การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ : กรณีศึกษา 2 ราย

ชวรินทรา ยอดแสง, โรงพยาบาลกบินทร์บุรี, จังหวัดปราจีนบุรี, *email*: taewcha@yahoo.com

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจมีการขาดเลือดอย่างรุนแรงและเฉียบพลัน ทำให้เกิดอัตราเสียชีวิตและเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง รวดเร็ว พยาบาลฉุกเฉินจึงมีบทบาทสำคัญมาก ในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤต ประกอบด้วยการคัดแยกผู้ป่วย การประเมินอาการ การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล การให้การพยาบาล การดูแลให้ยาตามแผนการรักษา การรายงานแพทย์ตลอดจนการประสานงานส่งต่อผู้ป่วย บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอกรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ดังนี้

กรณีศึกษาที่ 1 หญิงไทยอายุ 82 ปี 4 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเจ็บหน้าอก หายใจไม่อิ่ม รับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST-elevation ที่Lead II, III, AVF แพทย์วินิจฉัยเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ป่วยมีอาการเหงื่อออก ตัวเย็น ปลายมือปลายเท้าเขียว หายใจเร็ว แพทย์พิจารณา ใส่ท่อช่วยหายใจ และให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง พบว่า ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงอยู่ในภาวะช็อก ส่งต่อเพื่อรับการรักษาด้วย Primary Percutaneous Coronary Intervention 40 นาทีต่อมาตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจซ้ำพบ ST-elevation ที่ II, III, AVF Ventricular Tachycardia rate 150-160 ครั้ง/นาที แพทย์ทำ Cardioversion 200 Joule ประเมินซ้ำชีพจรกลับมาปกติ และส่งต่อไปรับการรักษา

กรณีศึกษาที่ 2 ชายไทยอายุ 73 ปี 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเจ็บหน้าอก ร้าวไปต้นคอ เหงื่อออก ตัวเย็น รับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST-Elevation ที่ Lead II, III, AVF แพทย์วินิจฉัยเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อายุรแพทย์โรคหัวใจให้การรักษารับยาต้านการแข็งตัวของเลือด และยา Streptokinase 1.5 mu ทางหลอดเลือดดำ เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง ขณะได้ยามีเลือดออกตามไรฟัน เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤต

ผลการศึกษา พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 รายเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด Inferior Wall Myocardial Infarction ได้รับการดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์ ให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลตามอาการของผู้ป่วย ผู้ป่วยปลอดภัยพ้นภาวะวิกฤติ รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักของโรงพยาบาล และส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าได้อย่างปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ: หลอดเลือดหัวใจตีบ หัวใจเต้นผิดจังหวะ

วันที่รับ (received) 7 ต.ค. 2563 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 8 ธ.ค 2563 วันที่ตอบรับ (accepted) 15 ธ.ค. 2563

Nursing Care of Coronary Artery Disease: 2 Case Study

Chawarintra Yodsaeng, Kabinburi Hospital, Prachinburi Province, e-mail; taewcha@yahoo.com

Abstract

Coronary Artery Disease refer to severe and acute ischemia of heart muscles. There is high mortality rate and complications if untreated in promptly time. Thus, the patient must be properly and rapidly cared, Emergency nurses play an important role in the care of critically patients. Classification of patients (Triage), symptom assessment, nursing diagnosis, nursing implementation, dispensing medicine according to the treatment plan, Medical reporting including to patient referral coordinate. According to study of two cases of patients

Case Study 1: A 82 year old Thai female gave a story of 4 hours before coming to hospital with chest pain and shortness of breath throughout the lungs. ECG test found ST-elevation at Lead II,III,AVF. Physician diagnosed as Inferior Wall Myocardial Infarction. Patients sweated, cold, tip of the toes and fingers turned green, fast breath .Physician considered intubation, patients received anticoagulant medicines, consulted Cardiologist at Chaopraya Abhaibhubejhr Center Hospital to refer the patient for treatment with Primary Percutaneous Coronary Intervention. Repeat EKG, ST-elevation found at II,III,AVF Ventricular Tachycardia rate 150-160 times/min Doctors performed the pulse returned to normal by cardioversion. Final, prepared patients and their relatives in their physical and mental for referral system.

Case Study 2 : A 73 years old male gave a story of 30 minutes before coming to hospital with chest-neck pain, sweated and cold. ECG test found ST-elevation at Lead II,III,AVF. Doctors diagnosed as Inferior Wall Myocardial Infarction. Received drugs to reduce blood clotting and Streptokinase 1.5 mu vein. While receiving the drug, the patient has scurvy. According to consult, a cardiologist recommended to admin intensive care unit.

The result of two patients study. There were Inferior Wall Myocardial Infarction who receive treatment as doctor's plan provided nursing care by concept of nursing process according to the patient's condition, kept patients safe from critical crisis, treated in the intensive care unit at hospital and safely referred to a higher potential hospital without complications.

Keyword: Inferior Myocardial Infarction, Cardiac arrhythmia

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน(Acute Myocardial Infarction)นับเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก จากสถิติสาธารณสุขของประเทศไทยพบว่ามีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วประเทศระหว่างปี 2553 – 2554 จำนวน 55,470 และ 62,050 รายตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ในระหว่างปี 2556-2560 พบอัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากร ด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเท่ากับ26.9, 27.8, 29.9, 32.3 และ 31.8 ตามลำดับ(Ministry of Public Health, 2018) และในปี 2561 จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือดถึง 20,786 ราย (Division of Non Communicable Disease, 2019) โรงพยาบาลกบินทร์บุรี เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 250 เตียง จังหวัดปราจีนบุรี ให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด กรณีผู้ป่วยจำเป็นต้องการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดแดงผ่านสายสวน(Percutaneous Coronary Intervention) ส่งต่อไปรับการรักษาโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า การจากสถิติของโรงพยาบาล จำนวนผู้รับบริการด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน ปี 2561-2563 เท่ากับ 23,21,20 รายตามลำดับ และร้อยละอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉินเท่ากับ 0, 9.52, 5.26 ต่อแสนประชากรตามลำดับ

ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นกลุ่มอาการที่มีลักษณะบ่งชี้ถึงภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่าง รุนแรงและเฉียบพลัน ระยะเวลาการอุดตันที่นานขึ้นจะเพิ่มพื้นที่การตายของกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายบริเวณด้านใต้ของผนังหัวใจ (Inferior Wall Myocardial Infarction) ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะช็อกหรือมีความดันเลือดต่ำร่วมกับ อาจมีการตายของบริเวณห้องหัวใจล่างขวาด้วย การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีลักษณะของกล้ามเนื้อหัวใจตายบริเวณด้านใต้ของผนังหัวใจ (Inferior Wall Myocardial Infarction) คือ ST ยกสูงขึ้นในตำแหน่ง II,III และ aVF ร่วมกับ STยกสูงในตำแหน่ง V1,V3R และ V4R ภายใน 24 ชั่วโมงแรกของการเกิดการตายบริเวณของห้องหัวใจล่างขวา ความดันโลหิตต่ำ และมีจังหวะการเต้นของหัวใจที่ช้ากว่าปกติ (Brady Arrhythmia) ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว โดยการเข้าถึงระบบบริการ สุขภาพที่มีคุณภาพทุกระดับและได้รับการดูแลจากพยาบาล ฉุกเฉิน นอกจากประเด็นความท้าทายในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤติแล้ว การดูแลผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก็มีความสำคัญโดยควรดำเนินการเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและคุณภาพการดูแลที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากรณีผู้ป่วยเลือดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย ที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี

วิธีการศึกษา

เป็นการวิเคราะห์และเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยการศึกษาตำรา วารสาร งานวิจัย ที่เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การตรวจร่างกาย การประเมินสภาพผู้ป่วย รวบรวมข้อมูลต่างๆ เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล สรุปประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลตาม ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉิน

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษา กรณีศึกษาได้ขออนุญาต กรณีศึกษาทั้ง 2 กรณี โดยขออนุญาตจากโรงพยาบาลและการขอความยินยอมด้วยวาจา ได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา กรณีศึกษา 2 กรณี ไม่มีการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยและข้อมูลส่วนตัวทุกอย่างของผู้เข้าร่วมกรณีศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ และจะทำลายข้อมูลภายใน 1 ปี หลังจากรายงานกรณีศึกษาได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่เชิงวิชาการ

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 หญิงไทยสูงวัย อายุ 82 ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพ มารับการรักษาที่โรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วย 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลขณะนั่งพักมีอาการเจ็บหน้าอก เหนื่อยหายใจไม่อิ่ม ญาติชงยาหอมให้รับประทานและบีบนวด ผู้ป่วยซึมลง ญาติโทรแจ้ง 1669 ให้รับผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ปฏิเสธโรคประจำตัว แรกรับรู้สึกตัว ซึม บ่นแน่นหน้าอก ที่ห้องฉุกเฉินตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบ ST-Elevation ที่ II, III, AVF ST-Depress V1-V4 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า CKMB 33 U/L ค่า Tropanin T 1.650 แพทย์วินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจากเส้นเลือด Coronary ขวาตีบ ST-Elevate Myocardial Infarction(Inferior Wall Myocardial Infarction) ผู้ป่วยเหงื่อออก ตัวเย็น ปลายมือปลายเท้าเขียว อัตราการหายใจ 40 ครั้ง/นาที วัดค่า Oxygen Saturation 80% On Oxygen Mask with Bag 10 ลิตร/นาที E3V3M4 แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 7.5 ลึกจากมุมปากถึงหลอดลม 22 เซนติเมตร X-ray Chest Portable ไม่พบ Infiltration ผู้ป่วยได้รับยา Aspirin 300 มิลลิกรัม 1 เม็ด ยา Plavix 75 มิลลิกรัม 8 เม็ด บดละลายน้ำให้ทางสายอาหาร อายุรแพทย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาอภัยภูเบศร ประเมินพบว่า ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงอยู่ในภาวะช็อก ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาด้วย Primary Percutaneous Coronary Intervention โดยปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยได้รับยา Heparin 100 unit/kg (3,500 unit) IV Bolus สังเกตและเฝ้าระวังภาวะเลือดออกผิดปกติ ดูแลให้ยา Losec 40 มิลลิกรัม ตามแผนการรักษา ทางหลอดเลือดดำเพื่อป้องกันเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร ขณะ

ติดต่อประสานงานเฝ้าระวัง Cardiac Arrest ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจซ้ำ ST-elevation ที่ II, III, AVF Ventricular Tachycardia rate 150-160 ครั้ง/นาที แพทย์ทำ Cardioversion Synchronized 200 Joule หลังทำอัตราการเต้นของหัวใจ ลดลง 86 ครั้ง/นาที BP 70/40 มิลลิเมตรปรอท 0.9 NSS 1,000 ml IV load 300 ml ใน 10 นาที ติดตามความดันโลหิตซ้ำ BP 90/55 มิลลิเมตรปรอท ปรับ 0.9 NSS rate 100 ml /ชม. ประสานงานและแจ้งข้อมูลแก่หน่วยรับส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาอภัยภูเบศร ประสานงานกับทีมส่งต่อโรงพยาบาลกบินทร์บุรี เตรียมความพร้อมเครื่องมือ ยา อุปกรณ์ ที่ใช้สำหรับดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อให้ปลอดภัย พร้อมทั้งทีมดูแลผู้ป่วย ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ พนักงานขับรถ ตามระบบการดูแลแบบเร่งด่วนของห้องฉุกเฉิน

กรณีศึกษาที่ 2 ข้อมูลทั่วไป ชายไทยวัยสูงอายุ อายุ 73 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลกบินทร์บุรี ด้วยประวัติ 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ขณะนั่งพักมีอาการเจ็บหน้าอก ร้าวไปต้นคอ เหงื่อออก ตัวเย็น ญาติโทรแจ้ง1669 ให้รับผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลกบินทร์บุรี แรกรับรู้สึกตัวดี บ่นแน่นหน้าอก ที่ห้องฉุกเฉินตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST-Elevation ที่ Lead II,III,AVF แพทย์วินิจฉัยเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Inferior Wall Myocardial Infarction, Portable X-ray Chest Upright ไม่พบ Infiltration ผู้ป่วยได้รับยา Aspirin 300 มิลลิกรัม 1 เม็ด เคี้ยวกลืน Plavix 75 มิลลิกรัม 4 เม็ด พิจารณาให้ผู้ป่วยรับการรักษาด้วยยา Streptokinase 1.5 mu ผสม 0.9 NSS 100 ml ให้ทางหลอดเลือดดำผ่านเครื่องควบคุมการให้สารน้ำ ระดับความรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง ทำตามคำสั่งได้ ส่งผู้ป่วยต่อโรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาอภัยภูเบศร์ ให้เข้ารับการรักษาผู้ป่วยเพื่อดูอาการอย่างใกล้ชิดที่หอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลกบินทร์บุรี ให้บริการผู้ป่วย STEMI ตามระบบการดูแลแบบเร่งด่วนของห้องฉุกเฉิน

กรณีศึกษาทั้ง 2 รายเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ST-Elevate Myocardial Infarction (Inferior Wall Myocardial Infarction) รับการดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์ และให้การพยาบาลโดยการใช้กระบวนการพยาบาลตามอาการของผู้ป่วยตามแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยพ้นภาวะวิกฤติ รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักของโรงพยาบาลและส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าได้อย่างปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลกรณีศึกษาผู้ป่วย 2 รายตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. ประวัติการเจ็บป่วย	หญิงไทยอายุ 82 ปี มาด้วยอาการ 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ขณะนั่งพักมีอาการเจ็บหน้าอก เหนื่อย หายใจไม่อิ่ม ผู้ป่วยซึมลง ญาติโทรแจ้ง1669 ให้รับผู้ป่วยมาโรงพยาบาลอุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 96 ครั้งต่อ	ชายไทยอายุ 73 ปี มาด้วยอาการ 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ขณะนั่งพักมีอาการเจ็บหน้าอก ร้าวไปต้นคอ เหงื่อออก ตัวเย็น ญาติโทรแจ้ง1669ให้รับผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลกบินทร์บุรีอุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 59

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลกรณีศึกษาผู้ป่วย 2 รายตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. ประวัติการเจ็บป่วย (ต่อ)	นาที หายใจ 40 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 97/55 มิลลิเมตรปรอท Oxygen Saturation 80% ขณะ On Oxygen Mask with Bag 10 L/M คลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบ ST-elevation ที่Lead II,III,AVF	ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอ หายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 97/62 มิลลิเมตรปรอท วัดค่า Oxygen Saturation 96 % ขณะ Room Air ปลายนิ้ว ขณะ On Oxygen Cannula 5 ลิตร/นาที จับที่ปลายนิ้ว 100 % คลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST-elevation ที่Lead II,III,AVF
2. พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง	4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ขณะนั่งพักมีอาการเจ็บหน้าอก เหนื่อย หายใจไม่อิ่ม ญาติชงยาหอมให้รับประทานและบีบนวด ผู้ป่วยซึมลง ญาติโทรแจ้ง1669 ให้รับผู้ป่วยมาโรงพยาบาล	30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ขณะนั่งพักมีอาการเจ็บหน้าอก ร้าวไปต้นคอ เหงื่อออก ตัวเย็น ญาติโทรแจ้ง1669ให้รับผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลกบินทร์บุรี
3.การรักษา	ผู้ป่วยได้รับยา 1.Aspirin 300 มิลลิกรัม 1.เม็ดเคี้ยวกลืน.Plavix 75 มิลลิกรัม 8 เม็ด 2. Heparin 100 unit/kg (3,500 unit) IV, Losec 40 มิลลิกรัม IV 3.การใส่ท่อช่วยหายใจ 4.Synchronized Cardioversion 200 Joule 5.ปรึกษาอายุรแพทย์โรคหัวใจ พิจารณาให้ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษา ด้วย Primary Percutaneous Coronary Intervention	ผู้ป่วยได้รับยา 1.Aspirin300 มิลลิกรัม 4 เม็ด เคี้ยวกลืน 2.Plavix 75 มิลลิกรัม 4 เม็ด 3.พิจารณาให้ผู้ป่วยรับการรักษาด้วยยา Streptokinase 1.5 mu ผสม 0.9 NSS 100 ml. ให้ทางหลอดเลือดดำผ่านเครื่องควบคุมการให้สารน้ำภายในเวลา 1 ชั่วโมง
4.ปัญหาทางการพยาบาลที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	1.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงเพิ่มขึ้น 2.เกิดภาวะช็อกและภาวะหัวใจเต้นผิดปกติจากหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง 3.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติจากการได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด 4.มีภาวะพร่องออกซิเจนจากการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดไม่มีประสิทธิภาพ 5.เจ็บหน้าอกเนื่องจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง 6.ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	1.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงเพิ่มขึ้น 2.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกภาวะหัวใจเต้นผิดปกติจากหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง 3.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติจากการได้รับยายาละลายลิ่มเลือด 4.เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน จากการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดไม่มีประสิทธิภาพ 5.เจ็บหน้าอกเนื่องจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง 6.ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลกรณีศึกษาผู้ป่วย 2 รายตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
5.1เสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงเพิ่มขึ้น (ต่อ)	3.ดูแลให้ได้รับออกซิเจนทางท่อช่วยหายใจ โดยการบีบถุงลมช่วยในการหายใจ 4.ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพ 5.สังเกตและบันทึกอาการเจ็บหน้าอก 6. ติดเครื่องติดตามการเต้นของหัวใจ (Monitor EKG)	3.ดูแลให้ได้รับออกซิเจนทางท่อช่วยหายใจ โดยการบีบถุงลมช่วยในการหายใจ 4.ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพ 5.สังเกตและบันทึกอาการเจ็บหน้าอก 6. ติดเครื่องติดตามการเต้นของหัวใจ (Monitor EKG)
5.2.เกิดภาวะช็อกและหัวใจเต้นผิดปกติจากหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง	การพยาบาล 1.ช่วยแพทย์ทำ Cardioversion Synchronized 200 Joule 2.เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของการเกิด Cardiac Arrest จากหัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตต่ำ 3.ดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดเลือดตามแผนการรักษา เฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการได้รับยาเช่น ภาวะเลือดออกผิดปกติ ความดันโลหิตต่ำ 4.ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพ 5. ติดตามและประเมินอาการเจ็บหน้าอก 6.ดูแลให้ออกซิเจน ตามแผนการรักษา 7.เตรียมยาและอุปกรณ์ต่างๆที่สำคัญในการช่วยชีวิตให้มีความพร้อมเพื่อให้การช่วยเหลือ	การพยาบาล 1.เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของการเกิด Cardiac Arrest เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตต่ำ 2.ดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดเลือดตามแผนการรักษา เฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการได้รับยาเช่น ภาวะเลือดออกผิดปกติ ความดันโลหิตต่ำ 3.ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพ 4.ติดตามและประเมินอาการเจ็บหน้าอก 5.ดูแลให้ออกซิเจน ตามแผนการรักษา 6.เตรียมยาและอุปกรณ์ต่างๆที่สำคัญในการช่วยชีวิตให้มีความพร้อมเพื่อให้การช่วยเหลือ
5.3.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติจากการได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด(Anticoagulant)	การพยาบาล 1. เฝ้าระวังภาวะเลือดออกในอวัยวะที่สำคัญ เช่นเลือดออกในสมอง 2. หลีกเลี่ยงการแทงน้ำเกลือหรือเจาะเลือดทางหลอดเลือดดำระหว่างให้ยา 3. Monitor EKG เฝ้าระวังคลื่นหัวใจเต้นผิดจังหวะ 4. สังเกตสีปัสสาวะ อุจจาระ อาเจียนเลือดออกตามร่างกาย 5.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Losec 40 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ	
5.4 เสี่ยงต่อภาวะเลือดไหลไม่หยุดเนื่องจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase 1.5 mu)		การพยาบาล 1. เฝ้าระวังอาการเลือดออกในอวัยวะที่สำคัญ เช่นเลือดออกในสมอง Neurological Signs 2. หลีกเลี่ยงการแทงน้ำเกลือหรือเจาะเลือดทางหลอดเลือดดำระหว่างให้ยา 3. Monitor EKG เฝ้าระวังคลื่นหัวใจเต้นผิดจังหวะ

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลกรณีศึกษาผู้ป่วย 2 รายตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
5.4 เสี่ยงต่อภาวะเลือดไหลไม่หยุดเนื่องจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase 1.5 mu) (ต่อ)		4. สังเกตสีปัสสาวะ อุจจาระ อาเจียน เลือดออกตามร่างกาย 5. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเฝ้าระวังผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ PT, PTT ให้อยู่ในระดับ 2.5 เท่าของค่าปกติ 6.บันทึกภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดดำที่พบ เช่นขนาดของก้อนเลือด
5.5.มีภาวะพร่องออกซิเจน จากการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดไม่มีประสิทธิภาพ	การพยาบาล 1.ประเมินสภาพพร้อมช่วยเหลือแพทย์ในการใส่ท่อช่วยหายใจ 2.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9 NSS 1,000 ml เข้าทางหลอดเลือดดำ 3.ตรวจแรงดันก๊าซออกซิเจนในเลือดแดง 4. ประเมินสภาพทั่วไป วัดสัญญาณชีพ	การพยาบาล 1.ให้ออกซิเจนทางจมูก 3 ลิตร/นาที 2.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9 NSS 1,000 ml เข้าทางหลอดเลือดดำ 3.ตรวจแรงดันก๊าซออกซิเจนในเลือดแดง 4. ประเมินสภาพทั่วไป วัดสัญญาณชีพ
5.6.ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	การพยาบาล 1.ประเมินระดับความวิตกกังวลของญาติด้วยการพูดคุย ซักถามถึงสาเหตุต่างๆ ที่ญาติรู้สึกกังวล 2.อธิบาย สาเหตุ อาการแสดง ของภาวะความเจ็บป่วย แนวทาง วิธีการ และ เหตุผลการรักษา 3.อธิบายถึงเหตุผลและความจำเป็นที่ต้องส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาต่อในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่า 4.อธิบายถึงสิทธิการรักษาที่ส่งตัวผู้ป่วยให้ญาติมีความเข้าใจ 5.พูดคุยให้กำลังใจแก่ญาติในการปรับสภาพจิตใจ ยอมรับในสภาพการเจ็บป่วย เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยต่อไป	การพยาบาล 1.ประเมินระดับความวิตกกังวลของญาติด้วยการพูดคุย ซักถามถึงสาเหตุต่างๆ ที่ญาติรู้สึกกังวล 2.อธิบาย สาเหตุ อาการแสดง ของภาวะความเจ็บป่วย แนวทาง วิธีการและเหตุผลการรักษา 3.อธิบายถึงเหตุผลและความจำเป็นที่ต้องรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต 4.อธิบายถึงสิทธิการรักษาที่ส่งตัวผู้ป่วยให้ญาติมีความเข้าใจ 5.พูดคุยให้กำลังใจแก่ญาติในการปรับสภาพจิตใจ ยอมรับในสภาพการเจ็บป่วย เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

สรุปการศึกษาเปรียบเทียบ

1. ประวัติการเจ็บป่วยแรกรับ อาการและอาการแสดง มีประวัติการเจ็บป่วยที่เหมือนกัน คือ อาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม ความดันโลหิตต่ำ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST-elevation ที่ Lead II, III, AVF (ชนิด Inferior Wall Myocardial Infarction)

2. พยาธิสภาพของโรค กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีภาวะเจ็บหน้าอกก่อนมาโรงพยาบาลสอดคล้องกับพยาธิสภาพการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อาการเจ็บหน้าอกชนิด Angina Pectoris เป็นอาการเจ็บ หน้าอกที่จำเพาะต่อโรค โดยจะมีอาการเจ็บแบบแน่นๆ หนักๆ เหมือนมีของหนักทับบริเวณอกซ้าย อาจมีอาการ แน่นอึดอัด รู้สึกหายใจไม่ออก ในกรณีศึกษาที่ 2 พบอาการเจ็บร้าว

(Refer Pain) ไปยังลำคอ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยจะมารับการรักษาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอก เจ็บร้าวไปที่ แขนซ้าย กราม ลำคอ (Chaiwong, Sanprakhon, 2019; Thuphairo, 2011)

3. การรักษาในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย กรณีศึกษารายที่ 1 ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ เนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงเกิดภาวะช็อกและเกิดVentricular Tachycardia Rate 150-160 Beat/Min หลังทำ Synchronized Cardioversion 200 Joule อัตราการเต้นของหัวใจ 86 ครั้ง/นาที การรักษาเบื้องต้น ได้รับยาแอสไพรินขนาด 162-325 มิลิกรัม Clopidogrel (75 มิลลิกรัม) 8 เม็ด Heparin 100 unit/kg (3,500 unit) IV Losec 40 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ตามแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (The Heart Association of Thailand, 2020) เพื่อเตรียมความพร้อมในการทำ Primary Percutaneous Coronary Intervention และส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า กรณีศึกษาที่ 2 ได้รับการรักษาเบื้องต้น ให้ยา Clopidogrel (75 มิลิกรัม) 4 เม็ดยาแอสไพรินขนาด 162-325 มิลิกรัม ยา Streptokinase 1.5 mu ผสม 0.9 NSS 100 ml ให้ทางหลอดเลือดดำ รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมี 2 วิธีคือ การให้ยาละลายลิ่มเลือด และการเปิดหลอดเลือดด้วยบอลลูน Primary Percutaneous Coronary Intervention (Committee of Service Plan: Heart, 2559) ซึ่งมีข้อบ่งชี้ในการใช้วิธีการขยายเส้นเลือดหัวใจด้วยบอลลูนในผู้ป่วย Acute STEMI เป็นวิธีรักษาทางเลือกในการรักษานอกจากการใช้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย ST Elevation เกิดอาการภายใน 12 ชั่วโมงหรือมากกว่า 12 ชั่วโมง รายที่ยังมีอาการเจ็บหน้าอกอยู่ สามารถทำได้ภายใน 90 ± 30 นาที และในราย Cardiogenic Shock การให้ยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ STEMI ที่เกิดอาการภายใน 12 ชั่วโมง โดยเฉพาะ อย่างยิ่งภายใน 3 ชั่วโมง ที่เกิดอาการจะให้ผลดีที่สุด และผู้ป่วยมีอายุน้อยกว่า 75 ปีเป็น Class I แต่ถ้าผู้ป่วยมีอายุ 75 ปีหรือมากกว่าเป็น Class II (Department of Medicine, 2004) ประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับจากการรักษา ลดอัตราการตายของผู้ป่วย เมื่อใช้ร่วมกับแอสไพริน โดยสามารถลดอัตราการตายได้ถึงร้อยละ 30 สามารถละลายลิ่มเลือดที่อุดตันในเส้นเลือดหัวใจได้อย่างมีประสิทธิภาพคือ ทำให้เลือด ไหลเวียนอยู่ในระดับปกติถึงร้อยละ 61 ภายใน 60 นาที และทำให้การบีบตัวของหัวใจดีขึ้นร้อยละ 20-30 ลดปริมาณการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ โดยจะขึ้นกับระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยากับเวลาที่ เกิดอาการยิ่งน้อยก็สามารถลดปริมาณการตายของกล้ามเนื้อหัวใจได้มากขึ้น (Department of Medicine, 2004)

4. การพยาบาลผู้ป่วยมีการให้การพยาบาลที่เหมือนกันโอกาสเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงเพิ่มขึ้น เสี่ยงต่อการเกิดภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ จากการได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด มีอาการเจ็บหน้าอกเนื่องจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง มีภาวะพร่องออกซิเจนจากการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับความ

เจ็บป่วย การพยาบาลที่แตกต่างกัน คือ ผู้ป่วยมีภาวะช็อกและหัวใจเต้นผิดปกติจากหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง

อภิปรายผล

กรณีศึกษาทั้ง 2 รายเข้ารับการรักษาด้วยอาการ เจ็บหน้าอก หายใจไม่อิ่ม เหงื่อออกตัวเย็น สัมพันธ์กับอาการและอาการแสดง ของโรคหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงเฉียบพลัน ประกอบด้วยอาการที่สำคัญคือ เจ็บอกแบบ Angina Pectoris หรือ เจ็บขณะพักผ่อนมากกว่า 20 นาที (พบร้อยละ 80) เจ็บอก ครั้งใหม่ซึ่งเจ็บรุนแรง หรือเจ็บอกรุนแรงมากกว่าที่เคยเจ็บ พบร้อยละ 20 ผลจากการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ทำให้เกิด ST Elevation Acute Coronary Syndrome ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่พบความ ผิดปกติของ EKG เป็น ST Segment Elevation อย่างน้อย 2 Leads (Sutthaisuk, 2014) ในผู้ป่วยทั้ง 2 รายการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST-Elevation ที่Lead II, III, AVF แปลผล Inferior Wall Myocardial Infarction ซึ่งสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตต่ำ ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อาจทำให้ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลงอย่างรวดเร็ว เป็นผลทำให้ความดันโลหิตลดต่ำลงร่วมกับอาการแน่นหน้าอก ที่มักร่วมกับการตายของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายส่วน Inferior Wall (Sutthaisuk, 2014) ซึ่งผู้ป่วยวิกฤติและฉุกเฉิน 2 รายนี้ได้รับการประเมินการจัดการและการบำบัดรักษาอย่างทันท่วงที (Khlaisuban, 2018) และได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ (Chaiwong, Sanprakhon, 2019) ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วย รายแรกได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าเพื่อรับการรักษา Primary Percutaneous Coronary Intervention และรายที่ 2 ส่งต่อไปยังหอผู้ป่วยหนักอย่างปลอดภัย

การพยาบาลกรณีศึกษาที่ 1 มีอาการเจ็บหน้าอก หายใจ 40 ครั้งต่อนาที วัดค่า Oxygen Saturation ปลายนิ้ว ขณะ On Oxygen Mask with Bag 10 L/M 80% เกิดภาวะHypoxia (SaO2 < 90%) ซึ่งหากร่างกายมีภาวะนี้เกิดขึ้นจะทำให้เกิด Vasospasmและ Myocardial Injury มากขึ้น (Chaiwong, Sanprakhon, 2019) แพทย์จึงพิจารณา Intubation หลังใส่วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน จับที่ปลายนิ้ว Oxygen Saturation 100% และได้รับยาเฮพารินเป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือด(Anticoagulant Drug) นิยมใช้ในการรักษาโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นวิธีการรักษาที่ทำควบคู่กับการถ่างขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ผ่านสายสวน(Percutaneous Coronary Intervention: PCI) (Maneesri, 2016) ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยสุดมีตั้งแต่เลือดออกเล็กน้อยถึงรุนแรงผู้ป่วยรายนี้ไม่พบภาวะเลือดออกตามร่างกาย กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เนื่องจากมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป้าหมายการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บหน้าอกและไม่มีหัวใจเต้นผิดจังหวะ(Limamnualap, Thamnong, 2014)โดยการให้ผู้ป่วยพักผ่อนนอนท่าศีรษะสูง ให้ออกซิเจนทางท่อช่วยหายใจด้วยการบีบถุงลมช่วยหายใจและการให้ออกซิเจนทางจมูก ติดตาม

ประเมิน สัญญาณชีพ และ EKG Monitoring สังเกตอาการเหงื่อแตก ตัวเย็น ซีดเขียว ปัสสาวะออกน้อย ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงเพื่อประเมินว่าเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจและอวัยวะต่างๆเพียงพอ กล้ามเนื้อหัวใจได้รับออกซิเจนเพียงพอ ซึ่งทั้ง 2 ราย มีค่าออกซิเจนในเลือด 100 % อาการเจ็บหน้าอก รายที่ 1 เท่ากับ 2 คะแนน รายที่ 2 อาการเจ็บหน้าอก 0 คะแนน การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะทำให้การรั่วของไอออนของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้การนำไฟฟ้าของหัวใจผิดปกติ หัวใจเต้นผิดจังหวะ คลื่นไฟฟ้าหัวใจเปลี่ยนแปลง ในรายที่มีพยาธิสภาพรุนแรง หัวใจจะบีบตัวผิดปกติ การเต้นหัวใจสั่นพลิ้วนำไปสู่การเกิด Cardiogenic Shock และ Suddent Cardiac Arrest ได้ (Chaiwong, and Sanprakhon, 2019) การเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของการเกิด Cardiac Arrest เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตต่ำ สัญญาณชีพ (Chaiwong, Sanprakhon, 2019) จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในบทบาทของพยาบาล เพื่อสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันท่วงที ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าที่สามารถให้การดูแลรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยวิธีการรักษาการถ่างขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ผ่านสายสวน(Percutaneous Coronary Intervention: PCI) เมื่อแพทย์ตัดสินใจส่งต่อผู้ป่วย ทีมพยาบาลส่งต่อและรถพยาบาลมาเตรียมความพร้อมทันทีโดยส่งข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการ การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่จะส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาเพื่อลดการใช้เวลาของโรงพยาบาลที่รับส่งต่อ (Narongon, Panawa, 2019) ผู้ป่วยได้รับการส่งต่ออย่างปลอดภัย

การพยาบาลกรณีศึกษาที่ 2 ได้รับการรักษาโดยให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase 1.5 mu ผสมใน 5%D/W 100 ml ใน 1 ชั่วโมงซึ่งยาละลายลิ่มเลือดเพื่อละลายลิ่มเลือดที่อุดตันมีข้อบ่งชี้ระยะเวลาเจ็บหน้าอกถึงให้ยาไม่เกิน 12 ชั่วโมง คลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST Elevation และไม่มีข้อห้ามในการใช้ยา(Committee of Service Plan: Heart, 2016) พยาบาลจึงต้องเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด(Limamnualap, Thamnong, 2014) ผู้ป่วยมีเลือดออกตามไรฟันเล็กน้อย ไม่มีเลือดออกจากสายสวนปัสสาวะ ท้องนุ่มไม่มีแข็งตึง ผิวหนังไม่มีรอยจ้ำเลือด ระดับความรู้สึกตัวดี ทำตามคำบอกได้ ถามตอบรู้เรื่อง (E4V5M6) รูม่านตามีปฏิกิริยาตอบสนองต่อแสง ขนาด 2 มิลลิเมตร ทั้ง 2 ข้าง และรายที่ 2 ส่งต่อไปยังหอผู้ป่วยหนักอย่างปลอดภัย การเจ็บป่วยเฉียบพลันและวิกฤตเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ก่อให้เกิดปฏิกิริยาต่างๆทั้งตัวผู้ป่วยและญาติ พยาบาลมีหน้าที่ในการช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพการเจ็บป่วย ให้ความร่วมมือในการรักษา มีกำลังใจในการดูแลตนเอง กรณีศึกษาทั้ง 2 รายผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเฉียบพลัน เป็นภาวะฉุกเฉินต้องมีการเฝ้าระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้น เช่น Cardiac Arrest เป็นต้น ผู้ป่วยต้องได้รับคำปรึกษาและรักษาจากแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ เพื่อลดความรุนแรงของโรคได้โดยเร็ว และลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ พยาบาลฉุกเฉินจึงมีบทบาทสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤตและฉุกเฉิน (Chaiwong, and Sanprakhon, 2019) ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการตายของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น การได้รับยา การรักษาที่เหมาะสม การเฝ้าระวังภาวะต่างๆและมีกระบวนการดูแลที่รวดเร็ว ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยได้เข้าสู่ระบบการดูแลแบบแบบเร่งด่วน ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้และเชี่ยวชาญในการดูแลและเข้าใจกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเฉียบพลัน ผู้ป่วยปลอดภัยลดภาวะแทรกซ้อน

Reference

Chaiwong, N., Sanprakhon, P. (2019). Acute Coronary Syndrome: Challenges of Emergency Nurse in Critical care. *Thai Pharmacy Health Science Journal,* 14(1), 43-51. (in Thai)

Committee of Service Plan: Heart. (2016). *Guideline of Service Plan: Heart.* Bangkok: O-Wit Company (Thailand).

Department of Medicine. (2004). *Guideline of Acute Coronary Syndrome.* (1st ed).Bangkok: Cooperation of Thailand.

Devision of Non Communicable Disease. (2019). *Number and Mortality Rates of 4 Diseases 2016 - 2018.* (in Thai). Retrieve October 15, 2017 From http://www.thaincd.com/2016/ mission/documents-detail.php?id=13653&tid=32&gid=1-020

Khlaisuban, Ch. (2018). *Guideline for ER Service Delivery.* (2nd ed).Bangkok: Samchai Printing.

Limamnualap, S., Thamnong, C. (2014). *Critical Care of Nursing.* (8th ed).KonKhan: Klangnanawit.

Maneesri, S. (2016). Nursing Care for Patients Receiving Anticoagulant Medication Group of Heparin. *Journal of Nursing and Healthcare,* 34(1), 15-20.

Ministry of Public Health. (2018). *Public Health Statistics A.D. 2017.* Retrieve October14, 2017 From http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/stratistics60.pdf

Sutthaisuk, S. (2014). *Guideline of Heart Association in Thailand.*(2nd ed).Bangkok: Srimuang Printing.

The Heart Association of Thailand. *Thai Acute Coronary Syndromes Guideline 2020.* (in Thai). Retrieve October14, 2020 From http://www.thaiheart.org/images/column_1291454908/PCIGuideline.pdf 33

Thuphairo, P. (2011). *Handbook of Diseases.* (2nd ed). Bangkok: N P Press Printing.