



รายงานกรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน STEMI

สุมานี หิรัญรัตน์ พย.บ.

งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเกาะช้าง

E-mail : girl_zaa087@hotmail.com

บทคัดย่อ

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 47 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัว อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงโรคไขมันในเลือดสูง ผู้ป่วยขอปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาเป็นระยะเวลา 2 ปี มีประวัติแพ้ยา Tramadol ไม่มีประวัติแพ้อาหาร มีประวัติดื่มกาแฟ 10 ซองต่อวัน สูบบุหรี่ 20 มวน ต่อวัน ดื่มเบียร์ 2 - 3 ขวดต่อวัน เข้ารับการรักษาเมื่อวันที่ 1 เมษายน 2566 เวลา 08.38 น. ด้วยอาการเจ็บหน้าอกซ้ายหลังจากยกของหนัก หายใจเข้าออกมีอาการเจ็บหน้าอก ไม่มีร้าวไปไหน ไม่มีเหงื่อออก นอนราบได้ปกติ ไม่มีหน้ามืด เป็นมา 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ถึงห้องฉุกเฉินเวลา 08.38 น. พยาบาลห้องฉุกเฉินซักถามอาการเจ็บหน้าอก ไม่มีปวดร้าวไปไหน นอนราบได้ ระดับความเจ็บปวดผู้ป่วยให้คะแนนความเจ็บปวด 5 คะแนน เวลา 08.40 น. นำผู้ป่วยเข้าห้องฉุกเฉิน ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจครั้งที่ 1 ผล ST elevation at V2-3 deep Q V1-3 รายงานแพทย์ทันที แพทย์ตรวจร่างกาย CVS normal S1S2, no murmur, RS clear, Ext no edema ระดับความเจ็บปวด 5 คะแนน เวลา 08.50 น. ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจครั้งที่ 2 ผล ST elevation at V2-3 deep Q V1-3 แพทย์สงสัยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ส่งผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจครั้งที่ 2 ให้แพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ เริ่มยา Rosuvastatin 10 มิลลิกรัม 2 เม็ด ทางปาก Clopidogrel 75 มิลลิกรัม 4 เม็ดรับทางปาก Aspirin 81 มิลลิกรัม 4 เม็ดให้เคี้ยว Isodril 5 มิลลิกรัม 1 เม็ด อมใต้ลิ้น เวลา 08.50 น. ตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Troponin I, PT, INR, CBC, BUN, Cr, Electrolyte, Liver function test, Urine Analysis, DTX เวลา 08.50 น. ผลตรวจ Troponin I negative เวลา 09.00 น. ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจครั้งที่ 3 พร้อมส่งผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจครั้งที่ 3 ให้แพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ แพทย์โทรปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน STEMI เวลา 09.02 น. มีแผนการรักษาให้ ฉีดยา Chlorpheniramine 10 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ Metoclopramide 10 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ เวลา 09.05 น. เริ่มให้ยา Streptokinase injection 1.5 MU +NSS 100 cc IV drip in 1 ชั่วโมง ทางหลอดเลือดดำ สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/55 มิลลิเมตรปรอท ค่าอิมตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 97 เปอร์เซ็นต์ เวลา 09.20 น. หลังจากได้รับยา Streptokinase injection 1.5 MU ทางหลอดเลือดดำ 50 มิลลิลิตร มีผื่นแดงตามร่างกาย ไม่มีจุกแน่นหน้าอก สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 60 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/51 มิลลิเมตรปรอท ค่าอิมตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 97 เปอร์เซ็นต์ รายงานแพทย์รับทราบ แพทย์วินิจฉัยเป็น Anaphylaxis แพทย์มีแผนการรักษาให้หยุดการให้ยา Streptokinase injection 1.5 MU ทางหลอดเลือดดำ เวลา 09.22 น. งดฉีดยา Dexamethasone 8 มิลลิกรัมเข้าทางหลอดเลือดดำ สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 66/39 มิลลิเมตรปรอท ค่าอิมตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 98 เปอร์เซ็นต์ เวลา 09.25 น. ดูแลให้



Sodium Chloride 1000 มิลลิกรัม โหลดเข้าทางหลอดเลือดดำ 500 มิลลิกรัม ผื่นแดงตามร่างกายเพิ่มมากขึ้น ดูแลฉีดยา Adrenaline 0.5 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อต้นขา เวลา 09.35 น. สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 96 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 84/51 มิลลิเมตรปรอท ค่าอิมตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 97 เปอร์เซ็นต์ แพทย์มีการรักษาให้ Sodium Chloride 1000 มิลลิกรัม โหลดเข้าทางหลอดเลือดดำต่ออีก 500 มิลลิกรัม แพทย์โทรปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจมีความเห็นสมควรให้ยา Streptokinase injection 1.5 MU ทางหลอดเลือดดำต่อได้จนยาหมด ให้เฝ้าระวังภาวะช็อกจากการแพ้ยาอย่างใกล้ชิด มีแผนการรักษาให้แก้อาการแพ้ยาและภาวะช็อกให้กับผู้ป่วยจนสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ที่แพทย์เห็นสมควรให้ยา Streptokinase ต่อได้จนยาหมด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ผู้ป่วยมีอาการคันตามร่างกาย ปัสสาวะ อุจจาระเบื่อนางแดง 1 ครั้ง แสบร้อนผิวหนังบริเวณที่ให้ยา Streptokinase เวลา 09.40 น. สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 94 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 96/54 มิลลิเมตรปรอท ค่าอิมตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 98 เปอร์เซ็นต์ เวลา 09.45 น. ได้รับ Sodium Chloride 1000 มิลลิกรัม โหลดเข้าทางหลอดเลือดดำจนครบ 500 มิลลิกรัม สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 96/55 มิลลิเมตรปรอท ค่าอิมตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 98 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำตามสั่งได้ ผื่นแดงตามร่างกายลดลง ไม่มีแน่น ดูแลให้ Sodium Chloride 1000 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ 80 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง เวลา 09.55 น. สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 109/55 มิลลิเมตรปรอท ค่าอิมตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 98 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง แพทย์มีแผนการรักษาส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลตราด ขณะอยู่ในรถผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง เวลา 10.00 น. สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจรอยู่ในช่วง 92 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 107/61 ค่าอิมตัวของออกซิเจนปลายนิ้วอยู่ในช่วง 98 เปอร์เซ็นต์ Pain score อยู่ที่ 2 ผู้ป่วยไม่มีอาการเหงื่อออก ตัวเย็น ผื่นตามร่างกายลดลง ไม่มีแน่นหน้าอก ไม่มีเจ็บหน้าอก มีพยาบาลช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยมีเครื่องติดตาม Vital sign และมีการติดตาม Monitor EKG 3 lead ตลอดระยะทางการนำส่งและมีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยกับพยาบาลผู้ป่วยหนักโรคหัวใจโรงพยาบาลแม่ข่าย รวมระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยระหว่างส่งต่อ 30 นาที ติดตามผู้ป่วยจากการตอบกลับการรักษาของโรงพยาบาลแม่ข่าย ผู้ป่วยนอนรักษาที่ตึกผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลตราด จำนวน 1 วัน ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก Trop I negative EKG (วันที่ 3 เมษายน 2567) NSR, STE at V1-V2 1.5 มิลลิเมตร วินิจฉัย Septal wall STEMI และส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นโรคที่อันตรายและมีอัตราการตายสูง จากการรายงานการเสียชีวิตของประชาชนในประเทศไทย พบว่ามีการเสียชีวิตด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในปี พ.ศ. 2564 – พ.ศ. 2566 ร้อยละ 4.90 , 5.09 และ 5.03 (ศรินรัตน์ ศรีประสงค์, 2557) ในเขตสุขภาพที่ 6 ใน พ.ศ. 2564 - พ.ศ. 2566 ร้อยละ 11.24, 9.05 และ 9.46 (สถาบันทรวงอก, 2566) และสถิติการเสียชีวิต จังหวัดตราด ใน พ.ศ. 2564 - พ.ศ. 2566 พบการเสียชีวิตร้อยละ 4.50, 4.71 และ 1.95

