

การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ร่วมกับการบาดเจ็บที่ศีรษะและมีภาวะเลือดออกในสมอง : ความท้าทายในการปฏิบัติการพยาบาล

สุเพียร โภคทิพย์*

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ส่วนใหญ่มาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกเหงื่อแตก บางคนมีอาการวูบหน้ามืด หหมดสติ เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและบาดเจ็บศีรษะได้ง่าย ซึ่งจะส่งผลให้การเจ็บป่วยและการดำเนินโรคซับซ้อนมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรง คือ ภาวะเลือดออกในสมองได้ง่าย ดังนั้นพยาบาลจะต้องมีความละเอียดรอบคอบในการซักประวัติและตรวจร่างกาย โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการวูบ หหมดสติ จำเป็นต้องซักประวัติอุบัติเหตุร่วมด้วย และจะต้องมีการประเมินสภาพบาดเจ็บโดยเฉพาะการบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรอบคอบ เพื่อเป็นแนวทางในการตัดสินใจในการให้ยาละลายลิ่มเลือด วัตถุประสงค์ของบทความนี้เพื่อนำเสนอกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่มีการบาดเจ็บศีรษะร่วมด้วย ได้รับยาละลายลิ่มเลือดชนิด streptokinase และหลังจากนั้นพบภาวะเลือดออกในสมอง ซึ่งนอกจากจะต้องประเมินอาการเจ็บหน้าอกและการบริหารจัดการให้ได้รับการรักษาการให้ยาละลายลิ่มเลือดที่รวดเร็ว การเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและการประเมินภาวะหลอดเลือดเปิด (reperfusion) ยังต้องค้นหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงอย่างเร่งด่วนและประสานงานกับศัลยแพทย์ประสาทอย่างทันท่วงที รวมทั้งการดูแลหลังการผ่าตัดสมอง เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดสมอง เช่น ภาวะเบาจืด และการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ ตลอดจนการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเพื่อป้องกันการเกิดโรคกลับซ้ำ ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยรายนี้จะต้องใช้ทั้งความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยหัวใจตายเฉียบพลัน การบริหารยาละลายลิ่มเลือด และยังต้องมีความไวในการสังเกตอาการทางระบบประสาทที่แสดงถึงภาวะเลือดออกในสมอง รวมทั้งการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดสมอง เพื่อช่วยเหลือ ดูแลผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที

คำสำคัญ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ยาละลายลิ่มเลือด การบาดเจ็บที่ศีรษะ ภาวะเลือดออกในสมอง

*พยาบาลวิชาชีพ งานห้องผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

บทนำ

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ส่วนใหญ่มาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกเหงื่อแตก บางคนมีอาการรบกวนหน้ามืดหมดสติ ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุที่ศีรษะได้ง่าย อาจส่งผลให้การเจ็บป่วยและดำเนินโรคซับซ้อนมากยิ่งขึ้น รวมทั้งต้องการการดูแลที่ละเอียดรอบคอบมากขึ้น ดังนั้นทีมสุขภาพจะต้องมีความรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วย สามารถให้การแก้ไขช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยผู้ป่วยจากภาวะวิกฤตที่คุกคามทั้งจากการเจ็บแน่นหน้าอกและผลตามมาจากการเกิดอุบัติเหตุที่ศีรษะ

ในภาวะหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลันชนิด STEMI จะเกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้นเรื่อยๆ ตามระยะเวลาที่ผ่านไป “เวลา” จึงมีความสำคัญในการรักษาโรค STEMI มาก จนมีคำกล่าวว่า “เวลาที่ผ่านไปเท่ากับกล้ามเนื้อหัวใจที่ตายไป” การรักษาหลักที่เป็นมาตรฐานในปัจจุบัน คือ การรักษาเพื่อให้หลอดเลือดเปิด (reperfusion therapy) ให้เร็วที่สุดภายใน 12 ชั่วโมงแรกหลังมีอาการ เพื่อที่จะจำกัดปริมาณกล้ามเนื้อหัวใจที่กำลังจะตาย และลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยให้ต่ำที่สุด ในปัจจุบันการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (fibrinolytic therapy) เป็นที่ยอมรับว่าช่วยลดอัตราการตายลงได้⁽¹⁾ โดยเฉพาะในช่วง 3 ชั่วโมงแรกหลังมีอาการ โดยพบว่าประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดได้ผลไม่ต่างจากการขยายหลอดเลือดหัวใจ⁽¹⁾

ที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายการพัฒนาระบบบริการ (service plan) เครือข่าย STEMI โดยการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลเครือข่ายระดับ F2-M1 ให้สามารถให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด streptokinase (SK) ได้อย่างรวดเร็ว และกำหนดเป้าหมายว่าผู้ป่วย STEMI ต้องได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดหรือการขยายหลอดเลือดหัวใจได้ ร้อยละ 80 ในปี 2558⁽²⁾ ส่งผลให้มีการพัฒนาระบบช่องทางด่วนในการดูแลผู้ป่วย STEMI (fast track STEMI) ตั้งแต่ปี 2553 ทำให้ในปัจจุบันมีการพัฒนาคุณภาพบริการตั้งแต่โรงพยาบาลปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ผู้ป่วยจึงสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้มากขึ้น โดยในภาพรวมประเทศพบว่าผู้ป่วยเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 17.2 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 35 ในปี 2554 และอัตราการตายมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 17.8 เป็นร้อยละ 16.4 และร้อยละ 15.5 ตามลำดับ⁽³⁾ ในส่วนของเขตบริการสุขภาพที่ 10 พบอัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดร้อยละ 41.6 และในปี 2556⁽⁴⁾ ได้ดำเนินการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลเครือข่ายระดับ F2 ขึ้นไปในการให้ยาละลายลิ่มเลือดชนิด SK เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการการรักษามีมาตรฐานมากขึ้น (access to care) ซึ่งจะช่วยลดอัตราการตายของผู้ป่วยลงได้ โดยการพัฒนาศักยภาพทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ในการให้ยาละลายลิ่มเลือดชนิด SK ได้ ทำให้มีการใช้ยาละลายลิ่มเลือด

กันมากขึ้นในเขตบริการสุขภาพที่ 10

อย่างไรก็ตาม การบริหารยาละลายลิ้มเลือดนั้นพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะ ความสามารถในการประเมินสภาพผู้ป่วยเบื้องต้นได้ถูกต้องและครบถ้วน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีประวัติวูบหรือหมดสติ จะต้องซักประวัติการได้รับบาดเจ็บศีรษะร่วมด้วยทุกครั้ง เพื่อเป็นแนวทางในการตัดสินใจให้ยาละลายลิ้มเลือด รวมทั้งต้องมีทักษะในการซักประวัติข้อห้ามใช้ยา ทั้งข้อห้ามแบบเด็ดขาด (absolute contraindication) และข้อควรระวัง (relative contraindication) ทักษะการเตรียมยา ผสมยา การพยาบาลผู้ป่วยขณะที่ได้รับยา การเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด การสังเกตภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ 1) ภาวะเลือดออกในสมอง ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายและพบได้ประมาณร้อยละ 0.3-1⁽¹⁾ โดยมีปัจจัยส่งเสริมคือ ผู้ป่วยสูงอายุ น้ำหนักตัวน้อย ประวัติโรคทางหลอดเลือดสมอง ภาวะความดันโลหิตสูง และ 2) ภาวะเลือดออกในอวัยวะที่สำคัญต่างๆ (major non cerebral bleeding) ที่พบได้ประมาณร้อยละ 4-13 ซึ่งพบมากที่สุดที่บริเวณทำหัตถการ (procedure related bleeding)⁽¹⁾ รวมทั้งต้องสังเกตภาวะหลอดเลือดเปิด (reperfusion) เพื่อให้การช่วยเหลือที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป นอกจากนี้ยังต้องให้การสังเกตและเฝ้าระวังประเมินอาการเปลี่ยนแปลงอาการทางระบบประสาท สัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัว โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีประวัติการได้รับอุบัติเหตุบาดเจ็บศีรษะก่อนมา

