

Nursing Care for Patients with Acute Thoracic Aortic Syndrome and Nursing

Pranee Tong sai*, Worawong Slisatkorn**

*Division of Surgical Nursing, Department of Nursing, Siriraj Hospital, **Department of Surgical, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand.

Siriraj Medical Bulletin 2021;14(2): 54-60

Abstract

Acute thoracic aortic syndrome is an emergency condition and a leading cause of death in cardiovascular disease. The most common symptom is acute severe chest or back pain. Other symptoms are syncope, neurological deficit including stroke and paraplegia, acute congestive heart failure, acute myocardial ischemia and extremity ischemia. Once being diagnosed, the patient must receive emergency treatment to reduce complication and mortality rate. Surgery is the major modality of treatment such as aortic graft replacement and endovascular stent grafting. However, there are a number of patients died during preoperative stage due to transferring process to the expertise cardiac surgery center. Symptom assessment, physical examination early nursing care, closed monitoring and complication detection can prevent disease progressive and severity. These preoperative nursing managements are very important to reduce disability and preoperative mortality.

Keywords: thoracic aortic syndrome; pre-operative nursing care

Correspondence to: Pranee Tong sai

Email: kaicvtsiriraj@gmail.

Received: 13 November 2020

Revised: 3 March 2021

Accepted: 5 March 2021

<http://dx.doi.org/10.33192/Simedbull.2021.16>

การพยาบาลกลุ่มอาการ หลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องอก ชนิดเฉียบพลันและการพยาบาล

ปราณี กองใส*, วรวงศ์ ศลิขภูธรกร**

*งานการพยาบาลศาสตร์และศาสตร์อโรโปติกส์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช,

**ภาควิชาศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องอกชนิดเฉียบพลันเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมาด้วยอาการเจ็บหน้าอก ปวดหลัง หรือปวดท้องทันทีทันใด อาการและอาการแสดงอื่นได้แก่ แขน ขาอ่อนแรง อัมพาตขา แขน ขาชาเลือด หัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หลังได้รับการวินิจฉัยผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องให้การรักษารวดเร็วและลดอัตราการเสียชีวิต การรักษาส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดเพื่อเปลี่ยนหลอดเลือด หรือการผ่าตัดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ แต่มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่เสียชีวิตขณะรอผ่าตัด เนื่องจากต้องมีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีทีมแพทย์และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านศัลยกรรมหัวใจและหลอดเลือด ดังนั้นการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัดจึงมีความสำคัญมาก ตั้งแต่การประเมินอาการและการตรวจร่างกายตั้งแต่แรกเริ่ม การพยาบาลหลังได้รับการวินิจฉัย เพื่อป้องกันความรุนแรงของโรค รวมทั้งการเฝ้าระวังและจัดการภาวะแทรกซ้อนจากการดำเนินของโรค เพื่อลดความพิการและการเสียชีวิต ก่อนได้รับการผ่าตัด

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องอก; ระยะก่อนผ่าตัด; การพยาบาล

บทนำ

กลุ่มอาการหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องอกชนิดเฉียบพลัน (Acute thoracic aortic syndrome) กลุ่มอาการหลอดเลือดแดงใหญ่ในภาวะฉุกเฉิน (acute aortic syndrome) ประกอบด้วยหลอดเลือดปริษะ (Aortic Dissection; AD) ภาวะเลือดออกในชั้นกล้ามเนื้อของผนังหลอดเลือด (Intra Mural Hematoma; IMH) และแผลเปื่อยของหลอดเลือด (Penetrating Aortic Ulcer; PAU) โดยลักษณะที่เกิดร่วมกันคือ มีการปริแตกของชั้น tunica	media^{1,2} ทั้งหมดเป็นกลุ่มโรคฉุกเฉินที่มีความรุนแรงและอัตราการตายสูง โดยเฉพาะอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่เป็น acute ascending aortic dissection สูงมาก โดยร้อยละ 25 เสียชีวิตใน 24 ชั่วโมงแรก ร้อยละ 50 เสียชีวิตใน 48 ชั่วโมงแรก ร้อยละ 75 เสียชีวิตในสัปดาห์แรก และร้อยละ 90 เสียชีวิตในเดือนแรก¹² ผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถเข้าถึงการรักษาได้เนื่องจากข้อจำกัดทางด้านการให้บริการการรักษาพยาบาล เพราะโรงพยาบาลที่สามารถให้การรักษามีจำนวนจำกัด และต้องใช้ทีมแพทย์ พยาบาล
--	---

ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน อีกทั้งต้องได้รับการรักษาที่เร่งด่วน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บหน้าอก ปวดหลังหรือปวดท้อง ทันทันทันใด อาการอื่นได้แก่ อาการหลอดเลือดสมอง ขาอ่อนแรง หัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แขน ขาขาดเลือด อาการที่นำมาโรงพยาบาลจะมีลักษณะใกล้เคียงกับการเจ็บป่วยฉุกเฉินอื่นๆ ได้แก่ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) หรือภาวะโรคสมองเฉียบพลัน (stroke) ดังนั้นการพยาบาลเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตโดยเริ่มตั้งแต่ ชักประวัติ การประเมินอาการ อาการแสดง แรกเริ่ม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่าไปสู่การวินิจฉัยแยกโรค การตรวจพิเศษเพิ่มเติมและเพื่อการรักษาที่ถูกต้อง หลังได้รับการวินิจฉัยผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องให้การรักษาย่างเร่งด่วน เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการเสียชีวิต การรักษาส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดเพื่อเปลี่ยนหลอดเลือด หรือการผ่าตัดเพื่อใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ การพยาบาลในภาวะฉุกเฉินจึงมีความสำคัญ เป้าหมายคือป้องกันการปริแตกของหลอดเลือดเพิ่ม โดยควบคุมความดันโลหิต อาการปวด และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจนกว่าผู้ป่วยจะได้รับการผ่าตัดหรือการรักษาที่เหมาะสม เพื่อลดการภาวะแทรกซ้อนจากการดำเนินของโรคให้มากที่สุด

การพยาบาลในระยะฉุกเฉิน กระบวนการพยาบาลในระยะสิ่งที่สำคัญคือ การซักประวัติ การประเมินอาการ อาการแสดง และการตรวจพิเศษเพิ่มเติมตามแนวทางการรักษาพยาบาลของทีม เพื่อให้ประกอบการวินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้อง การจัดการเพื่อลดการปริแตกของหลอดเลือด ลดภาวะแทรกซ้อน ความพิการ การเสียชีวิต รวมทั้งได้รับการส่งต่อเพื่อการรักษาที่เหมาะสมและเร็วที่สุด

การซักประวัติ ร่วมกับ **ประเมินอาการ** และ**อาการแสดงทางคลินิกที่เป็นอาการนำของผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลมีดังนี้**¹⁻⁹

อาการปวด พบร้อยละ 80 มาด้วยอาการเจ็บหน้าอก ร้อยละ 40 มาด้วยอาการปวดหลัง และร้อยละ 20 ที่มาด้วยอาการปวดท้อง ส่วนใหญ่จะพบร่วมกับ ความดันโลหิตสูง การประเมินต้องประเมินลักษณะการปวด ระยะเวลา ตำแหน่งที่ปวด ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักมีอาการ

ปวดเกิดขึ้นทันทีทันใด (abrupt onset) มีความรุนแรงมาก (severe intensity) ลักษณะ ปวดแบบแทง ทะลุออกหลัง (sharp stabbing, tearing or ripping quality) อาการปวดเหมือนมีการฉีกขาดในร่างกายและอาการปวดมีการร้าวไปในทิศทางที่ค่อนข้างจำเพาะกับตำแหน่งหลอดเลือดที่มีการฉีกขาด ถ้าเป็น type A dissection เริ่มต้นจาก ascending aorta แล้วจะลงไปยัง aortic arch ส่วนใหญ่ลงไปถึง descending aorta มักปวดหน้าอกด้านหน้ามากกว่าด้านหลัง ในขณะที่ถ้าปวดหลังหรือท้องมากกว่าจะทำให้นึกถึงภาวะ retrograde dissection จากการฉีกขาดเริ่มต้นใน descending thoracic หรือ abdominal aorta ย้อนกลับขึ้นมาที่ ascending aorta ในขณะที่ type B dissection (เริ่มต้นจาก descending aorta และจะไปที่ส่วนปลายของหลอดเลือดแดงใหญ่) มักจะปวดหลังเป็นหลัก

ประเมินความดันโลหิต ร่วมกับการซักประวัติการมีความดันโลหิตสูง ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วย dissection ตรวจพบความดันโลหิตสูงร้อยละ 65-75 ส่วนใหญ่จะไม่ได้ควบคุมอาการและมักเป็นสาเหตุของการปริแตกของหลอดเลือดเนื่องจากเกิดแรงเครียดอย่างรุนแรงต่อผนังหลอดเลือด โดยมีความดันโลหิตมากกว่า 140/90 mmHg ร่วมกับมีอาการเจ็บหน้าอก ทะลุหลัง หรือปวดหลัง ให้ทำการวัดความดันโลหิตทั้ง 4 ระวังค์ ในกรณีที่พบว่าความดันโลหิตของแขนหรือขาข้างใดข้างหนึ่งต่ำกว่าอีกข้างหนึ่ง มากกว่า 20 mmHg ให้สงสัยว่า อีกข้างที่ต่ำกว่าอาจมีปริแตกและอาจเกิดการอุดตันของหลอดเลือด right หรือ left subclavian artery หรือ ilio-femoral artery

ประเมินระบบการหายใจ พบได้ร้อยละ 15-20 ที่มาด้วย pleural effusion เนื่องจากการปริแตกของเลือดและเข้าไปส่วนของ pleural space หรือพบอาการ hemoptysis หรือ เกิดจากการกดปอดโดยตรงจาก false lumen ที่โตขึ้น หรือจากการปริแตกของหลอดเลือดเข้าไปยังปอดโดยตรง โดยทำการประเมินลักษณะการหายใจ อัตราการหายใจ และเอกซเรย์ปอด ถ้าพบลักษณะมี widening mediastinum ให้สงสัยว่ามีหลอดเลือดแดงใหญ่มีการโป่งพองหรือปริแตก

ประเมินชีพจรส่วนปลาย (peripheral pulse) ได้แก่ radial, brachial, dorsalis pedis และ popliteal artery เพื่อประเมินอาการแขนขาขาดเลือดเฉียบพลัน (acute limb ischemia) เกิดจากการปริษะของหลอดเลือดแล้วทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงขา พบได้ร้อยละ 24 ของผู้ป่วยที่มีการปริแตกของหลอดเลือดแดงใหญ่ และพบร้อยละ 38 ในปริแตกของหลอดเลือดแดงใหญ่ในตำแหน่งตั้งแต่ตำแหน่ง ascending จนถึงระดับ femoral artery

ประเมินความผิดปกติทางระบบประสาทและสมอง ซึ่งพบได้ร้อยละ 15-40 ผู้ป่วย aortic dissection type A จะพบอาการหมดสติได้ร้อยละ 15 อาการทางระบบประสาทและสมองอื่นๆ ได้แก่ อาการชา อ่อนแรง ในกรณีที่พบอาการอัมพาตส่วนขา (paraplegia) ให้สงสัยว่าเกิดจากการปริษะของหลอดเลือด หรือการอุดตัน intercostal, lumbar artery ทำให้เลือดไปเลี้ยง spinal cord ลดลงหรือขาดเลือดไปเลี้ยง (spinal cord malperfusion)

ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 lead และร่วมกับการตรวจ cardiac enzyme เพื่อประเมินภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือตาย (Myocardial Ischemia or Infarction) พบได้ประมาณร้อยละ 10-15 เกิดจากการขยายตัวของ false lumen กดหลอดเลือดที่เลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ หรือการฉีกขาดเข้เข้าไปในหลอดเลือดที่เลี้ยงหัวใจโดยตรง ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลงจนกระทั่งกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด อาจพบคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีลักษณะ ST elevate หรือ cardiac enzyme สูงกว่าปกติ

ในกรณีที่ผู้ป่วยมาด้วย ความดันโลหิตต่ำหรือช็อก ส่วนใหญ่เกิดจากการเสียเลือด หัวใจถูกกดเบียด (cardiac tamponade) หรือกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งจะตรวจพบความดันโลหิตต่ำกว่า 90 mmHg ปลายมือ เท้าเย็น อาจเกิดภาวะช็อกและหมดสติ สำหรับภาวะหัวใจถูกกดเบียด พบได้ร้อยละ 8-10 ในผู้ป่วยที่มีการปริแตกของหลอดเลือดแดงใหญ่ในตำแหน่ง ascending ซึ่งเกิดจากการแตกของ false lumen เข้าไปยังช่องเยื่อหุ้มหัวใจโดยตรงทำให้หัวใจไม่สามารถ

คลายตัวเพื่อรับเลือดเข้าห้องหัวใจได้ ส่งผลให้ปริมาณเลือดออกจากห้องหัวใจลดลงและอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต

เมื่อรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติ ร่วมกับประเมินอาการและอาการแสดง ส่วนใหญ่แพทย์ผู้ทำการรักษาจะส่งตรวจ Computer Tomography Angiography (CTA) whole aorta เพื่อการวินิจฉัยที่ถูกต้อง และประเมิน aortic arch branches และอวัยวะที่อยู่รอบๆ

การพยาบาลหลังได้รับการวินิจฉัยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องอก^{1,4,9} การพยาบาลที่สำคัญคือควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการปริษะของหลอดเลือดเพิ่มและเฝ้าระวังอวัยวะต่างๆขาดเลือด

การจัดการอาการปวด เนื่องจากอาการปวดจะบ่งบอกถึงการมีปริษะของหลอดเลือดเพิ่มในตำแหน่งที่มีพยาธิสภาพ ดังนั้นการพยาบาลระยะนี้ต้องควบคุมระดับอาการปวดโดยให้ระดับคะแนน (pain score) น้อยกว่า 3 เพื่อลดการปริษะของหลอดเลือดเพิ่ม ในกรณีที่ปวดระดับคะแนน (pain score) มากกว่า 3 ประสานกับแพทย์เพื่อให้ยาลดปวด ส่วนใหญ่จะให้ morphine 2-3 mg ทางหลอดเลือดดำและเฝ้าระวังผลข้างเคียงและติดตามผลของการให้ยาได้แก่ หายใจช้าลง ความดันโลหิตลดลง หรืออาการปวดยังไม่ทุเลาลง และถ้าพบในรายที่มีเจ็บบริเวณหน้าอก (chest pain) ให้เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการปริษะเพิ่ม ได้แก่ หัวใจถูกกดเบียดโดยพบอาการหายใจเหนื่อยแน่น ความดันโลหิตลดลง ชีพจรเบาเร็ว หรืออาจพบกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ในรายที่ปวดหลังให้เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนระบบประสาทจาก spinal cord ischemia ได้แก่ อาการเท้าชา (paresthesia) อาการชาอ่อนแรง (paralysis) จนถึงอาการอัมพาต (paraplegia) ผู้ป่วยบางรายที่ไม่พบอาการปวดหรือระดับความปวดลดลงพร้อมกับความดันโลหิตลดลงน้อยกว่า 90 mmHg ให้สงสัยว่าอาจมีภาวะการปริษะของหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้น ให้เฝ้าระวังอาการขาดเลือดของอวัยวะต่างๆ และเฝ้าระวังภาวะช็อกจากการเสียเลือด

การจัดการระบบไหลเวียนโลหิต โดยประเมินและบันทึกความดันโลหิตทั้ง 4 ระวังค์ หลังจากนั้นวัดความดันแขนข้างที่มี

ความดันสูงกว่าซึ่งเป็นช่วงที่ใช้ควบคุมความดัน ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจ ประเมินชีพจรส่วนปลาย (peripheral pulse) อาการเจ็บปวด (pain) ซีด (pallor) อ่อนแรง (paralysis) และอาการชา (paresthesia) ทุก 15 นาทีถึง 1 ชั่วโมง โดยควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ระหว่าง 100-120 mmHg และอัตราการเต้นของหัวใจให้อยู่ระหว่าง 50-60 ครั้งต่อนาที ให้พักนอนบนเตียง (absolute bedrest) เพื่อลดการกระตุ้นให้หลอดเลือดปริขยายเพิ่มขึ้นในรายที่มีความดันโลหิต (systolic) มากกว่า 120 mmHg ร่วมปรึกษากับแพทย์เพื่อให้ยาควบคุมความดัน ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะได้รับยาในกลุ่ม beta blocker ได้แก่ ยา รับประทาน (propranolol, metoprolol) ยาให้ทางหลอดเลือดดำได้แก่ labetalol, esmolol และ/หรือ กลุ่ม calcium channel blocker ได้แก่ nifedipine^{3,10} พยาบาลบริหารยา เฝ้าระวังและติดตามผลของการให้ยา ได้แก่ ความดันโลหิตลดลงอย่างรวดเร็ว หรือความดันโลหิตยังสูงเกินกว่า 120 mmHg ให้ปรึกษาแพทย์อีกครั้งเพื่อปรับปริมาณยา

