การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

นางสาวฉวีวงค์ ล้ำเลิศ

บทคัดย่อ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST ยกสูงผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูง หากไม่ได้รับการรักษาที่ทันท่วงที รวมถึงการเข้ารับการรักษาล่าช้า ระบบคัดกรองที่แม่นยำรวดเร็วและระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพอาจลดความล่าช้าในการเข้ารับการรักษาได้

งานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลบางระจันได้มีการทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและรวบรวมปัญหาพบว่าปัญหาการเข้าถึงบริการ การคัดกรองที่ไม่ครอบคลุม แนวทางการส่งต่อที่ยังไม่เป็นระบบและเพื่อนำปัญหามาหาแนวทางแก้ไขร่วมกันอย่างเป็นระบบเครือข่าย

ส่งผลให้การวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทำได้รวดเร็วยิ่งขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย, การพยาบาล

ผู้ติดต่อหลัก (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบางระจัน E- mail: Ningnurse16@gmail.com โทรศัพท์ 085-1912699)

Nursing care of patients with acute myocardial infarction

Miss Chaweewong Lumlert

Abstract

Acute myocardial infarction with ST elevation raises the patient's risk of death. If not receiving timely treatment Including delays in receiving treatment A rapid and accurate screening system and an efficient referral system may reduce delays in seeking treatment.

Emergency accident and forensic work at Bang Rachan Hospital has reviewed care for patients with acute myocardial infarction and collected problems, finding that there are problems accessing services. not comprehensive screening Guidelines for forwarding that are not yet systematic and to bring problems to find joint solutions in a network system

As a result, the diagnosis of acute myocardial infarction can be made more quickly. This allows patients to be transferred for treatment in hospitals with higher capacity more efficiently.

Keywords: myocardial infarction, nursing care

Main contact (Expert professional nurse Bang Rachan Hospital E-mail: Ningnurse16@gmail.com Telephone 085-1912699)

บทนำ

ผู้ป่วยภาวะล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต ภาวะล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นโรคที่มีความรุนแรงผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูง จากสถิติโรงพยาบาลบางระจันภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบในกลุ่มช่วงอายุวัยกลางคนและมีอุบัติการณ์สูงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัจจุบันมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย การรักษาที่ก้าวหน้าและมีการพัฒนาการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษากับแพทย์เฉพาะทางและโรงพยาบาลที่มีศักยภาพมากกว่า จากการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทบทวนหาสาเหตุการเสียชีวิตจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบว่าส่วนหนึ่งสาเหตุมาจากการได้รับการรักษาล่าช้าเนื่องจากอาการที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลไม่ใช่อาการเจ็บหน้าอกที่ชัดเจนทำให้การคัดกรองไม่ครอบคลุม ผู้ป่วยบางรายไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก่อนที่จะมาโรงพยาบาลส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการรักษาล่าช้าและทำให้เสียโอกาสในการรับการรักษา การรักษภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ดีที่สุดคือการเปิดหลอดเลือดที่ตีบตันอย่างเร่งด่วนซึ่งมีอยู่ การรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การรักษามี 3 วิธีหลัก 1) การขยายหลอดเลือดหัวใจผ่าน สายสวน 2) การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ หรือ ผ่าตัดบายพาส 3) การรักษาด้วยยา โดยผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์สูงสุดถ้าได้รับการรักษาโดยเร็วที่สุดภายใน 4 ชั่วโมงหากผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้รับการคัดกรองที่แม่นยำถูกต้อง การวินิจฉัยที่รวดเร็วจะทำให้ได้รับการรักษาที่รวดเร็วและส่งผลให้ได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าอย่างมีประสิทธิภาพและทันเวลา ดังนั้นการดูแลและการพยาบาลในทุกระยะของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความสำคัญต้องใช้ความรู้ความชำนาญเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย พยาบาลที่อยู่ในห้องฉุกเฉินและพยาบาลที่อยู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำเป็นต้องมีความรู้ในการคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ไม่ชัดเจนและสามารถส่งต่อผู้ป่วยมาโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็วเหมาะสม งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลบางระจันได้มีการพัฒนาระบบการคัดกรองและระบบส่งต่อผู้ป่วยเป็นระบบเครือข่ายโดยผู้ป่วยที่ไปรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะได้รับการคัดกรองอย่างเป็นระบบเป็นการเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการและเพิ่มอัตราการรอดชีวิต

พยาธิกำเนิด

เชื่อวา plaque rupture เปนสาเหตุหลักมากกวาร้อยละ 90 ของการเกิด acute coronary syndromes โดยภาวะ inflammation และ stress มีสวนสำคัญที่ทำใหเกิด plaque rupture หลังจากนั้นเกิดการกระตุนเกล็ดเลือดใหมีการเกาะกลุมกันเป็นลิ่มเลือด การที่มีการกระตุนเกล็ดเลือดทำใหมีการหลั่งสารที่ทำใหเกิด inflammatory และ mitogenic substance ซึ่งจะเกิดเปลี่ยนแปลง chemotactic, adhesive และ proteolytic properties ของ endothelium และนำไปสู่การอุดตันของหลอดเลือดในที่สุดสาเหตุอื่น ๆ ที่อาจทำใหเกิดภาวะหรือกลุ่มมอาการคลาย acute coronary syndromes (ACS) ไดแก coronary spasm, coronary emboli จากที่ผูปวยมี atrial fibrillation (AF) หรือ left ventricular thrombus, ภาวะ stress induced cardiomyopathy, acute myocarditis, ภาวะ hypercoagulable รวมทั้งภาวะ spontaneous coronary dissection หรืออาจจะเกิดจาก ascending aortic dissection แลวทำให coronary blood flow ลดลง

ลักษณะอาการของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูงที่มาห้องฉุกเฉิน

อาการและอาการแสดงที่พบบ่อย ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน อาการจุกแน่นบริเวณใต้ลิ้นปี่ ปวดหลัง อาการตัวเย็นเหงื่อออกท่วมตัวอาจเกิดร่วมกับอาการเจ็บหน้าอกหรือเกิดร่วมกับจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจแบบสมบูรณ์ นานกว่า ๔๐ นาที ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายไม่เพียงพอ อาการหน้ามืด เป็นลม (syncope) ไม่เกิน 2 นาทีร่วมกับมีประวัติอาการใจสั่น ตรวจพบชีพจรช้า < 40 ครั้ง/นาที ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจอาจพบคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดจังหวะชนิดช้า(brady arrhythmias) ร่วมกับsbp < 90 มิลลิเมตรปรอท ชั่วคราวอาการจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและฟื้นตัวอย่างสมบูรณ์ได้เอง สาเหตุเกิดจาก การไหลเวียนที่สมองลดลงอย่างเฉียบพลัน(cerebral blood flow) จากภาวะใจเต้นผิดจังหวะชนิดช้า

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยว่าเป็น ST elevation acute coronary syndrome หรือไม่ ต้องมี 3 ข้อ ดังต่อไปนี้

1. EKG มีการยกขึ้นมากกว่า 0.1 mV ตั้งแต่ 2 leads ติดกันขึ้นไปหรือ 0.2 mV ใน lead V1-V3 หรือมีลักษณะ LBBB ที่เกิดขึ้นใหม่หรือคาดว่าน่าจะเกิดขึ้นใหม่
2. มีประวัติข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อต่อไปนี้
   2.1. มีประวัติเจ็บหน้าอกนานกว่า 20 นาที
   2.2. มีค่า Cardiac enzyme ผิดปกติ

การซักประวัติ

1. PQ = pain quality ลักษณะของอาการแน่นหน้าอกปวดเสียดแทงแน่นอาการคลื่นไส้อาเจียนหอบเหนื่อยหายใจไม่เต็มอิ่ม
2. R = radiation ตำแหน่งที่ปวดร้าวจุกคอหอยร้าวไปกรามร้าวไปท้องแขนซ้ายด้านในร้าวไปสะบัก
3. S = severity ความรุนแรง (Score เต็ม 10)
4. T = time เวลาที่เริ่มแน่นหน้าอกเวลาที่แน่นหน้าอกที่รุนแรงที่สุดระยะเวลาที่แน่นหน้าอกที่ต่อเนื่องมากกว่า 20-30 นาทีระยะเวลาจากบ้านหรือสถานที่ที่แน่นหน้าอกถึงโรงพยาบาล
5. ประวัติอื่น มีปัจจัยเสี่ยงอัน ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การสูบบุหรี่ โรคอ้วนลงพุง (Metabolic syndrome) ประวัติโรคหัวใจการเสียชีวิตจากโรคหัวใจของพ่อแม่หรือพี่น้องก่อนวัยอันควร (ผู้ชายอายุน้อยกว่า 45 ปีและผู้หญิงอายุน้อยกว่า 55 ปี) ในครอบครัว

อาการและอาการแสดงของภาวะ STEMI อาจคล้ายคลึงกับโรคอื่นๆโรคที่ต้องนึกถึงไว้เสมอและเป็นข้อห้ามของการให้ยาละลายลิ่มเลือดคือ aortic dissection ให้สงสัยในกรณีที่มีอาการเจ็บเหมือนโดนมีดแทงทะลุร้าวไปที่หลังโรคอื่นๆที่ต้องนึกถึง ได้แก่ acute aortic dissection ภาวะ acute pulmonary embolism, PU perforation, pneumothorax, acute pericarditis และ mediastinitis เป็นต้น การซักประวัติที่ละเอียดการเปลี่ยนแปลงของ EKG ที่จำเพาะรวมถึงการส่งการวินิจฉัยอื่นเพิ่มเติมตามความสงสัยจะช่วยในการวินิจฉัยโรคต่างๆเหล่านี้ได้

การรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

หัวใจขาดเลือดเป็นภาวะที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันที่ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน เพราะยิ่งรักษาเร็วเท่าไหร่ก็จะสามารถยับยั้งความเสียหายของกล้ามเนื้อหัวใจ และช่วยให้การฟื้นฟูเป็นไปได้ดียิ่งขึ้น โดยการรักษาจะขึ้นอยู่กับชนิดของโรคหัวใจขาดเลือดที่พบ ทั้งนี้ในเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการควรโทรศัพท์ขอความช่วยเหลือหน่วยแพทย์ฉุกเฉินซึ่งหน่วยแพทย์อาจทำการรักษาด้วยวิธีเบื้องต้น ดังนี้ ให้ยาแอสไพรินเพื่อป้องกันการแข็งตัวของเลือด ให้ยาไนโตรไกลเซริน (Nitroglycerin) เพื่อลดการทำงานของหัวใจ และช่วยให้เลือดไหลเวียนได้ดีขึ้น ให้ออกซิเจน รักษาอาการแน่นหรือเจ็บหน้าอก การรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด คือ เปิดทางให้เลือดไหลเวียนได้เร็วที่สุดในตำแหน่งที่หลอดเลือดมีการ
อุดตันเพื่อให้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจได้รับออกซิเจนได้เพียงพอตามที่เซลล์ต้องการ บรรเทาอาการเจ็บหน้าอก ลดขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดพยายามป้องกันและรักษากล้ามเนื้อส่วนที่ดีไว้ การให้ยาละลายลิ่มเลือดโดยเร็วที่สุด (door to needle < 30 นาที) จะช่วยลดอัตราการตายของผู้ป่วยได้มากขึ้น

การใช้ยา แพทย์จะพิจารณาการใช้ยาชนิดใดชนิดหนึ่ง หรืออาจใช้ยาหลายตัวร่วมกันเพื่อรักษาอาการ ยาที่มักใช้ ได้แก่

