



โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร
Jainad Narendra Hospital

ผลงานวิชาการ

โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร



การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกพร้อมกับ
ภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน: กรณีศึกษา

Nursing care of patients with Acute ST-Elevation Myocardial Infarction which
sudden cardiac arrest: a case study

กำไล ศรีวิชัยลำพันธ์ *

บทนำ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี เกิดจากภาวะอุดตันของหลอดเลือดหัวใจทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรงเฉียบพลัน นำไปสู่โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction : AMI) เป็นสาเหตุที่นำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย โดยมีความชุกของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทั่วโลก 10.6 ล้านราย ในจำนวนดังกล่าวพบอัตราการเสียชีวิตสูง 8.9 ล้านราย⁷ สอดคล้องกับสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (American Heart Association: AHA) ที่รายงานว่าทุก ๆ 40 วินาทีจะมีประชาชนเสียชีวิตด้วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน⁶ จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565 พบการเสียชีวิตของคนไทยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมากถึง 70,000 ราย เฉลี่ยชั่วโมงละ 8 คน สาเหตุเกิดจากหลอดเลือดไปเลี้ยงที่หัวใจตีบตัน ขาดความยืดหยุ่น เนื่องจากการสะสมของไขมัน โปรตีน และการอักเสบที่บริเวณผนังด้านในของหลอดเลือด ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจคือ อายุ เพศ ประวัติครอบครัว ระดับความดันโลหิตที่สูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ระดับไขมันในเลือดสูง ภาวะอ้วนและน้ำหนักเกิน การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา ในปี 2562-2564 พบผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ตอนต้นอายุ 18-45 ปี ที่เขารับการรักษาด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพิ่มสูงขึ้น โดยพบร้อยละ 4.28 4.19 และ 5.07 ตามลำดับ จากจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดทั้งหมด¹ สำหรับโรงพยาบาลชยันนาทนเรนทร พบผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในปี 2564-2566 จำนวน 195, 218 และ 246 ราย โดยได้รับการรักษาโดยให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic Therapy) เฉลี่ยร้อยละ 14, 23 และ 31 การฉีดยาขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention : PCI) เฉลี่ยร้อยละ 75, 72, 68 และอัตราการมีภาวะหัวใจหยุดเต้นและเสียชีวิตที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเฉลี่ยร้อยละ 5 ต่อปี

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (ST-Segment Elevation Myocardial) ที่พบการยกตัวผิดปกติช่วง ST จัดเป็นประเภทที่รุนแรงที่สุด มักแสดงถึงการอุดตันของหลอดเลือดโคโรนารีใหญ่

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชยันนาทนเรนทร

เกิดการอุดตันทั้งหมดนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้แก่ หัวใจเต้นผิดจังหวะ (Arrhythmia) หัวใจล้มเหลว (Heart failure) ช็อกจากหัวใจ (Cardiogenic shock) และรุนแรงถึงขั้นหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน (Cardiac arrest) การรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีเป้าหมายสำคัญคือ เพิ่มการไหลเวียนของเลือดกลับไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจใหม่ (reperfusion) โดยเร็วที่สุดเพื่อให้อวัยวะหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงอย่างเพียงพอตลอดเวลา ปัจจุบันการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีหลายวิธี วิธีหนึ่งที่มีประสิทธิภาพสูงและเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางคือ การฉีดยาขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention : PCI) และการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic therapy) วิธีเหล่านี้จะช่วยให้มีเลือดไหลเวียนกลับเข้ามาในหลอดเลือดโคโรนารีที่เกิดการอุดตัน จึงช่วยลดความเสียหายของกล้ามเนื้อหัวใจและหากได้รับการรักษาในระยะเวลาที่เหมาะสมก็จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนได้ ซึ่งโรงพยาบาลชยันตนาทนครยังมีขีดจำกัดในการรักษาผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในการฉีดยาขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention : PCI) เนื่องจากขาดบุคลากรทางการแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เนื่องจากเป็นผู้ที่มีความเกี่ยวข้องในทุกกระบวนของการดูแลรักษาตั้งแต่การพยาบาลผู้ป่วยที่จุดเกิดเหตุ การดูแลระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital care) ในกรณีออกมารับผู้ป่วยในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service : EMS) การคัดแยกผู้ป่วย (Triage) การประเมินอาการขั้นต้น การวินิจฉัยปัญหาทางการแพทย์ การพยาบาลในระยะเริ่มแรกตามปัญหา การรายงานแพทย์และประสานงานผู้เกี่ยวข้องรวมถึงการให้การพยาบาลในระยะวิกฤติ การประสานงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อยังที่ต่าง ๆ อย่างเหมาะสม ดังนั้น พยาบาลฉุกเฉินจึงต้องมีทักษะการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยให้รอดพ้นจากภาวะที่คุกคามต่อชีวิตและการที่พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับพยาธิสรีรภาพของโรคและใช้แนวทางการจัดการผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ทันสมัย ก็จะสามารถทำให้เกิดคุณภาพการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพและเกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยรอดพ้นจากภาวะวิกฤติได้มากขึ้น

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยชายไทย อายุ 65 ปี สถานภาพสมรส ประกอบอาชีพรับจ้าง

การวินิจฉัยโรค (Diagnosis) : ST-segment Elevation Myocardial Infarction

อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล (Chief complaint) : จุกแน่นหน้าอก เหงื่อออกตัวเย็น อาเจียน 1 ชั่วโมง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน (Present illness) : โรคเบาหวาน (Diabetes) โรคไขมันในหลอดเลือดผิดปกติ (Dyslipidemia) โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) รักษาไม่ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 5 ปี

ให้ประวัติว่า 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ขณะทำงานมีอาการปวดจุก แน่นหน้าอก อาเจียน เหงื่อออก ตัวเย็น ญาติจึงนำส่งแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

ประวัติการใช้สารเสพติด : ปฏิเสธการดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติด

ผลการตรวจพิเศษ : ผลการทำ CAG พบหลอดเลือดหัวใจตีบ 3 เส้น LM : Significant disease. LM had 80% stenosis. Severe calcification was presented. LAD: Significant disease. Proximal LAD had 99% stenosis. Severe calcification was presented. TIMI 2 flow. LCX : Significant disease. Proximal LVX had 100% stenosis. Mild to moderate calcification was presented. TIMI 0 flow. RCA : Significant disease. Mid RCA had 100% stenosis. Severe calcification was presented. TIMI 0 flow.

การรักษา (Treatment) : สวนหัวใจและใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดโคโรนารี (Cardiac Catheter Angiography [CAG] with Percutaneous Coronary Intervention [PCI] with Drug eluting stent [DES] at Right coronary artery)

การวิเคราะห์กรณีศึกษา : ผู้ป่วยเพศชายมีโรคประจำตัว โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง และความดันโลหิตสูง รักษาไม่ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 5 ปี เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เยื่อผนังหลอดเลือดโคโรนารีมีการสะสมของคราบไขมันและเกิดการอักเสบ ผนังหลอดเลือดภายในจึงหนาตัวขึ้นและขัดขวางการไหลเวียนของเลือดเข้าสู่กล้ามเนื้อหัวใจนำมาสู่ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการจุกแน่นหน้าอก อาเจียน เหงื่อออก ตัวเย็น แกรับตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็น Normal Sinus Rhythm แพทย์จึงพิจารณาให้ยา Losec 40 mg และ Buscopan 20 mg Intravenous injection. และดูแลติดตามประเมินตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจซ้ำในนาที ที่ 30 หลังจากทำการครั้งแรกพบ ST segment elevation lead II, III, aVF และ ST segment depression V₂, V₄-V₆ ผลตรวจห้องปฏิบัติการ Cardiac Troponin I 65 ng/L แพทย์จึงวินิจฉัย ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด ST elevation MI ปรีกษาแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ พิจารณารับผู้ป่วยไปทำการสวนหัวใจ แพทย์พิจารณารักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ยา ASA 300 mg 1 เม็ด และยา Plavix 75 mg 8 เม็ด และเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งตัวไปเข้ารับการทำหัตถการสวนหัวใจพร้อมทั้งใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดโคโรนารี ผู้ป่วยมีภาวะ Cardiogenic Shock แพทย์พิจารณาให้ 0.9% NSS 1000 ml loading 300 ml then rate 80 ml/hr. Norepinephrine (4:250) Intravenous injection. drip 20 ml/hrs. Keep BP มากกว่า 90/60 mmHg หรือ MAP > 65 mmHg. ระหว่างเคลื่อนย้ายผู้ป่วยขึ้นรถพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการเกร็งและมีภาวะหัวใจหยุดเต้น แพทย์จึงทำการช่วยฟื้นคืนชีพ 24 นาที ตาม ACLS algorithm On Endotracheal tube No 7.5 fix 20 cms. EKG เป็น VF ได้รับการ Defibrillation 200 Joules 7 ครั้ง ไดยา Amiodarone 300 mg Intravenous injection 1 Dose, 2% Lidocaine 3 ml Intravenous injection 1 dose, 2% Lidocaine 1.5 ml Intravenous injection 1 dose, Adrenaline (1:1000) 1 mg Intravenous injection.

ทุก 4 นาที 4 Dose หลังจากผู้ป่วยมี ROSC สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 88/56 mmHg. ชีพจร 70 ครั้ง ต่อนาที การหายใจ 16 ครั้งต่อนาที Sat O₂ 96% E4VTM6 Pupil 3 mm RTL both eyes. และส่งตัว ไปสวนหัวใจผล Catheterization's Report LM : Significant disease. LM had 80% stenosis. Severe calcification was presented. LAD : Significant disease. Proximal LAD had 99% stenosis. Severe calcification was presented. TIMI 2 flow. LCX : Significant disease. Proximal LVX had 100% stenosis. Mild to moderate calcification was presented. TIMI 0 flow. RCA: Significant disease. Mid RCA had 100% stenosis. Severe calcification was presented. TIMI 0 flow การรักษาสวนหัวใจและใส่ขดลวดค้ำยัน หลอดเลือดโคโรนารี (Cardiac Catheter Angiography [CAG] with Percutaneous Coronary Intervention [PCI] with Drug eluting stent [DES] at RCA) และพิจารณาให้ยา ASA (300 mg/day) for life Clopidogrel (75mg/day) for at least 12 months หลังสังเกตอาการที่โรงพยาบาลศรีสวรรค์ครบ 24 ชั่วโมง ส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลชัชวาทนเรนทร แกร็บ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง อาการเจ็บแน่นหน้าอกลดลง E4M6V5 และรับรักษาติดตามอาการต่อที่โรงพยาบาลชัชวาทนเรนทร 4 วันจำหน่ายกลับบ้าน และ refer for elective CABG

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1. : มีภาวะเจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง
วัตถุประสงค์ของการพยาบาล : เพื่อให้อาการเจ็บหน้าอกทุเลาลง

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ประเมินและบันทึกลักษณะการเจ็บหน้าอกเพื่อประเมินความผิดปกติและรายงานแพทย์ ให้ได้รับการรักษาทันทีโดยประเมิน ดังนี้

O : Onset ระยะเวลาที่เกิดอาการเจ็บหน้าอก

P : Precipitate cause สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการและทุเลาอาการเจ็บหน้าอก Q : Quality ลักษณะของอาการเจ็บหน้าอก R : Refer pain เจ็บตรงไหนเจ็บร้าวไปตำแหน่งใดบ้าง S : Severity ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก หรือ Pain score T : Time ระยะเวลาที่เป็นเจ็บนานกี่นาที

2. ประเมินสภาพทั่วไป และสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที ขณะเกิดอาการและทุก 2-4 ชั่วโมง เมื่ออาการเจ็บหน้าอกทุเลา เพื่อประเมินการทำงานของหัวใจ

3. ติดตามเฝ้าระวังคลื่นไฟฟ้าหัวใจโดย EKG Monitor เพื่อทราบการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจหากผิดปกติให้รายงานแพทย์ทันที

4. บันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ EKG 12 leads ขณะที่มีอาการเจ็บหน้าอก ให้รายงานแพทย์ทันที

5. เฝ้าระวังติดตามประเมินสภาพและบันทึกปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น Pulse pressure แคลบ ความดันโลหิตต่ำ อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น ระดับความรู้สึกตัวลดลง อัตราการไหลของปัสสาวะลดลง ปลายมือปลายเท้าเย็นการกำซาบเลือดสวนปลายลดลง

capillary refill ช้ากว่าปกติและชีพจรเบาเร็ว

6. เผ่าระวังติดตามประเมินสภาพและบันทึกอาการของภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง กระสับกระส่าย สับสนหายใจเร็วขึ้น ไซ้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ ชีพจรเร็วปลายมือปลายเท้าซีดเย็น ริมฝีปากเขียวคล้ำ

7. เผ่าระวังติดตามประเมินสภาพและบันทึกอาการของหัวใจเต้นผิดจังหวะ Cardiogenic shock ได้แก่ หน้าซีดเหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่ายสับสน ระดับความรู้สึก ตัวเปลี่ยนแปลง ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ

8. เผ่าระวังติดตามประเมินสภาพและบันทึกอาการภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ หายใจเร็วเหนื่อยหอบนอนราบไม่ได้ ไอมีเสมหะหรือเสมหะเป็นฟอง บวมบริเวณแขนขา ฟังปอดพบ crepitation

9. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน canular 3 LPM. ตามแผนการรักษาเพื่อเพิ่มระดับออกซิเจนในเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจและลดการทำงานของหัวใจ

10. จัดท่านอนศีรษะสูง 45 องศา เพื่อให้เลือดไหลกลับเข้าหัวใจช้าลงเป็นการลดการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ

11. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนบนเตียง (Absolute bed rest) และงดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อลดการไหลออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ

12. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ไม่รบกวนผู้ป่วยให้ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้ เพื่อลดการทำงานของหัวใจและการไหลออกซิเจน

13. หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นให้หลอดเลือดหดตัว เช่น การอาบน้ำเย็น การรับประทานเครื่องดื่มเย็นหรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ และอารมณ์เครียดเพื่อให้ออกซิเจนไปเลี้ยงหัวใจได้

14. ดูแลให้ผู้ป่วยบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกโดยให้ยาตามแผนการรักษาคือ ASA (300 mg.) 1 เม็ด เคี้ยวก่อนกลืน, Clopidogrel (75 mg.) 8 เม็ดทางปาก ดูแลให้ยา Losec 40 mg. และ Buscopan 20 mg. Intravenous injection.

15. ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) และตรวจเอนไซม์ของหัวใจ (Troponin-I) เพื่อติดตามประเมินผลการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ตามแผนการรักษาของแพทย์

16. เตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตให้พร้อม เพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันต่อเหตุการณ์

ประเมินผลการพยาบาล : แรกผู้ป่วยรู้สึกตัว มีอาการปวดจุกแน่นท้อง แน่นหน้าอก กระสับกระส่าย Pain score 10/10 ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็น Normal Sinus rhythm ได้รับยา Losec 40 mg และ Buscopan 20 mg. Intravenous injection Pain scale 5/10 ยังมีอาการแน่นหน้าอก ติดตามตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจซ้ำ ในนาทีที่ 30 พบ ST segment elevation lead II, III, aVF และ ST segment depression V₂, V₄-V₆

จึงทำการ Activate team เพื่อเตรียมส่งตัวผู้ป่วยไปสวนหัวใจ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 : มีภาวะ cardiogenic shock เนื่องจากประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจลดลงจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

วัตถุประสงค์การพยาบาล : ปลอดภัยจาก ภาวะ cardiogenic shock

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัว 5 นาที เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพที่เป็นผลจากภาวะ cardiogenic shock

2. ประเมินอาการที่แสดงภาวะ poor cardiac output ซึ่งนำไปสู่ภาวะ cardio-genic shock ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง กระสับกระส่าย หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ หลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง เหงื่อออกมาก หน้ามืด

3. ประเมินอาการแน่นหน้าอกและอาการร่วมอื่นเป็นสัญญาณเตือนที่แสดงถึงภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ หายใจลำบาก เหงื่อแตก ใจสั่น หน้ามืด วูบ เป็นต้น

4. ประเมินการมีปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลงในขณะที่หัวใจเต้นผิดจังหวะ โดยการประเมินความแรงและจังหวะของชีพจร อาการหน้ามืด วิงเวียน เป็นลม ผิวเย็นซีด ความดันโลหิตต่ำ ติดตามผลการตรวจพิเศษและผลการตรวจทางรังสี ได้แก่ echocardiogram, chest X-ray เพื่อเฝ้าระวังภาวะหัวใจล้มเหลว

5. ให้อาหารยา Norepinephrine ตามแผนการรักษาเพื่อเพิ่มความดันโลหิต และดูแลติดตามสัญญาณชีพ พร้อมทั้งปรับระดับของยาทุก 15 นาที เพื่อกระตุ้นระดับ MAP > 65mmHg และติดตามผลข้างเคียงของยา ได้แก่ ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว หัวใจเต้นผิดจังหวะ และการตายของเนื้อเยื่อรอบ ๆ หลอดเลือดที่ให้อาหารยา

6. ประเมินและสังเกตอาการการกำซาบเลือดของไตลดลง โดยการบวมกดบวม ประเมินปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง บันทึกน้ำเข้า-ออก ทุก 8 ชั่วโมง ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หากพบว่ามีปัสสาวะออกน้อย กว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ความถี่จำเพาะของปัสสาวะลดลง ค่า BUN, Cr สูงขึ้น แขน ขา บวม มีเสียงกรอบแกรบในปอด รายงานแพทย์ทันที

7. ดูแลประสานงานกับโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าที่สามารถทำการล้างขยายหลอดเลือดโคโรนารี(Percutaneous coronary intervention: PCI) เนื่องจากผู้ป่วยมีจิตใจจำกัดในการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ เพื่อรักษาภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบเฉียบพลัน

ประเมินผลการพยาบาล : ผู้ป่วยรู้สึกตัว รู้สึกดี หายใจไม่ลำบาก ไม่มีเจ็บแน่นหน้าอก ภายหลังได้รับยาเพิ่ม cardiac output ระดับความดันโลหิต MAP > 65 mmHg. สัญญาณชีพ ความดันโลหิต

135/69 mmHg. ชีพจร 84 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/ นาที และ Sat O₂ 99 เปอร์เซ็นต์ เตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งตัวไปสวนหัวใจ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 : มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเนื่องจากประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลงจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อการกลับมาฟื้นคืนชีพและมีชีพจร

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ประเมินภาวะหัวใจหยุดเต้นโดยการคลำชีพจรที่บริเวณหลอดเลือดแดงใหญ่ที่คอ ใช้เวลาประเมินไม่เกิน 10 วินาที ร่วมกับการประเมินภาวะคลื่นไฟฟ้าหัวใจจากการ Monitor EKG

2. ดูแลการช่วยชีวิตขั้นสูงในผู้ใหญ่ (Advanced Cardiac Life Support) ที่เป็น Ventricular Fibrillation (VF) Tachycardia ตามแผนการรักษาของแพทย์

3. ดูแลช่วยฟื้นคืนชีพอย่างมีคุณภาพ (Hight) คือ กดหน้าอกด้วยอัตราเร็ว 100-120 ครั้ง/นาที ความลึกการกด 2-2.4 นิ้ว ปล่อยให้มีการขยายกลับของหน้าอกจนสมบูรณ์ ชัดขวางกดหน้าอกให้น้อยที่สุด เปลี่ยนผู้ช่วยกู้ชีพทุก 2 นาที และตรวจสอบก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในระบบทางเดินหายใจ หากค่าความเข้มข้นของคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจต่ำหรือลดลง ให้ประเมินคุณภาพในการนวดหัวใจผายปอดกู้ชีพใหม่

4. ดูแลระบบทางเดินหายใจและการหายใจหลังจากผู้ป่วยมีการกลับมาฟื้นคืนชีพและมีชีพจร Keep SpO₂ 92 - 98 % ดูแลช่วยหายใจเริ่มต้นที่ 10 ครั้ง/นาที ติดตาม waveform capnography/capnometry ปรับให้ได้ค่า PaCO₂ 35-45 mmHg.

5. ดูแลระบบไหลเวียนหลังจากผู้ป่วยมีการกลับมาฟื้นคืนชีพ โดยควบคุมระดับความดันโลหิต SBP > 90 mmHg. หรือ MAP > 65 mmHg. โดยให้ยา Norepinephrine 4 mg. in 5% Dextrose in water 250 ml Intravenous injection rate 30 ml/hrs. และ Adrenaline 10 mg. in Normal saline solution 100 ml Intravenous injection rate 10 ml/hrs. ตามแผนการรักษาของแพทย์

6. ประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวทุก 5 นาที เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพและภาวะหัวใจหยุดเต้นซ้ำ

ประเมินผลการพยาบาล : ขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเพื่อส่งต่อไปทำการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (percutaneous coronary intervention : PCI) มีภาวะหัวใจหยุดเต้น ดูแลทำการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในผู้ใหญ่ (Advanced Cardiac Life Support) 24 นาที EKG เป็น VF ทำ Defibrillator 200 j 7 ครั้ง ได้ยา Amiodarone 300 mg Intravenous injection, 2% lidocaine 3 ml Intravenous injection, 2% lidocaine 1.5 ml Intravenous injection และ Adrenaline 1 mg. Intravenous injection q 4 min ขณะ CPR 4 Dose หลังมี ROSC ผู้ป่วย On Endotracheal tube No 7.5 fix 20 cm. ที่มีมปาก สัญญาณชีพ BP = 140/80 mmHg.

Pulse rate 68 ครั้งต่อนาที Respiratory rate 18 ครั้งต่อนาที GCS E4M6VT

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4 : ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากเป็นภาวะเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต

วัตถุประสงค์การพยาบาล : ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลจากอาการเจ็บป่วย

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ พุดคุยให้กำลังใจด้วยท่าทีที่เป็นมิตร อ่อนโยน พร้อมทั้งสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อคลายความวิตกกังวล

2. อธิบายให้ทราบถึงโรคที่ผู้ป่วยเผชิญ อาการเจ็บป่วยในปัจจุบันและแผนการรักษาพยาบาล พร้อมทั้งตอบข้อซักถามที่ผู้ป่วยและญาติสงสัยเพื่อให้เกิดความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษา

3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติระบายความรู้สึกวิตกกังวล รับฟัง ยอมรับ และแสดงความเห็นใจ

4. เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยและตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษา

5. ดูแลให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรค การงดสูบบุหรี่ การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ การรับประทานยาละลายลิ่มเลือดและยาโรคประจำตัว ตลอดจนติดตามอาการตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ

ประเมินผลการพยาบาล : ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลลดลง รับฟังคำแนะนำ วิธีการปฏิบัติก่อนกลับบ้านอย่างตั้งใจ และสามารถทวนสอบวิธีการปฏิบัติก่อนกลับบ้านได้อย่างถูกต้อง

สรุป

ผู้ป่วยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน โดยมีภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบแบบ Triple vessel disease with Left Main disease ได้รับการรักษาโดยการสวนหัวใจและใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดโคโรนารี (Cardiac Catheter Angiography [CAG] with Percutaneous Coronary Intervention [PCI] with Drug eluting stent [DES] at right coronary artery) ผู้ป่วยหลังจากส่งตัวกลับมาจากโรงพยาบาลศรีสวรรค์ ผู้ป่วยกลับมารักษาต่อที่โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร 4 วัน แพทย์พิจารณาจำหน่ายกลับบ้านและมีการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งตัวผู้ป่วยเพื่อไปรักษาต่อเพื่อการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจต่อไป ซึ่งภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่งผลมีความรุนแรงและคุกคามต่อชีวิต ซึ่งต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน พยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงต้องมีทักษะการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยให้รอดพ้นจากภาวะที่คุกคามต่อชีวิต รวมถึงการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยและญาติให้คลายความวิตกกังวล ตลอดจนแนะนำให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. การดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พยาบาลต้องมีความรู้ ความสามารถในการวินิจฉัยปัญหาและวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม สามารถสังเกตการเปลี่ยนแปลง และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะวิกฤตฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว สามารถใช้อุปกรณ์เครื่องมือพิเศษต่างๆ ด้วยความชำนาญและสามารถแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งหน่วยงานที่รับผิดชอบจะต้องมีการจัดอบรมฟื้นฟูความรู้ให้แก่เจ้าหน้าที่เป็นประจำทุกปีด้วย

2. นอกจากบทบาทหน้าที่หลักในการให้การดูแลผู้ป่วยแล้ว พยาบาลยังต้องมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการเป็นผู้ให้ความรู้ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค รวมทั้งสอนวิธีการปฏิบัติตัวให้แก่ผู้ป่วย เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองในโรคที่เป็นอยู่ได้อย่างถูกต้อง

3. การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษา นอกจากจะมีการติดต่อประสานงานเพื่อส่งต่อเกี่ยวกับประวัติผู้ป่วย อาการและอาการแสดง การรักษาพยาบาลที่ได้ให้กับผู้ป่วยแล้ว ก่อนการส่งต่อจะต้องมีการตรวจสอบเครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆ ที่จำเป็นในรถพยาบาลให้ครบถ้วนและพร้อมใช้งาน ในกรณีผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตฉุกเฉิน ควรมีพยาบาลอย่างน้อย 2 คน ไปกับรถพยาบาลร่วมกับแพทย์ เนื่องจากมีความเสี่ยงสูงที่ผู้ป่วยอาจเกิดอาการเปลี่ยนแปลงและภาวะหัวใจหยุดเต้น เพื่อให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยในรถขณะการส่งต่อที่เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. จรรยา ภูยาฟ้า. การจัดการทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิด STEMI ที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย. 2565; 21: 69-175.
2. จันทร์ทิรา เกียรติชัย, นุชพร ดุมนใหม่, ศรัญญา จุฬารี่. การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการทำหัตถการการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี : กรณีศึกษา. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2566; 34: 2-15.
3. นพดล ชำนาญผล. ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI. กรุงเทพฯ: สหมิตร พัฒนาการพิมพ์, 2563.
4. วิจิตรา กุสุมภ์. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต : แบบองค์รวม. กรุงเทพฯ: พี.เค.เค.พรี้นท์ติ้ง, 2566.
5. วลัยพร ปานรัตน์. การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในห้องผู้ป่วยหนัก : กรณีศึกษา. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. 2564; 2: 36-47.
6. Tsao CW, Aday AW, Almarzooq ZI, et al. Heart Disease and Stroke Statistics - 2022 Update : A Report From the American Heart Association. Circulation. 2022; 145:153-639.
7. Wang F, Yu Y, Mubarik S, et al. Global Burden of Ischemic Heart Disease and Attributable Risk Factors, 1990 - 2017: A Secondary Analysis Based on the Global Burden of Disease Study 2017. Clinical Epidemiology. 2021; 13: 859-870.