กรณีที่วัดความดันโลหิตแล้วพบว่าความดันโลหิตที่แขน หรือขาทั้ง 2 ข้าง มีความแตกต่างกันมากกว่า 20 mmHg เป็นอาการแสดงที่บ่งชี้ว่าอาจจะมีการปริขยาย หรืออุดตันของหลอดเลือด ให้เฝ้าระวังอาการแขน ขาขาดเลือดในข้างที่ความดันต่ำกว่า

กรณีที่ผู้ป่วยมีความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 mmHg ส่วนใหญ่แพทย์จะให้สารน้ำ เป็น 0.9% NSS หรือ Acetar เริ่มด้วยอัตราเร็ว 10-20 mL/kg ในเวลา 5-10 นาที หากหลังได้รับสารน้ำความดันยังคงต่ำกว่า 90/60 mmHg ให้ข้อมูลแพทย์อีกครั้งเพื่อเริ่มยาเพิ่มความดันโลหิตในกลุ่ม inotropes ซึ่งช่วยการบีบตัวของหัวใจ หรือ ยาตีบหลอดเลือด (vasopressor) โดยให้ความดันเฉลี่ยหลอดเลือดแดง (Mean Arterial Blood Pressure, MAP) 60-70 mmHg หลังเริ่มยา พยาบาลเฝ้าระวังอาการหลังได้รับยาโดยประเมินและบันทึกความดันโลหิตทุก 15 นาที

ในกรณีพบอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจถูกกดเบียด (cardiac tamponade) ได้แก่ hypotension หายใจเหนื่อยแน่น ภาพถ่ายภาพรังสีทรวงอกมีลักษณะ wide mediastinum ร่วมปรึกษากับ

แพทย์เพื่อพิจารณา pericardiocentesis ในกรณีที่คาดว่าหัวใจหยุดเต้นก่อนได้รับการผ่าตัด

การจัดการระบบหายใจ ประเมินและบันทึก ลักษณะการหายใจ อัตราการหายใจ ความอิ่มตัวของออกซิเจน ทุก 1 ชั่วโมง ในกรณีที่หายใจเหนื่อย ความอิ่มตัวออกซิเจนต่ำกว่าร้อยละ 95 ดูแลให้ออกซิเจน cannula 5 ลิตร/นาที่ หรือออกซิเจน mask 5-10 ลิตร/นาที่ หากพบว่าหายใจเหนื่อยหอบ ขณะให้ออกซิเจน mask 10 ลิตร/นาที่ ร่วมปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ

การจัดการระบบประสาทและสมอง ประเมินและบันทึกระดับความรู้สึกตัว ความแข็งแรงของแขนขาทุก 1 ชั่วโมง ในกรณีที่พบมีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกตัว การเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท หรือพบอาการชา อ่อนแรง ร่วมปรึกษากับแพทย์เพื่อวางแผนการรักษาพยาบาลต่อไป ซึ่งส่วนใหญ่แพทย์จะส่งผู้ป่วยทำ CT brain

ผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องอกในภาวะฉุกเฉิน กรณีที่ได้รับการวินิจฉัย Acute dissection type A ส่วนใหญ่ต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดอย่างเร่งด่วน ส่วนในกรณีที่ได้รับการวินิจฉัย Acute dissection type B ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจ ยกเว้นในรายที่เกิด complication เช่น malperfusion syndrome, progression of dissection, aneurysm หรือ uncontrolled HT ต้องได้รับการผ่าตัดที่เร่งด่วนเช่นเดียวกันผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด จำเป็นต้องใช้ทีมแพทย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ดังนั้นโรงพยาบาลที่มีข้อจำกัดดังกล่าว ต้องมีการส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพให้เร็วที่สุด การพยาบาลระหว่าง transfer ต้องเฝ้าระวังอาการของอวัยวะต่างๆ