ยาแอสไพริน เป็นยาที่แพทย์และหน่วยแพทย์ฉุกเฉินนิยมใช้เพื่อรักษาอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในเบื้องต้น กลไกในการทำงานของยาชนิดนี้จะช่วยลดลิ่มเลือดและทำให้เลือดสามารถไหลเวียนภายในหลอดเลือดที่แคบได้

ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytics) คือยาที่มีคุณสมบัติในการละลายลิ่มเลือด ซึ่งปิดกั้นระบบไหลเวียนโลหิต ทั้งนี้หากผู้ป่วยได้รับยาชนิดนี้ภายในระยะเวลาไม่นานตั้งแต่เริ่มเกิดอาการ จะช่วยเพิ่มโอกาสรอดชีวิตและลดความเสียหายของหัวใจได้

ยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet) คือยาที่ใช้ในการป้องกันการเกิดลิ่มเลือดและป้องกันไม่ให้ ลิ่มใหญ่ขึ้นกว่าเดิม ทำให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้นจากการที่ระบบไหลเวียนโลหิตสามารถไหลเวียนไปเลี้ยงหัวใจได้มากขึ้น

ยาระงับอาการปวด สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการแน่นหรือเจ็บที่หน้าอก การใช้ยานี้จะช่วยลดอาการปวดลงได้แต่จะต้องใช้ภายใต้คำแนะนำของแพทย์เท่านั้น เนื่องจากยาที่ใช้ค่อนข้างแรงหรือเป็นยาแก้ปวดชนิดสารเสพติด ได้แก่ มอร์ฟีน เป็นต้น ยาไนโตรกลีเซอรีน (Nitroglycerin) ยาดังกล่าวจะใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยยาจะเข้าไปทำให้หลอดเลือดที่ตีบขยายตัวมากขึ้น ส่งผลดีต่อการไหลเวียนโลหิต

ยาปิดกั้นการทำงานของเบต้า(Beta Blockers)ในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือด จะต้องมีการใช้ยานี้เพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อหัวใจลดความเร็วของอัตราการเต้นหัวใจลดความดันโลหิตซึ่งจะทำให้หัวใจทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ยาเอซีอีอินฮิบิเตอร์ (ACE Inhibitors) เป็นยาที่ใช้ในการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยส่วนใหญ่ โดยยาจะเข้าไปลดระดับความดันโลหิตและให้กล้ามเนื้อหัวใจทำงานได้ดีขึ้น

การใช้ยา Streptokinase (สเตรปโตไคเนส) เป็นยาละลายลิ่มเลือดที่ผลิตจากเอนไซม์ ซึ่งช่วยสลายลิ่มเลือดที่เป็นสาเหตุทำให้หลอดเลือดอุดกั้น โดยนำมาใช้รักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรคลิ่มเลือดอุดกั้นในปอด หลอดเลือดแดงและดำอุดตัน หรืออาจใช้รักษาโรคอื่น ๆ ตามดุลยพินิจของแพทย์

การบริหารบุคคลากรในทีมปฏิบัติการการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล

การกำหนดประเภทบุคลากรในทีมปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาลให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยตามแนวทางการจำแนกระดับความเฉียบพลันของอาการผู้ป่วย (Levels of Patient Acuity) เพื่อใช้ในการตัดสินใจในการเตรียมทรัพยากรด้านบุคลากรให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย

U : Unstable – (ผู้ป่วยไร้เสถียรภาพ) นำส่งโดยทีมจำนวนรวมทั้งสิ้นอย่างน้อย 3 คน ซึ่งประกอบไปด้วย

1. หัวหน้าทีม จำนวน 1 คนได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ ระดับ Advance (หากมีแพทย์ติดตามส่งผู้ป่วยให้แพทย์ทำหน้าที่หัวหน้าทีม)
2. พยาบาลวิชาชีพ ระดับ Develop หรือ Doing จำนวน 1 คน
3. พยาบาลวิชาชีพ ระดับ Basic จำนวน 1 คน

H: Stable With High risk of deterioration-(ผู้ป่วยมีเสถียรภาพ มีความเสี่ยงต่อการทรุดลงเฉียบพลันสูง) นำส่งโดยทีมจำนวนรวมทั้งสิ้นอย่างน้อย 2 คน ซึ่งประกอบด้วย

1. หัวหน้าทีม จำนวน 1 คนได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ ระดับ Develop
2. พยาบาลวิชาชีพ ระดับ Doing จำนวน 1 คน

M : Stable With Medium risk of deterioration- (ผู้ป่วยมีเสถียรภาพ มีความเสี่ยงต่อการทรุดลงเฉียบพลันปานกลาง) นำส่งโดยทีมจำนวนรวมทั้งสิ้นอย่างน้อย 2 คน ซึ่งประกอบด้วย

1. หัวหน้าทีม จำนวน 1 คนได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ ระดับ Doing
2. พยาบาลวิชาชีพ ระดับ Basic จำนวน 1 คน

กรณีระดับ M ชนิด fast track เช่น STEMI fast track ,Stroke fast track , Trauma fast track ให้นำส่งโดยทีมบุคลากรเช่นเดียวกับระดับ H

L : Stable With Low risk of deterioration- (ผู้ป่วยมีเสถียรภาพ มีความเสี่ยงต่อการทรุดลงเฉียบพลันต่ำ) นำส่งโดยพยาบาล ระดับ Basic 1 คน

N : Stable With No risk of deterioration- (ผู้ป่วยมีเสถียรภาพ มีความเสี่ยงต่อการทรุดลงเฉียบพลันต่ำ) นำส่งโดยพยาบาล ระดับ Basic 1 คน

การดูแลผู้ป่วยในการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล

การดูแลผู้ป่วยในการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล หมายถึง กระบวนการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินจากสถานพยาบาลแห่งใดแห่งหนึ่งที่ให้การดูแลรักษาขั้นต้น และมีความจำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าหรือสถานพยาบาลที่มีศักยภาพในการดูแลรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ได้มาตราฐานและปลอดภัย โดยกระบวนการเริ่มต้นตั้งแต่การเตรียมความพร้อมของสถานพยาบาลต้นทาง การประเมินระดับความเฉียบพลันของอาการผู้ป่วย การประสานงานและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลปลายทาง การบริหารทรัพยากรในการส่งต่อ การเตรียมผู้ป่วยและญาติ การดูแลผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อและการส่งมอบผู้ป่วยแก่สถานพยาบาลปลายทาง รวมทั้งการประเมินคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย

การเตรียมผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนการส่งต่อ (Pre Transfer)

ผู้ป่วยฉุกเฉินควรได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพในด้านต่าง ๆ ได้แก่ A B C D และมาตราฐานรายโรคตามความจำเป็นของพื้นที่ จนผู้ป่วยฉุกเฉินมีเสถียรภาพและปลอดภัยก่อนการส่งต่อ รวมทั้งมีการให้ข้อมูลการเจ็บป่วย แผนการรักษา เหตุผลความจำเป็นในการส่งต่อ และเปิดโอกาสให้แก่ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจส่งต่อ

การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างส่งต่อ (During Transfer)

วิธีการปฏิบัติ

1. ก่อนเคลื่อนรถพยาบาลควรตรวจสอบภาพความเรียบร้อย และความพร้อมในการใช้งานของอุปกรณ์ เครื่องมือ และเวชภัณฑ์ต่าง ๆ เช่น ตรวจเช็คระบบไฟ และ Oxygen ในรถพยาบาล
2. เมื่อนำผู้ป่วยถึงรถพยาบาล ให้ตรวจสภาพและดูแลผู้ป่วยตามการประเมินผู้ป่วย ABCD เช่น

A) Airway เช่น การตรวจท่อช่วยหายใจ End tidal CO2 เป็นระยะ ๆ

B) Breathing เช่น ตรวจเช็คปริมาณ Oxygen tank ประเมิน Oxygen sat และ การทำงานของ chest drain เป็นต้น

C) Circulation เช่น การตรวจเช็คความดันโลหิต ชีพจร I/O, bleeding

D) Disability ประเมิน GCS/pupil ตามความเหมาะสม เช็คการทำงาน

E) Drain ปลดสาย drain ที่ clamp และประเมินและบันทึกปริมาณสารคัดหลังที่ออก

F) Drug ตรวจเช็คการหยดของสารน้ำ และยาที่ให้ทางเส้นเลือด

3. ระหว่างนำส่งให้เฝ้าระวังและบันทึกสัญญาณชีพต่างๆตามระดับความเฉียบพลันของอาการ
4. ให้การดูแลรายโรคตามแนวปฏิบัติที่ได้กำหนดไว้
5. กรณีที่พบความผิดปกติในการเฝ้าระวังผู้ป่วยขณะส่งต่อให้รายงานแพทย์ผู้สั่งการรักษารับทราบตามแนวทางที่กำหนด
6. ติดต่อประสารงานโรงพยาบาลปลายทางเป็นระยะเพื่อแจ้งกำหนดเวลาและเตรียมความพร้อมก่อนตามแนวทางหรือข้อตกลงที่กำหนดไว้
7. ตระหนักถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ขณะส่งต่อผู้ป่วยซึ่งอาจเป็นความเสี่ยงทั่วไปหรือความเสี่ยงเฉพาะโรค
8. ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของเอกสาร เครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆก่อนถึงสถานพยาบาลปลายทาง
9. ตรวจสอบสภาพผู้ป่วย สัญญาณชีพหรืออาการสำหรับก่อนถึงสถานพยาบาลปลายทาง
10. ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยครอบครัวหรือญาติผู้ป่วย

การส่งมอบผู้ป่วยฉุกเฉินหลังการส่งต่อ (Post Transfer)

วิธีปฏิบัติเพื่อรับผู้ป่วยฉุกเฉิน

1. การแจ้งประสานการส่งต่อ เช่น ข้อมูลผู้ป่วย, การวินิจฉัย, การรักษาที่ได้รับ, เหตุผลที่ขอส่งตัว
2. วิธีการแจ้งกลับ การจัดการส่งต่อฉุกเฉิน และส่งต่อช่องทางด่วน (Fast Track) โดยคำนึงถึงความปลอดภัยและทันเวลาในการรักษาเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย
3. การรับรายงานข้อมูลผู้ป่วย คาดการณ์เวลาที่มาถึงที่หมาย สิ่งส่งตรวจและผลตรวจวินิจฉัยที่จะนำส่งพร้อมผู้ป่วย พาหนะเดินทางและบุคลากร
4. การประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

5. การเตรียมพื้นที่และอุปกรณ์พร้อมรับผู้ป่วย

6. การจัดการด้านเวชระเบียน

การรับมอบผู้ป่วยฉุกเฉิน

1. ประเมินอาการแรกรับของผู้ป่วย

2. รับรายงานจากบุคคลที่นำส่ง โดยเฉพาะสัญญาณชีพ อาการเปลี่ยนแปลงที่ทรุดลงและการรักษาที่ได้ทำระหว่างเดินทาง รวมทั้งรายงานอื่น เช่น EKG ภาพถ่าย เป็นต้น

3. รับมอบเอกสารใบส่งต่อผู้ป่วย รายงานการรักษาของสถารพยาบาลต้นทาง และสิ่งที่ส่งมาด้วย

4. ตรวจเช็ค/ส่งคืน/แลกอุปกรณ์ตามข้อตกลงระหว่างสถานพยาบาล

5. ประเมินผลคุณภาพการส่งต่อและป้อนกลับผลประเมิน

การส่งมอบผู้ป่วย

1. การส่งมอบอาการและสิ่งที่ส่งมาด้วยเมื่อมาถึงสถานพยาบาลปลายทาง

2. การรับทราบผลการประเมินคุณภาพการดูแลระหว่างนำส่ง

3. การแลกกคืนอุปกรณ์ที่ติดมากับผู้ป่วย (ถ้ามีในข้อตกลง)

4. การส่งต่อหลักฐานสิทธิการรักษา(ถ้ามี)

ขั้นตอนการปฏิบัติหลังการส่งต่อ

1. การประเมินความพร้อมและความปลอดภัยของผู้ป่วยก่อนส่งมอบสถานพยาบาลปลายทาง

2. มีแนวการส่งมอบผู้ป่วยฉุกเฉิน (ตามเอกสาร Post transfer) ได้แก่ การส่งมอบประวัติการเจ็บป่วย การดูแลรักษาเบื้องต้นใสสถานพยาบาลต้นทางอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลง และการดูแลรักษาระหว่างส่งต่ออาการปัจจุบัน พร้อมส่งมอบเอกสาร เช่น แบบฟอร์มการบันทึกการดูแลระหว่างส่งต่อ เอกสารประจำตัวผู้ป่วย เช่น LAB, EKG, และFilm x-ray เป็นต้น ให้กับแพทย์หรือสถานพยาบาลปลายทาง

3. สถานพยาบาลปลายทางรับมอบผู้ป่วยฉุกเฉินและเอกสารข้อมูลผู้ป่วยพร้อมทั้งประเมินผลคุณภาพการดูแลระหว่างส่งต่อ

4. มีแนวทางปฏิบัติการรับผู้ป่วยฉุกเฉินของสถานพยาบาลปลายทาง (ตามเอกสาร Post Transfer)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะเฉียบพลัน
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันให้มีความรวดเร็วและมีคุณภาพ
3. เพื่อลดอัตราตายในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

วิธีดำเนินการศึกษา

1. เลือกเรื่องที่จะทำการศึกษาจากผู้ป่วยที่มารับการรักษาพยาบาลที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยการพิจารณาจาก ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันซึ่งต้องใช้ความรู้และทักษะที่จำเป็นหลายด้าน เพื่อทำให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและผู้ป่วยปลอดภัย

2. ศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับผู้ป่วยทั้งปัญหาหรืออาการสำคัญที่ทำให้ต้องมาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยทั้งในอดีตและปัจจุบัน

3. ศึกษาแผนการรักษาของแพทย์ที่ให้กับผู้ป่วยรายนี้อย่างละเอียด

4. ศึกษาแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย การประสานงาน การเตรียมผู้ป่วยก่อนส่งต่อ การเตรียมทีมส่งต่อการเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือ

5. ศึกษาแนวความคิด ทฤษฎี องค์ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่จากตำรา วารสารทางวิชาการทางอินเตอร์เน็ตและขอคำปรึกษาจากผู้มีประสบการณ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยแพทย์ผู้รักษา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาและจัดทำเอกสารทางวิชาการ

6. นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์เพื่อปฏิบัติการพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมทุกปัญหา

7. จัดทำผลงานวิชาการโดยทำเป็นผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมาและข้อเสนอแนวคิดวิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นให้คณะกรรมการ/ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ

8. ปรับปรุงแก้ไขผลงานวิชาการตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ / ผู้ทรงคุณวุฒิ (กรณีมีข้อเสนอแนะ) เพื่อทำให้ผลงานมีความถูกต้องเหมาะสมต่อการนำไปใช้ปฏิบัติงานจริง

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยเพศหญิงอายุ 81 ปี เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย สถานภาพ สมรส อาชีพ ไม่ได้ทำงาน
ระดับการศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 4 **ที่อยู่** 43 /1 ม.9 ต.โพชนไก่ อ.บางระจัน จ.สิงห์บุรี
มารับการรักษาที่โรงพยาบาลบางระจันเมื่อวันที่ 6 เมษายน 2565
รายงานประวัติแหล่งที่มา ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยและเวชระเบียน
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล จุกแน่นท้องใต้ลิ้นปี่ อาเจียน 1 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 1 วันก่อนมารพ.ผู้ป่วยให้ประวัติว่ามีอาการแน่นท้องจุกใต้ลิ้นปี่ รักษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน อาการเป็นๆหายๆไม่ได้มารักษาที่โรงพยาบาล วันนี้ 1 ชั่วโมง จุกแน่นท้องใต้ลิ้นปี่ อาเจียน ญาตินำส่งโรงพยาบาล
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

โรคประจำตัว ,HT,DLP รับยาสม่ำเสมอที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ประวัติการผ่าตัด

ปฏิเสธการผ่าตัด

ประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร

ปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหาร

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วันที่ 6 เมษายน 2565

	ค่าปกติ	**ผล**
CBC		
MCV	80-100	86.6 fl
Hct	38-48	35.9 %
Hemoglobin	12-17	11.2 GM%
WBC	5,000-10,000	36,480 cell/mm3
Plt Count		168,000 cell/mm3
Neurophile		0 %
Eosinophile		1 %
Basophile		1 %

Lymphocyte		14 %
Monocyte		2 %
RBC.Morpho	Normochromic Normocytic	Normochromic Normocytic
Plt smear	Adequate	adequate
PT	10-14	27.9 Sec
INR		2.32
PTT	20-32	29.5 Sec
BUN	5-25	10.6 mg%
Cr	0.5-1.5	2.12 mg%
GFR		19.90(Stage 4)
Potassium	3.50-5.50	5.75 mmol/L
Sodium	135-145	135.2 mmol/L
Chloride	๙๕.๐-๑๐๕.๐	๑๐๐.๗ mmol/L
CO๒	๒๒.๐-๓๒.๐	๑๑.๔ mmol/L
Trop-I	๐.๐-๐.๔	๑๗.๗ ng/ml(positive)

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยครั้งแรก Inferior wall MI

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย Inferior wall MI

แผนการรักษาของแพทย์ที่ห้องอุบัติเหตุ - ฉุกเฉิน

15.30 น. : ผู้ป่วยมาโดยญาตินำส่ง มาด้วยอาการจุกแน่นท้องใต้ลิ้นปี่ อาเจียน 1 ชั่วโมง
Vital sign : BP= 100 /70mmHg PR 64 /min RR 30 /min T 36.6 c° DTX 161 mg%
O_2Saturation 90 % Room air, Coma Score $E_4V_5M_6$

15.35 น. : รายงานแพทย์ทราบ ให้ทำ EKG 12 lead : ST-elevate II, III, aVF, Pain Scose 7 คะแนน
ขณะรายงานแพทย์ผู้ป่วย มีอาการ เหงื่อออก ตัวเย็น

15.40 น. : On mornitor EKG, On O_2 mask with bag 10 LPM, แพทย์ตรวจอาการ order on
0.9% NSS 1,000 cc iv drip 80 cc/hr, lab CBC, Bun, Cr, Elyte,Trop-I, PT, PTT, INR

15.45 น. : AsA (gr.V) 1 tab เคี้ยว stat

15.46น. : Clopidogrel(75 mg) 1 tab oral stat Isordril (5 mg) 1 tab SL

15.55 น. : ปรึกษาอายุรแพทย์โรงพยาบาลทั่วไปที่เป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อ

16.00 น. : CXR, Retain foley s' cath no 14

16.15 น. : อายุรแพทย์โรงพยาบาลทั่วไปที่เป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อ Order SK

16.25 น. : ON nss lock , SK. 1.5 m.i.u. + 0.9 % NSS 100 cc. iv drip in 1 hr.

16.45 น. : เตรียม Refer โรงพยาบาลทั่วไป โดยแพทย์เวร พยาบาลวิชาชีพ 2 คน ขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
ขึ้น Ambulance ผู้ป่วยมีอาการจุกคอ ร้าวไปกราม Pain score 5 คะแนน O_2 saturation
100 % coma score $E_4V_5M_6$ ผู้ป่วยมีเหงื่อออก ตัวเย็น V/S BP100/74 mmHg
PR 64 /minRR 28 /min T 35 c° นำส่งโรงพยาบาลทั่วไปที่เป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อ

วินิจฉัยทางการพยาบาลที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 มีอาการแน่นหน้าอกเนื่องจากมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง

ข้อมูลสนับสนุน

S : “ผู้ป่วยบอกว่ามีอาการจุกแน่นท้องใต้ลิ้นปี่”

O : EKG: ST elevation II, III, aVF troponin I 17.7 ng/ml(positive) pain score 10/10 คะแนน

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

1.ผู้ป่วยเจ็บหน้าอกลดลง

2.เพื่อลดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ

เกณฑ์การประเมินผล

1.ผู้ป่วยเจ็บหน้าอกลดลง pain score < 7 คะแนน

2. EKG ไม่มี ST elevation เพิ่มขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการเจ็บหน้าอก ลักษณะ ตำแหน่งที่เจ็บ
2. วัดสัญญาณชีพ (อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจและความดันโลหิต)
3. ทำ EKG 12 lead
4. รายงานแพทย์เวร
5. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ 0.9% NSS 1,000 cc iv drip 80 cc/hr ตามแผนการรักษา
6. ส่งตรวจ lab CBC CUN Cr electrolyte troponin I PT PTT INR ตามแผนการรักษา
7. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา AsA (gr.V) 1 tab เคี้ยว stat Clopidogrel(75 mg) 1 tab oral stat Isordril (5 mg) 1 tab SL
8. ปรึกษาแพทย์อายุรกรรมโรงพยาบาลทั่วไปที่เป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อ
9. ให้ออกซิเจน mask with bag 10 LPM
10. เฝ้าระวังภาวะ Cardiogenic shock เช่นกระสับกระส่าย ความรู้สึกตัวลดลง ชีพจร เบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ
11. Monitor EKG ติดตามการเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

การประเมินผลการพยาบาล

1. จุกแน่นหน้าอกลดลง pain score 3 คะแนน
2. EKG ไม่มี ST elevation เพิ่มขึ้น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่2 ปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีลดลง เนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติจากการขาดเลือดไปเลี้ยง

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอก “ แน่นหน้าอก แน่นใต้ลิ้นปี่”

O : EKG: ST elevation II, III, aVF troponin I 17.7 ng/ml(positive)

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

1. ผู้ป่วยมีปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยเจ็บหน้าอกลดลง pain score < 7
2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ BP ≥ 90/60 มิลลิเมตรปรอท
3. อัตราการเต้นของหัวใจปกติ อัตรา 60-100 ครั้งต่อนาที
4. oxygen saturation > 90 %
5. Glasgow Coma Scale 15 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

1. เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงเพื่อประเมินประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ เช่น อาการเหนื่อย แน่นหน้าอก กระสับกระส่าย ระดับความรู้สึกตัวลดลง
2. ประเมินอาการเจ็บหน้าอกลักษณะ ตำแหน่งที่เจ็บ
3. วัดสัญญาณชีพทุก 15 -30 นาที ติดตาม BP ให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดอย่างต่อเนื่อง
4. ประเมินปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจในขณะหัวใจเต้นผิดจังหวะโดยประเมินความแรงและจังหวะการเต้นของชีพจร อาการหน้ามืด วิงเวียนเป็นลม ความดันโลหิตต่ำ
5. ประเมินอาการเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ หากมีอาการกระสับกระส่าย สับสน ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง

การประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยเจ็บหน้าอกลดลง pain score 3 คะแนน
2. สัญญาณชีพ BP 100/76 มิลลิเมตรปรอท
3. อัตราการเต้นของหัวใจอัตรา 64 ครั้งต่อนาที
4. oxygen saturation 99 %
5. ระดับความรู้สึกตัวปกติ Glasgow Coma Scale $E_4V_5M_6$

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3 มีโอกาสเกิดภาวะ cardiogenic shock เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอก “ แน่นหน้าอก แน่นใต้ลิ้นปี่”

O : EKG: ST elevation II, III, aVF troponin I 17.7 ng/ml(positive) pain score 10/10 คะแนน

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

1. ป้องกันการเกิดภาวะ Cardiogenic shock
2. ลดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ

เกณฑ์การประเมินผล

1. EKG ไม่มี ST elevation เพิ่มขึ้น
2. เจ็บหน้าอกลดลง pain score < 7 คะแนน
3. ไม่มีภาวะ Cardiogenic shock ชีพจรเบาเร็ว เหงื่อออก เหนื่อยหายใจเร็วหายใจลำบาก

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการเจ็บหน้าอก ลักษณะ ตำแหน่งที่เจ็บ
2. วัดสัญญาณชีพ (อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ลักษณะการหายใจ ความดันโลหิต) ทุก 15 นาที

3. ประเมินอาการและข้อควรระวังในการให้ยาละลายลิ่มเลือด
4. อธิบายแนวทางการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ
5. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา AsA (gr.V) 1 tab เคี้ยว stat Clopidogrel(75 mg) 1 tab oral stat Isordril (5 mg) 1 tab SL
7. Monitor EKG ติดตามการเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าหัวใจ
8. เตรียมยาละลายลิ่มเลือดตามเทคนิคที่ถูกต้อง พร้อมเตรียมอุปกรณ์สำหรับให้ยาให้พร้อมใช้
9. จัดเตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตให้พร้อมใช้ Auto CPR Defibrillator

การประเมินผลการพยาบาล

1. ไม่มีภาวะ Cardiogenic shock vital sign BP 100/76 mmhg P 64 /min
2. EKG ไม่มี ST elevation เพิ่มขึ้น
3. เจ็บหน้าอกลดลง pain score 3 คะแนน

วินิจฉัยทางการพยาบาลขณะส่งต่อผู้ป่วย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากได้รับยาละลายลิ่มเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

S : “หลังได้รับยาละลายลิ่มเลือดผู้ป่วยมีเหงื่อออกตามร่างกาย แน่นหน้าอกหายใจไม่สะดวก”

O : BP100/76 mmHg. HR 64/min.RR 20 /min.T 36.6 c, Lung : clear Both lung ค่า PT 27.9 Sec

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

1. เพื่อป้องกันอันตรายที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในระดับ BP 90/60 - 160/100 mmhg, HR 60-120 /min
2. ไม่มีอาการปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ แน่นหน้าอก คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เลือดออกตามร่างกาย

กิจกรรมการพยาบาล

ก่อนให้ยา

1. ประเมินและคัดกรองผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว ถูกต้องเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดตามมาตรฐานการรักษา
2. ซักประวัติเกี่ยวกับข้อห้ามและข้อควรระวังในการให้ยา Streptokinase
3. ร่วมกับแพทย์ในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความจำเป็นและภาวะแทรกซ้อนของการได้รับยาละลายลิ่มเลือด
4. วัดสัญญาณชีพและติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง
5. เตรียมยาอย่างมีประสิทธิภาพและถูกต้องตามเทคนิค

ขณะให้ยา

1. วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที (อาจเกิดภาวะ hypotension จากการขยายตัวของหลอดเลือด)
2. ติดตามลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (อาจเกิด VT, VF จาก reperfusion จากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ)
3. ประเมินระดับความรู้สึกตัวและอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท (อาจเกิดภาวะเลือดออกในสมองการแตกของหลอดเลือดในสมอง)
4. สังเกตภาวะเลือดออก (bleeding)จากส่วนต่างๆของร่างกาย

5. บันทึกเวลาที่เริ่มให้ยา อาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ระหว่างที่ได้รับยาและหากมีอาการผิดปกติต้องรายงานแพทย์และหากจำเป็นต้องหยุดยาต้องบันทึกเวลาหยุดยา

หลังได้รับยา

1. วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที x 4 ครั้ง, ทุก 30 นาที x 2 ครั้ง และถ้าคงที่วัดทุก 1 ชม.
2. ติดตามภาวะเทรกซ้อน เช่น มี Bronchospasm, Wheezing ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อแน่นหน้าอก คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เป็นต้น

การประเมินผลการพยาบาล

1. ไม่มีอาการปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ แน่นหน้าอก คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย
2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ BP 100/76 มิลลิเมตรปรอท
3. อัตราการเต้นของหัวใจปกติ อัตรา 64 ครั้งต่อนาที

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4 เสี่ยงต่อการแพ้ยา streptokinase

ข้อมูลสนับสนุน

S : “หลังได้รับยาละลายลิ่มเลือดผู้ป่วยมีเหงื่อออกตามร่างกาย แน่นหน้าอกหายใจไม่สะดวก”

O : : ผู้ป่วยได้รับยา SK. 1.5 m.i.u. + 0.9 % NSS 100 cc. iv drip in 1 hr.

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

1. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยหากมีอาการแพ้ยา streptokinase

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการแพ้ยา streptokinase ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ผื่นคัน หายใจไม่สะดวก

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและคัดกรองผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว ถูกต้องเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดตามมาตรฐานการรักษา
2. ซักประวัติเกี่ยวกับข้อห้ามและข้อควรระวังในการให้ยา Streptokinase
3. เฝ้าระวังอาการแพ้ยา เช่น อาการหายใจหอบเหนื่อย กระสับกระส่าย ฟังปอดได้ยินเสียง wheezing ผื่นคัน เปลือกตาบวม อาเจียน และบันทึกอาการและรายงานแพทย์ทันที
4. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที
5. เตรียมยารักษาอาการแพ้กลุ่ม antihistamine CPM 10 mg ยากลุ่มเสตียรอยด์ hydrocortisone 100 mg adrenalin 1 mg ให้พร้อมใช้

การประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการแพ้ยา streptokinase ไม่ปวดศีรษะ ไม่เวียนศีรษะ ไม่มีผื่นคัน หายใจปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่5 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและภาวะโรคที่คุกคามชีวิตเนื่องจากขาดความรู้เรื่องโรคและความเจ็บป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

S : “ญาติสอบถามพยาบาลถึงอาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยว่าจะหายไหม”

O : หลังจากแพทย์อธิบายอาการและแนวทางการรักษาให้ผู้ป่วยและญาติฟังแล้ว “ญาติสอบถามแพทย์อีกครั้งถึงอาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยว่าจะหายไหม”

O : ผู้ป่วยและญาติแสดงสีหน้าวิตกกังวล และสอบถามอาการตลอดเวลา

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ ให้ความร่วมมือในการรักษา
2. ผู้ป่วยและญาติสีหน้าคลายความวิตกกังวล

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง แสดงท่าทีเป็นมิตร
2. อธิบายเหตุผล วัตถุประสงค์การรักษาพยาบาล การใช้อุปกรณ์ การทำหัตถการต่างๆ
3. ให้ข้อมูลการแก่ญาติถึงอาการ การดำเนินของโรค แผนการดูแลรักษา การพยากรณ์โรคของผู้ป่วยอย่างเข้าใจเพื่อลดความวิตกกังวลและความร่วมมือในแผนการดูแลรักษา
4. เปิดโอกาสให้ญาติสอบถามปัญหา อาการเจ็บป่วยพร้อมอธิบายให้ฟังอย่างชัดเจน เข้าใจง่ายด้วยวาจาที่นุ่มนวลและท่าทีเป็นกันเองเพื่อสร้างความไว้วางใจ
5. อธิบายถึงเหตุผลการและความจำเป็นที่ต้องส่งตัวผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

สรุปกรณีศึกษา

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้มารับการรักษาด้วยอาการแน่นใต้ลิ้นปี่ อาเจียน และไปรับการรักษาที่ รพสต.ก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บหน้าอกทำให้การคัดกรองและการวินิจฉัยได้ยากมากขึ้น พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ความชำนาญในการซักประวัติ การประเมินอาการเพื่อให้การคัดกรองมีความแม่นยำถูกต้อง พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการคัดกรอง การซักประวัติและกรณีที่.รพสต.ไม่สามารถตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจได้การส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลที่สามารถตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจได้ก็มีความสำคัญ การให้การพยาบาลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต การให้การพยาบาลและการเฝ้าระวังอาการผิดปกติที่เป็นภาวะคุกคามชีวิตขณะส่งต่อ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลประจำห้องอุบัติเหตุ– ฉุกเฉิน พยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรมีความรู้ความชำนาญในการคัดกรองที่ถูกต้องแม่นยำ เพื่อเป็นการเพิ่มโอกาสในการรับการรักษา การส่งต่อไปรับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ตั้งแต่การคัดกรอง การประเมินอาการ การซักประวัติ ในรพสต. ในรพช.การพยาบาล การดูแลรักษา การพยาบาลขณะส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า
2. ควรจัดให้มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรตั้งแต่ รพสต. ในด้านการคัดกรอง การส่งต่อผู้ป่วยมารับการตรวจ EKG พัฒนาศักยภาพพยาบาล รพช.ในด้านการคัดกรอง การอ่าน EKG เบื้องต้นเพื่อรายงานแพทย์
3. ส่งเสริมการสร้าง HL ในประชาชนในเรื่องสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ

บรรณานุกรม

1. จารุพิมพ์ สูงสว่าง,วันชัย เดชสมฤทธิ์ฤทัย,เชิดศักดิ์ ไอรมรีรัตน์,นิศารัตน์ โอภาสเกียรติกุล.บรรณาธิการ.**คู่มือแพทย์เวร**.พิมพ์ครั้งที่3.กรุงเทพมหานคร.บริษัทไซเบอร์พริ้น จำกัด;2555

2. เกวลิน ชื่นเจริญสุข. **แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(Service Plan) พ.ศ. 2561-2565**. นนทบุรี**:** โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด**;** 2559.

3. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. **แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย พ.ศ.2563** : ห้างหุ้นส่วนจำกัดเนคสเตปดีไซด์; 2563.

4. กัญญ์ณพัชญ์ ศรีทอง, ศิริอร สินธุ.**การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตระหว่างสถานพยาบาล**.พิมพ์ครั้งที่1.นนทบุร:โรงพิมพ์วูฮิง;2565.

5. กรรณิการ์ กาศสมบูรณ์, ศิริอร สินธุ.**สาระหลักการพยาบาลฉุกเฉิน.**พิมพ์ครั้งที่1.นนทบุรี:วัฒนาการพิมพ์;2565.

6. กรรณิการ์ กาศสมบูรณ์, ศิริอร สินธุ.บรรณาธิการ.**ช่องทางด่วนการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน.**พิมพ์ครั้งที่1.นนทบุรี:วัฒนาการพิมพ์;2565.

7. ไชยพร ยุกเซ็น, ธาวิณี ไตรณรงค์สกุล, ยุวเรศมคฐ์ สิทธิชาญบัญชา.**EMERGENCY CEAR**.พิมพ์ครั้งที่6 กรุงเทพมหานคร:บมจ.ปัญมิตรการพิมพ์;2561

8. พลต.ต.นพ.โสภณ กฤษณะรังสรรค์, นอ.หญิง พญ.จริยา สันตติอนันต์ รน, ผศ.พญ.รัชนี แซ่ลี้,**คู่มือการช่วยชีวิตขั้นสูงสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ปี ค.ศ.2015.**พิมพ์ครั้งที่5.กรุงเทพมหานคร:บจก.ปัญจมิตรการพิมพ์;2561.

9. พญ.สลิล ศิริอุดมภาส.**โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.ค้นเมื่อ 14 เมษายน 2566,จาก** www.haaamor.com

10. กมลทิพย์ แซ่เล้า, ธานินทร์ โลเกศกระวีและสมจินตนา เอี่ยมสรรพางค์**.การปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล Interfacility Patient Transfer.**สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ(สพฉ.) : อัลทิเมท พริ้นติ้ง;2557