จากสถิติของผู้รับบริการของห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเกาะช้าง มีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มารับการรักษา ใน พ.ศ. 2564 - พ.ศ. 2566 จำนวน 5, 6, 8 ราย พบว่ามีการเสียชีวิตด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ใน พ.ศ. 2564 – พ.ศ. 2566 จำนวน 1, 1, 2 ราย จากผลข้างเคียงหลังได้รับยา Streptokinase และจากภาวะแทรกซ้อนของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน STEMI

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน STEMI (ST-segment elevation myocardial infarction)

คือ ความผิดปกติที่เกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลายเสียหายจากการที่เลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นไม่เพียงพอ เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงเป็นเวลานาน ทำให้การเผาผลาญของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจหยุดลงและตายในที่สุด ผู้ป่วยอาจมีอาการและอาการแสดง ได้แก่ เจ็บหน้าอก เหงื่อออก ตัวเย็น อ่อนเพลีย กระสับกระส่าย หายใจลำบาก ความดันโลหิตต่ำลง ชีพจรเร็ว คลื่นไส้ อาเจียน มีไข้ต่ำ บางรายอาการรุนแรงถึงช็อกหรือมีสภาวะปอดบวม น้ำ หัวใจด้านซ้ายวายได้

พยาธิสภาพ หลอดเลือดหัวใจตีบเกิดจากการหนาตัวและแข็งตัวของผนังหลอดเลือด ทำให้การนำเลือดของหลอดเลือดโคโรนารีลดลง สืบเนื่องมาจากการมีไขมันเกาะที่ผนังหลอดเลือด หรือหลอดเลือดโคโรนารีหดเกร็ง หรือมีลิ้มเลือด หรือการรวมตัวของไขมันไปอุดตัน แต่ที่พบมากที่สุดคือ ไขมันเกาะที่ผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแข็งและช่องภายในหลอดเลือดจะตีบแคบลง ซึ่งเป็นสาเหตุให้ปริมาณเลือดไหลผ่านน้อยลง เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลงและขาดออกซิเจน การทำหน้าที่ของกล้ามเนื้อหัวใจถูกขัดขวางจากการขาดเลือด และทำให้เกิดการบาดเจ็บ และเซลล์ตาย กล้ามเนื้อหัวใจตายได้ เมื่อขาดเลือดไปเลี้ยงประมาณ 3 ชั่วโมง จะไม่สามารถกลับคืนสภาพเดิมได้อีก(วิวรรณ ทังสุบุตร, 2559)

สาเหตุ ที่ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายที่พบบ่อยที่สุด คือ หลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจแข็งและตีบตัน (Coronary atherosclerosis) อย่างสมบูรณ์ ทำให้เซลล์กล้ามเนื้อของหัวใจไม่ได้รับเลือดไปเลี้ยงอย่างเพียงพอ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดหลอดเลือดแดงตีบแข็ง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยที่ควบคุมได้โรคเรื้อรังต่างๆ เช่น เบาหวานความดัน ความเครียด และปัจจัยกระตุ้น การสูบบุหรี่ และ ปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ เพศ และ อายุ (เกรียงไกร เสงี่ยมิ. 2561).

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด แบ่งตามลักษณะอาการทางคลินิกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

1. Unstable angina (UA) เป็นกลุ่มอาการเจ็บหน้าอกเฉียบพลัน คลื่นไฟฟ้าหัวใจ Electrocardiogram ไม่มี ST segment elevation แต่มี ST segment depression หรือ T wave inversion และไม่มี cardiac biomarkers

2. Non-ST-Elevation myocardial infarction (Non Q-wave MI หรือ NSTEMI) เป็นกลุ่มอาการที่คลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่มี ST segment elevation แต่มี ST segment depression หรือ T wave inversion และพบ cardiac biomarkers positive ซึ่งแสดงถึงกล้ามเนื้อหัวใจตาย และเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด Q-wave

3. ST-Elevation myocardial infarction (STEMI) เป็นกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายที่คลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST segment elevation และพบ cardiac biomarkers positive ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตกะทันหัน แต่ถ้าหากผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลรักษา ที่ถูกต้อง รวดเร็ว จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2563)

อาการและอาการแสดง

1. อาการเจ็บหน้าอก (Atypical chest pain) ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน จะมีอาการเจ็บหน้าอกถึงร้อยละ 90 ส่วนที่ไม่มีอาการเจ็บหน้าอกเลยพบได้ร้อยละ 25 ลักษณะเจ็บแบบแน่น อึดอัดเหมือนมีอะไรมาบีบรัดมากที่หัวใจ บริเวณหน้าอก กลางทรวงอก ลึนปี่ อาจมีอาการเจ็บร้าวไปที่ไหล่ซ้ายและขวา ข้อศอก แขนหรือร้าวไปที่ปลายนิ้วโดยเฉพาะทางด้านนิ้วก้อย หลัง คอและขากรรไกรล่าง ระยะเวลาถ้ามีอาการเจ็บหน้าอกจากหลอดเลือดตีบ (angina pectoris) อาการเจ็บหน้าอกมีระยะเวลาไม่เกิน 15 นาที ถ้าผู้ป่วยอยู่ในภาวะเลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอ (coronary insufficiency) อาการเจ็บหน้าอก จะมีระยะเวลาไม่เกิน 30 นาที แต่ถ้าเป็นภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (acute myocardial infarction) จะมีอาการเจ็บหน้าอกนานเกินกว่า 30 นาทีและมักจะมีอาการเจ็บหน้าอกเนื่องจากการออกกำลังกาย

2. ความดันโลหิตต่ำ หรือภาวะช็อก อาจเริ่มด้วยอาการเขียวตามปลายมือปลายเท้า หัวใจเต้น ผิดปกติช้าหรือเร็ว ชีพจรเบา เนื่องจากอาการเจ็บหน้าอกหรือปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลงและถ้าเลือดไปเลี้ยงสมองลดลงอย่างทันทีทันใดจะทำให้ผู้ป่วยเป็นลมหมดสติ

3. มีไข้ เนื่องจากมีกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบและมีกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งอาการไข้จะลดลงภายใน 3 – 7 วัน

4. อาการคลื่นไส้และอาเจียน เนื่องจากความเจ็บปวดอย่างรุนแรงไปกระตุ้นให้อาเจียน หรือจากบริเวณที่มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจส่งผลสะท้อนกลับไปยับยั้งการทำงานของระบบทางเดินอาหาร

5. เหงื่อออก ตัวเย็น เนื่องจากระบบประสาทซิมพาเทติกถูกกระตุ้นโดยแคทีโคลามีน ทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัวจะมีอาการชืดและตัวเย็น

6. มีเลือดคั่งในปอด (Pulmonary edema) ทำให้มีอาการหายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ กระทบกระส่าย ไอมีเสมหะเป็นฟอง ซึ่งเป็นอาการที่แสดงถึงภาวะที่หัวใจห้องล่างซ้ายทำงานได้น้อยลง อาการอื่นๆ เช่น ปัสสาวะลดลง ตับโต แขนขาบวม มีหลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง (เกรียงไกร เฮงรัศมี, 2561)

การตรวจวินิจฉัย

การประเมินสภาพผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ประกอบด้วย

1. การซักประวัติ การสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการวินิจฉัย ได้แก่ มีประวัติการเจ็บหน้าอก เหมือนมีอะไรมาทับหรือมาบีบหัวใจ ตำแหน่งที่เจ็บอาจเจ็บบริเวณกลางอก ลึนปี่ อาจมีอาการเจ็บร้าวไปที่ไหล่ซ้ายหรือขวา ข้อศอก แขน หรือร้าวไปที่คอ คาง ขากรรไกร เจ็บครั้งหนึ่งนานกว่า 30 นาที

2. ระดับเอนไซม์ที่สูงขึ้น คือ Creatine Kinase – Myocardial Band (CK – MB) สูงบ่งชี้ว่ากำลังมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเกิดขึ้น (ค่าปกติของ CK – MB คือ 0 – 16 ng/mg.) ปกติภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจได้รับบาดเจ็บ ระดับ ค่า CK-MB จะสูงขึ้นทันทีในระยะเวลา 4 – 6 ชั่วโมงหลังมีอาการ และจะมีค่าสูงสุดใน 14 – 24 ชั่วโมงแรก ต่อจากนั้นจะกลับสู่ค่าปกติใน 3 – 4 วันที่เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย

3. การตรวจเลือดหาค่าโปรตีนพิเศษ จำนวน ๒ ค่า คือ ค่า Cardiac Troponin T (cTnT) ค่าปกติ <๐.๐๖ng/mL ส่วนอีกตัว คือการหาค่า Cardiac Troponin I (cTnI) ค่าปกติ <๐.๐๓ ng/mL

4. มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจเปลี่ยนแปลง ร้อยละ 80 ซึ่งแล้วแต่ความรุนแรงของตำแหน่งกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือด

5. ตรวจจคลื่นไฟฟ้าหัวใจจะพบ ST segment ยกสูงขึ้น (ST elevation) ในบริเวณที่กล้ามเนื้อหัวใจได้รับบาดเจ็บ (injury)

- จะเห็น T wave หัวกลับ (inverted T wave) ในบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดไปเลี้ยง (ischemia)
- จะเห็น Q หรือ QS wave (pathologic Q wave) ในบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจที่ตาย (infarction) สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ , 2563)

การรักษาระยะเฉียบพลัน

วัตถุประสงค์สำคัญในการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด คือ การทำให้หลอดเลือดที่อุดตันหายอุดตัน โดยทำให้เลือดกลับมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจใหม่โดยเร็วที่สุด

1. ลดการทำงานของหัวใจ โดยให้ผู้ป่วยนอนพักในระยะแรกอย่างน้อย 24 – 48 ชั่วโมง ซึ่งแล้วแต่ระดับความรุนแรงของโรคและให้ยากลุ่มไนเตรท ยาปิดกั้นเบต้า
2. การใช้เครื่องมือพิเศษในการช่วยลดการทำงานของหัวใจ (Intra-aortic balloon pump) และเพิ่มการไหลเวียนของเลือดสู่กล้ามเนื้อหัวใจ ในรายที่มีภาวะหัวใจวายหรือมีภาวะช็อกเนื่องจากหัวใจ
3. การใช้อุปกรณ์เครื่องมือในการช่วยขยายหลอดเลือดหัวใจที่ตีบตันให้เปิดกว้างออก โดยทำให้ลิ้มเลือดที่สลายเป็นชิ้นเล็กๆ สามารถสลายได้เองด้วยกลไกการละลายลิ้มเลือด
4. ดูแลให้มีการไหลเวียนของเลือดที่เพียงพอโดยใช้ยาต่าง ๆ แก้ไขภาวะสมดุลของกรด-ด่างรวมทั้งการทำ Intra-aortic balloon pump
5. ป้องกันและแก้ไขภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันถึงแก่กรรมได้มากที่สุด ซึ่งจะพบในระยะ 12 – 24 ชั่วโมง
6. การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Bypass Graft = CABG) จะทำในผู้ป่วยที่มีข้อห้ามในการใช้อุปกรณ์เครื่องมือในการช่วยขยายหลอดเลือดหัวใจ มีการตีบของเส้นเลือดแดงไปเลี้ยงหัวใจมาก
6. ดูแลให้ยาบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก ยาละลายลิ้มเลือด ยาต้านเกล็ดเลือด ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ยาปรับการทำงานของหัวใจและการหมุนเวียนเลือด ยาควบคุมจังหวะการเต้นของหัวใจ ตามแผนการรักษาสังเกตอาการข้างเคียงอย่างใกล้ชิด
7. สังเกตอาการ อาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้อย่างทันที่ทั้งที่บันทึกและรายงานแพทย์
8. เตรียมยาและอุปกรณ์การช่วยชีวิตให้พร้อมใช้ได้ทันที
9. ดูแลให้พักผ่อน อย่างเพียงพอ ให้สิ่งแวดล้อมให้เจ็บสงบเหมาะสมแก่การพักผ่อน
10. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการขับถ่ายอุจจาระให้เป็นปกติ โดยให้รับประทานผักผลไม้ กระตุ้นให้มีกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกายอย่างเหมาะสม หลีกเลี่ยงการเบ่งถ่ายอุจจาระ ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา
11. ดูแลให้ได้สารน้ำและสารอาหารตามความเหมาะสมกับความต้องการของร่างกายและสภาวะของโรค พร้อมทั้งบันทึกน้ำปริมาณน้ำเข้า ออกจากร่างกายตามแผนการรักษา
12. เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษา เช่น ตรวจเอ็นไซม์จากกล้ามเนื้อหัวใจ ตรวจค่าการแข็งตัวของเลือด ตรวจเคมีคลินิก เป็นต้น (รัชณี แซ่ลีและคณะ, 2020)

การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI พยาบาลมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยอย่างถูกต้องรวดเร็ว ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามาได้รับการรักษาในโรงพยาบาล การพยาบาลขณะอยู่ที่ห้องฉุกเฉินมีดังนี้

1. การประเมินด้านร่างกาย ลักษณะสีหน้า ท่าทาง เช่น ขมวดคิ้ว ใช้มือกุมอก เหงื่อออก ตัวเย็น คล้ายเป็นลม คลื่นไส้ อาเจียน บางรายอาจมีอาการหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ร่วมด้วย

2. ประเมินระดับความรู้สึกตัวและสัญญาณชีพ ความดันโลหิตอาจสูงในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกหรือ ความดันโลหิตต่ำกรณีที่เกิดอาการช็อกจากหัวใจ (cardiogenic shock)
3. ประเมินระดับค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (oxygen saturation: SpO2) พิจารณาให้ออกซิเจนเพื่อรักษาระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดให้มากกว่า 90%
4. การประเมินและซักประวัติอาการเจ็บหน้าอกสำคัญอย่างยิ่งเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเจ็บหน้าอกตั้งแต่วินาที เจ็บนานเท่าใด ทำอย่างไรอาการเจ็บทุเลาลง
5. ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 lead ภายใน 10 นาที ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง
6. รายงานแพทย์ทราบทันที
7. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ เช่น Troponin, BUN/Creatinin, Electrolyte, PT/INR, CBC
8. ให้อาตามการรักษารักษาของแพทย์ ได้แก่ ASA (300 mg.) 4 tab เคี้ยว, Isordil (5mg.) 1 tab อมใต้ลิ้น
 - 8.1. กรณีผู้ป่วย refer for PCI ให้ Clopidogrel (75 mg.) 8 tab oral stat
 - 8.2. กรณีให้ Fibrinolytic Agents
 - อายุ 75 ปี ให้ Clopidogrel (300 mg.) oral stat
 - อายุ 75 ปี ให้ Clopidogrel (75 mg.) oral stat
9. เตรียมอุปกรณ์เครื่องมือฉุกเฉินพร้อมใช้
10. ประสานงานกับหอผู้ป่วยหนักหรือห้องสวนหัวใจและนำส่งผู้ป่วยอย่างรวดเร็วปลอดภัย

การพยาบาลขณะอยู่ห้องฉุกเฉิน

1. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง งดกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งหมดเพื่อลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพิ่มมากขึ้น
2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบเกี่ยวกับโรคและการรักษาทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล
3. ดูแลให้ออกซิเจนและวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด พร้อมทั้งมอนิเตอร์เพื่อประเมินเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง
4. วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 10 - 15 นาที และทุกครั้งที่มีอาการเจ็บหน้าอกหรือมีการเปลี่ยนแปลง
5. ดูแลให้ได้รับยาบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก ยาต้านเกล็ดเลือด ยาละลายลิ่มเลือด (กรณีที่ไม่มีข้อห้ามในการได้ยา Streptokinase : SK) ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ยาปรับการทำงานของหัวใจและการหมุนเวียนเลือด ยาควบคุมจังหวะการเต้นของหัวใจ สังเกตอาการข้างเคียงของยาอย่างใกล้ชิด
6. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ Isotonic/Crystalloid solution และสารอาหารอย่างเหมาะสมตามความต้องการของร่างกายและสภาวะของโรค พร้อมทั้งบันทึกปริมาณน้ำเข้าออกจากร่างกายตามแผนการรักษา
7. สังเกตอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การป้องกัน และลดอันตรายที่อาจเกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคและแผนการรักษา เช่น Arrhythmia, Congestive Heart Failure, Shock โดยบันทึกและรายงานแพทย์
8. เตรียมยาช่วยชีวิตให้พร้อมใช้ได้ทันที ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเฉียบพลันจะมีความเสี่ยงและอาการแสดง เช่น ความดันโลหิตต่ำ หรือภาวะช็อก จากหัวใจต้นผิดปกติอาจช้าหรือเร็วจากพยาธิสภาพของโรคและเส้นเลือดที่อุดตัน ในเคสนี้พบผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน คือ ภาวะCardiogenic shock

ภาวะCardiogenic shock ภาวะช็อกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเกิดจากการอุดตันการไหลเวียนเลือดของหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่มีภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) รูของหลอดเลือดตีบลงเลือดไหลผ่านลดลงไม่สามารถสูบฉีดเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ตามปกติ ทำให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีด



เลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนต่างๆของร่างกายได้ ทำให้ร่างกายได้รับเลือดไม่เพียงพอเกิดภาวะวิกฤตถึงขั้นเสียชีวิตได้ จากความล้มเหลวของการบีบตัว (pump failure) ออกจากหัวใจไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้ไม่เพียงพอ ความสามารถในการสูบฉีดเลือดลดลง แต่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของปริมาณเลือดและความตึงตัวของหลอดเลือด การสูญเสียประสิทธิภาพในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจที่พบบ่อยคือ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) โดยเฉพาะกล้ามเนื้อหัวใจทางซีกซ้ายล้มเหลวจากการอุดตันของหลอดเลือดที่มาเลี้ยง การอักเสบของกล้ามเนื้อหัวใจ (myocarditis) กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรง(cardiomyopathy)

สาเหตุของการเกิด Cardiogenic shock

1. การเต้นของหัวใจผิดจังหวะ (arrhythmia) เช่น ventricular fibrillation, ventricular tachycardia และการเต้นของหัวใจผิดจังหวะแบบเร็วและช้าเกินไป

2. การอุดตันการไหลของเลือด (obstructive condition) ได้แก่ การมีก้อนเลือดขนาดใหญ่อุดตันหลอดเลือดแดงปอด (pulmonary embolism) มีน้ำหรือเลือดในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ ทำให้หัวใจถูกบีบรัด

ภาวะ มีลมอัดแน่นในช่องเยื่อหุ้มปอด (tension pneumothorax) ทำให้เลือดดำไหลกลับไม่ได้และเลือดออกจากหัวใจไม่สะดวก

3. สาเหตุอื่นๆ เช่น โรคลิ้นหัวใจผิดปกติคือลิ้นหัวใจตีบ และรั่ว ทำให้เลือดผ่านเข้าออกได้น้อย ได้แก่ aortic stenosis, mitral regurgitation

อาการและอาการแสดง ผู้ป่วยจะมีอาการเหงื่อออกตัวเย็นจาก hypoperfusion คือความดันโลหิต systolic จะต่ำกว่า 90 มม.ปรอท เหงื่อออกตัวเย็นปัสสาวะออกน้อยจากมีเลือดไปเลี้ยงไตลดลง มีภาวะสะสับสนจากออกซิเจนไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ บางรายนอนราบไม่ได้ ผู้ป่วยมีภาวะ Left ventricular failure อาจมีหายใจเร็ว ไอมีเสมหะเป็นฟอง

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะ cardiogenic Shock จาก STEMI

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะปริมาณเลือดที่เข้าออกหัวใจ ใน 1 นาที เช่น ระดับความรู้สึกตัว ความดันโลหิตต่ำ ปัสสาวะออกน้อยกว่า 20 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

2. ดูแลให้สารน้ำ Isotonic solution NSS 1000 cc. rate 40 cc/hr. โดยเครื่องควบคุมสารน้ำ

3. ดูแลให้ยากระตุ้นหัวใจ (inotropes) ตามแผนการรักษา โดยเครื่องควบคุมสารน้ำ

4. ประเมินค่าออกซิเจนปลายนิ้วต่ำกว่า 90 เปอร์เซ็นต์ ให้ออกซิเจน canula 3 ลิตรต่อนาที

5. ตรวจวัดประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที โดยวัดความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ

6. ประเมินภาวะเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาที ได้แก่ ผิวหนังเย็น ชีต ปัสสาวะออกน้อย ระดับการรู้สึกตัวลดลง หน้ามืด เวียนศีรษะ เพื่อรายงานแพทย์ทราบ

7. จัดท่านอนยกเท้าสูง 30-45 องศา เพื่อเพิ่มการไหลเวียนโลหิตกลับสู่หัวใจและสมอง

8. เตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตให้พร้อมใช้งาน

ระยะเวลาที่ดำเนินงาน

เข้ารับไว้ในห้องดูแล : วันที่ 1 เมษายน 2566 เวลา 08.38 น.

จำหน่ายออกจากห้องดูแล : วันที่ 1 เมษายน 2566 เวลา 10.38 น.

รวมระยะเวลาที่รับไว้ดูแล : 2 ชั่วโมง (ดูแลในห้องฉุกเฉิน 1 ชั่วโมง 30 นาที ดูแลระหว่างส่งต่อ 30 นาที)

ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

1. ผิวหนังและสภาพทั่วไปภายนอก : น้ำหนัก 56.3 กิโลกรัม ส่วนสูง 169 เซนติเมตร (BMI 19.71)
ผิวหนังอุ่น วัดอุณหภูมิกาย 36.4 องศาเซลเซียส ผิวมีสีดำนกลาง ไม่มีผื่นหรือจุดจ้ำเลือด ผิวแห้งเล็กน้อย ไม่มีโรคผิวหนัง



2. ศีรษะ ใบหน้าและลำตัว : ไม่มีแผลหรือก้อนใด ๆ ไม่มีสะเก็ดหรือตุ่มหนอง ใบหน้า หน้าไม่บวม ไม่มีปากแห้ง ไม่มีตาเหลือง ไม่มี Neck vein engorged ต่อม้ำเหลืองไม่โต คลำไม่พบก้อน
3. ทรวงอกและระบบทางเดินหายใจ: ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98 % การขยายตัวของทรวงอกขณะหายใจเข้าออกทั้ง 2 ข้าง มีอาการเจ็บหน้าอกด้านซ้าย อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที
4. ระบบหัวใจและหลอดเลือด : ลักษณะของทรวงอกปกติเสียงหัวใจ S1,S2 ปกติ ไม่มี Murmur อัตราการเต้นของหัวใจเร็วสม่ำเสมอ 80 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 114/74 มิลลิเมตรปรอท
5. ระบบต่อมไร้ท่อ : ต่อมไร้ท่อที่รักแร้ คอและขาหนีบไม่โต
6. ระบบทางเดินอาหาร : ลักษณะของหน้าท้องไม่มีผื่น เสียงเคลื่อนไหวของลำไส้ 3-4 ครั้ง/นาที ท้องไม่อืด กดหน้าท้องไม่แสดงสีหน้าเจ็บปวด
7. ระบบทางเดินปัสสาวะ และอวัยวะสืบพันธุ์ : ปัสสาวะไม่แสบขัด ปัสสาวะสีเหลือง วันละ 5 ครั้ง
8. ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการสับสนมึนงง ไม่มีแขนขาอ่อนแรง มือ แขนทำงานประสานกันดี ไม่มีอาการคอแข็งหรือปากเบี้ยว

ผลการประเมินภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนของกอร์ดอน

แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	กังวลกลัวอาการทรุดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และภาวะแทรกซ้อนขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง
แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	รับทานอาหารวันละ 3 มื้อ เวลา 08.30, 12.00, 18.00 น. รับประทานอาหารรสจัด มัน เค็ม ดื่มน้ำวันละ 1,000 มิลลิลิตร
แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย	ขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะปกติ
แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย	ออกกำลังกาย 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์
แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ	ดำเนินชีวิตประจำวัน นอนวันละ 6-8 ชั่วโมง
แบบแผนที่ 6 สถิติปัญหาและการรับรู้	ไม่มีความบกพร่องทางสถิติปัญหา ความจำปกติ
แบบแผนที่ 7 การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์	ผู้ป่วยรับทราบการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและภาวะแทรกซ้อน มีความเป็นห่วงภรรยาและลูกสาว

ผลการประเมินภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนของกอร์ดอน(ต่อ)

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ	สถานะคู่ สมาชิกในครอบครัวมีทั้งหมด 3 คนอาศัยอยู่กับภรรยา ลูกสาว บ้านชั้นเดียว สมาชิกในครอบครัวรักใคร่กันดี
แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์	มีความรู้สึกทางเพศ
แบบแผนที่ 10 การปรับตัว และการเผชิญกับความเครียด	เวลาเครียด ดื่มกาแฟ สูบบุหรี่ ดื่มเบียร์ พุดคุยกับภรรยา
แบบแผนที่ 11 ความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ ชอบทำบุญ ชอบช่วยเหลือคนอื่น เชื่อว่าการทำดีย่อมได้ดี



ผลการตรวจพิเศษ:

ครั้งที่ 1 ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ผล ST elevation at V2-3 deep Q V1-3 ยกยังไม่ชัดเจน เวลา 08.40 น.วันที่ 1 เมษายน 2566

ครั้งที่ 2 ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ผล ST elevation at V2-3 deep Q V1-3 เวลา 08.50 น.

ครั้งที่ 3 ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจผล ST elevation at V2-3 deep Q V1-3 เวลา 09.00 น.

การวิเคราะห์ : ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ผล ST-Elevation myocardial infarction (STEMI) เป็นกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายที่คลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST segment elevation และพบ cardiac biomarkers positive ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตกะทันหันแต่ถ้าหากผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแล รักษา ที่ถูกต้อง รวดเร็ว จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้

Chest X-ray ไม่มี Infiltration เวลา 08.55 น. วันที่ 1 เมษายน 2566

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Liver function test (วันที่ 1 เมษายน 2566 เวลา 08.46 น.)

รายการตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	แปลผล
Total Protein	6.7	6.4-8.3	ปกติ
Albumin	4.2	3.5-5.0	ปกติ
SGOT(AST)	16	10-42	ปกติ
SGPT(ALT)	9	10-40	ต่ำกว่าปกติ
Alkaline phosphatase	42	35-129	ปกติ
Total Bilirubin	0.4	0.1-0.5	ปกติ
Direct Billirubin	0.2	0-0.5	ปกติ

การวิเคราะห์ผล

ผลตรวจ Liver function test พบ SGPT(ALT) ต่ำกว่าปกติ เกิดจากร่างกายเผาผลาญโปรตีนเป็นพลังงานได้บกพร่องเล็กน้อย

Electrolytes (วันที่ 1 เมษายน 2566 เวลา 08.46 น.)

รายการตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	แปลผล
Sodium	137	134-145	ปกติ
Potassium	4.2	3.5-5.5	ปกติ
Cl	109	95-105	สูงกว่าปกติ
CO2	24	22-30	ปกติ
Aniongap	4		

การวิเคราะห์ผล

ผลการตรวจ Electrolytes พบ Cl สูงกว่าปกติ เกิดจากผู้ป่วยดื่มน้ำน้อย วันละ 1,000 มิลลิลิตร จึงทำให้ร่างกายขาดน้ำ



Blood Urea Nitrogen , Creatinine+eGFR (วันที่ 1 เมษายน 2566 เวลา 08.46 น.)

รายการตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	แปลผล
Blood Urea Nitrogen	10	7-18	ปกติ
Creatinine	0.9	0.6-1.3	ปกติ
eGFR	101		

Complete blood count (วันที่ 1 เมษายน 2566 เวลา 08.46 น.)

รายการตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	แปลผล
White blood cell	6,880	4,600-10,200	ปกติ
Red blood cell	4.70	2.50-5.50	ปกติ
Hemoglobin	14.5	12.2-18.1	ปกติ
Hematocrit	44.7	37.7-53.7	ปกติ
Mean Corpuscular Volume	78.5	81.0-99.0	ต่ำกว่าปกติ
Mean Corpuscular Hemoglobin	25.4	26.0-34.0	ต่ำกว่าปกติ
Mean Corpuscular Hemoglobin Concentration	32.4	31.0-37.0	ปกติ
Platelet Count	299,000	142,000-424,000	ปกติ
Neutrophils	54.6	37-80	ปกติ
Lymphocytes	39.8	10-50	ปกติ
Monocytes	2.3	0-12	ปกติ
Eosinophils	2.8	0-7	ปกติ
Basophils	0.5	0-2.5	ปกติ

การวิเคราะห์ผล

ผลการตรวจ Complete blood count พบ Mean Corpuscular Volume และ Mean Corpuscular Hemoglobin ต่ำกว่าปกติ บ่งชี้ว่าร่างกายกำลังจะเกิดโรคโลหิตจาง

Prothrombin time/ international normalized ratio (วันที่ 1 เมษายน 2566 เวลา 08.46 น.)

รายการตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	แปลผล
Prothrombin time	11.8	9.9-12	ปกติ
international normalized ratio	1.0		

Troponin I (วันที่ 1 เมษายน 2566 เวลา 08.46 น.)

รายการตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	แปลผล
Troponin I	Negative	Negative	ปกติ



การวินิจฉัยของแพทย์ : STEMI (ST elevate myocardial infarction) ant wall with Anaphylaxis Shock
(มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะแพ้ยารุนแรง)

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. มีภาวะCardiogenic shock เนื่องจากมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
2. มีภาวะAnaphylaxis Shock ขณะได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase)
3. มีโอกาสทรุดลงขณะส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย
4. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการ และภาวะโรคที่คุกคามชีวิต เนื่องจากขาดความรู้เรื่องโรคและความเจ็บป่วย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 : มีภาวะCardiogenic shock เนื่องจากมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ข้อมูลสนับสนุน :

1. ผู้ป่วยให้ประวัติว่า เจ็บแน่นกลางอกด้านซ้าย หายใจเข้าออกแล้วมีอาการเจ็บ
2. EKG : ST elevation at V2-3 deep Q V1-3 ใบที่ 1 ยังยกเล็กน้อย ใบที่ 2 และ 3 พบ ST elevation at V2-3 deep Q V1-3
3. ชีพจร 90 ครั้งต่อนาทีเพิ่มขึ้นจากเดิม อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 66/39 มิลลิเมตรปรอท SpO₂ = 97% RA
4. Pain Score 5/10 คะแนน

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ Cardiogenic Shock

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4V5M6
2. ผู้ป่วยผู้ป่วยไม่มีภาวะ Cyanosis
3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ดังนี้
 - ความดันโลหิตค่า Systolic blood pressure >90 mmHg. และDiastolic blood pressure >60 mmHg. Mean Arterial Pressure (MAP=65)
 - อัตราการเต้นของชีพจรแรงสม่ำเสมอ 60 - 120 ครั้ง/นาที
 - อัตราการหายใจแรงสม่ำเสมอ 16 - 20 ครั้ง/นาที
 - SpO₂ = 95% RA
4. Capillary filling time น้อยกว่า 2 วินาที (ในภาวะช็อกเมื่อกดปลายเล็บมือแล้วปล่อยเนื้อใต้เล็บที่ถูกกดจนซีดจะแดงขึ้นช้ากว่าปกติ ในคนปกติเนื้อใต้เล็บจะแดงขึ้นทันทีภายในหนึ่งวินาทีที่เล็บถูกกด)
5. Pain Score ลดลง
6. EKG 12 lead ST segment ต่ำลง
7. Urine out put ออก 0.5 - 1 cc./kg./hr.

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะปริมาณเลือดที่เข้าออกหัวใจ ใน 1 นาที เช่น ระดับความรู้สึกตัว ความดันโลหิตต่ำ ปัสสาวะออกน้อยกว่า 20 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง
2. ทำคลื่นไฟฟ้าหัวใจทั้ง 12 lead ขณะที่มีอาการเจ็บหน้าอก อ่านผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ผลการตรวจ EKG พบว่า : ST elevation at V2-3 deep Q V1-3 พยาบาลทำการบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจเพิ่มในlead V3R,V4R เพื่อประเมิน Right Ventricular Infarction (RV MI) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ บ่อยในผู้ป่วยที่เป็น inferior wall MI ผู้ป่วยอาจ Shock จากการที่ RV ไม่บีบตัว ทำให้เลือดไม่ออกจาก RV ดังนั้นเลือดเลยไปเส้น



เลือดปอดน้อยและทำให้เลือดเข้าหัวใจด้านซ้ายล่าง LV น้อย สุดท้ายเลือดจึงออกจากหัวใจน้อย ผู้ป่วยจึง Shock จากกลไกที่ preload ลดลง จัดเป็นภาวะวิกฤตฉุกเฉินที่ต้องเร่งรีบให้การช่วยเหลือแก้ไขโดยเฉพาะเมื่อพบร่วมกับภาวะความดันโลหิตตก ดังนั้นพยาบาลที่ประเมินสภาพผู้ป่วยต้องดูคลื่นหัวใจ V3R,V4R เพิ่มเติมทุกครั้งที่พบภาวะ ST elevationทุกราย รายงานแพทย์ทันทีและประกาศ Code STEMI

3. ดูแลเจาะที่แขนซ้ายและเจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแนวทาง STEMI ได้แก่ CBC, BUN, Cr,Trop-I,
4. ดูแลให้ยากระตุ้นหัวใจ (inotropes) ตามแผนการรักษา โดยเครื่องควบคุมสารน้ำ
5. ประเมินค่าออกซิเจนปลายนิ้วถ้าต่ำกว่า 90 เปอร์เซ็นต์ ให้ออกซิเจน canula 3 ลิตรต่อนาที
6. ตรวจวัดประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที โดยวัดความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ
7. ประเมินภาวะเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาที ได้แก่ ผิวหนังเย็น ซีด ปัสสาวะออกน้อย ระดับการรู้สึกตัวลดลง หน้ามืด เวียนศีรษะ เพื่อรายงานแพทย์ทราบ
8. จัดทำนอนยกเท้าสูง 30-45 องศา เพื่อเพิ่มการไหลเวียนโลหิตกลับสู่หัวใจและสมอง
9. เตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตให้พร้อมใช้งาน
10. ปรีกษาแพทย์โรงพยาบาลตราดพร้อมทั้งรายงานผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หลังจากนั้นประสาน Refer
11. ดูแลให้ยา ASA (81 mg.) 4 tabs, Plavix 8 tabs, Rosuvastatin 1 tab เพื่อป้องกันการรวมตัวของเกล็ดเลือดและต้านการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงหลังได้รับยา เช่น จำเลือด, เลือดออกไรฟัน
12. ดูแล Monitor EKG ติดตามการเต้นของหัวใจ ประเมินความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดเพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลง ตลอดระยะเวลาที่ได้รับการรักษาพยาบาล
13. ประเมินและบันทึกระดับความรุนแรงของอาการด้วย pain scale 0 - 10 คะแนน เฝ้าระวังสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง เช่น แน่นหน้าอก เหงื่อออก หายใจเหนื่อย โดยเฉพาะอาการเขียวตามริมฝีปากปลายมือปลายเท้า
14. พูดคุยให้กำลังใจอยู่เป็นเพื่อนขณะทำการรักษาพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลและร่วมมือในการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์
15. ติดตามคลื่นไฟฟ้าและจังหวะการเต้นของหัวใจจากเครื่อง Monitor อย่างต่อเนื่อง และประเมินความผิดปกติรายงานแพทย์ทันที
16. เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ สังเกตประเมินอาการเจ็บหน้าอก หัวใจเต้นผิดปกติ เต้นเร็ว เต้นช้า ความดันโลหิตต่ำ
17. ติดตามและประเมินจำนวนปัสสาวะต่อชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังภาวะช็อกจากกล้ามเนื้อหัวใจทำงานไม่มีประสิทธิภาพ

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง E4V5M6 ผิวหนังอุ่น ไม่มีภาวะ Cyanosis ประเมิน pain Score 2/10 คะแนน Capillary filling time น้อยกว่า 2 วินาที อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจรอยู่ในช่วง 90 - 92 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100/57 - 107/61 มิลลิเมตรปรอท ค่าอิมตัวของออกซิเจนปลายนิ้วอยู่ในช่วง 97 - 98 เปอร์เซ็นต์. Urine Out-put 300 มิลลิลิตร ระหว่างส่งต่อ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 : มีภาวะAnaphylactis Shock ขณะได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase)

ข้อมูลสนับสนุน : S : ผู้ป่วยบอกว่า ‘รู้สึกคันตามร่างกาย หายใจไม่สะดวก เหนื่อย’

O : มีผื่นแดงตามร่างกาย ปากบวม เหงื่อออก ตัวเย็น



สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที
อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 66/39 มิลลิเมตรปรอท
ค่าอิมพัลของออกซิเจนปลายนิ้ว 97 เปอร์เซ็นต์

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-130/80 มิลลิเมตรปรอท
2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนด้าน EKG Arrhythmias เช่น PVC, VT, VF, Bradycardias
3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนด้าน Allergic reaction เช่น Hypotension, Rash, Fever, Nausea, Vomiting
- ๑.4. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนด้าน Bleeding เช่น GI bleed, Brain Hemorrhage, Injection site, Bleed per gum, Hematoma

กิจกรรมการพยาบาล :

ก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือด

1. คัดกรองผู้ป่วยโดยการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ
2. ประเมินข้อห้ามในการได้รับยาละลายลิ่มเลือด
3. ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวก่อนได้รับยาละลาย ลิ่มเลือดเพื่อให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล
4. ให้ผู้ป่วยหรือญาติลงนามยินยอมรับการรักษา
5. ให้ On HL แขนซ้ายและฉีดยา Chlorpheniramine 10 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำและฉีดยา Metoclopramide 10 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ
6. เตรียมรถ Emergency และอุปกรณ์ช่วยชีวิตรวมทั้งเครื่อง Defibrillator ให้พร้อมใช้ตลอดเวลา
7. วัดสัญญาณชีพ และประเมินระบบประสาท
8. ประสานระบบส่งต่อไปโรงพยาบาลตราด
9. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 5 นาที เพื่อประเมินระดับความรู้สึกตัวและอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท
10. ดูแลให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase 1.5 ml ผสม ใน 0.9% NSS 100 ml. ทางหลอดเลือดแขนซ้ายผ่าน Infusion pump อัตรา 100 ml/hr ต่อจนหมด Monitor EKG และ เฝ้าระวังและสังเกตคลื่นไฟฟ้าหัวใจ อย่างใกล้ชิด

ขณะให้ยาละลายลิ่มเลือด

1. ให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase 1.5 ml ผสม ใน 0.9% NSS 100 ml. ทางหลอดเลือดดำแขนซ้ายผ่าน Infusion pump อัตรา 100 ml/hr.
2. เฝ้าระวังและสังเกตคลื่นไฟฟ้าหัวใจ อย่างใกล้ชิด
3. Monitor EKG ตั้งแต่เริ่มให้ยา Streptokinase นาทีแรก จนครบ 1 ชั่วโมง
4. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 5 นาทีพบว่า หลังให้ยาไป 14 นาที ผู้ป่วย มี Hypotension ผื่นแดงตามร่างกาย เหงื่อออก ตัวเย็น
5. ดูแลจัดทำผู้ป่วยโดยการยกขาสูง ศีรษะต่ำเพื่อให้เลือดไหลเวียนกลับสู่หัวใจให้เร็วที่สุด
6. ดูแลดูแลให้สารน้ำ 0.9%NSS 1,000 ml Load ตามแผนการรักษา จำนวน 1000 ml.
7. ดูแลดูแลการได้รับยา Dexamethasone 8 มิลลิกรัมเข้าทางหลอดเลือดดำ เพื่อดำเนินการอักเสบและแก้แผล
8. ดูแลฉีดยา Adrenaline 0.5 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อต้นขา



9. หยุดให้ยาละลายลิ่มเลือด ปรีกษาแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ
10. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 5 นาที เพื่อประเมินระดับความรู้สึกตัวและอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท
11. ดูแลให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase 1.5 ml ผสม ใน 0.9% NSS 100 ml. ทางหลอดเลือดดำ แขน ซ้ายผ่าน Infusion pump อัตรา 100 ml/hr ต่อจนหมด Monitor EKG และ เฝ้ารอวังและสังเกต คลื่นไฟฟ้าหัวใจ อย่างใกล้ชิด

หลังให้ยาละลายลิ่มเลือด

1. ติดตามจัดทำให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30-60 องศา
2. ติดตามสัญญาณชีพและประเมินทางระบบประสาท ทุก 15 นาที เพื่อประเมินระดับความรู้สึกตัวและอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท
3. สังเกตภาวะแทรกซ้อนจากยาละลายลิ่มเลือด เช่น ผื่นแดงตามร่างกาย ,มีอาการแน่นหน้าอก
4. ประเมินอาการแทรกซ้อนอย่างอื่น เช่น เลือดออกผิดปกติ รอยช้ำตามตัว เป็นต้น
5. เตรียมผู้ป่วยและญาติ ก่อนการส่งต่อเพื่อการรักษา
6. เตรียม อุปกรณ์ ยา เวชภัณฑ์ บนรถพยาบาล สำหรับส่งต่อ ให้พร้อมสำหรับการดูแลขณะส่งไปโรงพยาบาลตราด
7. ประเมินค่าออกซิเจนปลายนิ้วต่ำกว่า 90 เปอร์เซ็นต์ ให้ออกซิเจน canular 3 ลิตรต่อนาที
8. ตรวจวัดประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที โดยวัดความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ
9. ประเมินภาวะเลือดออกจากระบบหัวใจในหนึ่งนาที ได้แก่ ผิวหนังเย็น ชีด ปัสสาวะออกน้อย ระดับการรู้สึกตัวลดลง หน้ามืด เวียนศีรษะ เพื่อรายงานแพทย์ทราบ
10. จัดท่านอนยกเท้าสูง 30-45 องศา เพื่อเพิ่มการไหลเวียนกลับสู่หัวใจและสมอง
11. เตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตให้พร้อมใช้งาน
12. ประสานและส่งต่อข้อมูล ประวัติผู้ป่วย ข้อมูล เบื้องต้นของรักษาพยาบาล เพื่อการดูแลต่อเนื่อง
13. ให้การพยาบาลขณะส่งต่อบนรถพยาบาล
 - วัดสัญญาณชีพ และประเมินระบบประสาท pain score ทุก 15 นาที
 - Monitor คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ตลอดเส้นทาง การเดินทาง
 - ดูแลการได้รับสารน้ำ และ Oxygen canular 3 LPM
 - ดูแล พุดคุย mental support ผู้ป่วย เพื่อให้ผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล

การประเมินผล : สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 109/55 มิลลิเมตรปรอท หายใจสะดวก ไม่เหนื่อย ค่าอิมิตัวของออกซิเจน ปลายนิ้ว 98 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนด้าน EKG Arrhythmias เช่น PVC, VT, VF, Bradycardias ไม่มีภาวะแทรกซ้อนด้าน Allergic reaction เช่น Hypotension, Rash, Fever, Nausea, Vomiting ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนด้าน Bleeding เช่น GI bleed, Brain Hemorrhage, Injection site, Bleed per gum, Hematoma

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 มีโอกาสทรุดลงขณะส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บหน้าอก หายใจเข้าออกแล้วมีอาการเจ็บ Pain Score 5/10 คะแนน
2. ผลการตรวจ EKG พบ ST elevation at V2-3 deep Q V1-3 ใบทันที่ 1 ยังยกเล็กน้อย ใบทันที่ 2 และ 3 พบ ST elevation at V2-3 deep Q V1-3
3. ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพ ระหว่างนำส่ง ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100/57 - 107/61 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรอยู่

ในช่วง 90 - 92 ครั้งต่อนาที ค่าอิมิตัวของออกซิเจนปลายนิ้วอยู่ในช่วง 97 - 98 หายใจ 20 ครั้ง/นาที Pain score 0 - 2 คะแนน

4. Urine Out-put ออก 300 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)
 - อัตราการเต้นของชีพจรสม่ำเสมอ 60 - 100 ครั้ง/นาที
 - อัตราการหายใจสม่ำเสมอ 16 - 20 ครั้ง/นาที
 - SpO₂ = 95% RA
5. Urine out put ออก 0.5 - 1 cc./kg./hr.

กิจกรรมการพยาบาล

- 1 ประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการเจ็บแน่นหน้าอกโดยใช้ Pain score และบันทึกระดับความรุนแรง อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยระหว่างนำส่งผู้ป่วยไปห้องผู้ป่วยหนัก
- 2 ระหว่างเคลื่อนย้าย On monitor SpO₂ และคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การวัดสัญญาณชีพ โดยประเมินสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดทุก 15 นาที
3. เฝ้าระวัง แผ่น External pacing ไม่ให้หลุดเคลื่อน พร้อมดูการ capture ของเครื่องเพื่อรายงานการรักษากับแพทย์และป้องกันการทรุดลงขณะส่งต่อ
4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษาโดยรักษาระดับ SpO₂ ที่วัดจากปลายนิ้วมากกว่า 95%
5. เฝ้าระวังภาวะ Internal bleeding ทั้งในระบบทางเดินอาหาร และระบบทางเดินปัสสาวะโดยสังเกตว่าผู้ป่วยมีอาเจียนเป็นเลือด มีเลือดออกตามไรฟัน หรือมีเลือดปนมากับอุจจาระ ปัสสาวะ หรือไม่
6. จัดให้ผู้ป่วยนอนบนรถยกเท้าสูง 30-45 องศา ยกที่ก้นเปลขึ้นป้องกันผู้ป่วยตกเตียง
7. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ให้ได้ตามการรักษาโดยใช้เครื่องควบคุมจำนวนหยดสารละลาย (Infusion pump)
8. เตรียมยาช่วยชีวิต และ เครื่องมือ ให้พร้อมใช้ ระหว่างการส่งต่อ และประสานรถ ambulance ให้พร้อมใช้งาน
9. เตรียมบุคลากร และการประสานงานเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินกับผู้ป่วย

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกลดลง Pain Score 3/10 คะแนน ระหว่างเคลื่อนย้าย คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ไม่เปลี่ยนแปลงในทางที่แย่ลง ไม่พบว่ามีภาวะ Bleeding ทั้งในระบบทางเดินอาหารและระบบทางเดินปัสสาวะ สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 81/48 มิลลิเมตรปรอท (MAP=59) ชีพจร 52 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง /นาที SpO₂ = 97% ปัสสาวะออกคาสายสวน อุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้ Monitor ผู้ป่วยไม่เลื่อนหลุด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 : ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการ และภาวะโรคที่คุกคามชีวิต เนื่องจากขาดความรู้ เรื่องโรคและความเจ็บป่วย

ข้อมูลสนับสนุน : S : ผู้ป่วยบอกว่า ‘รู้สึกกังวล กลัวตาย’

O : ผู้ป่วยมีสีหน้ากังวล บอกว่าเคยเป็นแบบนี้ นอนพัก ก็ดีขึ้น ตลอดเวลาที่อยู่ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยพูดน้อยมาก ถามคำตอบคำ ใบหน้าเครียด บอกให้ภรรยา โทรหาบุตรสาวตลอดเวลาญาติเดินเข้า เดินออกห้องฉุกเฉิน โทรบอกญาติว่า เป็นเหมือนทุกครั้ง

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคและการปฏิบัติตัว

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ ให้ความร่วมมือในแผนการ รักษา
2. สีหน้าคลายความวิตกกังวล

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง แสดงท่าทีเป็นมิตร อธิบายเหตุผล วัตถุประสงค์ของการให้การพยาบาล การใช้ อุปกรณ์ การทำหัตถการต่างๆ
2. อธิบายผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจ ตายเฉียบพลัน ซึ่งเป็นภาวะหัวใจขาดเลือด ภาวะนี้จะเกิดในลักษณะเฉียบพลัน มีอาการ คือ เจ็บ หน้าอก ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วนถ้ามาโรงพยาบาลช้า อาจเสียชีวิตได้
3. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ ทราบถึงอาการ การดำเนินการของโรค แผนการดูแลรักษา และการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย อย่างเข้าใจเพื่อลด ความวิตกกังวลและความร่วมมือในแผนการดูแลรักษา ให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับ ได้แก่ ชื่อของยา ฤทธิ์ของยา วัตถุประสงค์ของการ ใช้ยา วิธีการใช้ ข้อระวังในการใช้ยา ภาวะแทรกซ้อนต่างๆรวมทั้งข้อห้ามในการใช้ยา
4. เปิดโอกาสให้ญาติสอบถามปัญหา อาการเจ็บป่วย พร้อมอธิบายให้ฟังอย่างชัดเจน เข้าใจง่ายด้วยวาจาที่นุ่มนวลและท่าทีที่เป็นกันเอง เพื่อความ ไว้วางใจ
5. อธิบายถึงเหตุผลและความจำเป็นที่ต้องส่งตัว ผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า
6. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ข้อจำกัดที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ อาทิเช่น
 - การงดสูบบุหรี่
 - การมาตรวจตามนัด รับประทานยาสม่ำเสมอ
 - งดการทำงานหนักจนกว่าจะหายเป็นปกติ
 - งดอาหารเค็ม งดอาหารทอด มัน อาหารไขมันสูง
 - อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์
 - เบอร์โทรฉุกเฉิน 1669

การประเมินผล : ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล สีหน้าคลายกังวล

การนำไปใช้ประโยชน์ / ผลกระทบ

1. ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้รับการดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต
2. พยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และทีมสุขภาพ สามารถประเมินอาการและให้ การดูแลได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว
3. เป็นแนวทางให้บุคลากรในทีมสุขภาพและผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 1 ราย รับไว้ในการดูแล วันที่ 1



เมษายน 2566 รวมระยะเวลาดูแลผู้ป่วย 2 ชั่วโมง ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้รับความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

หลังจากให้การพยาบาลและติดตามทบทวนผลการรักษา พบว่าผู้ป่วยได้รับการพยาบาลการดูแลการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสม โดยผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคและกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ กลับมาเป็นผู้ปกครองครอบครัว และเจ้าหน้าที่มีการพัฒนาความรู้ ความสามารถทางด้านวิชาการและการเพิ่มทักษะในการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นการเพิ่มศักยภาพของตนเองและวิชาชีพการพยาบาล



เอกสารอ้างอิง

- เกรียงไกร เสงษ์ศรี. (2560). *มาตรฐานการรักษากล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน*. (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร ; สถาบันโรคทรวงอก กระทรวงสาธารณสุข
พวงทอง ขาเจริญ. (2563). *กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคหัวใจ*. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, ดวงกมล วัตราคูล และกนกพร แจ่มสมบุรณ์. (2558). *การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจและการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ*. กรุงเทพมหานคร : บริษัทสุขุมวิทการพิมพ์ จำกัด
- นพิศพรรณ ทิบุตร. (2564). *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและได้รับยาละลายลิ่มเลือด ทางหลอดเลือดดำ : กรณีศึกษา 2 ราย*. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 5(10), 171-197
- วิวรรณ ทังสุบุตร. (2559). *ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment Acute ST segment Elevation myocardial infarction:STEMI*. ใน มานพ พัทธกษ ภากร และคณะ (บรรณาธิการ), *อายุรศาสตร์ทันยุค 2559*. (น. 330-372). นนทบุรี: ภาพพิมพ์.
- อนุแสง จิตสมเกษม. (2560). *ภาวะช็อกจากหัวใจ (Cardiogenic Shock)*. ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช.
- ศรินรัตน์ ศรีประสงค์. (2557). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ*. ใน ปราณี ทุไพบระ และคณะ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลอายุรศาสตร์1*. (น. 35-59). กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส.
- จรินทร์ ชะชาตย์ และคณะ. (2558). *การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST-Segment Elevation Myocardial Infarction (STEMI) ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ*. โรงพยาบาลพระปกเกล้า. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข.
- สุรพันธ์ สิทธิสุข. (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย*. ฉบับปรับปรุง พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2563). *แนวทางเวชปฏิบัติการการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน*. สมุทรปราการ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดเนคสเตปทีไซน์
- รัชณี แซ่ลีและคณะ. (2020). *คู่มือการช่วยชีวิตขั้นสูงสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ปี ค.ศ.2020 ACLS Provider Manual*. ปัญญามิตรการพิมพ์