ขาดเลือด ควบคุมอาการปวด ควบคุมความดันโลหิต ควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจอย่างต่อเนื่อง และให้ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อลดความเครียด พยาบาลประเมินและบันทึกความดันโลหิตทุก 15 นาที ถ้าพบอาการและอาการแสดงของ cardiac tamponade ได้แก่ หายใจเหนื่อยแน่น jugular engorgement ความดันต่ำกว่า 90/60 mmHg ชีพจรเบาเร็ว หายใจ

เหนื่อยมากขึ้น ให้ติดต่อแพทย์โรงพยาบาลที่รับ refer เพื่อให้คำแนะนำในการรักษาพยาบาล หรือให้ส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดทันทีโดยไม่ต้องผ่านหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหัวใจและหลอดเลือด เพื่อลดขั้นตอน และระยะเวลา รวมทั้งลดอัตราการเสียชีวิต

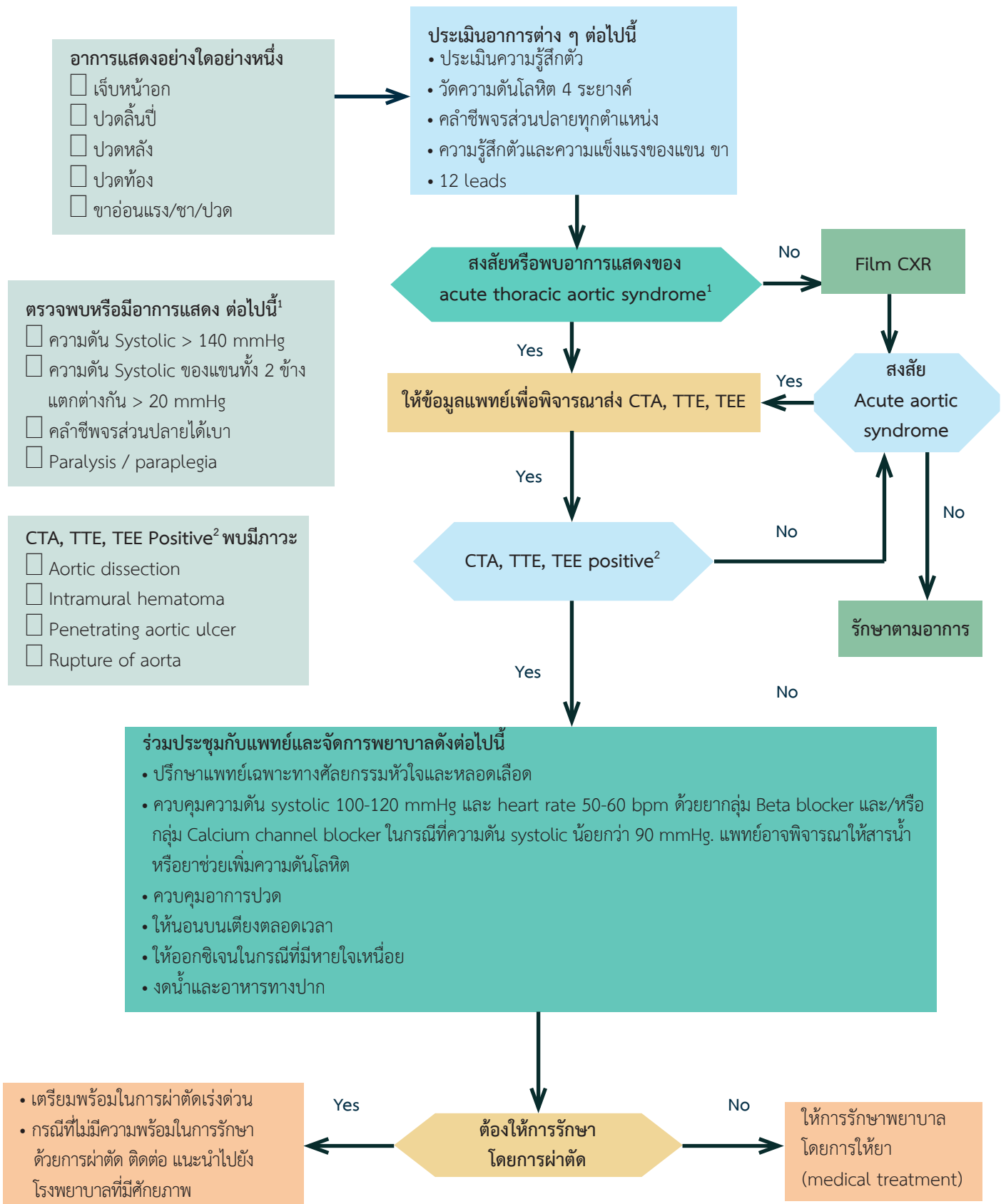
สรุป

กลุ่มอาการโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องอกชนิดเฉียบพลัน เป็นภาวะที่ต้องให้การรักษาอย่างเร่งด่วนเนื่องจากเป็นภาวะที่คุกคามชีวิต ส่วนใหญ่จะต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ที่ต้องใช้ทีมแพทย์พยาบาล และนักเทคนิคหัวใจ ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน จึงมีผู้ป่วยที่เสียชีวิตขณะรอการผ่าตัด หรือขณะเดินทาง หรือรอย้ายโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษา ความสำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้เริ่มตั้งแต่ การซักประวัติ การประเมินอาการ อาการแสดง อาการปวดในตำแหน่งต่างๆ การวัดความดันโลหิตทั้ง 4 ระยะเวลา อัตราการเต้นของหัวใจ ซึ่พบส่วนปลายลักษณะและอัตราการหายใจ ความรู้สึกตัว เพื่อประเมินการปริษะและอุดตันของหลอดเลือด และการพยาบาลที่สำคัญในภาวะฉุกเฉินคือการควบคุมความดันโลหิต ควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจและควบคุมอาการปวด และส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพตามแผนการรักษาพยาบาลของทีมให้เร็วที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. โอภาส ศรัทธาพุท. หลอดเลือดในช่องอกและการฉีกขาดของผนังเอออร์ตา. ใน : โอภาส ศรัทธาพุท. สารสำคัญทางศัลยศาสตร์หัวใจ. พิมพ์ครั้งที่ 1. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2561: หน้า 311-32.
2. Suksan Kanoksin. Management of complication of aortic dissection. หน่วยศัลยกรรมทรวงอกและหัวใจ ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร (มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช) สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย การอบรมวิชาการระยะสั้น ครั้งที่ 14 [เข้าถึงเมื่อ ปี 2563 เดือน มกราคม วันที่ 15] Available from :http://thaists.org/news_files/news_file_495.pdf
3. Erbel R, Aboyon V, Boileau C, et.al. 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases. European Heart Journal 2014; 35: 2873–2926.
4. Bushnell J, Brown J. Clinical Assessment for Acute Thoracic Aortic Dissection. Annals of Emergency medicine 2005; 41: 90-3.
5. Coady MA, Rizzo JA, Goldstein LJ, Elefteriades JA. Natural history, pathogenesis, and etiology of thoracic aneurysm and dissections. CARDIOLOGY CLINICS OF NORTH AMERICA 1999;17(4):615-35.
6. Fukui T. Management of acute aortic dissection and thoracic aortic rupture. Intensive Care 2018; 6(15):1-8.
7. Almeida GF, Vegni R, Japiassú AM, Kurtz P, Drumond LE, Freitas M, et al. Postoperative complications of surgically treated ascending aortic dissection. Rev Bras Ter Intensiva 2011; 23(3):304-311.
8. Matthew LW., et.al. Aortic Dissection as a Complication of Cardiac Surgery: Report From The Society of Thoracic Surgeons Database. Ann Thorac Surg 2010; 90:1812–7.
9. Bossone E, LaBounty MT, Eagle AK. Acute aortic syndromes: diagnosis and management, an update. European Heart Journal 2018; 39: 739–749.
10. Morris HJ, Mix D, Cameron JS. Acute Aortic Syndromes: Update in Current Medical Management. Curr Treat Options Cardio Med 2017; 19: 29.
11. Hiratzka F L, et al. 2010 ACCF/AHA/AATS/ACR/ASA/SCA/SCAI/SIR/STS/SVM Guidelines for the Diagnosis and Management of Patients with Thoracic Aortic Syndrome. Circulation 2010; 121(13): e266-e369.

แผนภูมิที่ 1. แนวทางการประเมิน การวินิจฉัยและการพยาบาลกลุ่มอาการหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องอกในระยะฉุกเฉิน



ที่มา: อ้างอิงจาก 2010 ACCF/AHA/AATS/ACR/ASA/SCA/SCAI/SIR/STS/SVM Guidelines for the Diagnosis and Management of Patients with Thoracic Aortic Disease¹¹