โรงพยาบาล ดังกรณีศึกษาที่จะกล่าวต่อไปในบทความนี้

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทยหม้าย อายุ 47 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพทำนา มาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกก่อนมาโรงพยาบาลประมาณ 2 ชั่วโมง เริ่มมีอาการเวลาประมาณ 02.30 น. โดยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกเหมือนมีอะไรมาทับขณะนอนพัก และร้าวไปกรามด้านซ้าย เจ็บนานประมาณ 30 นาที ขณะลุกเดินลงบันไดจะมาเรียกมารดาผู้ป่วยวูบแล้วตกบันได 2-3 ชั้น ศีรษะกระแทกพื้นแต่ไม่สลบ ยังคงรู้สึกตัวดี หลังจากนั้นเริ่มมีอาการเวียนศีรษะและเจ็บหน้าอกมากขึ้น ญาติได้นำส่งโรงพยาบาลใกล้บ้าน

แรกรับที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน (ระดับ F2) เวลา 04.30 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ยังมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก มีข้อมูลตามแนวทางการซักประวัติตามหลักการ NOPQRST⁽⁵⁾ ดังนี้ N (normal) = ไม่เคยมีอาการนี้มาก่อน, O (onset) = 02.30 น., P (precipitating cause) = เจ็บขณะนอนพัก, Q (quality) = เจ็บแน่นเหมือนมีอะไรมาทับ, R (refer) = ร้าวมากรามด้านซ้าย, S (severity) = pain score ที่ 5/10, T (time) = ระยะเวลาที่เจ็บนาน 30 นาที

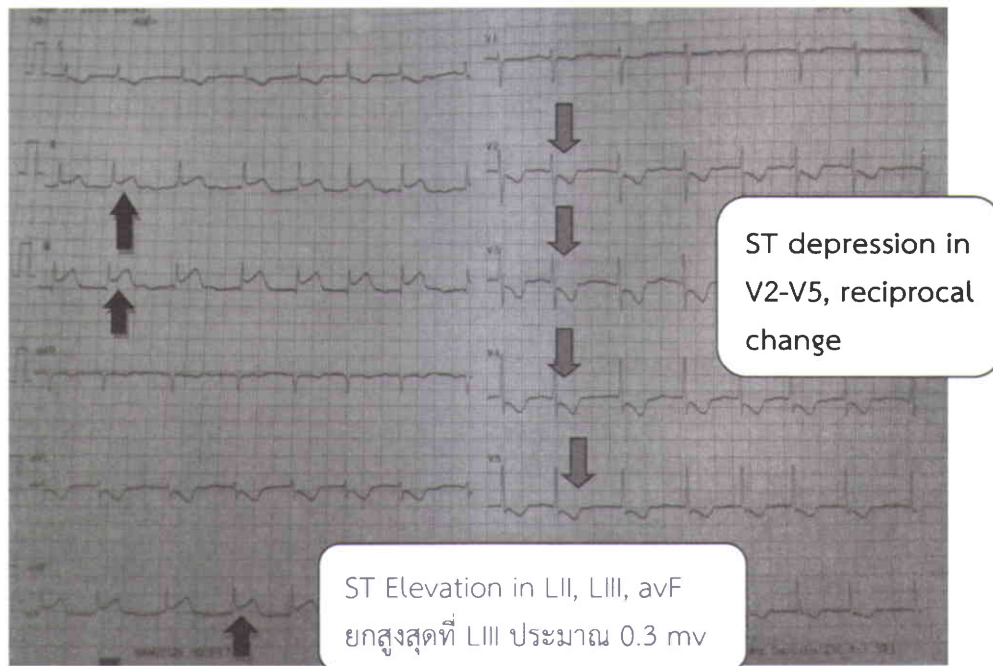
ตรวจสัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิร่างกาย 35.2 °C ชีพจร 72 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 114/83 mmHg ตรวจ

การพยาบาลผู้ป่วย STEMI ร่วมกับการบาดเจ็บที่ศีรษะ
และมีภาวะเลือดออกในสมอง
สุเพียร โภคทิพย์*

คลื่นหัวใจ (EKG) พบ ST elevation in LII, LIII, avF และพบ ST depression in V2-V5 และมี

ภาวะ reciprocal change (ภาพที่ 1) จึงคิดถึงภาวะ STEMI ชนิด inferior wall

ภาพที่ 1 ภาพคลื่นไฟฟ้าหัวใจแรกรับที่พบในผู้ป่วย



เมื่อส่ง EKG ปรีกษาโรงพยาบาลแม่ข่าย ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น STEMI ชนิด inferior wall แนะนำให้ยาละลายลิ่มเลือดชนิด SK ถ้าไม่มีข้อห้าม จึงดูแลให้ได้รับยาละลายลิ่มเลือดชนิด SK เวลา 06.30 น. รวมระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนได้รับยา (door to needle time) = 120 นาที (ค่ามาตรฐาน ไม่เกิน 30 นาที) และรวมระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนได้รับยา (ischemic time) = 4 ชั่วโมง (ค่ามาตรฐาน ไม่เกิน 12 ชั่วโมง)

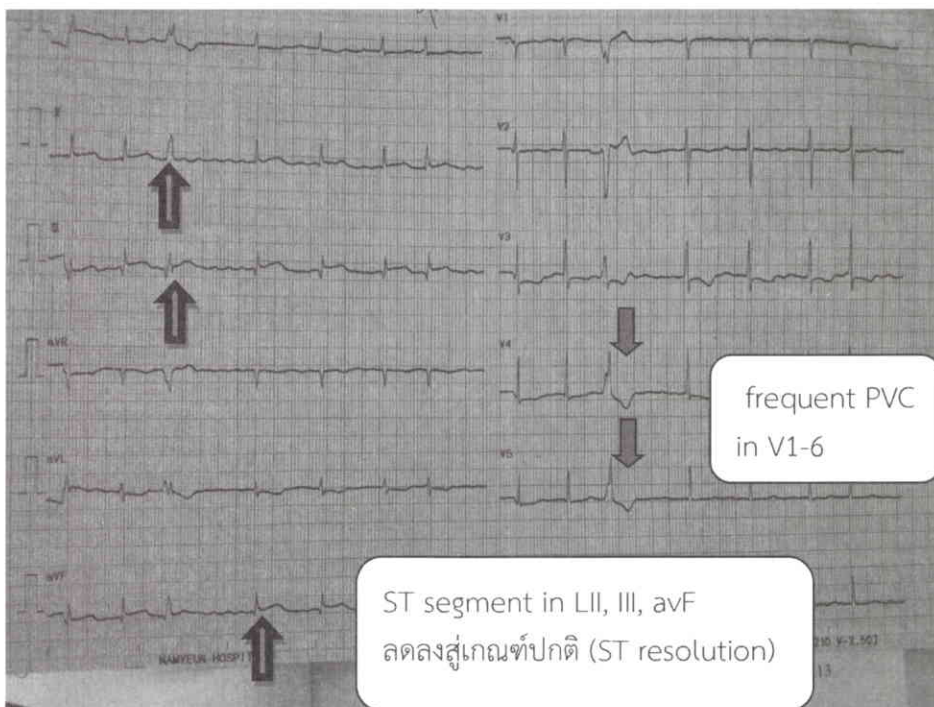
ขณะที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อาการเจ็บหน้าอกลดลง ได้เฝ้าระวังสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดตามมาตรฐาน พบว่าก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือดคะแนน Glasgow Coma score (GCS) = E4M6V5 ม่านตาซ้าย 3 มม. และขวา 3 มม. โดยหลังให้ยาและในช่วงการส่งต่อผู้ป่วยยังคงไม่มีการเปลี่ยนแปลงอื่นจนกระทั่งมาถึงโรงพยาบาลแม่ข่าย

แรกรับที่โรงพยาบาลแม่ข่าย เวลา 09.35 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ให้ค่า

คะแนนความเจ็บปวด (pain score) = 0 คะแนน
ตรวจ EKG แรก (ภาพที่ 2) ที่ห้องผู้ป่วยหนักโรค
หัวใจและหลอดเลือด (นาฬิกาที่ 185 หลังให้ยา) พบ
ST elevation ลดลงเป็นปกติ และเริ่มมี inverted

T wave in LII, LIII, avF, Q wave in LIII และมี
frequent PVC in V1-6 แสดงว่ามีภาวะหลอดเลือดหัวใจเปิด (reperfusion) ผู้ป่วยสามารถนอน
พักผ่อนได้

ภาพที่ 2 ภาพคลื่นหัวใจหลังให้ยาละลายลิ่มเลือด 90 นาที



ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ;
Troponin-T Hi-Sen = 4511 ng/L (< 14), SGOT
= 88 U/L (0-40), CK-MB = 103 (0-25), Sodium
= 142 mEq/L, K = 3.9 mEq/L, Chloride =
106 mEq/L, CO₂ = 22 mEq/L, Mg = 1.9 mg/
dl (1.7-2.6)

ผลการตรวจไขมันในเลือด ; Total cho-

lesterol = 116 mg/dl (0-200), Triglyceride =
86 mg/dl (30-150), HDL cholesterol = 37
mg/dl (36-65), LDL cholesterol = 69 mg/dl
(100-129)

ตรวจประเมินสภาพร่างกายพบว่าผู้ป่วย
มีบาดแผลที่ศีรษะและมีเลือดซึม สังเกตอาการทาง
ระบบประสาทคะแนน GCS ยังคงปกติ E4M6V5

ม่านตาซ้าย 3 มม. และขวา 3 มม. จึงได้รายงานแพทย์ทราบและส่งปรึกษาแพทย์ศัลยกรรมประสาทด่วน ทำการสังเกตอาการต่ออย่างใกล้ชิด เวลา 16.30 น (หลังจากให้ยาละลายลิ่มเลือดประมาณ 10 ชั่วโมง) ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคลื่นไส้อาเจียนและระดับความรู้สึกตัวซึมลง รายงานแพทย์ศัลยกรรมประสาททราบให้ส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองด่วน

วันรุ่งขึ้นเวลา 06.00 น. ผู้ป่วยซึมลงและปลุกไม่ตื่น ประเมิน GCS ลดลงเป็น E1M5V2 ม่านตาขวา 3 มม. และซ้าย 5 มม. fix dilate จึงได้ใส่ท่อช่วยหายใจ (ET tube) และเครื่องช่วยหายใจ FiO₂ 0.4 PEEP 5cmH₂O ผล CT Brain พบภาวะเลือดออกในสมอง (intracerebral hemorrhage) แพทย์ศัลยกรรมประสาทได้สั่งให้เตรียมทำการผ่าตัด craniotomy เพื่อนำก้อนเลือดออก และส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดเวลา 17.30 น

แนวทางการพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดมีการบาดเจ็บที่ศีรษะและมีเลือดออกในสมองร่วมด้วยจัดเป็นภาวะวิกฤตฉุกเฉินที่พยาบาลต้องเร่งรีบให้การดูแลช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนและมีประสิทธิภาพ ทั้งการจัดการแก้ไขให้ทุเลาจากภาวะหัวใจตายเฉียบพลัน และการบริหารจัดการร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้ได้รับการผ่าตัดเอาก้อนเลือดออกจากสมองอย่างรวดเร็ว ซึ่งพยาบาลจะต้องมีความรู้และทักษะในการประเมินสภาพผู้ป่วยแรก

รับ ทั้งการประเมินอาการเจ็บแน่นหน้าอกและอาการทางระบบประสาทที่เป็นสัญญาณเตือนของภาวะเลือดออก โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยให้ประวัติการเกิดอุบัติเหตุขณะมีอาการ ไม่ว่าจะเป็นการพลัดตก หกล้มก่อน หรือการได้รับอุบัติเหตุจราจรต่างๆ ก่อนมาโรงพยาบาล ต้องทำการตรวจสอบหาตำแหน่งของบาดแผลตามร่างกายและบาดแผลที่ศีรษะ การเสียเลือดในอวัยวะต่างๆ รวมทั้งการซักประวัติข้อห้ามใช้ยา เพื่อเป็นแนวทางในการตัดสินใจในการให้ยาละลายลิ่มเลือดที่เหมาะสม การบริหารยาที่มีประสิทธิภาพเพื่อช่วยให้หลอดเลือดหัวใจเปิด ตลอดจนการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ให้การแก้ไขช่วยเหลืออย่างทันทั่วถึง จึงจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ซึ่งหลักการพยาบาลที่สำคัญแบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือ การพยาบาลระยะวิกฤตแรกเริ่ม การพยาบาลระยะต่อเนื่อง และการพยาบาลระยะจำหน่าย มีรายละเอียดดังนี้

ระยะวิกฤตแรกเริ่ม มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยผู้ป่วยเจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงได้ทุเลาจากอาการเจ็บหน้าอก⁽⁶⁾ มีสัญญาณชีพกลับมาอยู่ในเกณฑ์ปกติ และเร่งรีบช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเปิดหลอดเลือด (reperfusion) อย่างรวดเร็ว คลื่นหัวใจมี ST elevation ลดลงมากกว่าครึ่งหรือหายไป (ST resolution) ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลตามแนวทางการวินิจฉัยการพยาบาล ดังนี้

1. กิจกรรมการพยาบาลที่ต้องปฏิบัติก่อนการให้ยาละลายลิ่มเลือด ได้แก่

- สังเกตและประเมินอาการเจ็บหน้าอกโดยใช้ pain score และซักประวัติการเจ็บหน้าอกโดยใช้หลักการ NOPQRST⁽⁵⁾ วัดสัญญาณชีพและรายงานแพทย์ทราบ

- ดูแลให้ได้รับออกซิเจน cannula 5 LPM โดยให้ระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (satO2) มากกว่า 95%⁽⁷⁾

- ถ้าผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกดูแลให้ผู้ป่วยอมยา isordil (5 มก.) 1 เม็ด ใต้ลิ้นทันที (Class I, Level C)⁽⁷⁾ และประเมินอาการเจ็บหน้าอกทุก 5 นาที หลังอมยาใต้ลิ้น ถ้ายังไม่หายให้อมซ้ำได้อีกครั้งละ 1 เม็ด ไม่เกิน 2 ครั้ง รวมทั้งลงบันทึกการเปลี่ยนแปลงและรายงานแพทย์ทราบ

- ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดมอร์ฟีน 3 มก. ทางหลอดเลือดดำ กรณีที่ผู้ป่วยไม่มีภาวะความดันโลหิตต่ำ ตามหลักการ MONAC (morphine, oxygen, nitrate, ASA, clopidogrel)

- ดูแลให้ได้รับยา ASA gr V 1 เม็ด เคี้ยวแล้วกลืน และยา clopidogrel 4 เม็ด ทันที ตามแผนการรักษา รวมทั้งสังเกตภาวะแทรกซ้อนจากยา ซึ่งได้แก่ ภาวะเลือดออกง่าย การระคายเคืองกระเพาะอาหาร หรือมีเลือดออกในทางเดินอาหาร จากนั้นติดตามประเมินผลการให้ยา การรักษาพยาบาล และอาการเจ็บหน้าอกอย่างใกล้ชิด รวมทั้งการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาเอนไซม์หัวใจ (troponin-T)

- ซักประวัติการแพ้ยา / ประวัติการได้รับยา และซักประวัติข้อห้ามใช้ยา ทั้งข้อห้ามอย่างเด็ดขาดและข้อควรระวัง เพื่อประเมินและ

ตัดสินใจในการให้ยาละลายลิ่มเลือด

- ให้ข้อมูลข้อดี โอกาสเสี่ยงของยาละลายลิ่มเลือด แก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อประกอบการตัดสินใจ ในกรณีที่ผู้ป่วยและญาติยินดียินดีรับการรักษ ให้ลงชื่อในแบบยินยอมรับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด

2. กรณีที่ไม่มีข้อห้ามใช้ยาละลายลิ่มเลือด เตรียมผสมยาให้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพโดย

- เตรียมยาละลายลิ่มเลือด โดยละลายผงยา SK 1.5 mU ใน sterile water 10 ml และห้ามเขย่าขวดที่ผสมยาเพื่อป้องกันการเกิดฟอง โดยให้ใช้มือคลึงเบาๆ แทน เมื่อผงยาละลายหมด ให้ดูดสารละลายยาและผสมใน 5%/D/W 100 ml หรือ 0.9 NSS (ในกรณีระดับน้ำตาลในเลือดสูง)⁽⁸⁾ ตรวจสอบความถูกต้องก่อนให้ยาทุกครั้ง

- เริ่มให้ยาโดยผ่านเครื่อง infusion pump เพื่อควบคุมปริมาตรการไหลของยาที่ถูกต้องในอัตรา 100 ml/hr

- ขณะให้ยาเฝ้าระวัง สังเกต อาการและสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด ทุก 5 นาที 6 ครั้ง จากนั้นทุก 15 นาที จนกระทั่งให้ยาหมด กรณีความดันโลหิตลดมากอาจพิจารณาปรับลดอัตราเร็วของการให้ยาลง แต่ไม่ควรหยุดยา เพราะอาจทำให้ประสิทธิภาพในการเปิดหลอดเลือดหัวใจลดลง หลังจากนั้นประเมินทุก 30 นาที 2 ครั้ง, ทุก 1 ชั่วโมง 2 ครั้ง และทุก 2 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมง

- ติดตามประเมินภาวะเลือดออกผิดปกติในอวัยวะต่างๆ โดยเฉพาะภาวะเลือดออกใน

สมอง และอาการทางระบบประสาทหลังให้ยาทุก 1 ชั่วโมง 4 ครั้ง โดยถ้ามีอาการคงที่ที่ดีให้ติดตามต่อทุก 4 ชั่วโมง 6 ครั้ง จนครบ 24 ชั่วโมง และ ทุก 4 ชั่วโมง จนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ถ้าพบความผิดปกติให้ตรวจระดับความเข้มข้นของเลือด (Hct) และรายงานแพทย์ทราบทันที

- ลงบันทึกระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มได้รับยาและเวลาที่ยาหมด รวมทั้งเวลาที่ผู้ป่วยหายจากอาการเจ็บแน่นหน้าอกหลังจากให้ยาลดลิ่มเลือด ติดตามประเมินคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 leads ระหว่างการให้ยาและหลังให้ยาที่ 30, 60, 90, 120 นาที เพื่อประเมินภาวะหลอดเลือดเปิด โดยเฉพาะหลังให้ยานาทีที่ 90-120 นาที ถ้าพบ ST elevation ใน lead ที่ยกสูงสุดลดลง > 50-70% ร่วมกับผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกลดลงหรือหายไปอย่างรวดเร็ว

- กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติที่สงสัยจากการแพ้ยา เช่น urticaria, angioedema ให้แจ้งแพทย์เจ้าของไข้ ลดอัตราเร็วของการให้ยาลงครึ่งหนึ่ง กรณีแพ้รุนแรง เช่น anaphylaxis ให้หยุดให้ยาลดลิ่มเลือดทันทีและให้ adrenaline 1:10,000 จำนวน 1 มล. (5 นาที) ทางหลอดเลือดดำ หากไม่ตอบสนองให้เพิ่มขนาดยาเป็น 2-5 มล. ร่วมกับ promethazine 25 mg และ/หรือ hydrocortisone 100 mg iv⁽⁷⁾ สำหรับอาการแพ้ยาไม่รุนแรงที่พบได้บ่อย เช่น rash, musculoskeletal pain, flushing, itching, nausea, temperature rise, chill ให้ดูแลรักษาตามอาการและ

แจ้งแพทย์เจ้าของไข้

การพยาบาลระยะต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยผ่านพ้นจากภาวะเจ็บแน่นหน้าอกแล้ว พยาบาลยังคงต้องให้การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยการค้นหาสาเหตุหรือสัญญาณเตือนต่างๆ และเฝ้าระวัง ติดตามการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะภาวะเลือดออกในสมอง ซึ่งหลังให้ยาลดลิ่มเลือดประมาณ 10 ชั่วโมง ตรวจพบบาดแผลที่บริเวณหน้าผากและศีรษะด้านหลังบริเวณ parietal lobe มีแผลขนาด 3x9 ซม. และเริ่มมีเลือดซึม หลังจากนั้น ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคลื่นไส้อาเจียนและระดับความรู้สึกตัวลดลง (E4M6V5), รูม่านตา 3 มม. ตอบสนองต่อแสงดีทั้งสองข้าง จึงรายงานแพทย์ทราบและให้ส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ให้ยา plasil 10 มก. ทางหลอดเลือดดำ และตรวจติดตามความเข้มข้นของเลือด (Hct.) ทุก 8 ชม.

วันรุ่งขึ้นเวลา 06.00 น ผู้ป่วยซึมลง ปลุกไม่ตื่น ระดับความรู้สึกตัวเป็น E1M5V2; pupil Rt. 3 mm Lt. 5 mm., fix dilate จึงได้ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ FiO2 0.4 PEEP 5cmH2O และส่งปรึกษาแพทย์ศัลยกรรมประสาทด่วน ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองพบ intracerebral hemorrhage แพทย์ศัลยกรรมประสาทได้สั่งให้เตรียมผ่าตัดเพื่อเปิดศีรษะและนำก้อนเลือดออก (craniotomy with blood clot removal) และให้การรักษาก่อนผ่าตัดด้วย 10% glycerosteril 500 ml iv drip in 12 hrs ร่วมกับ FFP 1000 ML iv free flow และ lasix 40 mg iv รวมทั้ง

cef-3 2 gm iv stat

ซึ่งหลักการพยาบาลที่สำคัญในขณะนี้คือการลดอันตรายที่เกิดจากภาวะเลือดออกในสมอง โดยการค้นหาสาเหตุทั้งที่เกิดจากอุบัติเหตุหรือเกิดจากภาวะแทรกซ้อนของยาละลายลิ่มเลือดชนิด SK ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการจัดการแก้ไขภาวะเลือดออกอย่างทันทีและมีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย โดยมีกิจกรรมพยาบาล ดังนี้

- สังเกตและบันทึกสัญญาณชีพ และอาการทางระบบประสาท โดยเฉพาะการติดตาม Glasgow Coma score (GCS) อย่างใกล้ชิด

- ติดต่อประสานงานและส่งผู้ป่วยไปทำ CT Brainด่วน และการติดตามผลการตรวจและรายงานสัณยแพทย์ประสาททราบในทันที

- ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับยา 10% glyceros-teril, FFP และยาอื่นก่อนผ่าตัดตามแผนการรักษา

- เจาะเลือดเพื่อส่งตรวจการแข็งตัวของเลือด และติดตามเจาะเลือดเพื่อหาความเข้มข้นของเลือด ทุก 8 ชั่วโมง

- เตรียมความพร้อมของร่างกายในการทำผ่าตัด โดยการทำความสะอาดร่างกาย โขนผม เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ตลอดจนการติดต่อดูแลประสานงานกับพยาบาลห้องผ่าตัดเพื่อส่งผู้ป่วยไปรับการผ่าตัด และการประสานงานกับห้องผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมประสาท

ผลการผ่าตัดพบก้อนเลือดขนาด 3x9x5 cm บริเวณ Lt. fronto temporoparietal lobe และศัลยแพทย์ได้นำก้อนเลือดออกจากสมอง หลังผ่าตัดผู้ป่วยแพทย์ให้ส่งผู้ป่วยไปที่ห้องผู้ป่วยหนัก

ศัลยกรรมประสาทเป็นเวลา 3 วัน เพื่อดูแลด้านระบบประสาทอย่างใกล้ชิด โดยแรกรับผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว E1M5VT; pupil Rt. 2 mm. react to light, Lt. 4 mm. fix แผลที่ศีรษะไม่มีเลือดซึม หลังผ่าตัดวันที่ 2 ผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัวเริ่มดีขึ้น คะแนน GCS เป็น E4M6VT; pupil Rt. 2mm react to light, Lt. 3 react to light หลังผ่าตัดวันที่ 3 คะแนน GCS เป็น E4M6V5 แพทย์จึงถอดท่อช่วยหายใจและใช้หน้ากากออกซิเจน ผู้ป่วยหายใจเองได้ดีและปลอดภัยจากภาวะเลือดออกในสมอง และย้ายกลับห้องผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและหลอดเลือด แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจได้เอง ไม่หอบ แผลที่ศีรษะแห้งดี ไม่มีเลือดซึม คะแนน GCS เป็น E4M5V6 รูม่านตา 3 มม. ตอบสนองต่อแสงดีทั้งสองข้าง

วันที่ 5 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยเริ่มมีอาการปวดศีรษะและคลื่นไส้อาเจียน ตาข้างซ้ายพร่ามัว มองเห็นภาพซ้อน ส่งปรึกษาจักษุแพทย์พบ Lt. cranial nerve palsy จากการได้รับอุบัติเหตุ ได้นแนะนำให้ปิดตาเพื่อลดภาพซ้อน และนัดติดตามดูอาการภายหลัง

วันที่ 7 หลังผ่าตัด พบว่าปริมาตรสารน้ำเข้า-ออก ไม่สมดุล intake 2900 / output 5900 ml จึงคิดถึงภาวะเบาจืด (diabetes insipidus) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดสมองที่ทำให้มีปัสสาวะออกมาก และส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีภาวะสูญเสียน้ำและอิเล็กโตรไลต์ กิจกรรมการพยาบาลในขณะนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรไลต์ โดยมีแนวทาง

ดังนี้ 1) ดูแลให้ได้รับสารน้ำ 0.9% NSS ตามแผนการรักษา 2) สังเกตระดับความรู้สึกตัว และอาการที่เกิดจากภาวะปัสสาวะออกมาก ภาวะขาดน้ำ 3) ติดตามส่งปัสสาวะตรวจหาความถ่วงจำเพาะและอิเล็กโทรไลต์ 4) ดูแลและกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ดื่มน้ำทางปาก 5) บันทึกสารน้ำเข้าออกเพื่อประเมินความสมดุลทุกเวอร์

ผลการพยาบาลพบว่าในช่วงแรกผู้ป่วยยังคงปัสสาวะออกมาก ปริมาณสารน้ำเข้าและออกยังไม่สมดุล ตรวจปัสสาวะพบว่า Urine osmolality ยังต่ำ และพบ urine sodium 60 mmol/L (20-110 mmol/L), urine potassium 6.9 mmol/L (12-62 mmol/L, urine chloride 50 mmol/L (55-125 mmol/L) แพทย์ได้ปรับเปลี่ยนสารน้ำเป็นชนิด 0.45%NaCl 1000 ml x III, 120 ml/hr ทุกวัน จนถึงวันที่ 14 หลังการผ่าตัด สารน้ำเข้าและออกจึงเริ่มสมดุล ปัสสาวะออกน้อยลง แพทย์จึงให้ลดปริมาณสารน้ำ 0.45%NaCl ลงเป็น 40 ml/hr และสามารถงดการให้สารน้ำได้ในวันถัดมา

การพยาบาลระยะจำหน่าย เมื่อผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ พยาบาลควรเริ่มเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อคืนผู้ป่วยสู่ครอบครัวและชุมชน ซึ่งต้องการการดูแลที่ละเอียดรอบคอบ ครอบคลุมทั้งการเตรียมความพร้อมร่างกายในเรื่องหลอดเลือดหัวใจอุดตันที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขหลอดเลือด และยังไม่ได้ได้รับการรักษาด้วยยา ASA และยา clopidogrel ตามมาตรฐานของการรักษา เนื่องจากหลังผ่าตัดเอา

เลือดออกจากสมองแพทย์ศัลยกรรมประสาทให้ส่งยา ASA ไว้ก่อนเพื่อป้องกันการมีเลือดออกในสมองซ้ำ ซึ่งแผนการรักษาโรคสมองดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการดำเนินโรคหัวใจขาดเลือด ทำให้มีโอกาสเกิดหลอดเลือดหัวใจอุดตันซ้ำได้ง่าย นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีอาการตาพร่ามัว มองเห็นภาพซ้อน โดยจักษุแพทย์แนะนำให้ปิดตากรณีที่มีมองเห็นภาพซ้อนและนัดมาตรวจอีกครั้ง ซึ่งพยาบาลต้องให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองและการป้องกันอุบัติเหตุซ้ำ และยังคงระมัดระวังในเรื่องของการเกิดเลือดออกในสมอง ในกรณีนี้พยาบาลจะต้องดูแลผู้ป่วยที่ยุ่งยากซับซ้อน (complexity) กว่ากรณีผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดเพียงอย่างเดียว โดยการร่วมค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของโรค การให้ความรู้และส่งเสริมพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำ โดยมีวัตถุประสงค์ของการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจ เรื่องโรคและปัจจัยเสี่ยง สามารถดูแลตนเองและมีการปฏิบัติตัวที่บ้านได้อย่างถูกต้อง บทบาทและแนวทางการพยาบาลที่สำคัญในระยะนี้ คือ

- การสร้างสัมพันธภาพ ประเมินความรู้ ความต้องการ ศักยภาพในการดูแลตนเอง และค้นหาผู้ดูแล ตลอดจนการประเมินความพร้อมในการรับข้อมูลของผู้ป่วยและผู้ดูแล

- ค้นหาและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงต่างๆ การหลีกเลี่ยงจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ โดยเฉพาะ

ประวัติการเป็นโรคความดันโลหิตสูง

- ให้คำแนะนำเรื่องโรคและการปฏิบัติตัว
เรื่องโรค สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง อาการ อาการ
แสดงของโรค และการขอความช่วยเหลือต่างๆ
ดังนี้ 1) การปฏิบัติตัวที่สำคัญและจำเป็น การรับ
ประทานยาต้านชักหลังการผ่าตัดเอาเลือดออกจาก
สมองเพื่อป้องกันอาการชัก และการรับประทาน
ยา metoprolol เพื่อช่วยในการบีบตัวของหัวใจ
ตามมาตรฐานการรักษาที่จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้ พยาบาลจะต้องแนะนำการสังเกตภาวะ
แทรกซ้อนของยา คือ ภาวะหัวใจเต้นช้า ต้องสอน
การจับชีพจรแก่ผู้ป่วยและญาติในการประเมิน
อาการ 2) การรับประทานอาหาร ควรรับประทาน
อาหารโปรตีนที่มาจากปลาหรือถั่ว หลีกเลี่ยงจาก
อาหารไขมันสูง และการใช้น้ำมันพืชยกเว้นน้ำมัน
มะพร้าวปรุงอาหารแทนไขมันจากสัตว์ 3) การขับ
ถ่าย แนะนำผู้ป่วยให้มีการฝึกขับถ่ายอุจจาระให้
เป็นนิสัย หลีกเลี่ยงการท้องผูก ห้ามผู้ป่วยเบ่งถ่าย
อุจจาระโดยเด็ดขาด เพราะจะทำให้หัวใจทำงาน
หนักมากขึ้น อาจเป็นเหตุให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ
หรือหัวใจหยุดเต้นได้ เนื่องจากผู้ป่วยยังไม่ได้รับ
การแก้ไขหลอดเลือดหัวใจ และ 4) การสังเกต
อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ ได้แก่ อาการเจ็บ
แน่นหน้าอก เหงื่อแตก หายใจหอบ เหนื่อย รวม
ทั้งอาการที่เกิดจากภาวะเลือดออกในสมอง ได้แก่
ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง อาการคลื่นไส้
อาเจียนพุ่ง และอาการที่เกิดจากเส้นประสาทคู่ที่
3 ผิดปกติ เช่น การมองเห็นภาพซ้อน ตาพร่ามัว
โดยแนะนำให้มาพบจักษุแพทย์ตามนัดอย่าง

เคร่งครัด

- การประเมินความรู้ ความเข้าใจ ของผู้
ป่วยและผู้ดูแล ขึ้นชมในประเด็นที่ผู้ป่วยและญาติ
ตอบได้ถูกต้อง และให้ข้อมูลที่ถูกต้องในประเด็นที่
ยังเข้าใจคลาดเคลื่อน รวมทั้งแนะนำและย้ำการมา
ตรวจตามนัดของอายุรแพทย์โรคหัวใจ หลังกลับ
บ้าน 2 อาทิตย์ เพื่อประเมินความพร้อมของ
ร่างกายและเริ่มให้ยา ASA และการวางแผนนัด
ตรวจสวนหัวใจเพื่อประเมินแก้ไขหลอดเลือดหัวใจ
สรุปอาการก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มี
อาการชักเกร็ง ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ในการ
ติดตามการรักษาตามนัด อายุรแพทย์โรคหัวใจเริ่ม
ให้ยา ASA และนัดทำตรวจสวนหัวใจ ผลการตรวจ
สวนหัวใจพบว่าหลอดเลือดโคโรนารีข้างขวาอุดตัน
ขนาด 40-50% จากตำแหน่งส่วนต้นถึงส่วนปลาย
หลอดเลือด อายุรแพทย์โรคหัวใจจึงให้การรักษา
เพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจซ้ำแบบทุติยภูมิ โดย
ไม่ได้ขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขด
ลวดค้ำยัน

อภิปรายกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทยหม้าย อายุ 47 ปี มาด้วย
อาการเจ็บแน่นหน้าอกและวูบตกบันได พบมี
บาดแผลที่ศีรษะรวมด้วย แต่แรกเริ่มไม่ได้ทำการ
ตรวจประเมินสภาพบาดแผลที่ศีรษะอย่าง
รอบคอบ ซึ่งอาจเนื่องมาจากการเร่งรีบในการ
ให้การวินิจฉัยรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
เฉียบพลัน ประกอบกับตำแหน่งของบาดแผลที่อยู่
บริเวณด้านหลังของศีรษะและผู้ป่วยเป็นผู้หญิงซึ่ง

มีผมปกปิดทำให้ยากแก่การตรวจพบบาดแผลได้
หลังได้รับยาละลายลิ่มเลือดผู้ป่วยทุเลาและหาย
จากการเจ็บแน่นหน้าอก แสดงถึงการให้ยาละลาย
ลิ่มเลือดชนิด SK ที่มีประสิทธิภาพ สามารถเปิด
หลอดเลือดหัวใจได้ แต่หลังให้ยาประมาณ 10
ชั่วโมง ผู้ป่วยเริ่มมีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง
คะแนน GCS ลดลง และพยาบาลสามารถค้นหา
สาเหตุโดยตรวจพบว่ามีอาการบาดเจ็บที่ศีรษะ จึงได้
รายงานแพทย์ทราบและติดต่อประสานการส่ง
ปรึกษาศัลยแพทย์ระบบประสาท และสามารถ
บริหารจัดการในการส่งผู้ป่วยไปรับการผ่าตัดเอา
เลือดออกจากสมองได้อย่างรวดเร็วทันเวลา ทำให้
สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัยได้
ซึ่งจากกรณีศึกษาดังกล่าวมีลักษณะสำคัญที่น่า
สนใจ 3 ประเด็น ดังนี้

1. กระบวนการตัดสินใจในการให้ยา
ละลายลิ่มเลือด ก่อนการตัดสินใจให้ยาละลายลิ่ม
เลือดที่มสุขภาพจะต้องให้ความสำคัญกับการซัก
ประวัติ ตรวจร่างกาย และประเมินสภาพผู้ป่วย
STEMI อย่างละเอียดครบถ้วน โดยเฉพาะในกรณี
ที่ผู้ป่วยหรือญาติให้ประวัติว่ามีอาการหน้ามืด วูบ
หมดสติ หรือได้รับอุบัติเหตุ หรือมีประวัติการพลัด
ตกหกล้มก่อนมาโรงพยาบาลร่วมด้วย พยาบาลจะ
ต้องทำการค้นหาร่องรอยของบาดแผลโดยเฉพาะ
บาดแผลบริเวณศีรษะ ร่วมกับการประเมินอาการ
ทางระบบประสาทโดยใช้ GCS เพื่อค้นหาภาวะ
บาดเจ็บที่ศีรษะและภาวะเลือดออกในสมองก่อน
ตัดสินใจให้ยาละลายลิ่มเลือด ทั้งนี้เพื่อป้องกันการ
เกิดภาวะแทรกซ้อนจากยา ซึ่งถ้าพบร่องรอยของ

การบาดเจ็บที่ศีรษะหรือภาวะเลือดออกในสมอง
ก่อนอายุรแพทย์โรคหัวใจอาจพิจารณาปรับ
แผนการรักษาเป็นการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วย
บอลูนและใส่ขดลวดค้ำยันชนิดปฐมภูมิ (pri-
mary percutaneous coronary intervention,
PPCI) แทนการให้ยาละลายลิ่มเลือด เนื่องจากการ
ให้ยาละลายลิ่มเลือดชนิด SK อาจจะมีโอกาสเกิด
ภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่อันตราย คือ ภาวะเลือด
ออกในสมอง โดยมีโอกาสพบได้ประมาณร้อยละ
0.3-1⁽¹⁾

ดังนั้นการซักประวัติ การตรวจร่างกาย
การค้นหาลักษณะที่ศีรษะและการประเมินสภาพ
ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ
และจำเป็นมากก่อนการตัดสินใจให้ยาละลายลิ่ม
เลือด นอกจากนี้การซักประวัติข้อห้ามอย่างเด็ด
ขาดของการให้ยาละลายลิ่มเลือดและข้อควรระวัง
โดยเฉพาะในกรณีที่มีประวัติการเกิดอุบัติเหตุขณะ
มีอาการของโรคหัวใจร่วมด้วย จะช่วยในการตัดสินใจ
ให้ยาละลายลิ่มเลือดมีความเหมาะสมยิ่งขึ้นและ
ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น

2. ทักษะความชำนาญและความรวดเร็ว
ในการค้นหาสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงที่ทรุดลง
อย่างรวดเร็วในการดูแลผู้ป่วยโรค STEMI ร่วมกับ
การบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดและ
มีภาวะเลือดออกในสมองตามมา พยาบาลที่ให้การ
ดูแลผู้ป่วยวิกฤตลักษณะนี้จะต้องมีความไวต่อการ
เปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพต่างๆ โดยเฉพาะการ
ประเมินระดับความรู้สึกตัวและคะแนน GCS ซึ่ง
จะช่วยจำแนกระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ

ศีรษะว่าเป็นการบาดเจ็บเล็กน้อย (GCS 15-13) ปานกลาง (GCS 12-9) หรือบาดเจ็บรุนแรง (GCS ตั้งแต่ 8 ลงไป)⁽⁹⁾ และการประเมินระดับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง รวมทั้งการประเมินซ้ำ (reassessment)⁽¹⁰⁾ เพื่อค้นหาสาเหตุของอาการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว การติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง รวมทั้งการติดต่อประสานงานกับแพทย์ศัลยกรรมประสาทเพื่อส่งผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดเอาเลือดออกอย่างรวดเร็ว

หลังการผ่าตัด พยาบาลจะต้องสามารถคาดการณ์การเปลี่ยนแปลงหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดหลังการผ่าตัดสมองได้ถูกต้อง และสามารถให้การแก้ไขช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการติดตามภาวะสื่อน้ำและอิเล็กโตรไลต์ผิดปกติชนิดต่างๆ ที่พบได้บ่อยในช่วง 5-14 วันหลังผ่าตัดสมอง ได้แก่ ภาวะ hyponatremia และ hypernatremia ที่พบได้สูงถึงร้อยละ 49.3 ในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะชนิดรุนแรง ส่วนผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บศีรษะชนิดรุนแรงและชนิดปานกลาง พบภาวะ hyponatremia ได้ร้อยละ 8⁽⁹⁾ ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดสมองบวมและอาการชักได้ง่าย รวมทั้งภาวะเบาจืด (syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone, SIADH) ที่เกิดจากการหลั่ง ฮอร์โมนเอดีเอช (antidiuretic hormone, ADH) มากเกินไป ทำให้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะจำนวนมากเป็นผลร่างกายมีภาวะน้ำเกินแต่ไม่ขาดโซเดียมได้⁽⁹⁾ ซึ่งพยาบาลต้องสามารถประเมินอาการเหล่านี้ได้และ

ให้การแก้ไขได้ถูกต้อง

นอกจากนี้ พยาบาลยังต้องมีความรู้และทักษะในการอ่านและแปลผลคลื่นหัวใจที่แสดงถึงภาวะหลอดเลือดหัวใจเปิด (reperfusion) ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดร้ายแรงต่างๆ การสังเกตภาวะแทรกซ้อนจากยาละลายลิ่มเลือดทั้งภาวะความดันโลหิตต่ำ ภาวะหัวใจเต้นช้า ภาวะเลือดออกในอวัยวะต่างๆ รวมทั้งมีความรู้ ทักษะ ในการอ่านและแปลผลคลื่นหัวใจที่แสดงถึงภาวะเลือดออกในสมองโดยอาจจะพบว่าคลื่นหัวใจมี T wave หัวกลับลงลึก (deeply inverted T wave) และ QT interval prolong และมีภาวะหัวใจเต้นช้า⁽¹¹⁾ เป็นต้น ตลอดจนการสังเกตอาการทางระบบประสาทอย่างใกล้ชิดเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคหัวใจขาดเลือดและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการผ่าตัดสมอง ซึ่งในกรณีนี้ พยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจแนวทางเป้าหมายของการดูแลรักษาทั้งโรคหัวใจและภาวะเลือดออกในสมองที่อาจจะมีผลขัดแย้งกันได้ เช่น ศัลยกรรมระบบประสาทอาจต้องมีการชะลอการให้ยา ASA หลังการผ่าตัดเอาเลือดออกจากสมอง แต่แผนการรักษาดังกล่าวกลับส่งผลเสียต่อการดำเนินโรค STEMI พยาบาลผู้ดูแลจึงต้องตระหนักรู้และสามารถประสานกับแพทย์เพื่อตัดสินใจให้ยา ASA ในระยะเวลาที่เหมาะสมได้

3.การตัดสินใจมาโรงพยาบาลที่รวดเร็วของผู้ป่วย (early health seeking) ซึ่งเป็นสิ่งที่ดีและส่งผลดีต่อการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด

โดยผู้ป่วยเริ่มมีอาการ (onset) เวลา 02.30 น. และอาการไม่ดีขึ้นจึงตัดสินใจมาโรงพยาบาล ถึงสถานพยาบาลแห่งแรก (FMC) เวลา 04.30 น. ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดเวลา 06.30 น. ทำให้ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (Ischemic time) ใช้เวลาประมาณ 4 ชั่วโมง นับได้ว่าเป็นระยะเวลาที่รวดเร็วและอยู่ในเกณฑ์เหมาะสมในการให้ยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าถ้าผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลได้เร็วภายใน 3 ชั่วโมงแรกหลังเจ็บหน้าอก (early presenters) ประสิทธิภาพในการเปิดหลอดเลือดด้วยยาละลายลิ่มเลือดและการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดค้ำยันไม่แตกต่างกัน^(12,13) สำหรับผู้ป่วยในกรณีศึกษานี้หลังให้พบว่ายาละลายลิ่มเลือดสามารถเปิดหลอดเลือดหัวใจได้ ทำให้ผู้ป่วยหายจากอาการเจ็บหน้าอกและพบ ST resolution ลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ

การที่ผู้ป่วยตัดสินใจมาโรงพยาบาลที่รวดเร็วสะท้อนถึงการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหัวใจและมีพฤติกรรมสุขภาพในการแสวงหาการรักษาที่รวดเร็ว หรืออาจสะท้อนถึงอาการการดำเนินของโรคที่รุนแรงจึงทำให้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยต้องรีบนำส่งโรงพยาบาล ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาต่างๆ ก่อนหน้านี้^(14,15) ที่พบว่าผู้ป่วยหญิงส่วนใหญ่จะมาโรงพยาบาลล่าช้า อย่างไรก็ตาม ก็ยังพบว่าระยะเวลาดังแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล (FMC) จนถึงระยะเวลาในการได้รับยา (door to needle time) ใช้เวลานานประมาณ 120 นาที

และมากกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องนำข้อมูลมาวิเคราะห์ว่าเกิดความล่าช้าหรือปัญหาที่ขั้นตอนใดเพื่อหาโอกาสในการพัฒนาการดูแลรักษาต่อไป

สรุป

การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจากหลอดเลือดหัวใจอุดตันชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด SK มีแนวโน้มพบได้มากขึ้น เนื่องจากนโยบายกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มการเข้าถึงมาตรฐานการรักษาในผู้ป่วยที่อยู่ท้องถิ่นห่างไกล โดยมีการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปให้สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ ซึ่งเขตสุขภาพที่ 10 พบว่าโรงพยาบาลระดับ F2 สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ครบร้อยละ 100 เป็นผลให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงมาตรฐานการรักษาได้มากขึ้นและช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย STEMI ลงได้ อย่างไรก็ตามทีมสุขภาพจะต้องให้ความสำคัญในการซักประวัติและตรวจร่างกายผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีประวัติการสูบ หมดสติ ร่วมกับการเจ็บหน้าอก ต้องตรวจร่างกายอย่างละเอียดเพื่อค้นหาบาดแผล โดยเฉพาะบาดแผลที่ศีรษะและภาวะเลือดออกในสมอง เพื่อประกอบการตัดสินใจให้ยาละลายลิ่มเลือดได้อย่างเหมาะสม นอกจากนั้น พยาบาลจะต้องมีความรอบรู้ทั้งด้านการพยาบาลผู้ป่วยระบบหัวใจและหลอดเลือด และหลักการพยาบาลผู้ป่วยระบบประสาท สามารถประเมินสภาพและค้นหาความผิดปกติได้ ซึ่งแนวทางการซักประวัติตามหลักการ NOPQRST

(T = Time & Trauma) โดยเพิ่มการซักประวัติเกี่ยวกับการได้รับอุบัติเหตุร่วมด้วยจะช่วยให้สามารถวินิจฉัยและช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งให้การพยาบาล การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ที่เกิดจากการให้ยาละลายลิ่มเลือด และภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดสมอง เพื่อให้สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและทันทั่วทั้ง

เอกสารอ้างอิง

1. สุรพันธ์ สิทธิสุข. แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2 ฉบับปรับปรุง. กรุงเทพฯ: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์; 2557
2. คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่สำคัญ (สาขาหัวใจและหลอดเลือด). แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาหัวใจ. กรุงเทพฯ: สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2556.
3. กัมปนาท วีรกุล, จิตติ โฆษิตชัยวัฒน์, บรรณาธิการ. 7 R การลดอัตราการตายในโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน. นนทบุรี: ศรีนครดีไซน์พริ้นติ้ง, 2557.
4. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. การพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลระดับ M1-F2 ในการให้ยาละลายลิ่มเลือด ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI เขตบริการสุขภาพที่ 10: บทบาทแม่ข่ายระดับ A. เอกสารประกอบการประชุมระบบบริการสุขภาพ; 25 กันยายน 2557; อุบลราชธานี
5. Morton PG, Fontaine DK, editors. Critical care nursing: a holistic approach. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
6. สุเพียร โภคทิพย์. การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดค้ำยันแบบฉุกเฉิน. สรรพสิทธิเวชสาร 2555;33:43-59.
7. Steg PG, James SK, Atar D, et al. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. Eur Heart J 2012;33:2569-619.
8. สุเพียร โภคทิพย์. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด เขตสุขภาพที่ 10. อุบลราชธานี: อุบลกิจจ่อฟเซตการพิมพ์; 2558.
9. สงวนสิน รัตนเลิศ, บรรณาธิการ. บาดเจ็บที่ศีรษะ: การดูแลตามระบบคุณภาพ HA. กรุงเทพฯ: โอเอสพริ้นติ้งเฮาส์; 2546.
10. วิราวัฒน์ พานทอง, โยทะภา ภคพงษ์. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บเล็กน้อยที่ศีรษะในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน. วารสารวิทยาลัย

- พยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 2556;24:44-52.
11. มหาวิทยาลัยขอนแก่น, บรรณาธิการ. เอกสารประชุมวิชาการเรื่องเทคนิคการดูแลผู้ป่วยหัวใจและหลอดเลือดและการแปลผลคลื่นหัวใจ รุ่นที่ 10 ระหว่างวันที่ 27-30 มกราคม 2558: ณ ห้องประชุมมงกุฎเพชร โรงแรมโฆษะ จังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2558.
12. Taheri L, Zargham-Boroujeni A, Jahromi MK, et al. Effect of Streptokinase on Reperfusion After Acute Myocardial Infarction and Its Complications: An Ex-Post Facto Study. Glob J Health Sci 2015;7:184-9.
13. เกรียงไกร เสงรัมย์, กนกพร แจ่มสมบูรณ์. มาตรฐานการรักษานักป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. พิมพ์ครั้งที่ 3 (ฉบับปรับปรุง). นนทบุรี: กลุ่มงานอายุรศาสตร์หัวใจ สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2557
14. Hart PL. Women's perceptions of coronary heart disease: an integrative review. J Cardiovasc Nurs 2005;20:170-6.
15. สุเพียร โภคทิพย์ ศิริพร จิรวัฒน์กุล. อาการและการตอบสนองต่ออาการของผู้หญิงอีสานที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. สรรพสิทธิเวชสาร 2554;32:27-39.

Nursing Care for Acute ST-elevation Myocardial Infarction Patient with Cerebral Injury and Intracranial Hemorrhage: the Challenge for Nursing Practices

*Supian Pokathip**

Abstract

Most patients with acute ST-elevation myocardial infarction (STEMI) presented with chest pain, sweating, syncope and unconsciousness were at risk of accidents and head injury, especially in those who required fibrinolytic agent, which may result in serious complications and being susceptible to intracranial hemorrhage. Therefore, nurses must be careful to take medical history during physical examination, particularly in patients with unconsciousness. It was necessary to assess history of accidents, condition of the injuries, especially head injuries, as a guide for fibrinolytic agent. The purpose of this article was to present a case study of acute STEMI patient associated with head injury receiving streptokinase thrombolysis and result with cerebral hemorrhage. In addition to assessment and management chest pain for the patient to get rapid fibrinolytic agent, nurse had to monitor major complications such as cerebral hemorrhage and reperfusion. They need to find the causes of deteriorating symptoms and coordinate with the neurosurgeon to deliver patients for prompt surgery by investigating consciousness level and neurological signs. They also had to monitor postoperative complications such as diabetes insipidus and correct the patient's intake of water, including encourage patients to restore cardiac function to prevent recurrence. In this case, nurses must be skilled in both acute cardiac care and acute thrombolytic management. They must be sensible to observe neurological signs of intracerebral hemorrhage and post-operative complications and management to help patients in a timely manner for the safety of patients.

Keyword : STEMI, fibrinolytic agent, head injury, intracerebral hemorrhage

* Registered Nurse. Coronary Care Unit, Sanprasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani.