



ความท้าทายในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

โรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา 2 ราย

THE CHALLENGE OF NURSING CARE FOR PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION, SAMCHAI HOSPITAL, KALASIN: 2 CASE STUDIES

Received: December 13, 2023

Revised: March 25, 2024

Accepted: March 28, 2024

ศักดิ์สิทธิ์ พลตื้อ^{1*}

Saksit Pontue^{1*}

บทคัดย่อ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของคนไทย การรักษาเบื้องต้นจากโรงพยาบาลชุมชน เป็นหนึ่งในทางรอดสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล การให้ยา Streptokinase ในโรงพยาบาลชุมชนช่วยเพิ่มโอกาสรอดสำหรับผู้ป่วย ในการให้ยา Streptokinase โรงพยาบาลต้องมีความรู้และทักษะการเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการให้ยา การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจึงมีความท้าทายสำหรับพยาบาล การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาเปรียบเทียบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 2 ราย ดังนี้

กรณีศึกษาที่ 1 ชายไทย อายุ 74 ปี 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST-elevation ที่ Lead II, III, AVF แพทย์วินิจฉัยเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ให้ยา Streptokinase ขณะให้ยาผู้ป่วยหมดสติ คลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็น Ventricular Tachycardia แพทย์ทำ Cardioversion 100 Joule และส่งต่อไปที่โรงพยาบาลขอนแก่น

กรณีศึกษาที่ 2 หญิงไทย อายุ 75 ปี 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการแน่นหน้าอก เหนื่อยเพลียความดันโลหิต 72/46 มิลลิเมตรปรอท คลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบ ST segment elevation lead V2-V4 แพทย์วินิจฉัยเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันร่วมกับภาวะช็อกจากเหตุหัวใจ ให้ยากระตุ้นความดันโลหิตก่อน ให้ยา Streptokinase และส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างส่งต่อผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นได้ทำการช่วยฟื้นคืนชีพ 30 นาที ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างนำส่ง

คำสำคัญ: การดูแล, ส่งต่อ, โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน, ยาละลายลิ่มเลือด

¹พยาบาลวิชาชีพ, โรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

Registered Nurse (Nursing), Samchai Hospital, Kalasin Province

*Corresponding author E-mail: saksit12@gmail.com



Abstract

Acute myocardial infarction is the leading cause of death in Thailand. Treatment in the community hospitals can reduce the loss of life for the patient in remote service area. Thrombolytic agent as Streptokinase has high risk complication. Nursing care for patient has necessary to more competencies. This study was a descriptive study to compare the prognosis treatment and nursing compose the differences of the patients with acute myocardial infarction 2 patients in Samchai hospital, Kalasin province.

Case Study 1: Thai male 74 years old gave a story of 1 hour before coming to the hospital with having tight chest. ECG test found ST-segment elevation at Lead II, III, aVF. Physician diagnosed as inferior wall myocardial infarction. Patients received anticoagulant medicine as Streptokinase. 15 minute later, the patient loss of consciousness and changed ECG found Ventricular tachycardia. Doctors performed pulse returned to normal by cardioversion 100 joules. The patient received nursing care from problem list and successful reperfusion before referred to Khonkaen hospital.

Case Study 2: Thai female 75 year old gave a story of 4 hours before coming to the hospital with chest pain. Blood pressure 72/46 mm.Hg. ECG test found ST-segment elevation at Lead V2-V4. Physician's diagnosis is ST segment elevation myocardial infraction with cardiogenic shock. The patient received inotropes drug before receive Streptokinase. Then refer to Khonkaen hospital. The patient has deterioration on the way. She gets loose of consciousness and cardiac arrest. Team staff started advance cardiac life support for 30 minutes. Finally unsuccessful for resuscitation.

Keywords: Care, Refer, Acute myocardial infarction, Streptokinase.



บทนำ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรไทยอันดับต้นๆ เนื่องจากเป็นภาวะที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตกะทันหันได้⁽¹⁾ การเข้าถึงบริการและการรักษาเบื้องต้นจากโรงพยาบาลชุมชน เป็นหนึ่งในทางรอดสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรงพยาบาลสามชัยเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ที่เริ่มเปิดให้บริการ การให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ซึ่งช่วยเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วยก่อนนำส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลที่สามารถให้การรักษาเปิดขยายหลอดเลือดแดงผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention) ได้⁽²⁾ ในการให้ยา Streptokinase มีผลข้างเคียงที่ทำให้เกิดอันตรายมากด้วยเช่นกัน จำเป็นต้องใช้ความรู้ความสามารถทักษะในการดูแลเฝ้าระวังการเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาโดยทีมเจ้าหน้าที่ที่มีความพร้อม การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจึงมีความท้าทายสำหรับเจ้าหน้าที่พยาบาลที่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล

โรงพยาบาลสามชัย เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง จากสถิติโรงพยาบาลสามชัย จำนวนผู้รับบริการด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน ปี 2563-2565 เท่ากับ 14, 9, 14 ราย ตามลำดับ และอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉินเท่ากับ 0, 0, 7.14 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ปี 2565 จำนวนผู้ป่วย Acute coronary syndrome (ACS) รวม 14 ราย จำนวนผู้ป่วย STEMI จำนวน 7 ราย ได้ยา Streptokinase (SK) รวม 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.57 จำนวนผู้ป่วย STEMI เสียชีวิตรวม 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.28 ของจำนวนผู้ป่วย STEMI ทั้งหมด จำนวนผู้ป่วย STEMI ได้รับยา Streptokinase แล้วเสียชีวิตรวม 1 ราย ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยที่ได้รับ Streptokinase ทั้งหมด⁽³⁾ จากข้อมูลสถิติ จะเห็นว่า โรงพยาบาลสามชัย มียอดผู้ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจำนวนไม่มาก แต่มีอัตราป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดสูงเมื่อเทียบกับจำนวนประชากรกลางปีของอำเภอสามชัยที่ 25,000 คน

จากการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาโรคหัวใจในปี พ.ศ. 2559⁽⁴⁾ ได้กำหนดช่องทางด่วน (Fast track MI) ร่วมกับโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายมีนโยบายให้โรงพยาบาลชุมชน สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ เพื่อพัฒนาศักยภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในพื้นที่ห่างไกล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดอย่างรวดเร็ว โรงพยาบาลสามชัยได้เตรียมความพร้อมในการเปิดให้บริการให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase โดยการเตรียมทีมให้มีความพร้อม รับการฝึกอบรม และประเมินการเปิดให้บริการจากทีมแม่ข่ายโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และได้เปิดให้บริการให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ในปี 2563



พยาธิสรีรวิทยาของโรค

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI (ST elevation acute coronary syndrome) คือโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่พบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG) เป็น ST segment elevation อย่างน้อย 2 leads ที่เกี่ยวเนื่องกัน ผู้ป่วยมักจะไม่มี Epicardial coronary flow ซึ่งหากเกิดอาการนานกว่า 30 นาที และไม่ได้รับการเปิดเส้นเลือดที่อุดตันในเวลาอันรวดเร็ว มักจะเกิด Acute ST elevation myocardial infarction (STEMI or Acute transmural MI, Q-wave MI) ที่รุนแรง และส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ซึ่งเป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease)⁽⁵⁾ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกิดจากการตีบหรืออุดตันเฉียบพลันของหลอดเลือดแดงหัวใจ ซึ่งแบ่งเป็น 2 ชนิดโดยดูจากผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หรือ ECG (Electrocardiography) เป็นแบบ ST-segment elevation Myocardial Infarction (STEMI) ซึ่งหลอดเลือดมีการอุดตัน ร้อยละ 100 และแบบ Non-ST segment elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) ซึ่งหลอดเลือดมีการตีบตันที่รุนแรง⁽⁶⁾ วัตถุประสงค์สำคัญในการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระยะแรก คือ การทำให้หลอดเลือดที่อุดตันหายอุดตัน โดยทำให้เลือดกลับมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจใหม่แก่ผู้ป่วยโดยเร็วที่สุด การรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดเป็นการรักษาหลักที่มีประโยชน์สำหรับโรงพยาบาลส่วนใหญ่ เป็นวิธีการที่ยอมรับว่าสามารถลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ เวลาที่เริ่มให้ยาแก่ผู้ป่วยไม่ควรเกิน 30 นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยเดินทางมาถึงโรงพยาบาล (door to needle time)⁽⁶⁾

ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่พบการยกตัวผิดปกติช่วง ST จัดเป็นประเภทที่รุนแรงที่สุด มักแสดงถึงการอุดตันของหลอดเลือด Coronary ทำให้มีกล้ามเนื้อหัวใจไม่มีเลือดไปเลี้ยง และกล้ามเนื้อหัวใจจะตายลงอย่างรวดเร็ว การตายของกล้ามเนื้อหัวใจจะมากขึ้นเรื่อยๆ ตามระยะเวลาที่ผ่านไป เวลาจึงมีความสำคัญต่อการรักษาโรค STEMI มาก⁽⁷⁾ การวินิจฉัยและการรักษาที่ถูกต้องรวดเร็วทั้งการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนหรือการให้ยาละลายลิ่มเลือด จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนได้⁽²⁾ เป้าหมายสำคัญของการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันคือการช่วยให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงโดยเร็วที่สุดเสียชีวิตที่สำคัญของกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease)

การให้ยาละลายลิ่มเลือดอย่างเร่งด่วนสามารถลดขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจตายลงได้ โดยช่วยคงความสามารถการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้าย (Left ventricle function) และป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลวด้วยการเปิดหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งให้ประสิทธิภาพในการเปิดขยายหลอดเลือดสูงสุด เมื่อได้รับยาภายใน 1 ชั่วโมงภายหลังจากมีอาการ การให้ยาละลายลิ่มเลือดล่าช้า 1 ชั่วโมง เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต (Hazard ratio) ถึง 20 % การให้ยาละลายลิ่มเลือดช้าเกินกว่า 30 นาที ลดอายุขัยของผู้ป่วยลง 1 ปี⁽⁸⁾ เพราะฉะนั้นการลดระยะเวลาระหว่างเริ่มเกิดอาการจนถึงเริ่มให้ยาจึงช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้



การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

การศึกษาค้นคว้านี้ ผ่านการรับรองพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLS.REC 151/2566 วันที่ 15 พฤศจิกายน 2566 ผู้ทำการศึกษาได้ขออนุญาตดำเนินการศึกษาโดยขออนุญาตจากโรงพยาบาล และการขอความยินยอมจากผู้ป่วย ไม่มีการละเมิดสิทธิของผู้ป่วย และข้อมูลส่วนตัวทุกอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และจะทำลายข้อมูลภายใน 1 ปี หลังจากรายงานกรณีศึกษาได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่เชิงวิชาการ

กรณีศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทย อายุ 74 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทยศาสนาพุทธ การศึกษาจบชั้น ป.4 สถานภาพ หม้าย อาการสำคัญ : ปวดจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ปวดร้าวไปหลัง ก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ร้าวไปหลังถ่ายเป็นน้ำ 4 ครั้ง อาเจียน 2 ครั้ง ไม่มีเหงื่อออก ตัวเย็น

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มา 3 ปี รับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลสามชัย ไม่ขาดยา ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร

ประวัติการผ่าตัด : ผู้ป่วยเคยได้รับการผ่าตัดน้ำในถุงน้ำดี (Cholecystectomy) เมื่อ 10 ปีก่อน

ประวัติการใช้สารเสพติด: สูบบุหรี่วันละ 10 มวน สูบมาเป็นเวลา 54 ปี ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง วันละ 1 ขวด

อาการแรกเริ่ม: ผู้ป่วยชาย รู้สึกตัวดี มีอาการปวดจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ร้าวไปหลัง ร่วมกับปวดท้องถ่ายเหลวสีน้ำตาลทางทวารหนัก เดินได้ไม่เหนื่อยหอบไม่มีเหงื่อออกตัวเย็น

การตรวจร่างกายแรกเริ่ม : ผู้ป่วยชายไทย รูปร่างสันทนต์ น้ำหนัก 55 กิโลกรัม สูง 150 กิโลกรัม ผิวดำคล้ำ สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิกาย 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 68 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 131/67 มิลลิเมตรปรอท ระดับความปวด pain scale 6 คะแนน ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen saturation) 98% ขณะ Room Air ปลายนิ้ว

General appearance: ชายไทย สูงอายุ รูปร่างสันทนต์ ผิวดำคล้ำ

Heart: อัตราการเต้นของหัวใจปกติ 70 ครั้ง/นาที ไม่มีเสียง murmur

Lung: clear equal breath sound both lung

Abdomen: mild distension, tenderness at epigastrium, no abdominal guarding

Neurological: Glasgow Coma Scale E4 V5 M6, pupil 3 mm reaction to light both eye

การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ Electrocardiography (ECG or EKG): ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ แบบ 12 Lead พบมี ST segment elevation lead II, III, aVF



ผลการตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการ : WBC 21,500, Hct 42%, platelet 861,000, BUN 16, Cr 1.2 GFR 59, Troponin -T 75

การวินิจฉัย : 1) STEMI: ST elevate myocardial infarction (inferior wall) 2) Acute gastroenteritis

การรักษาที่ได้รับ : ผู้ป่วยได้รับยา Isordil 5 1 tab อมใต้ลิ้น เพื่อบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก และยาต้านเกล็ดเลือด ASA gr V 1 tab เคี้ยวก่อนกลืน, ยา Clopidogrel (75) 1 tab oral, ให้ 0.9%NaCl 1000 ml iv drip 80 ml/hour และยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase 1.5 mu + NSS 100 ml iv drip in 60 นาที ได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 g iv stat ใส่สายสวนลงกระเพาะอาหารเพื่อสังเกตเลือดออกในกระเพาะอาหาร ใส่สายสวนปัสสาวะ ได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต Norepinephrine (4 mg: Dextrose in water 250 ml) iv drip rate 10 ml/hour ได้รับ การกระตุกไฟฟ้าหัวใจ Cardioversion 100 joule (synchronize mode) ได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลขอนแก่น เพื่อการดูแลจากแพทย์เฉพาะทาง

สรุปปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. เจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง
2. ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลงเนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติจากการขาดเลือด
3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของยาละลายลิ่มเลือด streptokinase
4. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

กรณีศึกษารายที่ 2 หญิงไทย อายุ 75 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับ ป. 4 สถานภาพ หม้าย

อาการสำคัญ : แน่นหน้าอก เหนื่อยเพลีย เป็นมา 4 ชั่วโมง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : 1 วันก่อน มีอาการเหนื่อยเพลีย อาเจียน 2 ครั้งถ่ายเหลว 1 ครั้ง 30 นาทีก่อนมา รพ. มีอาการเหนื่อยมากขึ้น เจ็บแน่นหน้าอก จึงมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง มา 10 ปี

ประวัติการใช้สารเสพติด : ปฏิเสธการใช้สารเสพติดทุกชนิด

อาการแรกเริ่ม : ผู้ป่วยหญิง รู้สึกล้าตัว คลื่นไส้ทางเหนื่อยเพลีย มีอาการแน่นหน้าอก นอนราบได้

การตรวจร่างกายแรกเริ่ม : ผู้ป่วยหญิงไทย รูปร่างสมส่วน น้ำหนัก 50 กิโลกรัม สูง 152 กิโลกรัม สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิร่างกาย 35.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 132 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 72/46 มิลลิเมตรปรอท ระดับความปวด pain scale 7 คะแนน General appearance: หญิงไทย สูงอายุ รูปร่างท้วม ผิวคล้ำสีหน้าท่าทางดูเหนื่อยเพลีย Heart: อัตราการ



เต้นของหัวใจเร็ว 130 ครั้ง/นาที ไม่มีเสียง murmur Lung: clear equal breath sound both lung Abdomen: Abdominal soft, not tender, no abdominal guarding Neurological: Glasgow Coma Scale E4 V5 M6 pupil 3 mm reaction to light both eyes

การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ Electrocardiography (ECG) :พบมี ST segment elevation lead V2-V4

ผลการตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการ: WBC 9,100, Hct 36%, platelet 212,000, BUN 21, Cr 1.2 GFR 44 Troponin -T 1001

การวินิจฉัย : 1) STEMI : ST elevate myocardial infarction 2) Cardiogenic shock
การรักษาที่ได้รับ ผู้ป่วยได้รับยา Isordil 5 1 tab อมใต้ลิ้น และยาต้านเกล็ดเลือด ASA gr V 1 tab รับประทานก่อนกลืน, ยา Clopidogrel (75) 1 tab oral, ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9%NaCl 1000 ml iv load 1500 ml ได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต Norepinephrine (4 mg: DW 250 ml) iv drip rate 10 ml/hour และยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase 1.5 mu + NSS 100 ml drip in 60 นาที ใส่สายสวนลงกระเพาะอาหาร ใส่สายสวนปัสสาวะ ได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลขอนแก่น ขณะส่งต่อผู้ป่วยอาการทรุดลงได้เข้ารับการรักษาระหว่างทางที่โรงพยาบาลเชียงใหม่ ได้รับการยา Adrenaline (10 mg: NSS 100 ml) iv drip rate 10 ml/hour ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยหอบได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ได้รับยา Dopamine (2:1) iv drip rate 10 ml/hour ได้รับยา 7.5% Sodium bicarbonate 50 ml iv push หลังจากนั้นผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพขึ้นสูงนาน 30 นาที

สรุปปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลงเนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติจากการขาดเลือด
2. เจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง
3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของยาละลายลิ่มเลือด streptokinase
4. เกิดภาวะช็อกและภาวะหัวใจเต้นผิดปกติจากหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง
5. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน จากการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดไม่มีประสิทธิภาพ
6. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และโรคคุกคามชีวิต

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลกรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ข้อมูลพื้นฐาน	ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 74 ปี U/D DM, HT สูบบุหรี่และดื่มกาแฟ	ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 75 ปี U/D DM, HT, DLP ปฏิเสธการใช้สารเสพติดและสาร



ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	เป็นประจำทุกวัน	กระตุ้นทุกชนิด
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	ปวดจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ปวดร้าวไปหลัง เป็นมา 1 ชั่วโมง	แน่นหน้าอก เหนื่อยเพลีย เป็นมา 4 ชั่วโมง
ประวัติการเจ็บป่วย	1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ร้าวไปหลัง ถ่ายเป็นน้ำ 4 ครั้ง	1 วันก่อน มีอาการเหนื่อยเพลีย อาเจียน 2 ครั้ง ถ่ายเหลว 1 ครั้ง นอนราบได้
อาการแรกเริ่ม	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ปวดจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ปวดร้าวไปหลังคลื่นไส้ อาเจียน 4 ครั้ง Vital signs BT 36.8 C BP 131/67 mm.Hg PR 68 /min RR 20 /min pain score 6	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการแน่นหน้าอก เหนื่อยเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน 2 ครั้ง Vital signs BT 35.5 C BP 72/46 mm.Hg PR 132/min RR 24/min pain score 7
คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG)	-ST segment elevation lead II ,III, aVF	ST segment elevation lead V2-V4
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	WBC $21.5 \times 10^3/\text{ul}$ PLT $86.1 \times 10^3/\text{ul}$ Hct 42 % ,Hb 14 g/dl Troponin T 75 ng/ml	WBC $9.1 \times 10^3/\text{ul}$ PLT $21.2 \times 10^3/\text{ul}$ Hct 36 % ,Hb 12 g/dl Troponin T 1001 ng/ml
Door to EKG time	40 นาที	2 นาที
Door to needle time	4 ชั่วโมง	1 ชั่วโมง 35 นาที
การวินิจฉัยแรกเริ่ม	1) STEMI 2) Acute gastroenteritis	1) STEMI 2) Cardiogenic shock
การรักษา	-Isosorbide 5 mg 1tab SL -Aspirin 300 mg 1 tab oral stat -Clopidogrel 75 mg 1tab oral -Hydrocortisone 100 mg iv stat -Omeprazole 40 mg iv stat -Ceftriaxone 2 g iv stat	-Aspirin 300 mg 1 tab oral stat -Clopidogrel 75 mg 1tab oral stat -Hydrocortisone 100 mg iv stat -Omeprazole 40 mg iv stat -Chlorpheniramine 10 mg iv stat -Norepinephrine (4 mg: DW 250 ml) iv drip rate 10 ml/hour titrate จนถึง 50



ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	-Streptokinase 1.5 mu. ผสมใน NSS 100 ml iv drip in 1 hour -Norepinephrine (4 mg: DW 250 ml) iv drip rate 10 ml/hour -0.9%NSS 1000 ml iv drip rate 80 ml/hour -Retained NG-tube for -Retained Foley catheter -Cardioversion 100 joule (synchronize mode)	ml/hour -Streptokinase 1.5 mu. ผสมใน NSS 100 ml iv drip in 1 hour -0.9%NSS 1000 ml iv load 1500 ml then iv rate 80 ml/hour -Retained NG-tube for observe bleeding -Retained Foley catheter -Adrenaline (10 mg: NSS 100 ml) iv drip rate 10 ml/hour -Dopamine (2:1) iv drip rate 10 ml/hour -7.5% Sodium bicarbonate 50 ml iv push -On Endo-trachea tube no.7.5 deep 20 cm -CPR ตามหลัก ACLS 30 minute
การพยาบาล	1. เจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง 2. ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลงเนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติจากการขาดเลือดไปเลี้ยง 3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของยาละลายลิ่มเลือด streptokinase 4. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	1. ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลงเนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติจากการขาดเลือดไปเลี้ยง 2. เจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง 3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของยาละลายลิ่มเลือด streptokinase 4. เกิดภาวะช็อกและภาวะหัวใจเต้นผิดปกติจากหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง 5. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน จากการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดไม่มีประสิทธิภาพ 6. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและโรคคุกคามชีวิต
ผลลัพธ์การรักษา	ผู้ป่วยรอดชีวิต	ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างนำส่ง



สรุปการศึกษาเปรียบเทียบ

1. ประวัติการเจ็บป่วยแรกเริ่ม อาการและอาการแสดง มีประวัติการเจ็บป่วยที่คล้ายกัน คือ อาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม เหนื่อยเพลีย มีคลื่นไส้อาเจียน จะมีความแตกต่างกันที่สัญญาณชีพแรกเริ่มของผู้ป่วยรายที่ 2 จะไม่คงที่ มีปัญหาเรื่องความดันโลหิตต่ำตั้งแต่แรกเริ่มซึ่งเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่บ่งบอกถึงความรุนแรงของโรคทำให้ผู้ป่วยมีโอกาเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพคงที่ระยะเวลาในการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจของผู้ป่วยรายแรกมีความล่าช้า เนื่องจากอาการของผู้ป่วยไม่ชัดเจน มีอาการจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ร่วมกับมีคลื่นไส้อาเจียนและถ่ายเหลว ทำให้การวินิจฉัยและการรักษาแรกเริ่มเน้นไปที่โรคกระเพาะลำไส้อักเสบเฉียบพลัน (Acute gastroenteritis) หลังจากที่มีการรักษาแล้วไม่ดีขึ้นจึงได้มีการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

2. พยาธิสภาพของโรค กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีภาวะเจ็บหน้าอกก่อนมาโรงพยาบาลสอดคล้องกับพยาธิสภาพการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จากการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจของผู้ป่วยรายแรกพบ ST-elevation ที่ Lead II, III, AVF ซึ่งแสดงถึงการมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในส่วนของ Inferior Wall Myocardial Infarction⁽²⁾ ผู้ป่วยมักจะมีอาการเจ็บใต้ลิ้นปี่ ร้าวไปหลัง ซึ่งเกิดจากหลอดเลือดด้านนอกอุดตัน ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจด้านล่าง และด้านข้างขาดเลือดไปเลี้ยง ส่วนในรายที่ 2 การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST-elevation ที่ V2-V4 แสดงถึงการมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในส่วน Anterior wall myocardial infarction⁽²⁾ ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บแน่นกลางอก มีเหงื่อออกตัวเย็นซึ่งเกิดจากหลอดเลือดเส้นซ้ายอุดตัน ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนด้านหน้าซ้ายน้อยลง ทำให้ผู้ป่วยมีความดันโลหิตต่ำ ผู้ป่วยมักมีโอกาเสียชีวิตสูงถ้าได้รับการรักษาล่าช้า

3. การรักษาในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีทั้งความเหมือนและแตกต่างกัน สำหรับผู้ป่วยรายแรกอาการแรกเริ่มผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพคงที่ตลอด ไม่มีข้อห้ามในการให้ยาผู้ป่วยจึงได้รับการรักษาตาม Clinical guideline for ACS มีการให้ยา Streptokinase ตามแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน⁽²⁾ แต่ในระหว่างให้ยาผู้ป่วยได้เกิด Ventricular Tachycardia Rate 160 Beat/Min หลังทำ Synchronized Cardioversion 100 Joule อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้ง/นาที ผู้ป่วยกลับมารู้สึกตัวอีกครั้ง หลังจากให้ยา Streptokinase ไประยะหนึ่ง ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน BP drop 80/50 mm.Hg จึงได้ให้ยากระตุ้นความดันโลหิต Norepinephrine (4 mg; DW 250 ml) iv drip rate 10 ml/hour จนผู้ป่วยอาการคงที่จึงได้นำส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น เพื่อทำ Primary Percutaneous Coronary Intervention ต่อไป ระหว่างนำส่งผู้ป่วยอาการคงที่ตลอด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่ม ส่วนในรายที่ 2 ผู้ป่วยแรกเริ่มยังรู้สึกตัวดี แต่สัญญาณชีพของผู้ป่วยไม่คงที่ตั้งแต่แรกเริ่ม มีปัญหา BP drop ได้ทำการให้สารน้ำ แก้ไขภาวะช็อกร่วมกับการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันไปด้วยกรณีศึกษาที่ 2 ได้รับการรักษาเบื้องต้น ให้ยา Clopidogrel (75 mg) 1 เม็ด



เนื่องจากผู้ป่วยมีอายุ 75 ปี⁽⁷⁾ ขึ้นไปการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมี 2 วิธี คือ การให้ยาละลายลิ่มเลือด และการเปิดหลอดเลือดด้วยบอลลูน Primary Percutaneous Coronary Intervention ซึ่งการใช้วิธีการขยายเส้นเลือดหัวใจด้วยบอลลูนในผู้ป่วย Acute STEMI เป็นวิธีรักษาทางเลือก สำหรับผู้ป่วยที่เกิดอาการมากกว่า 12 ชั่วโมง และในรายที่มีภาวะ Cardiogenic Shock⁽⁷⁾ แต่ในกรณีศึกษาที่ 2 นี้ ผู้ป่วยมีภาวะ Cardiogenic Shock ได้ปรึกษาอายุรแพทย์โรคหัวใจจากโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าได้ทำการแก้ไขภาวะ Cardiogenic shock โดยการให้ยากระตุ้นความดันโลหิต เป็น Norepinephrine (4 mg: DW 250 ml) iv drip start rate 20 ml/hour titrate rate ขึ้นจน BP > 90/60 mm.Hg จึงให้ยา Streptokinase เนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องของระยะทางการให้การรักษาด้วยการทำ PCI จะต้องใช้เวลาเดินทางไปที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ตามแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรค STEMI ใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง อายุรแพทย์โรคหัวใจจึงได้ใช้วิธีการรักษาด้วยยา Streptokinase ก่อนการนำส่งผู้ป่วยไปทำ PCI ทั้งที่ผู้ป่วยกรณีนี้ 2 มีภาวะ Cardiogenic shock ในระหว่างนำส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ผู้ป่วยอาการไม่คงที่ มีปัญหา BP drop ตลอดการเดินทาง ต้องได้ยากระตุ้นความดันโลหิต Norepinephrine (4 mg: DW 250 ml) iv drip 50 ml/hour ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงจึงประสานโรงพยาบาลเชียงใหม่ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระหว่างทาง เพื่อนำผู้ป่วยเข้า Resuscitation ในระหว่างที่ให้การช่วยเหลือ ผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน ได้ทำการช่วยฟื้นคืนชีพขึ้นสูง ตามแนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพของสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (American heart association)⁽⁹⁾ แต่ไม่สามารถกู้ชีพกลับมาได้ ผู้ป่วยจึงเสียชีวิต

4. การพยาบาลผู้ป่วย มีการให้การพยาบาลที่เหมือนกันในส่วนของปัญหาการเจ็บแน่นหน้าอก เนื่องจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง เนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติจากการขาดเลือดไปเลี้ยง ประเด็นปัญหาทางการพยาบาล 2 ข้อนี้ เกิดจากพยาธิสภาพของโรคซึ่งได้ให้การพยาบาลที่คล้ายกันในผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ส่วนปัญหาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของยาละลายลิ่มเลือด streptokinase ข้อนี้เกิดขึ้นเนื่องจากแผนการรักษาที่เหมือนกันของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด streptokinase ซึ่งเป็นยาความเสี่ยงสูงที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้มาก จำเป็นต้องได้รับการพยาบาลที่มีความเข้มข้นสูง ส่วนประเด็นปัญหาผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เป็นประเด็นปัญหาด้านจิตใจ ซึ่งการให้การพยาบาลในผู้ป่วยทุกรายจำเป็นต้องประกอบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ การพยาบาลที่มีความแตกต่างกันในรายที่ 2 จะมีการเพิ่มปัญหาทางการพยาบาลใน 2 ประเด็น คือ เกิดภาวะช็อกและภาวะหัวใจเต้นผิดปกติจากหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง และเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนจากการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากผู้ป่วยรายที่ 2 มีอาการไม่คงที่ และมีอาการแย่ลงในระหว่างให้การรักษามีความยุ่งยากซับซ้อนมากกว่า จึงจำเป็นต้องได้รับการพยาบาลที่



ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยมากกว่าในระหว่างนำส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

วิจารณ์

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยคล้ายคลึงกันคือมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เหนื่อย หายใจไม่อิ่ม ที่แตกต่างกัน คือ สัญญาณชีพแรกเริ่ม ผู้ป่วยรายแรกมีสัญญาณชีพที่คงที่ ซึ่งเป็นหนึ่งในตัวบ่งชี้ถึงโอกาสรอดชีวิตสูง มากกว่าผู้ป่วยรายที่ 2 ที่มีปัญหาสัญญาณชีพผิดปกติ ตั้งแต่แรกเริ่ม คือ มีความดันโลหิตต่ำ แสดงถึงภาวะที่เกิดจากปัญหาหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด ทำให้การบีบตัวของหัวใจลดลง ส่งผลให้การสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้ลดลง ระยะเวลาที่เข้าสู่ระบบบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ถือว่ามีความล่าช้าระดับหนึ่ง แต่ยังไม่เกิน 12 ชั่วโมง ซึ่งตามแนวทางแนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ.2563⁽²⁾ ระบุว่าการเปิดหลอดเลือดแดงควรทำภายใน 6 ชั่วโมงหลังจากมีอาการเจ็บหน้าอก หรือ อย่างช้าไม่เกิน 12 ชั่วโมง ในกรณีที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลเกิน 12 ชั่วโมงอาจไม่จำเป็นต้องเปิดหลอดเลือดหัวใจทันที เพราะไม่มีหลักฐานชัดเจนว่าได้ประโยชน์เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบสมบูรณ์แล้ว⁽⁷⁾ โดยผู้ป่วยรายแรกจะมีระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนถึงโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 มีระยะเวลาดังแต่เริ่มมีอาการจนถึงโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง ซึ่งการเข้ารับการรักษาล่าช้าทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมากขึ้น ส่งผลต่อโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วย⁽¹⁰⁾

ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ซึ่งเป็นไปตามแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่ได้ระบุชัดเจนว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ควรได้รับการรักษาด้วยการเปิดเส้นเลือดหัวใจภายใน 120 นาที แต่หากไม่สามารถเปิดเส้นเลือดได้ภายใน 120 นาที การให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ก่อนเดินทางไปเปิดเส้นเลือดหัวใจนั้น ให้ผลไม่แตกต่างจากการเปิดเส้นเลือดหัวใจโดยทันที⁽²⁾ ซึ่งโรงพยาบาลสามชัยห่างจากโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น 180 กิโลเมตร ใช้เวลาเดินทางประมาณ 180 นาที ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ก่อนจะส่งตัวไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น การให้ยาละลายลิ่มเลือดนั้นมีผลข้างเคียงจากการให้ยา ซึ่งต้องใช้ความรู้ ทักษะ ความชำนาญทั้งในระยะก่อนให้ยา ขณะให้ยา และหลังให้ยาละลายลิ่มเลือด การให้ยาละลายลิ่มเลือดจึงเป็นความท้าทายสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่เริ่มเปิดให้บริการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะให้ยาที่ต้องได้รับการช่วยเหลือจัดการภาวะฉุกเฉิน

ผู้ป่วยรายแรกเกิดภาวะ Ventricular tachycardia จาก Reperfusion ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้หลังจากที่เส้นเลือดหัวใจถูกเปิดและเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้อีกครั้ง ทำให้การเต้นของหัวใจ



ผิดปกติ มีบางการศึกษาให้ข้อแนะนำว่า การเกิด Ventricular tachycardia หลัง reperfusion หากผู้ป่วยมีอาการคงที่ไม่จำเป็นต้องทำการรักษาเพิ่มเติม ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ Ventricular tachycardia จะหายไปเอง และกลับสู่การเต้นปกติ แต่สำหรับผู้ป่วยรายนี้ เป็น Sustained Ventricular tachycardia ซึ่งมีโอกาสที่จะกลายขึ้นเป็น Ventricular fibrillation และเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้⁽¹¹⁾ ผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะ Cardiogenic shock ก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งตามแนวทางการปฏิบัติแล้วการให้ยา Streptokinase แก่ผู้ป่วยรายนี้ ต้องจัดการภาวะช็อกจากหัวใจให้อาการคงที่ก่อน เนื่องจากการให้ยา Streptokinase ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงทำให้เกิดภาวะช็อกมากยิ่งขึ้น หลังจากปรึกษากับอายุรแพทย์โรงพยาบาลกพส. ซึ่งแนะนำให้ยากระตุ้นความดันโลหิต Norepinephrine จนผู้ป่วยมีความดันโลหิตคงที่จึงเริ่มให้ยา Streptokinase ในระหว่างให้ยาผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา คือมีความดันโลหิตต่ำอีกครั้ง จึงได้พักการให้ยา Streptokinase และให้ยากระตุ้นความดันโลหิต จนผู้ป่วยอาการคงที่ จึงให้ยาและส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาเปิดเส้นเลือดหัวใจที่โรงพยาบาลขอนแก่น การดูแลผู้ป่วยรายนี้ถือว่าเป็นผู้ป่วยหนักที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ต้องใช้ทรัพยากรในการบริหารจัดการ ใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัช เครื่องมืออุปกรณ์ในการ Resuscitation เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้มีความเสี่ยงที่จะหัวใจหยุดเต้นได้ตลอดเวลา การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะทำให้การรั่วของไอออนของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้การนำไฟฟ้าของหัวใจผิดปกติ หัวใจเต้นผิดจังหวะ คลื่นไฟฟ้าหัวใจเปลี่ยนแปลง ในรายที่มีพยาธิสภาพรุนแรง หัวใจจะบีบตัวผิดปกติ การเต้นหัวใจสั้นปลิวผ่านไป สู่การเกิด Cardiogenic Shock และ Sudden Cardiac Arrest ได้ การเฝ้าระวังอาการ และอาการแสดงของการเกิด Cardiac Arrest เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตต่ำ⁽¹²⁾

ข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างเร่งด่วน ตั้งแต่การคัดกรอง การประเมินอาการเจ็บหน้าอกอย่างรวดเร็ว และให้การดูแลที่เหมาะสมตั้งแต่เริ่มแรก โดยการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้นได้เข้าระบบ FAST track STEMI⁽¹³⁾ การตรวจวินิจฉัยโรค การปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง การรักษาเบื้องต้นจากโรงพยาบาลชุมชนเป็นสำคัญที่ช่วยเพิ่มโอกาสรอดชีวิตสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล การได้รับยาละลายลิ่มเลือด เพื่อเปิดเส้นเลือดหัวใจก่อนเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการผ่าตัดเปิดเส้นเลือดหัวใจ เป็นหนึ่งในทางรอดสำหรับผู้ป่วย ถึงแม้การให้ยาผู้ป่วยจะมีความเสี่ยงสูง มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาละลายลิ่มเลือด ถือเป็นความท้าทายสำหรับพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนที่เริ่มให้บริการยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งต้องให้บริการในบริบทของหน่วยบริการที่มีข้อจำกัดในเรื่องของเครื่องมือ อุปกรณ์ที่ใช้ในการเฝ้าระวังอาการ รวมไปถึงบุคลากรในทีมที่มีอยู่อย่างจำกัด



แต่หากพยาบาลมีความรู้ความชำนาญ มีทักษะและปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ก็จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม ได้รับการเปิดเส้นเลือดหัวใจด้วยยาละลายลิ่มเลือด ทำให้หัวใจกลับมาทำงานได้ปกติ และเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วยได้

เอกสารอ้างอิง

1. ปาริยา เกกينة. การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต กรณีศึกษาในโรงพยาบาลกระบี่. กระบี่เวชสาร 2561; 1(1): 1-9.
2. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย. แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เนคสเทป ดีไซน์; 2563.
3. งานเวชระเบียนและสถิติ. สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ประจำปีงบประมาณ 2564-2566; 2566.
4. สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาหัวใจ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุม สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2556.
5. กฤษฎา ศิริชัยสิทธิ์. Door-to-needle time สำหรับการให้ยาละลายลิ่มเลือดในโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2556; 7: 313-319.
6. เกรียงไกร เสงร์ศรี. มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: สถาบันโรคทรวงอก กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
7. สุรพันธ์ สิทธิสุข. แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทยฉบับปรับปรุงปี 2557. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ศรีเมืองการพิมพ์; 2557.
8. Rawles JM (GREAT Group). Quantification of the benefit of earlier thrombolytic therapy: Five-year results of the Grampian Region Early Anistreplase Trial (GREAT). J Am Coll Cardiol 1997; 30: 1181-1186.
9. American Heart Association. Highlights of the 2020 American Heart Association: Guidelines for CPR and ECC. [internet]. [cited 2024 Mar 4]. Available from: https://cpr.heart.org/-/media/cpr-files/cpr-guidelines-files/highlights/highlights_2020eccguidelines_thai.pdf.
10. เกรียงไกร เสงร์ศรี. สถานการณ์ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. นนทบุรี: สุขุมวิทการพิมพ์; 2555.
11. Heidi L. Lujan, Stephen E. Di Carlo. Reperfusion induced sustained ventricular tachycardia, leading to ventricular fibrillation, in chronically instrumented, intact, conscious mice. Physiological report. Pub Med Central; 2014.



12. ณรงค์กร ชัยวงศ์ และปณวิตร สันประโคน. ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน: ความท้าทายของพยาบาลฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤต.วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ 2562; 14(1): 43-51.
13. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกสูง (ST-elevation myocardial infarction: STEMI) ความรู้สำหรับผู้ปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน. นนทบุรี: บริษัท อัลติเมท พรินติ้ง จำกัด; 2564.