



โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร
Jainad Narendra Hospital

ผลงานวิชาการ

โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร



การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก ร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลว

ศิริลักษณ์ เกตุกรุต *

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก (non ST-elevation myocardial Infarction : NSTEMI) มีสาเหตุเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจอย่างทันที เป็นภาวะฉุกเฉินของกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome: ACS) จากการรายงานของโลก (WHO) ในปี พ.ศ. 2559 พบทั่วโลกมีเสียชีวิตปีละประมาณ 57 ล้านคน โดยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 มีผู้เสียชีวิต 9.2 ล้านคน สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ.2560 อัตราการเสียชีวิตร้อยละ 12 จากสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดและมีผู้เสียชีวิตจากหัวใจขาดเลือดจำนวน 20,746 ราย อัตราการเสียชีวิตเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1.57 : 1 กลุ่มที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เป็นกลุ่มที่มีอัตราการตายสูงที่สุด ที่ 144.4 ต่อประชากรแสนคน จากสถิติโรงพยาบาลชยันตนาทเรนทรในปี พ.ศ.2564 2565 และ 2566 พบว่าผู้ป่วย NSTEMI เข้ารับบริการในโรงพยาบาลชยันตนาทเรนทรสูงเป็นอันดับต้นของโรคติดต่อไม่เรื้อรัง พบผู้ป่วย 538 ราย 529 ราย และ 510 ราย ตามลำดับ และพบผู้เสียชีวิต 102 ราย 116 ราย และ 106 ราย ตามลำดับ

เนื่องจากกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทีไม่ยกมีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลวและอาจมีภาวะช็อกและเสียชีวิตได้ง่าย จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาและการพยาบาลที่รวดเร็วจะช่วยลดการทำลายของกล้ามเนื้อหัวใจและเพิ่มโอกาสการรอดชีวิต พยาบาลจึงต้องมีความรู้และสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโดยการวางแผนการพยาบาลให้ครอบคลุมเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย

สาเหตุการเกิดโรค

สาเหตุเกิดจากการตีบแคบภายในหลอดเลือดแดง โคโรนารีที่เกิดอย่างเฉียบพลัน ทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง พยาธิสรีรวิทยาเกิดจากความไม่สมดุลระหว่างความต้องการออกซิเจนและปริมาณออกซิเจนที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ สาเหตุมากกว่าร้อยละ 90 เกิดจากการปริแตกของปื้นไขมันภายในหลอดเลือด (Plaque rupture) เกิดการกระตุ้นเกล็ดเลือดเกาะกลุ่มเป็นลิ่มเลือด (Thrombus) อุดกั้นการไหลเวียนภายในหลอดเลือด ส่งผลให้เกิดภาวะ กล้ามเนื้อ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชยันตนาทเรนทร

กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Ischemia) และกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Infarction) ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค ได้แก่ การสูบบุหรี่ ภาวะคอเลสเตอรอลสูง ความดันโลหิตสูง การไม่ออกกำลังกาย โรคอ้วน และภาวะน้ำหนักเกิน โรคเบาหวาน ความเครียด การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยกลุ่มอาการโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก (NSTEMI) ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการทางคลินิกที่จำเพาะ (typical symptoms) คือ อาการเจ็บหน้าอกลักษณะแน่น ๆ เหมือนอะไรมาทับ อาจร้าวไปกรามทั้ง 2 ข้าง หัวไหล่ ปลายแขนและด้านหลัง อาเจียน หายใจเหนื่อย เป็นลม เหงื่อออกใจสั่น จะได้รับการทำ EKG 12 lead เพื่อวินิจฉัยแยกโรคว่าเป็น ST elevation myocardial Infarction หรือไม่ ในผู้ป่วย NSTEMI นั้นจะตรวจพบค่าสารบ่งชี้หัวใจ (Cardiac biomarker) ในกระแสเลือดที่สูง troponin เป็นสารที่บ่งชี้ที่มีความไวและจำเพาะสูง ตรวจพบในเลือด 3-6 ชั่วโมงหลังกล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลาย troponin คงอยู่ต่อเนื่องนาน 5-14 วันหลังจากเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

การรักษา

หัวใจขาดเลือดเป็นภาวะที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ที่ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน เพราะยิ่งรักษาเร็วเท่าไรก็จะสามารถยับยั้งความเสียหายของกล้ามเนื้อหัวใจ การใส่ยา แพทย์จะพิจารณาการใส่ยาชนิดใดชนิดหนึ่ง หรืออาจใส่ยาหลายตัวร่วมกันเพื่อรักษาอาการ ยาที่มักใช้ ได้แก่

1. การรักษาด้วยยา

1.1 ยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet Agent) ให้เพื่อป้องกันเกล็ดเลือดเกาะตัวกันทำให้เกิด การเกาะกลุ่มกัน ได้แก่ ยา Aspirin และ Clopidogrel กลไกในการทำงานของยาชนิดนี้จะช่วยลด ลิ่มเลือดและทำให้เลือดสามารถไหลเวียนภายในหลอดเลือดที่แคบได้

1.2 ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytics) คือ ยาที่มีคุณสมบัติในการละลายลิ่มเลือดซึ่งปิดกั้นระบบไหลเวียนโลหิต ทั้งนี้หากผู้ป่วยได้รับยาชนิดนี้ภายในระยะเวลาไม่นานตั้งแต่เริ่มเกิดอาการ จะช่วยเพิ่มโอกาสรอดชีวิตและลดความเสียหายของหัวใจได้

1.3 ยาป้องกันการเกิดลิ่มเลือด (Anticoagulant) ผู้ป่วยควรได้รับยาป้องกันการเกิดลิ่มเลือด โดยเร็วที่สุด ได้แก่ ยา Enoxaparin นิดิตัวหนักหรือ Unfractionated heparin ทางหลอดเลือดดำ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้นจากการที่ระบบไหลเวียนโลหิตสามารถไหลเวียนไปเลี้ยงหัวใจได้มากขึ้น

1.4 ยาระงับอาการปวด สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการแน่นหรือเจ็บที่หน้าอก การใส่ยานี้จะช่วยลดอาการปวดลงได้ แต่จะต้องใส่ภายใต้คำแนะนำของแพทย์เท่านั้น เนื่องจากยาที่ใส่ค่อนข้างแรง ได้แก่ มอร์ฟีน เป็นต้น

1.5 ยาไนโตรไกลเซอริน (Nitroglycerin) ยาดังกล่าวจะใส่ในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าจากโรค

หลอดเลือดหัวใจ โดยยาจะเข้าไปทำให้หลอดเลือดที่ตีบขยายตัวมากขึ้น ส่งผลต่อการไหลเวียนโลหิต

1.6 ยาบีตักัน การทำงาน ของเบตา (Beta Blockers) ในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดจะต้องมีการใช้ยาเพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อหัวใจ ลดความเร็วของอัตราการเต้นหัวใจ ลดความดันโลหิตซึ่งจะทำให้หัวใจทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

1.7 ยาเอซีอีอินฮิบิเตอร์ (ACE Inhibitors) เป็นยาที่ใช้ในการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยส่วนใหญ่ โดยยาจะเข้าไปลดระดับความดันโลหิตและให้กล้ามเนื้อหัวใจทำงานได้ดีขึ้น

2. การรักษาด้วยการผ่าตัด บางกรณีแพทย์อาจแนะนำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาผ่าตัด เพื่อช่วยให้เลือดสามารถไหลเวียนไปยังหัวใจได้อย่างเพียงพอมากขึ้น โดยแพทย์มักนิยมใช้วิธีดังต่อไปนี้

2.1 การขยายหลอดเลือดหัวใจตีบด้วยบอลลูนและการวางขดลวด (Coronary Angioplasty and Stenting) เป็นการผ่าตัดที่จะนำอุปกรณ์คล้ายที่มีลักษณะคล้ายบอลลูนใส่เข้าไปที่หลอดเลือดหัวใจ เพื่อขยายหลอดเลือดบริเวณที่อุดตันหรือตีบ แพทย์จะนำท่อเล็ก ๆ สอดเข้าไปในหลอดเลือดหัวใจ โดยเริ่มจากที่บริเวณขาหรือขานีบ เพื่อถ่างหลอดเลือดไว้ วิธีการผ่าตัดนี้สามารถช่วยฟื้นฟูระบบไหลเวียนเลือดให้สามารถไปหล่อเลี้ยงหัวใจได้อย่างเพียงพอ

2.2 ผ่าตัดบายพาสหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Bypass Surgery) ในบางกรณีผู้ป่วยอาจต้องได้รับการผ่าตัดเพื่อบายพาสหลอดเลือดหัวใจอย่างเร่งด่วน โดยแพทย์จะนำหลอดเลือดดำที่บริเวณขามาเชื่อมต่อกับหลอดเลือดหัวใจ เพื่อเบี่ยงทางไหลเวียนของเลือดข้ามส่วนที่ตีบหรืออุดตัน ซึ่งเมื่อผ่าตัดแล้วระบบไหลเวียนเลือดจะค่อย ๆ กลับมาใกล้เคียง ทำให้หัวใจกลับมาทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดควรให้การพยาบาลที่ครอบคลุมทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในระหว่างการรักษา หลังการรักษาผู้ป่วยไม่กลับมาเป็นซ้ำและมีคุณภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อกลับบ้าน

1. ประเมินสภาพผู้ป่วยซักประวัติ เพื่อค้นหาหลักฐานการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ตั้งแต่ระยะเวลาการเกิดหาสาเหตุชักนำและลักษณะอาการเจ็บหน้าอก มีเจ็บร้าวไปตำแหน่งใดบ้าง ระดับความเจ็บปวด

2. ติดตามสัญญาณชีพ และ EKG monitor เพื่อเฝ้าระวังการเกิด Cardiac arrest เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตต่ำเหงื่อออกตัวเย็น ชีตเขียว ปัสสาวะออกน้อยระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง เตรียมรถ Emergency ให้พร้อม

3. ตรวจวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว ถ้าน้อยกว่า 94% ให้ออกซิเจนป้องกันภาวะ Myocardial injury

4. ทำ EKG 12 lead แผลผล และเจาะเลือดส่งตรวจ cardiac marker ติดตามผลรายงานแพทย์
5. เผ่าระวังการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจกรณีเกิด ST elevate รายงานแพทย์
6. ดูแลให้ยาบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก ยาต้านการแข็งตัวของเกล็ดเลือด ยาขับปัสสาวะและสังเกตอาการไม่พึงประสงค์ของยา บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าออกจากร่างกายเพื่อดูความสมดุลสารน้ำในร่างกาย
7. ให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียงอย่างเพียงพอใน 24 ชั่วโมงแรกที่มีอาการเจ็บหน้าอก จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ เหมาะแก่การพักผ่อน เพื่อลดการทำงานของหัวใจ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเป็นปกติไม่เบ่งถ่ายอุจจาระ รับประทานอาหารที่มีกากใย ได้แก่ ผัก ผลไม้ เช่น มะละกอ
8. ส่งเสริมสัมพันธภาพผู้ป่วย ครอบครัวและพยาบาล พุดคุย เพื่อลดความวิตกกังวลให้พูดระบายความรู้สึก
9. ให้คำแนะนำก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน โดยให้ควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนี้ รับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ หลีกเลี่ยงอาหารประเภททอด มัน เค็ม งดสูบบุหรี่หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หลีกเลี่ยงความเครียด
10. แนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสม ได้แก่ การเดิน รำมวยจีน เต้นรำ อยู่ในอากาศที่ถ่ายเท พกยาอมใต้ลิ้นไว้ติดตัวทุกครั้ง

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 57 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ระดับการศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 4 อาการสำคัญ Refer จากโรงพยาบาลสรรคบุรี หายใจเหนื่อยแน่นหน้าอก 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล หายใจเหนื่อยแน่นหน้าอกญาติพาไปโรงพยาบาลสรรคบุรี ผู้ป่วยซึมลงไม่รู้สึกรู้ตัว Glasgow coma score E1V1M1 O₂SAT 90% อัตราการหายใจ 40 ครั้ง/นาที on ET-Tube หลังใส่ ET-Tube Glasgow coma score E4VtM5 Refer มาโรงพยาบาลชัชวาทนเรนทร วันที่ 14 สิงหาคม 2566 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต DM HT DLP รักษาโรงพยาบาลสรรคบุรีตรวจร่างกาย GA not pale, no Jaundice, Skin : normal, HEENT : normal, Lung : Crepitation Both Lung Abdomen : No distension, Ext: pitting edema 2 + ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ TnI ชั่วโมงที่ 0 = 87.3 ng/l ชั่วโมงที่ 3 = 167.0 ng/l, Bun 19.4 mg/dl Creatinine 0.71 mg/dl, Electrolyte : Chloride = 97 mmol/l, Hco₃ = 28mmol/l, Potassium = 3.51 mmol/l, Sodium = 28 mmol/l CBC : Hct = 42%, WBC = 29,700, Neutrophil = 80.6%, Lymphocyte = 13.8%, Lactate = 2.7 mmo/l DTX Stat = 363 mg%, EKG : ST Depress II, III, avf, Echocardiogram : EF 81 % LVF mild MR, TR, AR การวินิจฉัย Non ST Elevation Myocardial Infarction with Congestive Heart Failure แรกรับ ผู้ป่วยรู้สึกรู้ตัวดี Glasgow coma score E4VtM6, Pupil 3 mm RTLBE, On ET Tube no 7.5

ลึก 20 cm. Ventilator PCV Mode IP 16 Peep 6 Fio2 0.4 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส
ชีพจร 96 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 142/68 มิลลิเมตรปรอท Spo2 99%
แพทย์มีการรักษาให้ Enoxaparin 0.5 ml sc. ทุก 12 ชั่วโมง ASA(300) 1tab oral Stat, Plavix 4tab oral
Stat, Lasix 160 mg vein ทุก 6 ชั่วโมง ระหว่าง Admit มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงแพทย์ให้ติดตาม
ค่า DTX อยู่ระหว่าง 144-334 Mg% และให้ RI ตาม Scale DTX 201-250 mg% ให้ RI 4 Unit sc.,
251-300 mg % ให้ RI 6 Unit sc., 301-350 mg % ให้ RI 8 Unit sc., 351-400 ให้ RI 10 Unit sc. If < 80 mg %
> 400 mg% รายงานแพทย์ ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อที่ปอดได้รับยา Tazocin 4.5 g. vein ทุก 6 ชั่วโมง หลังได้รับ
ยา Enoxaparin 2 วัน ผู้ป่วยมีปัสสาวะเป็นเลือด On CBI และ Hold ยา Enoxaparin, ASA, Plavix 2 วัน
ไม่มีปัสสาวะเป็นเลือดจึง แพทย์เริ่ม ยา ASA, Plavix เวิร์ดวันที่ 15 สิงหาคม 2556 มีภาวะ Cardiac Arrest
CPR 2 Cycle มี ROSC Glasgow coma score E4VtM6, On ET Tube no 7.5 ลึก 20 cm. Ventilator PCV Mode
หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี Spo2 99-100% วันที่ 21 สิงหาคม 2556 แพทย์ให้ Off ET Tube รวม
ระยะเวลาใส่ ET Tube 7 วันหลัง Off ET Tube on HFNC 50 l/min ผู้ป่วยทุเลาอาการเหนื่อย Spo2
98-99 % ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก off ออกซิเจนได้ วันที่ 24 สิงหาคม 2556 วันที่ 25 สิงหาคม 2556
แพทย์จำหน่าย Refer ทำ CAG โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เป็น OPD case ได้คิวนัด วันที่
29 สิงหาคม 2556 รวมระยะเวลานอนโรงพยาบาล 11 วัน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะวิกฤตจนถึงระยะต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีภาวะ Cardiac Arrest เนื่องจากภาวะหัวใจไม่สามารถส่งเลือดไปเลี้ยง
ส่วนต่าง ๆ ได้เพียงพอจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

S :

O : ผู้ป่วยกระสับกระส่าย ไข่มื้อซีไปบริเวณหน้าอก ปลายมือปลายเท้าซีดเย็น จากนั้น

Glasgow coma score E1VtM1

- สัญญาณชีพ คล่าชีพจรไม่ได้ ความดันโลหิตวัดไม่ได้
- Spo₂ = 78% Capillary Refill time > 2 วินาที
- Monitor EKG HR Asystole

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ Cardiac Arrest

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มี อาการแน่นหน้าอกหรือ กระสับกระส่าย ปลายมือปลายเท้าไม่เย็น Glasgow

Coma Score E4VTM6

2. สัญญาณชีพ อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต

128/82-138/88 มิลลิเมตรปรอท

3. ค่า $SpO_2 > 95\%$ Capillary Refill time < 2 วินาที

4. Monitor EKG HR Normal Sinus rhythm

กิจกรรมทางการพยาบาล

1. ประเมินอาการแสดงผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัว คลื่นไฟฟ้าหัวใจ คลำชีพจร

2. เรียกทีมช่วยเหลือ รายงานแพทย์เตรียมรถ Emergency และเครื่อง Defibrillation

3. ทำ Chest Compression โดยกดหน้าอก เพื่อเพิ่มการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ

ของร่างกาย

4. Airway and Breathing และ Suction เพื่อ Clear Airway ให้โล่งเพื่อให้ออกซิเจนไปเลี้ยงหัวใจ

และส่วนต่างๆของร่างกาย โดยบีบ Ambu bag

5. ติดเครื่อง Defibrillation เพื่อติดตามการทำงานของคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง

6. ให้ Medication ได้แก่ Adrenaline 1 mg ทุก 3 นาที ตามแผนการรักษาของแพทย์

7. ประเมินสัญญาณชีพทุกประเมินสัญญาณชีพทุก 5 นาทีจนกว่าจะคงที่, วัดทุก 15 นาที 4 ครั้งจนกว่า Stable วัดทุก 30 นาที 2 ครั้ง จากนั้นวัดทุก 1 ชั่วโมง รายงานแพทย์ เมื่อพบสัญญาณชีพที่ผิดปกติ อัตราการหายใจ > 30 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต $< 90/60$ มิลลิเมตรปรอท PR > 100 ครั้ง/นาที ค่า $SpO_2 < 95\%$ รายงานแพทย์

8. ติดตามคลื่น และจังหวะการเต้นของหัวใจ Monitor EKG อย่างต่อเนื่อง เมื่อพบผิดปกติ รายงานแพทย์ทันที

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Glasgow coma score E4VTM6 ไม่มีอาการกระสับกระส่ายหรือแน่นหน้าอก ปลายมือปลายเท้าไม่เย็น Monitor EKG HR 100 ครั้ง/นาที Normal Sinus rhythm สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 130/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 98 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที $O_2 sat$ 95-100% Capillary Refill time > 2 วินาที

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ลดลงจากกล้ามเนื้อ หัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง

ข้อมูลสนับสนุน

S : แน่นหน้าอกหายใจลำบาก

O : อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ชีพจร 102 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 98/65 มิลลิเมตรปรอท

- $SpO_2 = 94\%$ Capillary Refill time > 2 วินาที

- ผลการตรวจ คลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST depress II, III, AVF

- Troponin I ชั่วโมงที่ 0 = 87.3 ng/L ชั่วโมงที่ 3 = 167.0 ng/L
- ฟัง lung พบ fine crepitation Both lung
- On ET -Tube with Ventilator PCV Mode Pi 12 RR 12 PEEP 5 Fi 0.4

วัตถุประสงค์ เพื่อให้เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการของภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เช่นหายใจลำบาก Capillary Refill time < 2 วินาที
2. ค่า SpO₂ > 95%
3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติความดันโลหิต 120/80-139/89 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60-90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที
4. Troponin I ปกติ 0.0-3.1 ng/L

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพผู้ป่วยภาวะเนื้อเยื่อร่างกายออกซิเจนได้แก่ หายใจลำบาก กระสับกระส่าย Capillary Refill time > 2 วินาที รายงานแพทย์
2. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้งจนกว่า Stable วัดทุก 30 นาที 2 ครั้ง จากนั้นวัดทุก 1 ชั่วโมง รายงานแพทย์ เมื่อพบสัญญาณชีพที่ผิดปกติ อัตราการหายใจ > 30 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต < 90/60 มิลลิเมตรปรอท PR > 100 ครั้ง/นาที ค่า SpO₂ < 95% รายงานแพทย์
3. จัดเตียงผู้ป่วยให้อยู่ใกล้ Counter พยาบาล และเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ช่วยชีวิตให้พร้อมใช้
4. จัดทำผู้ป่วยศีรษะสูง 30 - 45 องศา เพื่อช่วยปอดขยายตัวเต็มที่ ลดปริมาณเลือดไหลกลับสู่หัวใจ
5. ให้ผู้ป่วย On Ventilator PCV Mode Pi 12 RR 12 PEEP 5 Fi 0.4 ให้เครื่องทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ
6. กำหนดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อรบกวนผู้ป่วยให้น้อยที่สุด หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ไม่จำเป็น
7. ให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายเพียงพอ เพื่อลด Metabolism และลดการใช้ออกซิเจน
8. Monitor EKG บันทึกการเต้นของหัวใจมากกว่า 100 ครั้ง/นาที รายงานแพทย์
9. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา ได้แก่ Enoxaparin 0.5 ml SC q 12 hr. ASA (300) 1 tab oral Stat, Plavix (75) 4 tab oral stat
10. ติดตามผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 lead มี ST Change รายงานแพทย์
11. ติดตามผลการตรวจเลือด Troponin I ผิดปกติ รายงานแพทย์

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4VTM6 On ET tube ventilator หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี ไม่มีอาการ

หายใจลำบากไม่มีอาการกระสับกระส่ายไม่มีแน่นหน้าอก อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที SPO₂ 98-100% ชีพจร 86-90 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 128/82-138/88 มิลลิเมตรปรอท Capillary Refill time < 2 วินาที ค่า Troponin I = 20.1 ng/l

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีโอกาสเกิดภาวะ Cardiogenic Shock จากประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลง จากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

S : 1 อาทิตย์ก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการขาบวม 2 ข้าง 3 ชั่วโมง หายใจเหนื่อย นอนราบไม่ได้ แน่นหน้าอก”

O : ตรวจร่างกาย Pitting edema 2+, lung fine crepitation Both lung

- EKG 12 lead ST depress I, II, AVF

- ค่า Troponin I ชั่วโมงที่ 0 = 87.3 ng/L ชั่วโมงที่ 3 = 167.0 ng/L

- อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ชีพจร 102 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 98/65 มิลลิเมตรปรอท

- SpO₂ = 94% Capillary Refill time > 2 วินาที

- Urine ออก 200 ซีซีใน 8 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยไม่มีภาวะ Cardiogenic shock

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บหน้าอกไม่มีอาการกระสับกระส่าย ไม่มีปลายมือปลายเท้าเย็น นอนราบได้
2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติความดันโลหิต 120/80-139/89 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60-90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที
3. No pitting edema
4. ปัสสาวะออกมากกว่า 30 ซีซี/ชั่วโมง
5. ค่า SpO₂ > 95% Capillary Refill time < 2 วินาที
6. Troponin I ปกติ 0.0-3.1 ng/L

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการผู้ป่วย ได้แก่ อาการหายใจเหนื่อยหอบ แน่นหน้าอก กระสับกระส่าย ปลายมือปลายเท้าเย็น นอนราบไม่ได้ ระดับความรู้สึกตัวลดลง รายงานแพทย์
2. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง จนกว่า Stable วัดทุก 30 นาที 2 ครั้ง จากนั้นวัดทุก 1 ชั่วโมง รายงานแพทย์ เมื่อพบสัญญาณชีพที่ผิดปกติ อัตราการหายใจ > 30 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต < 90/60 มิลลิเมตรปรอท PR > 100 ครั้ง/นาที ค่า SpO₂ < 95 % รายงานแพทย์

3. จัดเตียงผู้ป่วยให้อยู่ใกล้ Counter พยาบาล และเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ช่วยชีวิตให้พร้อมใช้
4. จัดทำผู้ป่วยศีรษะสูง 30 - 45 องศา เพื่อช่วยปอดขยายตัวเต็มที่ ลดปริมาณเลือดไหลกลับสู่หัวใจ
5. ให้ผู้ป่วย On Ventilator PCV Mode Pi 12 RR 12 PEEP 5 Fi 0.4 ให้เครื่องทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ

6. กำหนดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อรบกวนผู้ป่วยให้น้อยที่สุด หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ไม่จำเป็น
7. โหยา Lasix 40 mg vein ตามแผนการรักษา
8. ตวงและบันทึกปริมาณสารน้ำเข้าออกในร่างกายทุก 8 ชั่วโมง

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ แน่นหน้าอก กระสับกระส่าย ปลายมือปลายเท้าเย็นนอนราบได้ สัญญาณชีพ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ชีพจร 90 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 138/88 มิลลิเมตรปรอท Intake 300 ซีซี Output 1000 ซีซี/8 ชั่วโมง ซาตูเรชัน SpO₂ > 95 % Capillary Refill time < 2 วินาที ค่า Troponin I = 20.1 ng/L

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์

ข้อมูลสนับสนุน

S : “คนไข้เป็นโรคหัวใจใจใหม่หมอและอาการจะดีขึ้นมั๊ย จะส่งตัวไปรักษาที่อื่นมั๊ยคะ”

O : ญาติซักถามอาการของผู้ป่วยและแนวทางการรักษาของแพทย์บ่อยครั้ง

- ญาติมีสีหน้าวิตกกังวลและร้องไห้

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลและให้ญาติเข้าถึงแนวทางการรักษาของแพทย์

เกณฑ์การประเมินผล

1. ญาติและผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลง สีหน้าท่าทางแจ่มใส
2. ญาติและผู้ป่วยมีความเข้าใจ แนวทางการรักษาและให้ความร่วมมือในการรักษาของแพทย์

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพของผู้ป่วย และญาติโดยสังเกตจากสีหน้า ท่าทาง การพูดคุยซักถาม
2. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยไว้วางใจ ให้การพยาบาลด้วยท่าทีที่เป็นมิตร
3. ให้ข้อมูลการเจ็บป่วย ให้ทราบถึงโรคที่เป็นอยู่ แผนการรักษาของแพทย์เป็นระยะ
4. เปิดโอกาสให้ญาติได้ซักถามข้อสงสัย รวมถึงแผนการรักษาของแพทย์ และกำหนดแนวทางการแก้ไขร่วมกันสิ่งที่ต้องการให้ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือ
5. พยายามเปิดโอกาสให้ญาติระบายความรู้สึกต่างๆ และสังเกตท่าทีและปฏิกิริยาที่ญาติแสดงออกมาจากการพูดคุย

6. แนะนำญาติและผู้มาเยี่ยม งดพูดคุยในเรื่องที่เพิ่มความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วย

7. ให้ครอบครัวและญาติได้ทราบรับรู้สิ่งที่ควรรู้และมีส่วนร่วม ให้กำลังใจญาติและผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวลที่มีอยู่

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล สีหน้าแจ่มใส และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยระยะฟื้นฟูจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรค กล้ามเนื้อหัวใจตายเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

S : ญาติ “เมื่อกลับบ้านต้องดูแลคนไข้อย่างไรคะหมอ มีข้อห้ามอะไรบ้าง”

O : ผู้ป่วยอาการทุเลาแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ซักถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวตอบไม่ได้
วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
2. ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้ความเข้าใจและทักษะการดูแลตนเองรับฟังความต้องการของผู้ป่วยและญาติ เพื่อวางแผนการพยาบาล ให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพ

2. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติดังนี้

2.1 ให้ความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันคร่าวๆ โดยสังเขปด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย

2.2 แนะนำการรับประทานยาให้ต่อเนื่องห้ามขาดยาโดยเฉพาะยาต้านการแข็งตัวของเลือด อาจมีผลข้างเคียงเช่น มีจ้ำเลือด เลือดออกผิดปกติควรรีบมาพบแพทย์ทันที

2.3 แนะนำให้จัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้สะอาดแสงสว่างเพียงพอ อากาศถ่ายเท

2.4 สังเกตอาการผิดปกติได้แก่ อาการ

เจ็บหน้าอก แน่นหน้าอก อารมณ์ไปกรวมหรือสับสนหลังแขนซ้ายอาการอื่น ๆ ร่วม เช่น เหงื่อแตก ใจสั่น เป็นลม ให้รีบมาโรงพยาบาล

2.5 แนะนำการออกกำลังกายเบาๆเช่นการเดิน หรือท่าออกกำลังกายง่าย ๆ เช่น การแกว่งมือ เป็นต้น

2.6 แนะนำให้มาตรวจตามแพทย์นัด

โดยไปโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เพื่อทำ CAG ก่อนนัดหากมีอาการเจ็บหน้าอก ให้รีบมาพบแพทย์หรือแจ้งสายด่วน 1669

2.7 แนะนำให้จำกัดอาหารชนิดผัดและทอด อาหารไขมันสูง หลีกเลี่ยงอาหารรสเค็ม และหวานจัดเน้นรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง หลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดอาการท้องผูก

3. เปิดโอกาสให้สอบถามเพิ่มเติมและสอบถามย้อนกลับเพื่อประเมินความเข้าใจในการปฏิบัติตัว
4. มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับเวชกรรมสังคม เพื่อติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจโรคของตนเองจะปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค เช่น การรับประทานอาหารการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและการไปตรวจตามนัด
2. ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้อย่างถูกต้อง 6 ข้อใน 7 ข้อ

การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. ใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยโรค NSTEMI
2. ใช้เป็นแนวทางในการสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรค NSTEMI
3. เป็นประโยชน์ในการศึกษาค้นคว้าของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลและนักศึกษาพยาบาล

ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยได้รับยาEnoxaparin ไม่ครบ5วัน เนื่องจาก ผู้ป่วยมีภาวะปัสสาวะเป็นเลือดหลังจากได้รับยาEnoxaparin ASA ,Plavix ได้ 2 วันแพทย์จึงให้หยุดยา และให้on CBI หลังจากนั้นไม่มีปัสสาวะเป็นเลือดจึงเริ่มให้ยา ASA, Plavix อีกครั้ง

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

จากการศึกษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีปัญหาระบบการหายใจล้มเหลวร่วมกับภาวะหัวใจวาย ทำให้ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ ระหว่างการรักษาภาวะหัวใจหยุดเต้น CPR 2 Cycle แล้วมี ROSC พยาบาลผู้ดูแลต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจและมีทักษะการช่วยชีวิตผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะ Cardiac arrest นอกจากนั้น ญาติผู้ป่วยยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย พยาบาลผู้ดูแลต้องมีทักษะในการพูดคุยให้กำลังใจและให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค และแผนการรักษาของแพทย์เป็นระยะ

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรมีความรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรค ACS การดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) และการบริหารยาต้านการแข็งตัวของเลือดเพื่อการพยาบาลที่มีคุณภาพและปลอดภัย
2. ควรมีการอบรมโรค ACS การดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) อย่างเป็นทางการเป็นประจำต่อเนื่องทุกปี

บรรณานุกรม

- กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลโสธร. (2562). คู่มือแนวทางปฏิบัติในการฉีดยาต้านการแข็งตัวของเลือดเข้าไตผิวหนัง. ยโสธร.
- งานคัดกรองศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯสยามบรมราชกุมาร. (2561). กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด. <http://med.swu.ac.th/msmc/scrcen/index.php/77-latest-ncws/150-2018-01-17-07-26-27>.
- ขจรศักดิ์ เทพเสน. (19 สิงหาคม, 2562). ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart failure). Bangkokhospital phuket. <http://www.phukethospital.com/th/healthy-articles/Congestive-Heart-Failure/>
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาทและคณะ. (2558). การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจและการพยาบาลโรคหัวใจ. บริษัทสุขุมวิท การพิมพ์ จำกัด, กรุงเทพมหานคร.
- ณรงค์กร ชัยวงศ์, ปณวิตร สันประโคน. (2562). ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ความท้าทายของพยาบาลฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤต. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ. 14 (1), 43-51.
- สุรพันธ์ สิทธิสุข. (2557). แนวทางเวชปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ในประเทศไทย. ฉบับปรับปรุงปี 2557 (พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพมหานคร : ศรีเมืองการพิมพ์ กรุงเทพมหานคร.
- อภิสิทธิ์ ตามสิทธิ์. (2558). เอกสารประกอบการสอน การพยาบาลหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี. วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ : โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ.