดุลของกรด-ด่างรวมทั้งการทำ Intra-aortic balloon pump
5. ป้องกันและแก้ไขภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ถึงแก่กรรมได้มากที่สุด ซึ่งจะพบในระยะ 12–24 ชั่วโมง
6. การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Bypass Graft = CABG) จะทำในผู้ป่วย ที่มีข้อห้ามในการใช้อุปกรณ์เครื่องมือในการช่วยขยายหลอดเลือดหัวใจ มีการตีบของเส้นเลือดแดงไปเลี้ยงหัวใจมากกว่า 3 เส้น มีการตีบของเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ 2 เส้น และหัวใจห้องล่างซ้ายทำงานได้ไม่เต็มที่ หรือผู้ป่วยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายใน 6 ชั่วโมงแรก รวมทั้งการทำผ่าตัดฉุกเฉินในกรณีที่เกิดการอุดตันหรือมีการปริแตกของหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากการสวนหัวใจหรือภาวะช็อกจากหัวใจอย่างรุนแรง

7. ดูแลให้ยาบรรเทาอาการเจ็บ หน้าอกยาละลายลิ่มเลือด ยาต้านเกล็ดเลือด ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ยาปรับการทำงานของหัวใจและการหมุนเวียนเลือด ยาควบคุมจังหวะการเต้นของหัวใจ ตามแผนการรักษา สังเกตอาการ ข้างเคียงอย่างใกล้ชิด

8. สังเกตอาการ อาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจใจขาดเลือดได้อย่างทันท่วงที บันทึกและรายงานแพทย์

9. เตรียมยาและอุปกรณ์การช่วยชีวิตให้พร้อมใช้ ได้ทันที

10. ดูแลให้พักผ่อน อย่างเพียง ให้สิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบเหมาะแก่การพักผ่อน

11. ส่งเสริมให้ผู้ป่วย มีการขับถ่ายอุจจาระให้เป็นปกติ โดยให้รับประทานผักผลไม้กระตุ้น ให้มีกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกายอย่างเหมาะสม หลีกเลี่ยงการเบ่งถ่ายอุจจาระ ดูแลให้ยาระบายตามแผนการรักษา

12. ดูแลให้ได้สารน้ำและสารอาหารตามความเหมาะสมกับความต้องการของร่างกายและสภาวะของโรค พร้อมทั้งบันทึกน้ำปริมาณน้ำเข้า ออกจากร่างกายตามแผนการรักษา (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2563)

13. เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษา เช่น ตรวจเอ็นไซม์จากกล้ามเนื้อหัวใจ ตรวจค่าการแข็งตัวของเลือด ตรวจเคมีคลินิกเป็นต้น

การป้องกันโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

1. การออกกำลังกายสม่ำเสมอช่วยลดระดับคอเลสเตอรอล ลดความดันโลหิต ลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ ลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือดและลดการเกาะกันของหลอดเลือด

2. ความอ้วน ในคนที่อ้วนลงพุงจะมีไขมันในเลือดสูง ความอ้วนพิจารณาจากดัชนีมวลกายไม่ควรเกิน 22.9 นอกจากนี้ยังพิจารณาจากเส้นรอบเอว ผู้ชายไม่ควรเกิน 90 เซนติเมตร และผู้หญิงไม่ควรเกิน 80 เซนติเมตร

3. การไม่สูบบุหรี่ สารนิโคตินในบุหรี่จะกระตุ้นการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น เพิ่มปริมาณไขมันในเลือดให้สูงขึ้น คาร์บอนมอนนอกไซด์จะไปแย่งออกซิเจนจับกับฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง มีผลทำให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับออกซิเจนลดลง

4. ปรับบุคลิกภาพ ถ้ามีลักษณะเป็นคนจริงจัง เคร่งเครียด ฉุนเฉียว หงุดหงิดง่าย จะมีผลทำให้ ความดันโลหิตสูงขึ้น เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ หัวใจทำงานหนักมากขึ้น มีผลเร่งการขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจ (เกรียงไกร เฮงรัศมี, 2561).

ระยะเวลาที่ดำเนินการ

วันที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล	วันที่ 4 ธันวาคม 2566 เวลา 12.12 น.
วันที่จำหน่ายออกจากความดูแล	วันที่ 4 ธันวาคม 2566 เวลา 15.17 น.
รวมจำนวนวันที่รับไว้ในความดูแล	3 ชั่วโมง 5 นาที

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ
ผลการประเมินภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนของกอร์ดอน

1.การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลตนเอง	กังวลกลัวอาการทรุดลงจากการเจ็บป่วยด้วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และภาวะแทรกซ้อนจากการสวนขดลวด ขาดความรู้และความเข้าใจในการดูแลตนเอง
2.โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร	รับประทานอาหาร 2 มื้อ เวลา 9, 19 น. รับประทานอาหารรสจัด มัน เค็ม ดื่มน้ำวันละ 1,000 - 1,500 มล.
3.การขับถ่ายของเสีย	การขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะปกติ
4.การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม	ออกกำลังกาย 1-2 ครั้ง/สัปดาห์
5.การพักผ่อนนอนหลับ	การดำเนินชีวิตประจำวันนอนวันละ5-8 ชั่วโมง
6.การรับรู้สติปัญญาและความเชื่อถือ	ไม่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ความจำปกติ
7.การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	ผู้ป่วยทราบการเจ็บป่วยด้วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และภาวะแทรกซ้อนจากการสวนขดลวด และห่วงภรรยา
8.บทบาทและความสัมพันธภาพในครอบครัว	สถานะคู่ สมาชิกในครอบครัวมีทั้งหมด 4 คน อาศัยอยู่กับบุตรชาย บ้าน 2 ชั้น สมาชิกในครอบครัวรักใคร่กันดี
9.เพศและการเจริญพันธุ์	มีความรู้สึกทางเพศ
10.การเผชิญความเครียด	เวลาเครียดแก้ไขโดยการสูบบุหรี่ ดื่มเบียร์ พูดคุยกับภรรยา
11.คุณค่าและความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ ชอบทำบุญช่วยเหลือคนอื่น เชื่อว่า การทำดีย่อมได้ดี ไม่ฆ่าสัตว์ตัดชีวิต

ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

1. ผิวหนังและสภาพทั่วไปภายนอก : น้ำหนัก 31.5 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 19.21 กก/ม^2 ระดับความรู้สึกปกติ ผิวหนังไม่มีแผล ไม่มีผื่น ผิวชื้นเล็กน้อย ไม่มีโรคผิวหนัง วัดอุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 40 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 101/51 mmHg, SpO_2 = 98%

2. ศีรษะ ใบหน้าและลำตัว : ศีรษะได้รูป ผมดำหยิกหยักโศก ตัดสั้นได้รูปทรง ไม่มีแผลหรือก้อนใด ๆ ไม่มีสะเก็ดหรือตุ่มหนองใบหน้า หน้าไม่บวม ไม่มี Neck vein engorged ต่อมน้ำเหลืองไม่โต คลำไม่พบก้อน

3. ทรวงอกและระบบทางเดินหายใจ : SpO_2 = 98% การขยายตัวของ ทรวงอกขณะหายใจเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ไม่มีเสียง crepitation ในปอดทั้ง 2 ข้าง อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที

4.ระบบหัวใจและหลอดเลือด : ไม่มีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด ใจสั่นคล้ายจะเป็นลม ไม่มีปลายมือปลายเท้าซีด capillary refill time น้อยกว่า 2 วินาที ไม่พบอาการบวมตามร่างกายลักษณะของ ทรวงอกปกติเสียงหัวใจ S1,S2 ปกติ ไม่มี Murmur อัตราการเต้นของหัวใจเร็วสม่ำเสมอ 41 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 101/51 มิลลิเมตรปรอท

5. ระบบต่อมน้ำเหลือง : ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ คอและขาหนีบไม่โต

6. ระบบทางเดินอาหาร : ลักษณะของหน้าท้องไม่มีผื่น เสียงเคลื่อนไหวของลำไส้ 3 - 4 ครั้ง/นาที ท้องไม่อืด กดหน้าท้องไม่แสดงสีหน้าเจ็บปวด

7. ระบบทางเดินปัสสาวะ และอวัยวะสืบพันธุ์ : ปัสสาวะไม่แสบขัด ปัสสาวะสีเหลือง วันละ 2 - 3 ครั้ง

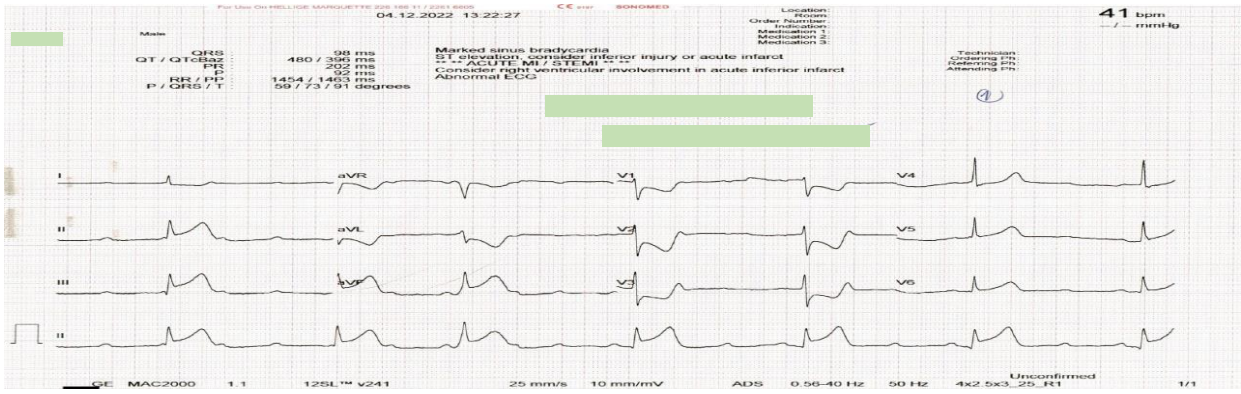
8. ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการสับสนมึนงง ไม่มีแขนขาอ่อนแรง มือ แขน ทำงานประสานกันดี ไม่มีอาการคอแข็งหรือปากเบี้ยว

9.ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก : กระดูกสันหลังอยู่ในแนวตรง ไม่เบี้ยว ไม่มีอาการข้อมือและข้อเท้าติดแข็ง ไม่มีอาการอักเสบหรือบวมแดง กล้ามเนื้อบริเวณแขนและขาไม่ลีบเล็ก

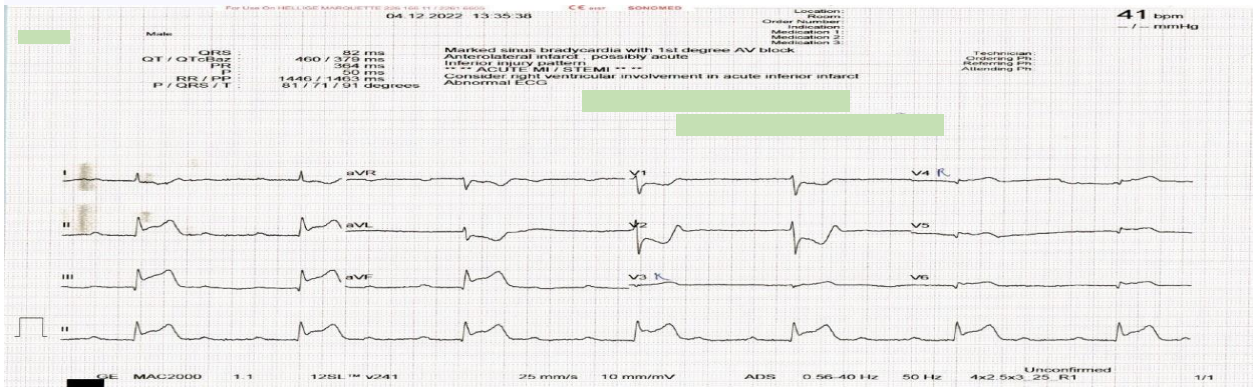
ผลการตรวจพิเศษ

ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ วันที่ 4 ธันวาคม 2566 เวลา 12.12 น. : inferior wall myocardial infarction

แปลผลและวิเคราะห์ EKG ใบที่ 1 เวลา 12.12 น.



ใบที่ 2 เวลา 12.24 น.



วิเคราะห์ ผู้ป่วยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดบริเวณเส้นเลือด Right coronary artery RCA ทำให้ EKG เปลี่ยนโดยมีการยกขึ้นของ lead II, III, aVF

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ชนิดการตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
BUN	11	7.0-20.0	ผลของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติ
Creatinine	1.10	0.8-1.3	ผลของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ชนิดการตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	แปลผล
ATK	Negative	Negative	ไม่เป็นโควิด

ชนิดการตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	แปลผล
DTX	105	70-250	ผลของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ชนิดการตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	แปลผล
PT	11.4	10.0-14.0	ผลของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติ
INR	1.0	0.7-1.3	ผลของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ชนิดการตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	แปลผล
Sodium	136	135-145	ผลของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติ
Potassium	3.8	3.6-5.0	ผลของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติ
Chloride	104	96-108	ผลของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติ
HCO3	21	21-31	ผลของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ชนิดการตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	แปลผล
Trop-I (HS)	Negative	Negative	ผลปกติ

ชนิดการตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	แปลผล
WBC	11.1 10^3/uL	4.6 - 10.6 10^3/uL	สูงกว่าปกติ
Neutrophils	51.2	50.0-70.0%	ปกติ
Lymphocyte	40.5	20.0-40.0 %	ปกติ
Monocyte	4.6	3.0-12.0%	ปกติ
Eosinophils	3.2	0.5-5.0%	ปกติ
Basophils	0.5	0.0-1.0	ปกติ
RBC	4.77	4.00-5.50	ปกติ
Hb	15	14 – 18 g/dL	ปกติ
Hct	45	42 - 52%	ปกติ
MCV	94.6	80-100%	ปกติ
MCH	31.7	27-34pg	ปกติ

MCHC	33.5	32-36 g/dL	ปกติ
RDW	13.8	-	ปกติ
Platelet Count	197	100-300 10*3cell	ปกติ
RBC Morphology	normal	normal	ปกติ
Atypical Lymphocyte	-	3%	ปกติ
Microcyte	-		
Hypochromia	-		
Taget cell	-		
Ovalocyte	-		
Sphenocyte	-		
Anisocytosis	-		
Poikilocytosis	-		
Polychromasia	-		
Other	-		
วิเคราะห์และแปลผล มีค่าผิดปกติ เซลล์เม็ดเลือดขาวสูงกว่าปกติ เนื่องมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันร่างกายมีการอักเสบ			

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย (Final Diagnosis)

ST-segment elevation myocardial infarction, STEMI

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. มีภาวะ Cardiogenic Shock จากภาวะหัวใจล้มเหลว จากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
2. มีโอกาสทรุดลงขณะส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย
3. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล เกี่ยวกับความเจ็บป่วย เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 เกิดภาวะ Cardiogenic shock จากภาวะจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยให้ประวัติว่า เจ็บแน่นกลางอกด้านซ้าย เหมือนมีของหนักมาทับ
2. EKG : ST Elevate ll, lll, avF /EKG ใบที่ 2 พบ ST Elevate ll, lll, avF
3. มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Bradycardia ชีพจร 40 ครั้ง/นาที
4. ความดันโลหิต 101/51 mmHg (MAP 67)
5. Pain Score 7/10 คะแนน
6. ไม่มีปัสสาวะออก

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจาก Cardiogenic Shock

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4V5M6
2. ผู้ป่วยผู้ป่วยไม่มีภาวะ Cyanosis
3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ดังนี้
   - ความดันโลหิตค่า Systolic blood pressure>90 และ Diastolic blood pressure >60 mmHg . Mean Arterial Pressure (MAP=65)
   - อัตราการเต้นของชีพจรแรงสม่ำเสมอ 60-120 ครั้ง/นาที
   - อัตราการหายใจแรงสม่ำเสมอ 16-20 ครั้ง/นาที
   - SpO_2 = 95% RA
4. Capillary filling time น้อยกว่า 2 วินาที (ในภาวะช็อกเมื่อกดปลายเล็บมือแล้วปล่อยเนื้อใต้เล็บที่ถูกกดจนซีดจะแดงขึ้นช้ากว่าปกติ ในคนปกติเนื้อใต้เล็บจะแดงขึ้นทันทีภายในหนึ่งวินาทีที่เล็บถูกกด
5. pain Score ลดลง
6. Urine out put ออก 0.5 -1 cc./kg./hr.

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียงอย่างสมบูรณ์ ใน Zone ดูแล STEMI จัดนอนยกเท้าสูง 30 - 45 องศา เพื่อให้เลือดไหลกลับหัวใจเพิ่มขึ้น ลดการทำงานของหัวใจ งดทำกิจกรรมเพื่อลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ
2. ทำคลื่นไฟฟ้าหัวใจทั้ง 12 lead ขณะที่มีอาการเจ็บหน้าอก อ่านผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ Inferior wall MI พยาบาลทำการบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจเพิ่มใน lead V3R, V4R เพื่อประเมิน Right Ventricular Infarction (RV MI) รายงานแพทย์ทันที และประกาศ Code STEMI
3. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด 0.9% NSS 1,000 ml vein drip 60 ml/hr. โดย Infusion pump เจาะที่แขนซ้ายและเจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแนวทาง STEMI ได้แก่ CBC, BUN, Cr, Coag, Trop-I,
4. ตรวจ ATK เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค
5. ปรึกษาแพทย์โรงพยาบาลพระปกเกล้าพร้อมทั้งรายงานผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หลังจากนั้นประสาน Refer Coronary Care Unit (CCU) โรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อทำ Percutaneous Coronary Intervention (PCI) ตามแผนการรักษาที่เหมาะสม
6. ดูแลให้ยา ASA (81 mg) 4 tabs, Plavix 8 tabs, Rosuvastatin 1 tab เพื่อป้องกันการรวมตัวของเกล็ดเลือด และต้านการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงหลังได้รับยา เช่น จ้ำเลือด, เลือดออกไรฟัน
7. ดูแลช่วยแพทย์ทำ Transcutaneous pacemake และ Monitor EKG ติดตามการทำงานของเครื่องหมวด Fix mode และติดตามการเต้นของหัวใจ ประเมินความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดเพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลง ตลอดระยะเวลาที่ได้รับการรักษาพยาบาล

8. ประเมินและบันทึกระดับความรุนแรงของอาการด้วย pain score 0 - 10 เฝ้าระวังสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง เช่น แน่นหน้าอก เหงื่อออก หายใจเหนื่อย โดยเฉพาะอาการเขียว ตามริมฝีปาก ปลายมือปลายเท้า รายงานแพทย์ให้ยาระงับปวด Morphine เข้าทางหลอดดำ ถ้าอาการเจ็บหน้าอกระดับ 7 - 10 คะแนน ผู้ป่วยรายนี้ PS 3 คะแนน จึงไม่ได้รักษาอาการปวดแน่นหน้าอก

9. พูดคุยให้กำลังใจอยู่เป็นเพื่อนขณะทำการรักษาพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลและร่วมมือในการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์

10. วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต ชีพจร และอัตราการหายใจ ระหว่างมีอาการทุก 15 นาที อย่างต่อเนื่อง

11. ประเมินปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจโดยประเมินความแรง จังหวะการเต้นของชีพจร อาการหน้ามืด เวียนศีรษะ ผิวเย็นซีด ความดันโลหิตต่ำ ถ้าพบผิดปกติรีบรายงานแพทย์ทราบ

12. ติดตามคลื่นไฟฟ้าและจังหวะการเต้นของหัวใจจาก เครื่อง Monitor อย่างต่อเนื่อง และ ประเมินผิดปกติ เช่น พบมี ชีพจร 40 ครั้ง/นาที แสดงให้เห็นว่า มีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน รายงานแพทย์ทันที

13. เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ สังเกตประเมินอาการเจ็บหน้าอก หัวใจเต้นผิดปกติ เต้นเร็ว เต้นช้า ความดันโลหิตต่ำ

14. เตรียมอุปกรณ์การช่วยฟื้นคืนชีพ เตรียมยาและอุปกรณ์ช่วยชีวิตไว้ให้พร้อม เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที

15. ติดตามและประเมินจำนวนปัสสาวะต่อชั่วโมงโดยการสวนคาสายสวนปัสสาวะไว้ เพื่อเฝ้าระวังภาวะช็อกจากกล้ามเนื้อหัวใจทำงานไม่มีประสิทธิภาพ

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง E4V5M6 ผิวหนังอุ่น ไม่มีภาวะ Cyanosis ประเมิน pain Score 3/10 คะแนน, Capillary filling time น้อยกว่า 2 วินาที วัดสัญญาณชีพ, ชีพจรอยู่ระหว่าง 40-42 ครั้ง/นาที, หายใจ 20 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 96/47 mmHg (MAP63), SpO_2= 96 %, Intake 360 cc. Urine out-put ออกคาสายระหว่างส่งต่อ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 มีโอกาสทรุดลงขณะส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการจุกแน่นหน้าอก ร้าวไปอกซ้าย pain Score 7/10 คะแนน
2. ผลการตรวจ EKG พบ ST elevate ll, lll, aVF มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Bradycardiaชีพจร 40 ครั้ง/นาที ขณะอยู่ที่ห้องฉุกเฉิน EKG มี Complete heart block จำเป็นต้อง On External Pacing ระหว่างนำส่ง
3. ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพ ระหว่างนำส่ง ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 68/42 mmHg ชีพจร 52 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที SpO_2 = 97%, Pain score 3/10 คะแนน
4. Urine Out-put ออกคาสาย ระหว่างส่งต่อ

วัตถุประสงค์

เพื่อแก้ไขและเฝ้าระวังอาการทรุดลงขณะส่งต่อ

เกณฑ์การประเมินผล

1 ระหว่างเคลื่อนย้าย ผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกที่รุนแรงขึ้น Pain Score น้อยกว่า 5 คะแนน

2. คลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่เปลี่ยนหรือมีแนวโน้มไปในทางที่แย่ลง

3. ไม่มีภาวะ Internal Bleeding หลังได้รับประทานยาละลายลิ่มเลือด

4. สัญญาณชีพปกติ

- ความดันโลหิตค่า Systolic blood pressure >90 mmHg.
  และ Diastolic blood pressure >60 mmHg. Mean Arterial Pressure (MAP=65)
- อัตราการเต้นของชีพจรแรงสม่ำเสมอ 60 - 100 ครั้ง/นาที
- อัตราการหายใจแรงสม่ำเสมอ 16 - 20 ครั้ง/นาที
- SpO_2 = 95% RA

5.Urine out put ออก 0.5 - 1 cc./kg./hr.

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการเจ็บแน่นหน้าอกโดยใช้ Pain score และบันทึกระดับความรุนแรง อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยระหว่างนำส่งผู้ป่วยไปห้องผู้ป่วยหนัก
2. On monitor SpO_2 และคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การวัดสัญญาณชีพ โดยประเมินสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดทุก 10 นาที
3. เฝ้าระวัง แผ่น External pacing ไม่ให้หลุดเคลื่อน พร้อมดูการ capture ของเครื่องเพื่อรายงานการรักษากับแพทย์และป้องกันการทรุดลงขณะส่งต่อ
4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษาโดยรักษาระดับ SpO_2ที่วัดจากปลายนิ้วมากกว่า 95%
5. เฝ้าระวังภาวะ Internal bleeding ทั้งในระบบทางเดินอาหาร และระบบทางเดินปัสสาวะโดยสังเกตว่าผู้ป่วยมีอาเจียนเป็นเลือด มีเลือดออกตามไรฟัน หรือมีเลือดปนมากับอุจจาระ ปัสสาวะ หรือไม่
6. จัดให้ผู้ป่วยนอนบนรถยกเท้าสูง 30-45 องศา ยกที่กั้นเปลขึ้นป้องกันผู้ป่วยตกเตียง
7. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ให้ได้ตามการรักษาโดยใช้เครื่องควบคุมจำนวนหยดสารละลาย (Infusion pump)
8. เตรียมยาช่วยชีวิตและเครื่องมือให้พร้อมใช้ระหว่างการส่งต่อและประสานรถ ambulance ให้พร้อมใช้งาน
9. เตรียมบุคลากร และการประสานงานเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินกับผู้ป่วย

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกลดลง pain score 3/10 คะแนน ระหว่างเคลื่อนย้าย คลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่เปลี่ยนแปลงในทางที่แย่ลง ไม่พบว่ามีภาวะ Bleeding ทั้งในระบบทางเดินอาหารและระบบทางเดินปัสสาวะ สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 81/48 มิลลิเมตรปรอท (MAP=59) ชีพจร 52 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที SpO_2 = 97% ปัสสาวะออกคาสายสวน อุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้ monitor ผู้ป่วยไม่เลื่อนหลุด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล เกี่ยวกับความเจ็บป่วย เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยและญาติสอบถามตนเองเป็นโรคอะไร และรุนแรงขนาดไหน สอบถามการรักษาที่จะไปโรงพยาบาลพระปกเกล้า ภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดคืออะไร
2. ผู้ป่วยและญาติสีหน้ากังกล

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสีหน้าคลายกังวล ให้ความยินยอมในการรักษาและเข้าใจภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วย และญาติ สีหน้า คลายกังวล
2. ผู้ป่วย และญาติ เข้าใจและยอมรับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

กิจกรรมพยาบาล

1. อธิบายแนวทางการรักษาของโรคในภาวะฉุกเฉินและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย
3. เปิดโอกาสและสนับสนุนเป็นสื่อกลางให้ผู้ป่วยและญาติได้พูดคุยและรับฟังคำอธิบาย ถึงอาการ และแผนการรักษา ผลดี และภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้นได้กับแพทย์ผู้ทำการรักษา
4. ประเมินผู้ป่วยตามมาตรฐาน และแจ้งเหตุผลทุกครั้งในการพยาบา

การประเมินผล

หลังได้รับทราบข้อมูลผู้ป่วย และญาติ สีหน้า คลายกังวลลง ยิ้มแย้มขณะพูดคุย บอกว่าสบายใจขึ้น และสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ถูกต้อง

การนำไปใช้ประโยชน์

นำไปใช้เป็นคู่มือ แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะช็อกสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล ในการประเมินผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะช็อก วางแผนการพยาบาลปฏิบัตการพยาบาล ส่งต่อข้อมูลการรักษาได้ถูกต้อง ใช้เป็นหลักฐานทางบันทึกทางการพยาบาลได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการประเมิน การรักษาได้ถูกต้องและต่อเนื่อง บุคลากร ใช้แบบประเมินและการสื่อสารส่งเวรเรียงตามลำดับการรักษาเพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนของข้อมูล

ผลสำเร็จของงาน

ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะช็อก จำนวน 1 ราย วันที่รับไว้ในความดูแล 4 ธันวาคม 2566 เวลา 12.12 น. จำหน่ายจากการดูแล วันที่ 4 ธันวาคม 2566 เวลา 15.17 น. รวมจำนวนเวลาที่รับไว้ในความดูแล 3 ชั่วโมง 5 นาที

ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

หลังจากให้การพยาบาลและติดตามทบทวนผลการรักษา พบว่าผู้ป่วยได้รับการพยาบาลการดูแลการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสม โดยผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคและกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ กลับมาเป็นผู้นำครอบครัว ชุมชน และเจ้าหน้าที่มีการพัฒนาความรู้ ความสามารถทางด้านวิชาการและการเพิ่มทักษะในการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นการเพิ่มศักยภาพของตนเองและวิชาชีพการพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

เกรียงไกร เฮงรัศมี. (2561). *มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว.* สถาบันทรวงอก กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

จริยา ตันติธรรม. (2557). *กลยุทธ์การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.* สำนักพิมพ์นิติบรรณการ.

รัชนี แซ่ลี้และคณะ. (2020). *คู่มือการช่วยชีวิตขั้นสูงสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ปี ค.ศ.2020 ACLS Provider Manual*. ปัญญามิตรการพิมพ์.

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2563). *แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.* สมุทรปราการ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดเนคสเตปดีไซน์.

สรายุทธ วิบูลชุติกุลและคณะ. (2564). *Drug and drug administration in CPR algorithms*.

สำอางค์ ตันวิเชียร. (2557). *สมรรถนะของพยาสบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดสมุทรสาคร*. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

อนุแสง จิตสมเกษม. (2560). *ภาวะช็อกจากหัวใจ (Cardiogenic Shock)*. ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช.