

การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน : กรณีศึกษา 3 ราย Nursing Care of Patient Acute Myocardial Infarction : 3 Cases Study

คมสันต์ จริยะนรวิษซ์¹
Komsan Jariyanoravisse¹

บทคัดย่อ

การศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction) ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ชนิดสเตรปโตไครเนส (Streptokinase) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใต้การดูแลของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางเป็นการศึกษาผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคามโดยการเลือกแบบจำเพาะเจาะจงจำนวน 3 รายเก็บรวบรวมข้อมูล การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษาทางการแพทย์จากเวชระเบียน การสังเกตสอบถามพยาบาลวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติเพื่อประกอบการดูแลผู้ป่วย ในการศึกษาครั้งนี้โดยนำทฤษฎีการพยาบาลของโอเรมามาประยุกต์ใช้ ร่วมกับแนวคิดการประเมินแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน พร้อมทั้งให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอนครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและให้ผู้ป่วยและญาติได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการวางแผนการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษา

กรณีผู้ป่วยรายที่ 1 อาการสำคัญ เจ็บแน่นหน้าอกร้าวไปบริเวณซ้ายทอຍและแขนซ้าย ใจสั่น เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 30 นาที แพทย์ให้ การวินิจฉัย ST-Elevation Myocardial infarction หลังให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ตามแผนการรักษาของแพทย์ ผู้ป่วยไม่พบภาวะแทรกซ้อนใดจากการยาละลายลิ่มเลือด จำหน่าย refer ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ เนื่องจากผู้ป่วยมีความดันโลหิตต่ำ

กรณีผู้ป่วยรายที่ 2 อาการสำคัญ เจ็บแน่นหน้าอก หายใจลำบาก ก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง แพทย์วินิจฉัยโรคเป็น ST-Elevation-Myocardial infarction หลังให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ตามแผนการรักษาของแพทย์ ผู้ป่วยไม่พบภาวะแทรกซ้อนใดๆ EKG พบคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เป็น Atrial fibrillation แพทย์ได้พิจารณาส่งต่อศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ผู้ป่วยมีความดันโลหิตต่ำเป็นระยะและพบ Atrial fibrillation

กรณีผู้ป่วยรายที่ 3 อาการสำคัญ เจ็บแน่นหน้าอก เหนื่อยซิม ใจสั่น ก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง แพทย์วินิจฉัยโรคเป็น ST-Elevation-Myocardial infarction หลังให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ผู้ป่วยอาการดีขึ้น แพทย์มีคำสั่งให้ย้ายไปสังเกตอาการต่อที่หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต และจำหน่ายกลับบ้านแพทย์นัดตรวจอีกครั้ง 2 สัปดาห์

จากกรณีศึกษาทั้ง 3 ราย ผู้ศึกษาได้นำทฤษฎีการพยาบาลของโอเรมามาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดการประเมินแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนมาเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล การพยาบาลที่สำคัญคือ การดูแลไม่ให้กล้ามเนื้อหัวใจต้อเลือดไปเลี้ยงมากขึ้นผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน หลังให้ยาละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ : ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน, ยาสเตรปโตไครเนส

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมหาสารคาม

ABSTRACT

The study of nursing care of Acute myocardial infarction patients status postusing the Thrombolytic Therapy as Streptokinase with system of Fast Track Mahasarakham Hospital about 3 cases

Objective : To determine evaluated and cared during crisis in Acute myocardial infarction patients who had to receive the Thrombolytic Therapy under caring by expert physician and specialized nurse, and to assess the changes after receiving the medicine which would help the patients to recover from crisis safely or be transferred.

Method : Chosed 3 cases to study from Intensive Care Unit (Medicine) Mahasarakham Hospital then corrected data from assessed Patients History, physical Examination, laboratory and treatments from Doctor's orders sheet and the others from observed, asked professional nurse who had cared them

Results : Case 1 st the patients came to the hospital with angina to occiput and left hand, shake, and sweating. These signs occurred before going to hospital about 30 minutes. Physician's diagnosis ST segment elevation MI (acute myocardial infarction, STEMI). The first patient got streptokinase, but still hypotension with cardiogenic shock and was referred to the Queen Sirikit Center of the Northeast.

Case 2 nd : The patients came to the hospital with angina pectoris. These signs occurred before going to hospital about 2 hours. Physician's diagnosis ST segment elevation MI (acute myocardial infarction, STEMI). The second patient got streptokinase, but still hypotension Patients were needed for treatment immediately after getting streptokinase found that ST segment depress with hypotension intermittently. Moreover, the patient was under atrial fibrillation and referred to the Queen Sirikit Center of the Northeast.

Case 3 rd : The third patient, came to the hospital with angina pectoris to occiput and left hand, shake, and sweating. Physician's diagnosis ST segment elevation MI (acute myocardial infarction, STEMI) . The third patient got streptokinase, she had improved Physician's discharge and follow up two weeks.

Almost 3 cases study the researcher was bringed Orem's Theory apply About 11 Patterns's Gordon to nursing care plan for us. Whereas, proper, high quality, in time and continuous treatment, sending patient to care highpotential treatment hospital shall help patient happiness, no have mutinied and adverse effect, and then goes back to home for living in usual.

Keyword : Acute myocardial infarction, Streptokinase.

บทนำ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction) เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเสียชีวิต ประเทศไทยมีรายงานการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 ใน 3 การเสียชีวิตของประชากรไทยทั้งหมดและพบภาวะรุนแรงของโรคคือภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI สูงถึงร้อยละ 17⁽³⁾ ปัจจุบันการรักษาที่สำคัญคือ การเปิดหลอดเลือดหัวใจให้เร็วที่สุด ด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Trombolytic Drug) ภายใน 30 นาที และรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดภายใน 90 นาที การเปิดหลอดเลือดหัวใจได้เร็วมีความสัมพันธ์กับอัตราการรอดชีวิตโดยตรง หลังการให้ยาละลายลิ่มเลือดผู้ป่วยอาจเกิดอาการข้างเคียง หรือภาวะแทรกซ้อนของยาได้เนื่องจากเป็นโรคที่สามารถทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้⁽⁵⁾ หากได้รับการรักษาที่รวดเร็ว เหมาะสม มีคุณภาพและทันที่ทั้งที่ ตลอดทั้งการรับการรักษาต่อเนื่องเหมาะสมหรือการส่งไปรักษาต่อในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขไม่มีอาการกำเริบ และเกิดภาวะแทรกซ้อนสามารถกลับไปดำเนินชีวิตในครอบครัวได้อย่างปกติสุข

โรงพยาบาลมหาสารคามมีระบบช่องทางด่วน(Fast Track) ของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction) จากแฟ้มบันทึกข้อมูลงานด้านคุณภาพของหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมโรงพยาบาลมหาสารคาม พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาโดยใช้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำชนิด Streptokinase ขนาด 1.5 ล้านยูนิต

ในปีพ.ศ. 2554 ถึงปี พ.ศ. 2556 พบจำนวน 46 ราย 46 รายและ 41 ราย ตามลำดับหลังให้ยาละลายลิ่มเลือดพบว่าผู้ป่วยที่มี ST – elevation ลดลง มากกว่าร้อยละ 50 จากเส้น Isoelectric line เมื่อเทียบกับคลื่นไฟฟ้าหัวใจก่อนให้ยา Streptokinase หลังให้ยา ผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกและได้ย้าย

ไปสังเกตอาการต่อที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม 1 โดยให้การพยาบาลตาม CNPG การดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดต่อ จำนวน 30 ราย 26 รายและ 20 รายตามลำดับแต่ยังพบว่าผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่ง ที่หลังให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดแล้วเมื่อครบ 2 ชั่วโมงผู้ป่วยยังมี ST – elevation เท่าเดิมหรือลดลงน้อยกว่าร้อยละ 50 จากเส้น Isoelectric line เมื่อเทียบกับคลื่นไฟฟ้าหัวใจก่อนให้ยา Streptokinase หลังให้ยา ร่วมกับมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกและภาวะช็อคผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องส่งตัวเพื่อไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพเหนือกว่าพบจำนวน 11 ราย 15 รายและ 18 ราย ตามลำดับ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในผู้ป่วยภาวะวิกฤต ที่ต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic therapy) ที่อยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยรายที่ 1 ชายไทยวัย 71 ปี ผิวดำแดง อาชีพ ทำนา การวินิจฉัยโรคครั้งแรก ST-Elevation-Myocardial infarction (Anterior wall) การวินิจฉัยโรคครั้งล่าสุด ST-Elevation-Myocardial infarction (Anterolateral wall) with cardiogenic shock อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล เจ็บแน่นหน้าอก ร้าวไปบริเวณท้ายทอยและแขนซ้าย ใจสั่น เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 30 นาที

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล เวลา 07.00 น. หลังจากตื่นนอนมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก pain scale 5 คะแนน มีอาการอยู่ประมาณ 5 นาทีหายไปเอง 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ร้าวไปบริเวณท้ายทอยและแขนซ้าย ใจสั่น มีเหงื่อแตก pain scale 5 คะแนน ญาติ

จึงนำส่งโรงพยาบาลนาตุณแพทย์ได้รับการรักษาโดยตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ แบบ 12 Lead พบมี ST segment Elevation ใน Lead V2,V3,V4 วินิจฉัยโรคเป็น ST-Elevation-Myocardial infarction ตรวจวัดสัญญาณชีพชัดเจนดี อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท การรักษาที่ได้รับคือให้ออกซิเจนชนิด canular 3 ลิตรต่อนาที ดูแลพักนอนบนเตียง ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาคือ ASA gr V 1 เม็ดเคี้ยวกลืนทันที เวลา 11.00น., Isordil (5) 1 เม็ดอมใต้ลิ้น เวลา 11.00น. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 0.9%NSS 1000 ml vein drip KVO จึงส่งมารักษาต่อที่โรงพยาบาลมหาสารคาม หลังให้ยาละลายลิ้มเลือด Streptokinase ตามแผนการรักษาของแพทย์ ผู้ป่วยไม่พบภาวะแทรกซ้อนใดๆจากการยาละลายลิ้มเลือด เวลา 13.55น. อัตราการเต้นหัวใจ 66 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 115/64 มิลลิเมตรปรอท ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ติดต่อกลับมาตอบรับผู้ป่วย จำหน่าย (refer)

ผู้ป่วยรายที่ 2 ชายไทย วัย 58 ปี การวินิจฉัยโรคครั้งแรก ST-Elevation-Myocardial infarction (Inferior wall) การวินิจฉัยโรคครั้งล่าสุด ST-Elevation-Myocardial infarction (Inferior wall) อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล เจ็บแน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล เวลา 08.00 น. ผู้ป่วยเริ่มมีอาการวิงเวียนศีรษะ หายใจไม่อิ่ม นอนพักอาการดีขึ้น 2 ชั่วโมง (เวลา 10.00 น.) ก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม วิงเวียนศีรษะร่วมกับอาเจียน 1 ครั้ง ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลมหาสารคามแพทย์ได้รับการรักษาโดย ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ แบบ 12 Lead พบมี ST segment Elevation ใน Lead II III aVF , ST segment depress V2-V6 มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ประเมินความเจ็บปวดได้ 5 คะแนน แพทย์

วินิจฉัยโรคเป็น ST- Elevation-Myocardial infarction พิจารณาให้นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและให้ยาละลายลิ้มเลือด หลังให้ยาละลายลิ้มเลือด Streptokinase ตามแผนการรักษาของแพทย์ ผู้ป่วยไม่พบภาวะแทรกซ้อนใดๆเพิ่มไม่มีภาวะเลือดออกตามร่างกายจากการได้รับยาละลายลิ้มเลือด On Monitor EKG พบคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เป็น Atrial fibrillation อัตราการเต้นหัวใจ 100 ครั้ง/นาที ดูแลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 lead และหลังให้ยาละลายลิ้มเลือดครบ 2 ชั่วโมง รายงานแพทย์พบว่าพบ ST segment Elevation ใน Lead II III aVF ลดลงเกินร้อยละ 50 และยังพบ ST segment depress V2-V6 แพทย์ได้พิจารณาปรึกษาส่งต่อศูนย์หัวใจสิริกิติ์เนื่องจากระหว่างและหลังให้พบว่าผู้ป่วยมีความดันโลหิตต่ำเป็นระยะและพบ Atrial fibrillation

ผู้ป่วยรายที่ 3 หญิงไทยวัย 76 ปี มีวัดแดง รูปร่างสมส่วน สถานภาพสมรส หม้าย เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ การศึกษา ระดับมัธยมศึกษา อาชีพ ทำนา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 5,000 บาทต่อเดือน วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รับใหม่ที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมวันที่ 2 ตุลาคม 2557 ย้ายหอผู้ป่วยถึงวิกฤต วันที่ 3 ตุลาคม 2557 จำหน่ายแพทย์อนุญาต วันที่ 5 ตุลาคม 2557 การวินิจฉัยโรคครั้งแรก ST-Elevation-Myocardial infarction การวินิจฉัยโรคครั้งล่าสุด ST-Elevation-Myocardial infarction (Anterolateral wall) อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล เจ็บแน่นหน้าอก เหงื่อแตก ใจสั่น เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล เวลา 09.00น. ขณะนอนอยู่มีอาการเจ็บหน้าอกทันที pain scale 10 คะแนน เจ็บร้าวไปแขนซ้าย ต้นคอ มีเหงื่อแตกใจสั่น เจ็บมาก ๆ 1 ชั่วโมง นอนพักต่ออาการเจ็บค่อย ๆ ลดลง pain scale 5 คะแนน เจ็บไม่หาย ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลชุมชนได้รับการรักษาโดย ได้ออกซิเจน canular 3 lpm ตรวจ

คลื่นไฟฟ้าหัวใจ แบบ 12 Lead พบมี ST segment Elevation ใน Lead V2, V3, V4 ได้ ASA gr V 1 tab เคี้ยวกลืนทันที เวลา 13.09น., Isordil (5) 1 tab อมใต้ลิ้น เวลา 13.10น. ผู้ป่วยยังมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก pain scale 5 – 7 คะแนน แพทย์พิจารณาให้ MO 3 mg IV stat ฟิงปอดโล่งดีทั้ง 2 ข้าง ให้ 0.9NSS 1000 ml IV drip 10 ml/hr แพทย์สงสัยเป็น ST – Elevation MI จึงส่งมารักษาต่อที่โรงพยาบาลมหาสารคาม หลังให้ Streptokinase ไม่มี อาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจไม่หอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที วัดความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายมือ

อยู่ในช่วง 100 เปอร์เซ็นต์ ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ อัตราการเต้นของหัวใจ อยู่ในช่วง 75 – 90 ครั้งต่อนาที คลำชีพจรชัดเจนจังหวะสม่ำเสมอ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ยังมี ST - elevation in V2 , V3 , V4 แต่ ST – elevation ลดลง มากกว่า 50 % จากเดิม แพทย์มีคำสั่งให้ย้ายไปสังเกตอาการต่อที่หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต สัญญาณชีพก่อนย้าย อุณหภูมิร่างกาย 37.0 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 16 ครั้ง/นาที ชีพจร 80 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 148/70 มิลลิเมตรปรอท จำหน่ายแพทย์อนุญาต กลับบ้านวันที่ 5 ตุลาคม 2557 ซึ่งสรุปปัญหา ข้อวินิจฉัยการพยาบาลดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล		
กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	กรณีศึกษาที่ 3
<ol style="list-style-type: none"> 1. เสี่ยงต่อปริมาตรที่หัวใจส่งออกต่อหน้าที่ลดลงจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 2. ไม่สุขสบายเจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 3. ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง เนื่องจากเหนื่อยอ่อนเพลียง่าย 4. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและโรคคุกคามชีวิต 	<ol style="list-style-type: none"> 1. เสี่ยงต่อปริมาตรที่หัวใจส่งออกต่อหน้าที่ลดลงจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 2. ไม่สุขสบายเจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 3. ความสามารถในการดูแลตนเอง ลดลงเนื่องจากเหนื่อยอ่อนเพลียง่าย 4. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและโรคคุกคามชีวิต 	<ol style="list-style-type: none"> 1. เสี่ยงต่อปริมาตรที่หัวใจส่งออก ต่อหน้าที่ลดลงจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 2. ไม่สุขสบายเจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 3. มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจากประสิทธิภาพการทำงานของตับอ่อนลดลง 4. ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงเนื่องจากเหนื่อยอ่อนเพลียง่าย 5. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและโรคคุกคามชีวิต

ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (กรณีศึกษาที่ 1, 2 และ 3)

การวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>1. เสี่ยงต่อปริมาตรที่หัวใจส่งออก ต่อหน้าที่ลดลงจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบ</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>: ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 lead พบมี ST-elevation in lead V2 V3V4</p> <p>: ผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ร้าวไป แขนซ้าย เจ็บมากกว่า 30 นาที</p> <p>: ผู้ป่วยได้รับยา Streptokinase 1.5 ล้าน ยูนิต</p>	<p>1. ประเมินสัญญาณชีพแรกรับที่ห้องผู้ ป่วยหนักอายุรกรรม และประเมินสัญญาณชีพขณะให้ ยา Streptokinase 1.5 ล้านยูนิต ตามแนวทางปฏิบัติ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาละลายลิ่ม เลือดของโรงพยาบาลมหาสารคาม โดย วัดสัญญาณ ชีพ ทุก 5 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรก ทุก 15 นาที × 1 ชั่วโมง ในชั่วโมงที่ 2 ทุก 30 นาที × 1 ชั่วโมง ในชั่วโมง ที่ 3 และทุก 1 ชั่วโมงถ้าสัญญาณชีพปกติ โดยวัดความ ดันโลหิต, ชีพจร และอัตราการหายใจ ร่วมกับประเมิน อาการเจ็บหน้าอก ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ โดย ติดตามจากเครื่องติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เนื่องจาก ปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อหน้าที่น้อยกว่า 4 ลิตร ต่อนาที แสดงถึงภาวะหัวใจล้มเหลว การมีการกำซาบ เลือดของปอดและหัวใจลดลง สังเกตได้จากอาการเจ็บ หน้าอก และการทำหน้าที่ของหัวใจลดลงมีหัวใจเต้น ผิดจังหวะ ความดันโลหิตต่ำลง การกำซาบที่ปอดลด ลงฟังปอดได้เสียง Crepitation ⁽³⁾</p> <p>2. ติดตามคลื่นและจังหวะการเต้นของ หัวใจจากเครื่องติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยประเมิน ST -segment, Pulse deficit, คู่อัตราการเต้นของหัวใจ พร้อมจับชีพจร เมื่อพบอาการผิดปกติบันทึกคลื่นไฟฟ้า หัวใจลงในกระดาษบันทึกไว้ เพื่อรายงานแพทย์ ^(9,10)</p> <p>3. ฟังเสียงหัวใจทุก 30 – 60 นาที และ ทุก 2 – 4 ชั่วโมงตามความเหมาะสม การฟังอัตรา การเต้นของหัวใจที่ขอดหัวใจจะบอกข้อมูลเบื้องต้น ของหัวใจที่ชัดเจนไม่ได้ เสียงฟูที่เปลี่ยนไป เสียงฟูใหม่ ที่เกิดขึ้น เสียงการเสียดสีของเยื่อหุ้มหัวใจ เป็นอาการ เตือนของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เวเนตรีเคิลที่ บีบตัวลดลงอาจทำให้ได้ยินเสียงแยกของหัวใจ อาจ ได้ยินเสียง 3 และเสียง 4 ของหัวใจในผู้ป่วยภาวะ หัวใจล้มเหลว เสียงการเสียดสีของเยื่อหุ้มหัวใจอาจ</p>

การวินิจฉัยการพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล

เกิดได้ภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเพียงไม่กี่ชั่วโมงถึง 5 วัน เสียงฟู่ของลิ้นไมตรัลอาจเกิดขึ้น⁽¹⁰⁾ ถ้าหากกล้ามเนื้อแฟกิลลารีขาดเลือด

4. ประเมินระดับความรู้สึกตัวทุก 1 - 4 ชั่วโมง สังเกตอาการกระสับกระส่าย สับสน สลึมสลือ และภาวะทางจิต (Mental status) ที่เปลี่ยนแปลง เนื่องจากการกำซาบของเลือดไปที่สมอง ซึ่งถ้าลดลง ระดับการรู้สึกตัวจะเปลี่ยนแปลงและการทำหน้าที่จะลดลง ผู้ป่วยจะมีอาการ กระสับกระส่าย สับสน สลึมสลือ ซึม หรือมีอาการชักเกร็ง⁽⁶⁾

5. ประเมินและบันทึกปริมาตรปัสสาวะ ทุก 1 ชั่วโมง ประเมินความถ่วงจำเพาะและติดตามค่า ยูเรียไนโตรเจนในเลือดและครีอะตินิน ถ้าปัสสาวะออก น้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง หรือความถ่วงจำเพาะ ของปัสสาวะลดลง ค่ายูเรียไนโตรเจนในเลือด ครีอะติ นินสูงขึ้น แขน - ขาบวม มีเสียง Crepitation ในปอด แสดงถึงการกำซาบของเลือดไปไตลดลง⁽³⁾

6. ประเมินลักษณะผิวหนัง ความเย็นชื้น และสีผิว คลำชีพจรส่วนปลาย สังเกตอาการบวม อาการปวดบริเวณน่อง (Homan's sign) ขาบวม เนื่องจากการกำซาบเลือดของอวัยวะส่วนปลายที่ลด ลง ผิวหนังจะเย็น เย็นซีด ซีด หรือขึ้น เขียวคล้ำ คลำชีพจรได้เบาลงหรือไม่ได้ และมีอาการปวดบวมของ ขา เนื่องจากกล้ามเนื้อขาดเลือด

7. ให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา คือ O2 Canular 5 lpm ตามแผนการรักษาและแนะนำ ให้ออกซิเจนตลอดเวลา โดยเฉพาะขณะทำกิจกรรม เพื่อเพิ่มความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด และลด ภาวะขาดออกซิเจนขณะทำกิจกรรม^(6,7) การวินิจฉัย การพยาบาล

8. จัดให้พักผ่อนอย่างสมบูรณ์ (absolute bed rest) บนเตียงและต้อง ลดกิจกรรมต่าง ๆ จัด สิ่งแวดล้อมให้สงบ จัดทำใช้ผ้าห่มรองในท่าที่สบาย

การวินิจฉัยการพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล

2. ไม่สุขสบายเจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจาก
กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

- : ผู้ป่วยบอกแน่นหน้าอก
- : ผู้ป่วยสีหน้าไม่สุขสบาย
- : EKG มี ST-elevation in lead V2, V3, V4
- : Chest pain scale = 5-6 คะแนน

และควรจัดทำกิจนึ่งกึ่งนอน เนื่องจากการพักผ่อนลดความต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ การจัดทำที่เหมาะสมจะช่วยบรรเทาความเมื่อย และรู้สึกสบาย ทำคีร์ษะสูงจะลดปริมาตรเลือดที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจ ลดภาระงานของหัวใจ และทำให้หายใจได้สะดวกขึ้น⁽³⁾

9. ควบคุมการให้สารน้ำแก่ผู้ป่วย ทั้งทางหลอดเลือดดำ เครื่องดื่ม และอื่น ๆ อย่างระมัดระวัง และต่อเนื่องไม่ให้น้ำเกิน และบันทึกน้ำเข้า - ออกอย่างทุก 8 ชั่วโมง เพื่อลดภาระงานของหัวใจและประเมินภาวะสมดุลของน้ำในร่างกายและประเมินหน้าที่ของไต⁽¹⁾

10. จัดอาหารเหลว หรืออ่อนย่อยง่ายให้ทีละน้อย โดยการจัดเตรียมให้รับประทานที่เตียง จำกัดเกลือ และไม่ควรรับประทานอาหารที่ร้อนและเย็นมากเกินไป สังเกตอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด และท้องผูก และฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง^(1,2)

1. ประเมิน บันทึก และรายงานอาการเจ็บแน่นหน้าอกของผู้ป่วย โดยใช้แบบวัดความเจ็บปวด ด้วยตนเองที่มีสเกล 0 - 10 บอกความรุนแรงของอาการเจ็บแน่นหน้าอกพร้อมทั้งบอกเวลาที่เริ่มเป็น ระยะเวลาที่เป็น ตำแหน่งที่เจ็บแน่นกว่าทั่วไป ตำแหน่งอื่น ลักษณะอาการเจ็บแน่นหน้าอก อาการนำ สิ่งที่ทำให้อาการดีขึ้นหรือเลวลง และอาการร่วมอื่นๆ ซึ่งการใช้แบบวัดในการประเมินช่วยให้การบอกระดับความเจ็บปวดได้แม่นยำตรง

2. จัดให้นอนพักอย่างสมบูรณ์บนเตียงใน 12 - 24 ชั่วโมงแรก งดกิจกรรมที่ทำให้เจ็บแน่นหน้าอก ให้การช่วยเหลือในการเปลี่ยนท่า การมีกิจกรรมขยับถ่าย การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล และจัดช่วงเวลาพักอย่างเหมาะสมให้เลื่อนการทำกิจกรรมออกไปเมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกเพื่อลดการใช้ออกซิเจนของร่างกาย ลดภาระงานของหัวใจ

การวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>3. มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจากประสิทธิภาพการทำงานของตับอ่อนลด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน - ผู้ป่วยปกติโรคเบาหวานมา 10 ปี</p> <p>- DTX = 263 mg% (วันที่ 4 ตุลาคม 2557)</p> <p>- DTX = 347 mg% (วันที่ 5 ตุลาคม 2557)</p>	<ol style="list-style-type: none">1. ประเมินอาการ อาการแสดงของภาวะ Hyperglycaemia เช่น สิ้น หน้าแดง ซิฟจรเบาเร็ว ปัสสาวะออกมาก2. เจาะเลือด DTX ตามแผนการรักษา เพื่อประเมินภาวะน้ำตาลในเลือด3. ให้ Insulin ตามแผนการรักษา พร้อมสังเกตอาการข้างเคียงหลังให้ Insulin4. การเตรียมยาฉีด Insulin ให้เตรียมอย่างถูกวิธีตามหลัก 6 R ดู scale ของ syringe ให้ถูกต้อง เพื่อป้องกันการได้รับยาเกินขนาดหรือไม่เพียงพอ5. ระวังและสังเกตอาการที่แสดงถึงภาวะ Hypo - Hyperglycemia เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการ น้ำตาลต่ำจะเกิดอาการหิว ใจสั่น เผลีย สับสน หมดสติและอาการน้ำตาลในเลือดสูง
<p>4. ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง เนื่องจากเหนื่อยอ่อนเพลียง่าย</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>: คลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 lead มี ST-elevation ใน lead V2 V3 และ V4</p> <p>: ผู้ป่วยมีเจ็บแน่นหน้าอก</p> <p>: ผู้ป่วยมีสีหน้าเหนื่อย อ่อนเพลีย</p>	<ol style="list-style-type: none">1. ประเมินระดับความสามารถของผู้ป่วยว่าสามารถในการทำกิจกรรมนั้น ๆ ได้หรือไม่ ชัดกับพยาธิสภาพของโรคหรือไม่2. แนะนำให้ผู้ป่วยพักบนเตียงตามแนวทางการรักษา จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น แนะนำให้งดกิจกรรมที่ทำให้เจ็บหน้าอก ให้การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล และจัดช่วงเวลาพักอย่างเหมาะสมเพื่อลดการทำงานของหัวใจ3. จัดเวลาการให้การพยาบาลและตารางกิจกรรมของผู้ป่วยอย่างมีระบบ ควรจัดให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนก่อนและหลังทำกิจกรรมการรักษ หรือมีอาหาร และให้เลื่อนการทำกิจกรรมออกไป เมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอก4. ประเมินความทนในการทำกิจกรรมโดยวัดสัญญาณชีพ สังเกตอัตราการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติ สังเกตคลื่น ST ที่อาจสูงขึ้นจาก EKG สังเกต

การวินิจฉัยการพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล

อาการอ่อนเพลีย หายใจลำบาก ซีด เขียวคล้ำ สับสน มึนงง หรือเจ็บหน้าอก ซึ่งถ้าหากมีอาการดังกล่าวให้งดกิจกรรม

5. ให้ออกซิเจนระหว่างมีกิจกรรมเพื่อเพิ่มออกซิเจนที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจและอวัยวะต่าง ๆ

6. วางแผนร่วมกับผู้ป่วยในการค่อย ๆ เพิ่มกิจกรรมที่ทำเป็นลำดับในการทำกิจกรรมต่าง ๆ การเพิ่มกิจกรรมเป็นลำดับ ทำให้ความทนในการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้น โดยไม่มีภาวะของหัวใจอย่างเร็วเกิน การวางแผนร่วมกันช่วยทำให้ผู้ป่วยเข้าใจ ส่งเสริมการมีคุณค่าในตนเอง ส่งเสริมอำนาจในการควบคุมตนเอง และทำให้รู้สึกเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา

5. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับ การเจ็บป่วยและโรคคุกคามชีวิต

ข้อมูลสนับสนุน

: ญาติผู้ป่วยถามว่าผู้ป่วยจะหายเป็นปกติ

หรือไม่

: ผู้ป่วยและญาติสีหน้าวิตกกังวล

: ผู้ป่วยและญาติสอบถามอาการ แผนการ

รักษาบ่อยครั้ง

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ โดยการแนะนำตัว สถานที่ การปฏิบัติตัว การเยี่ยมและแผนการรักษาพยาบาลเพื่อลดความตื่นกลัวสถานที่ และความวิตกกังวล

2. ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ เพื่อทราบถึงขอบเขตในการรับข้อมูล เพื่อให้ได้รับความเข้าใจในอาการ และช่วยในการวางแผนการรักษาพยาบาล

3. อธิบายเหตุผลที่ต้องรับการรักษาไว้ในหอผู้ป่วยหนัก วิธีการรักษา และความจำเป็นที่ต้องประเมินอาการบ่อย ๆ จะลดความกลัวและความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วย

4. ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในบางเรื่อง เช่น การได้รับยาละลายลิ่มเลือด การดูแลตนเอง การอนุญาตให้เข้าเยี่ยม พยายามลดสิ่งกระตุ้นที่มากเกินไป เช่น หลีกเลี่ยงเครื่องมือที่มีเสียงเตือนหรือ

การวินิจฉัยการพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล

สิ่งรบกวนผู้ป่วย สังเกตอาการขณะมีผู้มาเยี่ยมและ
ปรับการเยี่ยมตามความเหมาะสม เพื่อลดการได้รับสิ่ง
กระตุ้นที่เกินความจำเป็น และให้ความรู้ที่มั่นใจใน
ตนเอง

5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดแสดงความรู้สึก
และรับฟังด้วยความตั้งใจ ยอมรับความรู้สึกที่ผู้ป่วย
แสดงออก สอบถามวิธีการแก้ปัญหาวิกฤตต่าง ๆ และ
แนะนำการใช้วิธีการแก้ปัญหาที่คล้ายคลึงกัน เพื่อส่งเสริม
การควบคุมตนเองของผู้ป่วย

6. อธิบายหรือเพิ่มความกระจ่างใน
แนวทางการรักษา กรณีเกี่ยวกับการรักษา ประสาน
งานให้พูดคุยกับแพทย์ เพื่อสร้างความมั่นใจและความ
ร่วมมือในการรักษา และลดความวิตกกังวล

7. ให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่มี
ความวิตกกังวล โดยการอยู่เป็นเพื่อนรับฟัง ยอมรับและ
แสดงความเห็นใจ เนื่องจากความวิตกกังวลและความ
กลัวของญาติจะส่งผลต่อผู้ป่วย การให้เวลารับฟังอย่าง
ตั้งใจ จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติกล้าที่จะพูดถึงสิ่งที่

สรุปกรณีศึกษากรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย
แรกที่มาได้รับการรักษาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอก ร้าว
ไปที่ท้ายทอยและแขนซ้าย ใจสั่นเหงื่อออก ก่อนมา
โรงพยาบาล 30 นาที ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบ 12
Lead พบมี ST elevation MI ชนิดยกสูงเป็น Acute
Myocardial Infarction ชนิด STEMI เป็นกลุ่มอาการ
ที่ต้องได้รับการรักษาที่ทันทั่วทั้งที่ ผู้ป่วยได้รับยาละลาย
ลิ่มเลือด คือ ยาStreptokinase (Streptokinase) ทั้ง
สองรายและไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากยา ผู้ป่วยกรณี
ศึกษาครั้งที่ 1 ยังมีความดันโลหิตต่ำและภาวะ
Cardiogenic Shock แพทย์ส่งรักษาต่อที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์
ผู้ป่วยกรณีศึกษาครั้งที่ 2 หลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด
พบ ST segment depress ความดันโลหิตต่ำเป็น

ระยะ และมี Atrial fibrillation แพทย์ส่งรักษาต่อที่
ศูนย์หัวใจสิริกิติ์

กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ 3 มารักษาด้วย
อาการเจ็บหน้าอกทันที เจ็บร้าวแขน ต้นคอ เหงื่อออก
ใจสั่น เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง ตรวจคลื่น
ไฟฟ้าหัวใจแบบ 12 Lead พบมี Normal Sinus
Rhythm แพทย์อนุญาตกลับบ้านได้ พร้อมนัดตรวจ
อีกครั้ง 2 สัปดาห์

สรุปกรณีศึกษาเปรียบเทียบทฤษฎี

จากการศึกษาค้นคว้า การศึกษาผู้ป่วยที่มี
ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในผู้ป่วยทั้ง 3 กรณี
ศึกษานี้ เปรียบเทียบกับทฤษฎีเนื้อหาวิชาการ

พบว่า ปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยรายนี้ มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อาจมาจากการอุดตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารี และจากการวินิจฉัยที่แสดงและบ่งบอกได้ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันคือ ผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกก้าวไปแขนซ้าย แล้วมีอาการเหงื่อออกใจสั่น เจ็บแน่นหน้าอกมากกว่า 30 นาที และการตรวจพบคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ที่พบ ST elevation ใน limb lead, chest lead ถึงแม้ว่าผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Trop - T จะปกติก็ตามซึ่งตามหลักขององค์การอนามัยโลก (WHO) ให้ใช้การตรวจพบอาการและการแสดงดังกล่าวข้างต้นเพียง 2 ใน 3 ก็เพียงพอที่จะวินิจฉัยว่า ผู้ป่วยจะมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ อาการและอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

กรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 หลังให้ยาละลายลิ่มเลือดแล้วผู้ป่วยยังมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ST - elevation เท่าเดิมร่วมกับมีภาวะความดันโลหิตต่ำร่วมด้วยแพทย์จึงพิจารณาส่งต่อไปยังศูนย์หัวใจสิริกิติ์ และได้ติดตามผลผู้ป่วยได้ไปทำการฉีดสีเพื่อดูตำแหน่งอุดตันเพิ่มเติมอาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับและได้กลับบ้านพักฟื้นที่บ้านและไปตรวจตามนัดต่อไป ส่วนกรณีศึกษารายที่ 3 หลังให้ยาละลายลิ่มเลือดแล้วผลยังมี ST - elevation in V2 , V3 , V4 แต่ ST - elevation ลดลง มากกว่า ร้อยละ 50 จากเส้น Isoelectric line เมื่อเทียบกับคลื่นไฟฟ้าหัวใจก่อนให้ยา Streptokinase หลังให้ยาผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกได้ย้ายไปพักฟื้นต่อที่บ้านและไปตรวจตามนัดต่อไป ส่วนการรักษาสามารถควบคุม อาการเจ็บหน้าอก และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ของผู้ป่วยได้ ด้วยการรักษาทางโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด ร่วมกับยาอื่น ๆ เช่น ASA gr V, Isordil, Clopidogrel, Atenolol, Amlpidipine เหล่านี้ จึงทำให้การรักษาพยาบาลหัวใจตายเฉียบพลันและภาวะแทรกซ้อนจากยาละลายลิ่มเลือด และแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ผู้ป่วยหายจากภาวะที่โรคเป็นอยู่ กลับบ้านด้วยความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำทฤษฎีการพยาบาลของโอโรมมาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดการประเมินแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน พร้อมทั้งให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอนเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องถูกต้องเหมาะสมและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆโดยการพยาบาลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการวางแผนการดูแล ผลของการทำทฤษฎีการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนในรายที่อยู่รักษาทำให้อาการของโรงพยาบาลลดลง ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการรักษาพยาบาล รวมถึงพยาบาลในหน่วยงานได้มีการพัฒนาความรู้และสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นประสิทธิผลจากการพัฒนางานคือ ความปลอดภัย ลดความพิการที่เกิดขึ้น และ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction) หรือผู้ป่วยที่ไม่เคยเจ็บป่วยเป็นโรคใด ๆ มาก่อน ควรได้มีการตรวจเช็คสุขภาพของตนเองอยู่อย่างเสมอ เป็นระยะ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีส่วนเป็นอย่างมากในการติดตามสุขภาพของประชาชน ในส่วนที่เป็นความรับผิดชอบของตนเอง ในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การให้การพยาบาลเบื้องต้น การวินิจฉัยได้รวดเร็ว และการเอาใจใส่ของบุคลากรทางการแพทย์ เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรอดพ้นต่อภาวะวิกฤตของอาการไม่ให้อาการรุนแรงมากขึ้นได้ การตรวจหรือติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นระยะ ๆ และนำมาเปรียบเทียบในแต่ละครั้งจะสามารถให้การรักษาและแสดงผลก้าวหน้าของการรักษาได้เป็นอย่างดี และการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระยะวิกฤตควรได้รับผู้ป่วยไว้รักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก หรือใน

หอยผู้ป่วยที่มีการดูแลอย่างใกล้ชิด

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลหรือสถานบริการพยาบาลของรัฐตลอดทั้งเครือข่ายทุกแห่งทั่วประเทศต้องมีช่องทางด่วน (FastTrack) ของระบบบริการผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction) ที่เป็น Best Practise ให้บริการบนมาตรฐานวิชาชีพเดียวกัน

2. บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลควรพัฒนาให้มีสมรรถนะในการรักษา และพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction)

3. โรงพยาบาลหรือสถานบริการพยาบาลของรัฐตลอดทั้งเครือข่ายทุกแห่งทั่วประเทศมีระบบการจัดการให้การดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและให้การรักษอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. จินตนา ตั้งมั่น. (2553). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการประเมินผู้ป่วยเจ็บหน้าอกจากกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. รายงานการศึกษาระยะพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
2. ฐาปนีย์ น้ำเพชร. (2549). “บทบาทพยาบาลในการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือด.” ในวารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 17 (1).
3. ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2551). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

4. รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์. (2551). การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีโดยคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ. ในอภิชาติสุคนธสรณ์และศรัณย์ควรประเสริฐ, (บรรณาธิการ). New guidelines in coronary artery disease. กรุงเทพฯ : โอเอมอเอโกเนเซอร์แอนด์แอดิเตอร์ไทซิ่ง.
5. วารุณี มีเจริญ. (2550). แนวทางการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยทางอายุรกรรม เล่ม 1. สระบุรี : โรงพิมพ์ปากเพรียวการช่าง 2.
6. สุพจน์ ศรีมหาโชคตะ (2556). Acute ST-Elevation Myocardial Infarction ใน วีรพันธ์ ไชวิฑูรกิจและธานินทร์อินทรกำธรชัย (บรรณาธิการ). เวชปฏิบัติผู้ป่วยใน. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
7. อภิชาติ สุคนธสรณ์. (2551). Electrocardiography for medical student third edition. เชียงใหม่ : โอเอมอเอโกเนเซอร์แอนด์แอดิเตอร์ไทซิ่ง.
8. Chowdhury, M. A. R., Hossain, A. K. M. M., Dey, S. R., Akhtaruzzaman, A. K. M., & Islam, N.- A.-F. (2008). A comparative study on the effect of streptokinase between diabetic and non-diabetic myocardial infarction patients. Bangladesh Journal of
9. Diercks, D. B., Kontos, M. C., Weber, J. E., & Amsterdam, E. A. (2008). Management of ST - segment Elevation myocardial infarction in EDs. The American Journal of Emergency Medicine, 26(1), 91-100.

