

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล  
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา  
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น  
เรื่อง จัดทำถุงมือป้องกันผู้ป่วยดิ่งท่อช่วยหายใจ ( MIRACLE GLOVE )

เสนอโดย

นางสายรุ้ง จิรพัฒนานันท์

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(ตำแหน่งเลขที่ รพว. 158)

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล  
โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี สำนักงานแพทย์

## ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 7 วัน (ตั้งแต่วันที่ 5 มิถุนายน 2553 - 12 มิถุนายน 2553)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (acute myocardial infarction) หมายถึง ภาวะแทรกซ้อนของหัวใจชนิดเฉียบพลัน อันเนื่องมาจากการหนาและแข็งตัวของผนังหลอดเลือด (atherosclerotic) ทำให้การนำเลือดของหลอดเลือดโคโรนารี (coronary artery) ลดลงร่วมกับการมีรอยโรค (plaque) ที่ผนังหลอดเลือดโคโรนารี ที่อาจมีการปริแตก ทำให้ลิ่มเลือดและพลาสมาอุดตันเป็นเวลานาน จนเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นได้รับความเสียหาย (injury) จากการขาดออกซิเจน จากน้อยสุดถึงขั้นไม่สามารถกลับคืนสู่สภาวะเดิมได้ และอาจส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนถึงขั้นเสียชีวิต

### สาเหตุ

1. ไขมันในโลหิตสูง พบว่าระดับโคเลสเตอรอล (Cholesterol) ที่สูงกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือมีไลโปโปรตีนความหนาแน่นต่ำ (low density lipoprotein หรือ LDL) ที่สูงกว่า 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จะเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดอุดตัน เนื่องจากไลโปโปรตีนความหนาแน่นต่ำเป็นตัวนำพาโคเลสเตอรอลไปเกาะในผนังของหลอดเลือดซึ่งเมื่อเกิดแล้วจะสะสมพอกพูนขึ้นเรื่อยๆ จนขนาดรูของหลอดเลือดกลวงและเกิดการอุดตันได้

2. การสูบบุหรี่ สารนิโคตินในบุหรี่จะกระตุ้นการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น ส่วนคาร์บอนมอนนอกไซด์จะไปแย่งออกซิเจน ซึ่งปกติจะจับกับฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง มีผลทำให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับออกซิเจนลดลง

3. ความดันโลหิตสูง มีผลทำให้หัวใจและหลอดเลือดทำงานหนัก พบว่ากรณีนี้ถ้าดำเนินต่อไปเรื่อยๆ จะทำให้หลอดเลือดเสื่อมสภาพ กล้ามเนื้อหัวใจเกิดการขาดเลือดได้

4. โรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงขึ้นกว่าปกติมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มระดับไขมันในเลือดซึ่งทำให้หลอดเลือดแข็งตัวได้

5. ความอ้วน ระดับโคเลสเตอรอลที่สูง สะสมในผนังของหลอดเลือดมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการอุดตัน

6. กรรมพันธุ์ จะมีโอกาสเสี่ยงสูง ถ้าครอบครัวมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ

7. อายุ เพศชายพบอายุมากกว่า 45 ปี และเพศหญิงพบอายุมากกว่า 55 ปี

8. เพศ พบว่าเพศชายมีอุบัติการณ์ของโรคสูงกว่าเพศหญิงทุกช่วงอายุ

9. บุคลิกภาพแบบเอ (Personality Type A) เป็นบุคลิกภาพที่มีลักษณะเป็นคนเอาจริงเอาจัง เกร่งเกรียด

10. ขาดการออกกำลังกาย เนื่องจากการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ จะช่วยลดระดับโคเลสเตอรอล ลดความดันโลหิต ลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ

## พยาธิสรีรภาพ

ขบวนการเปลี่ยนแปลงที่ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นผลมาจากการหนา และ แข็งตัวของผนังหลอดเลือด (atherosclerotic) ทำให้การนำเลือดของหลอดเลือดโคโรนารีลดลง สืบเนื่องมาจากไขมันเกาะที่ผนังหลอดเลือด หรือ หลอดเลือดโคโรนารีหดเกร็งหรือมีลิ้มหรือการรวมตัวของ ไขมันไปอุดตันแต่พบมากที่สุด คือไขมันเกาะที่ผนังหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดแข็งพยาธิสภาพที่พบเรียกว่า atheromatus plaque ซึ่งประกอบด้วย ไขมันประเภท คอเลสเตอรอล ฟอสโฟไลปิด และสารประกอบต่างๆจาก เม็ดเลือดขาวและเกล็ดเลือดรวมทั้งไฟบริน นอกจากนี้ยังมี fibrous tissue และแคลเซียมรวมอยู่มากหรือน้อย แล้วแต่อายุของ atheromatus plaque ในหลอดเลือดแดง atheromatus plaque นั้นจะอยู่แทนที่ endothelium ซึ่งจะสูญหายไป และช่องภายในของหลอดเลือดจะตีบแคบลง ซึ่งเป็นสาเหตุให้ปริมาณเลือดไหลผ่านน้อยลง เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลงและขาดออกซิเจน การทำหน้าที่ของกล้ามเนื้อหัวใจถูกขัดขวางจากการขาด เลือดและทำให้เกิดการบาดเจ็บ (injury) และเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจจะตายได้เมื่อขาดเลือดไปเลี้ยงประมาณ 3 ชั่วโมง และเนื้อเยื่อที่ตายจะไม่สามารถกลับคืนสภาพเดิมได้อีก

## อาการและอาการแสดง

### 1. อาการเจ็บหน้าอก มีลักษณะดังนี้

- 1.1 เจ็บหน้าอกรุนแรงขึ้นชัดเจน อาการเจ็บถี่มากขึ้น โดยมีอาการเจ็บปวด จุกแน่นที่กลาง หน้าอกร้าวไปคอ กราม หรือแขน
- 1.2 เจ็บหน้าอกติดต่อกันนาน มากกว่า 30 นาที ถึงแม้จะอมยาได้ลิ้นไป 3 เม็ดในเวลา 10 นาที แล้วยังไม่ทุเลา
- 1.3 เคยเจ็บหน้าอกมาก่อนขณะออกกำลังกาย แต่ครั้งนี้เป็นการเจ็บครั้งแรกขณะพักมี ประมาณร้อยละ 15 – 20 ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันไม่มีอาการเจ็บหน้าอกเลย

### 2. อาการไม่จำเพาะ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน หายใจไม่สะดวก กระสับกระส่าย การรับรู้เปลี่ยนแปลง

### 3. อาการแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น

- 3.1 หัวใจเต้นผิดปกติ เป็นอาการแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุด ส่งผลให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรมมากที่สุด ซึ่งมักจะพบภายใน 12 ชั่วโมงแรกที่ตรวจพบ เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย
- 3.2 หัวใจล้มเหลว จากกล้ามเนื้อหัวใจตายจะลดประสิทธิภาพในการบีบตัว หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น อาการที่พบได้แก่ อ่อนเพลีย บวม หอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้
- 3.3 ซ็อกจากหัวใจ มักพบในผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายมาก โดยลักษณะเฉพาะของอาการ ซ็อก คือ ผิวหนังเย็นชื้น ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนไป ปัสสาวะออกน้อยและความดันโลหิตต่ำ

## การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรค โดยองค์การอนามัยโลก ใช้การวินิจฉัยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันประกอบด้วย

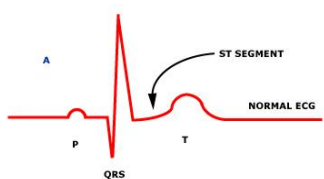
หลักเกณฑ์อย่างน้อย 2 ข้อ จาก 3 ข้อ ดังนี้

1. มีอาการเจ็บหน้าอกรูปแบบกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ถ่วงมาแล้ว
2. มีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจดังนี้

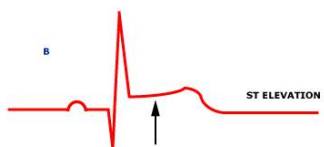
2.1 ST segment ยกสูงขึ้น หรือ ST segment ลดต่ำลง มากกว่า 1 มิลลิเมตร

2.2 พบ T wave หัวกลับ

2.3 พบ Q wave ที่ผิดปกติ (กว้างกว่า 1 มิลลิเมตร หรือสูงกว่า 1/3 ของ R wave) หรือ Q wave ปกติก็ได้



คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ



คลื่นไฟฟ้าหัวใจชนิดมี ST ELEVATION



คลื่นไฟฟ้าหัวใจชนิด ST DEPRESSION

ภาพแสดงลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ชนิดต่างๆ

3. การเพิ่มขึ้นของเอนไซม์ที่หลั่งออกมาจากกล้ามเนื้อหัวใจ

### การรักษา

1. รักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด มักใช้ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่มี ST ยกสูงขึ้น จุดประสงค์ เพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันและยับยั้งการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด ลดภาวะแทรกซ้อนจากการตายของกล้ามเนื้อหัวใจจากการขาดเลือดไปเลี้ยง

2. เพิ่มปริมาณออกซิเจนให้กล้ามเนื้อหัวใจโดยให้ออกซิเจน แคนนูลา 2-3 ลิตร/นาที่ใน 24-48 ชั่วโมงแรก

3. ช่วยบรรเทาอาการเจ็บปวดเพราะอาการเจ็บหน้าอกมากๆ จะทำให้เกิดภาวะเครียดซึ่งส่งผลกระทบต่อให้มีอาการมากขึ้น

4. ลดความวิตกกังวลเนื่องจากความกังวลส่งผลให้อาการเจ็บหน้าอกเพิ่มมากขึ้น

### การพยาบาล

ความสำคัญในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คือ ลดอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยการให้ยายับยั้งการเกาะตัวของเกล็ดเลือดและป้องกันการอุดตันของเส้นเลือดเพื่อให้เลือดมา

ไหลเวียนในหลอดเลือดที่อุดตันได้ใหม่หรือมีเลือดกลับมาเลี้ยงหัวใจให้เร็วที่สุด

ดูแลด้านร่างกาย โดยให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง งดกิจกรรมต่างๆ ทั้งหมด เพื่อลดการใช้ออกซิเจน กล้ามเนื้อหัวใจให้ออกซิเจน พร้อมทั้งวัดความอึดตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดส่วนปลายทุก 1 ชั่วโมง และ ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลง วัดและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรกหลังจากนั้นบันทึก สัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมงจนอาการคงที่ และทุกครั้งที่มีอาการเจ็บหน้าอก ติดตามเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลง ของคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างใกล้ชิด และบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 ลีด สังเกต สอบถาม ลักษณะอาการ เจ็บหน้าอก ตำแหน่ง ความรุนแรง ระยะเวลาและปัจจัยที่ส่งเสริมอาการเจ็บหน้าอก บันทึกและรายงานแพทย์ ดูแลให้ยาบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก ยาละลายลิ่มเลือด ยาต้านการเกาะกลุ่มกันของเกล็ดเลือด ยาต้าน การแข็งตัวของเลือด ยาขยายหลอดเลือด ตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงอย่างใกล้ชิด

ดูแลด้านจิตใจ ลดความวิตกกังวลโดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ภาวะแทรกซ้อน แผนการรักษาที่ผู้ป่วย และญาติต้องรับรู้และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ วางแผนการรักษาร่วมกับแพทย์และพยาบาล เปิดโอกาสให้ ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึกและซักถามข้อสงสัย

#### เภสัชวิทยา

1. สเตรพโตไคเนส (Streptokinase) เป็นยาละลายลิ่มเลือด ใช้รักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย เจ็บพลัน การเกิดการอุดตันในหลอดเลือดแดงโคโรนารีอย่างเฉียบพลัน อาการไม่พึงประสงค์คือภาวะ เลือดออกง่าย ปฏิกริยาภูมิไว เฝ้าระวังภาวะเลือดออกง่าย บันทึกสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด

2. แอสไพริน (Aspirin) เป็นยาต้านการเกาะกลุ่มกันของเกล็ดเลือด ขนาดให้ยาคือให้ผู้ป่วย รับประทานเพียงวันละครั้งในขนาด 300 มิลลิกรัม อาการไม่พึงประสงค์คือ เลือดออกง่าย การเกิดแผล ในกระเพาะอาหาร ควรให้ผู้ป่วยรับประทานยาหลังอาหารทันทีและเฝ้าระวังภาวะเลือดออกง่าย

3. อินอกซาพาริน (Enoxaparin) เป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือด อาการไม่พึงประสงค์คือเกิดการเกิด ภาวะเลือดออกง่ายส่งผลต่อการทำงานของไต เฝ้าระวังภาวะเลือดออกง่าย บันทึกปริมาณน้ำเข้าและน้ำออก

4. มอร์ฟีน (Morphine) เป็นยาแก้ปวดกลุ่ม opioid agonist ใช้บรรเทาอาการปวดระดับปานกลางถึง ระดับรุนแรง อาการไม่พึงประสงค์คือมีฤทธิ์กดการหายใจ ความดันโลหิตต่ำและหัวใจเต้นช้าลงต้องเฝ้าระวัง สัญญาณชีพผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

5. ไอซอร์ดิล (Isordil) เป็นยาขยายหลอดเลือดโคโรนารี ช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปยังกล้ามเนื้อ หัวใจ ใช้บรรเทาอาการเจ็บหน้าอก อาการไม่พึงประสงค์คือ ความดันโลหิตลดลง เป็นลม หัวใจเต้นช้าและ ปวดศีรษะ พยาบาลต้องเฝ้าระวัง วัดและบันทึกสัญญาณชีพให้ผู้ป่วย ดูแลให้พักผ่อนขณะได้ยา

6. แคปโตพริล (Captopril) เป็นยารักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจล้มเหลว ซึ่งอาการ ไม่พึงประสงค์คืออาจทำให้ความดันโลหิตต่ำลงมาก หัวใจเต้นเร็ว และมีผลต่อการทำงานของไต พยาบาลต้อง เฝ้าระวังตรวจวัดสัญญาณชีพในช่วง 1-3 ชั่วโมงหลังให้ยา บันทึกปริมาณน้ำเข้าและน้ำออก

7. อีลิคเซอร์โพแทสเซียมคลอไรด์ (Elixir Potassiumchloride) ใช้รักษาภาวะโพแทสเซียมในร่างกายต่ำ อาการไม่พึงประสงค์หลังได้ยาคือคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติพยาบาลต้องติดตามการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง ตรวจวัดสัญญาณชีพ ติดตามระดับ serum potassium และบันทึกปริมาณน้ำเข้าและน้ำออก

#### 4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 66 ปี สถานภาพสมรส คู่ สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย นับถือศาสนาอิสลาม รับผู้ป่วยเพื่อรักษาตัวในโรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี วันที่ 5 มิถุนายน 2553 ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกข้างซ้าย หอบเหนื่อยร่วมด้วย มีอาการประมาณ 15 นาทีก่อนมา ญาติให้อมยาใต้ลิ้น 3 เม็ด ยังมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ประเมินระดับความเจ็บปวด pain scale 8 คะแนน (คะแนนเต็ม 10 คะแนน) ประวัติเดิมมีเส้นเลือดหัวใจตีบมา 7-8 ปี รักษาไม่ต่อเนื่อง สูบบุหรี่ 4-5 มวนต่อวันประมาณ 10 ปี ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 ลีด พบว่ามี ST สูงกว่าปกติ (ST Elevation) ในลีด II, III และ aVF แพทย์วินิจฉัยว่า กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้รับตัวไว้เป็นผู้ป่วยใน โดยให้อนพักในหออภิบาลผู้ป่วยหนักเพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase 1.5 ล้านยูนิต ผสมในสารละลาย 0.9 % NSS 100 มิลลิลิตร หยดให้ทางหลอดเลือดดำในอัตรา 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด ติดตามการทำงานของหัวใจตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อสังเกตคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติ ทั้งขณะให้ยาและหลังให้ยาละลายลิ่มเลือด เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและการรักษาอย่างทันท่วงที ลดปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้พยาธิสภาพของโรครุนแรงดูแล ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยให้กลับดีขึ้นดังเดิม ผู้ป่วยรายนี้นอนรักษาตัวจนอาการดีขึ้นในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก รวมเวลา 7 วัน และย้ายออกจากหออภิบาลผู้ป่วยหนัก เพื่อสังเกตอาการต่อ ที่หอผู้ป่วยสามัญชายอีกเป็นเวลา 2 วัน อาการดีขึ้นตามลำดับและกลับบ้านได้ วันที่ 12 มิถุนายน 2553 รวมผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล 7 วัน

##### ขั้นตอนการดำเนินการ

1. รับผู้ป่วยจากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินเวลา 10.35 น. ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกข้างซ้าย หอบเหนื่อยร่วมด้วย มีอาการ 15 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล ให้ผู้ป่วยนอนพัก ศีรษะสูงบนเตียงและให้ออกซิเจนชนิดแคนนูลา 3 ลิตรต่อนาที

3. ดูแลให้สารละลาย 0.9% NSS 1000 มิลลิลิตร หยดให้ทางหลอดเลือดดำในอัตรา 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง โดยใช้เครื่องควบคุมการหยดของสารละลายและเริ่มให้ยาสเตรพโตไคเนส (Streptokinase) 1.5 ล้านยูนิต ผสมในสารละลาย 0.9 % NSS 100 มิลลิลิตร หยดให้ทางหลอดเลือดดำในอัตรา 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ตามแผนการรักษา ติดตามการเปลี่ยนแปลงการทำงานของหัวใจตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อสังเกตคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติ

4. ติดตามอาการและให้การพยาบาลจนผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรวมระยะเวลาที่ผู้ป่วยพักในหออภิบาลผู้ป่วยหนักเป็นเวลา 5 วันและหอผู้ป่วยสามัญชาย 2 วัน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้

5. ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้านเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารไขมันต่ำ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง และการตรวจตามนัด

#### 5. ผู้ร่วมดำเนินการ

ไม่มี

#### 6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

ผู้เสนอผลงานเป็นผู้ดำเนินการร้อยละ 100

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 66 ปี สถานภาพสมรส คู่ สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย นับถือศาสนาอิสลาม รับประทานยาในโรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี เมื่อวันที่ 5 มิถุนายน 2553 ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเวลา 10.20 น. ด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกข้างซ้าย หอบเหนื่อยร่วมด้วย มีอาการ 15 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล อมยาใต้ลิ้น 3 เม็ดไม่ดีขึ้น ประเมินระดับความเจ็บปวด pain scale 8 คะแนน (คะแนนเต็ม 10 คะแนน) ประวัติเดิมมีเส้นเลือดหัวใจตีบมา 7-8 ปี รักษาไม่ต่อเนื่อง สูบบุหรี่ 4-5 มวนต่อวันประมาณ 10 ปี ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 ลีดเวลา 10.22 น. พบว่าคลื่นหัวใจมี ST ยกสูง (ST Elevation) ในลีด II, III และ aVF แพทย์วินิจฉัยว่า กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สั่งการรักษา เปิดเส้นเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ COMPLETE BLOOD COUNT (CBC), Blood Urea Nitrogen (BUN), CREATININE (Cr), Creatine Phosphokinase (CPK), ELECTROLYTE Troponin -T (Trop -T), International normalized ratio (INR) และให้สารน้ำเป็นสารละลาย 0.9% NSS 1000 มิลลิลิตร หยดให้ทางหลอดเลือดดำในอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และให้มอร์ฟีน 5 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำเวลา 10.23 น. แอสไพรินขนาด 300 มิลลิกรัม 1 เม็ดเคี้ยวทันที ให้ออกซิเจนชนิดแคนนูลา 3 ลิตรต่อนาที รับไว้เป็นผู้ป่วยในเพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือด

วันที่ 5 มิถุนายน พ.ศ. 2553 ที่หออภิบาลผู้ป่วยหนัก เวลา 10.35 น. แรกได้รับรู้สึกตัวดี ทำทางอ่อนเพลีย ขมวดคิ้ว 2 ข้าง บอกรังยังมีอาการเจ็บหน้าอก ประเมินระดับความเจ็บปวด pain scale 7 คะแนน ความดันโลหิต 185/112 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 37.2 องศาเซลเซียส ออกซิเจนในหลอดเลือดดำส่วนปลาย 99 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและปริมาณเลือดฉีดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลงเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจหดตัวไม่ดี ดูแลให้พักผ่อนบนเตียง งดกิจกรรมทุกชนิดให้ออกซิเจนทางจมูก 3 ลิตรต่อนาที ชักประวัติการผ่าตัดและประวัติเลือดออกผิดปกติประวัติแพ้ยาละลายลิ่มเลือดก่อนให้ยาสเตรพโตไคนีส จากการชักประวัติผู้ป่วยบอกไม่เคยมีประวัติเลือดออกง่ายหรือแพ้ยาใดๆ แจ้งผู้ป่วยก่อนการให้ยาและ เริ่มให้ยาสเตรพโตไคนีส 1.5 ล้านยูนิต ผสมในสารละลาย 0.9% NSS 100 มิลลิลิตร ให้ทางหลอดเลือดดำในอัตรา 100

มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เวลา 10.37 น. ติดตามผลการตรวจ CBC ค่าHct 40 เปอร์เซ็นต์(35-52 เปอร์เซ็นต์) Wbc 8.3(5-10\*10<sup>3</sup>/uL) Neutrophils 59 เปอร์เซ็นต์(55-75 เปอร์เซ็นต์) Lymphocyte 27 เปอร์เซ็นต์(20-30 เปอร์เซ็นต์) Monocyte 6 เปอร์เซ็นต์(1-6 เปอร์เซ็นต์) Eosinophil 8 เปอร์เซ็นต์(0-3 เปอร์เซ็นต์) Basophil 0 เปอร์เซ็นต์(0-2 เปอร์เซ็นต์) Platelet count 203\*10<sup>3</sup>/uL (150-500\*10<sup>3</sup>/uL),BUN 17(8-23mg/dl),Cr1.6 (0.7-1.8mg/dl),Electrolyte ค่า Sodium 138 mmol/L(135-145mmol/L),Potassium 4.1 mmol/L (3.5-5.1mmol/L),Chloride 109 mmol/L(100-110mmol/L),Carbon Dioxide 23 mmol/L(22-30mmol/L) CPK 136U/L(30-170U/L),Troponin-T 0.03( 0.03-0.1),INR ผลการตรวจ INR 0.92 ( 0.85-1.1) ประเมินอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดทุก 15 นาทีในชั่วโมงแรกขณะได้ยาละลายลิ่มเลือด และบันทึกสัญญาณชีพหลังได้ยาแล้ว ทุก 30 นาทีเป็นเวลา 1 ชั่วโมง สัญญาณชีพขณะให้ยา ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง135-157 / 74-90 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 60-88 ครั้งต่อนาที ขณะได้ยากลิ้นไฟฟ้าหัวใจมีลักษณะเป็นชนิด Premature Ventricular Contraction 1 คลื่นต่อหน้าจอมอนิเตอร์ หลังจากนั้นบันทึกสัญญาณชีพ และสังเกตอาการต่อทุก 1 ชั่วโมงตลอด 24 ชั่วโมง ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง128-135 / 62-90 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 62-80 ครั้งต่อนาที ยาแอสเตรพโตไคนีสหมดเวลา 11.37 น.ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 ลีด หลังยาแอสเตรพโตไคนีสหมด 1 ชั่วโมง ST ลดต่ำลงลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นปกติ ประเมินอาการเจ็บแน่นหน้าอก ผู้ป่วยบอกยังมีเจ็บหน้าอก pain scale 7 คะแนน ไม่เหนื่อย อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกง่ายเนื่องจากได้รับยาละลายลิ่มเลือด สังเกตและตรวจดูจ้ำเลือดบริเวณผิวหนังหรือเยื่อต่างๆ เช่นเยื่อภายในจมูกปาก เหงือก ไม่พบเลือดออกผิดปกติ แนะนำให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยความระมัดระวังป้องกันเลือดออก ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลกลัวผู้ป่วยเสียชีวิตเนื่องจากอาการเจ็บหน้าอก อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงแผนการรักษา การวินิจฉัยต่างๆ อาการของโรค ลักษณะการเจ็บหน้าอก การปฏิบัติตัว หลังได้ยาละลายลิ่มเลือดความดันโลหิต 135/86 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 68 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดดำส่วนปลาย 99 เปอร์เซ็นต์ ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง ดูแลความสะอาดสบายทั่วไป จำกัดกิจกรรม นอนหลับได้ บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าร่างกาย 2,070 มิลลิลิตร สารน้ำออกจากร่างกาย 1,800 มิลลิลิตร ส่งตรวจ CBC,CPK,ELECTROLYTEในวันถัดไป

วันที่ 6 มิถุนายน พ.ศ.2553 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย สีหน้าสดชื่น บอกไม่มีเจ็บแน่นหน้าอก ไม่มีเหนื่อย ความดันโลหิต 109/56 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 76 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 37.1 องศาเซลเซียส ออกซิเจนในหลอดเลือดดำส่วนปลาย เท่ากับ 99 เปอร์เซ็นต์ ได้รับสารละลาย 0.9% NSS 1000 มิลลิลิตร หยดให้ทางหลอดเลือดดำในอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 ลีด ไม่มี ST ยก มี Q waveในลีด III ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ CPK 1510 U/L (ค่าปกติ 30-170 U/L) CK-MB 50 U/L (ค่าปกติ 1-16 U/L) Potassium 3.3 (ค่าปกติ 3.5-5.1 mmol/L) Wbc



count  $11.8 \times 10^3$  microlit (ค่าปกติ  $5-10 \times 10^3$  microlit) ผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย ดูแลให้รับประทานยา อิเล็กเซอร์โพแทสเซียมคลอไรด์ 30 มิลลิกรัม 2 ครั้งห่างกัน 4 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังติดตามการทำงานของคลื่นไฟฟ้าหัวใจตลอด 24 ชั่วโมงไม่พบคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติให้ยาแคปโตพริว (100 mg.) รับประทาน ¼ เม็ดทุก 8 ชั่วโมง เริ่มให้ยาอินออกซาพาริน 0.6 มิลลิกรัมฉีดเข้าใต้ผิวหนังวันละครั้ง ให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับเหตุผลในการให้ยาและผลข้างเคียงจากยาฉีดอินออกซาพาริน ประเมินอาการเจ็บแน่นหน้าอก ไม่มีเจ็บหน้าอก ไม่เหนื่อย บันทึกลำไส้สารน้ำเข้า 2,700 มิลลิกรัม และน้ำออกจากร่างกาย 3,100 มิลลิกรัม ไม่พบจ้ำเลือดบริเวณผิวหนังหรือเยื่อต่างๆ แนะนำให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยความระมัดระวังเพื่อป้องกันเลือดออก

วันที่ 7 มิถุนายน พ.ศ. 2553 ติดตามเยี่ยม ผู้ป่วยนอนพักบนเตียงสีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้มดี ได้รับออกซิเจนชนิดแคนนูลา 3 ลิตรต่อนาที ผู้ป่วยบอกไม่มีเจ็บแน่นหน้าอก ไม่มีเหนื่อย ความดันโลหิต 115/66 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 70 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในหลอดเลือดดำส่วนปลาย 100 เปอร์เซ็นต์ ติดตามผลการตรวจ ELECTROLYTE พบ Sodium 149, Potassium 4.2, Chloride 117, Carbon Dioxide 23 สามารถช่วยเหลือตัวเอง ทำกิจวัตรประจำวันเล็กน้อยด้วยตัวเองบนเตียงเช่นเช็ดตัว ปัสสาวะได้โดยไม่มีอาการเหนื่อย ไม่มีเจ็บแน่นหน้าอกหลังทำกิจกรรม ไม่มีเลือดออกผิดปกติ รับประทานอาหารได้ดี แพทย์ให้ลดอัตราการไหลของสารละลาย 0.9% NSS เป็น 40 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติขณะญาติเยี่ยมเกี่ยวกับอันตรายที่เกิดจากการสูบบุหรี่ต่อหัวใจและปอด ผู้ป่วยและญาติบอกจะพยายามเลิกสูบบุหรี่เพื่อสุขภาพที่ดีขึ้น

วันที่ 8 มิถุนายน พ.ศ. 2553 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ผู้ป่วยนั่งพักบนเตียงสีหน้าสดชื่น หายใจเองไม่ใช้ออกซิเจน ไม่เหนื่อย ไม่มีเจ็บแน่นหน้าอก ความดันโลหิต 115/66 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 70 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ออกซิเจนในหลอดเลือดดำส่วนปลาย 100 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลุกขึ้น สวมใส่เสื้อผ้า ได้เองข้างเตียง ไม่เหนื่อย ไม่มีเจ็บแน่นหน้าอกหลังทำกิจกรรมได้ให้ความรู้เพิ่มเติมแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะอยู่ที่บ้าน กิจกรรมการออกกำลังกาย ผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจ

วันที่ 9 มิถุนายน พ.ศ. 2553 ติดตามเยี่ยม ผู้ป่วยนั่งพักข้างเตียงสีหน้าสดชื่น ไม่มีเจ็บแน่นหน้าอก สามารถลุกเดินเข้าห้องน้ำปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองไม่มีเหนื่อยแน่น ความดันโลหิต 124/74 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 72 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ออกซิเจนในหลอดเลือดดำส่วนปลาย 98 เปอร์เซ็นต์ พบจุดจ้ำเลือดบริเวณรอบสะดือ 1 จุด ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 0.5 เซนติเมตร ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากการฉีดยา กลุ่มยาต้านการแข็งตัวของเลือด ตรวจดูจ้ำเลือดบริเวณผิวหนังหรือเยื่อต่างๆ เช่น เยื่อภายในจมูก ปาก เหงือกไม่พบเลือดออกผิดปกติ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยความระมัดระวังเพื่อป้องกันเลือดออกง่ายพร้อมทั้งย้ำให้ผู้ผู้ป่วยสังเกตอาการเลือดออกง่ายดังกล่าว

วันที่ 10 มิถุนายน 2553 ติดตามเยี่ยม ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น ไม่มีเจ็บหน้าอก ความดันโลหิต 122/86 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 70 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ออกซิเจนในหลอดเลือดดำส่วนปลาย 98 เปอร์เซ็นต์ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง ไม่มีเหนื่อยแน่น ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 ลีด ไม่มี ST ยก มี Q wave ในลีด III แพทย์ให้ย้ายไปพักต่อที่หอผู้ป่วยสามัญชาย เพื่อให้ยาอินอกซาพารินครบ 7 วันตามแผนการรักษาหลังนอนรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักเป็นเวลา 5 วัน ส่งต่ออาการและรายละเอียดการรักษาแก่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยสามัญชาย

วันที่ 12 มิถุนายน พ.ศ. 2553 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยสามัญชายผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น ไม่มีเจ็บหน้าอก ความดันโลหิต 130/78 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 70 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 37.1 องศาเซลเซียส ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดดำส่วนปลาย 97 เปอร์เซ็นต์ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันนี้ หลังพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยสามัญชาย 2 วัน มีนัดติดตามอาการ 1 สัปดาห์ให้แผ่นพับเกี่ยวกับการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดให้ผู้ป่วยกลับไปอ่านและปฏิบัติตาม หลังติดตามผู้ป่วยรายนี้พบว่าผู้ป่วยมาตรวจติดตามอาการต่อตามนัดไม่มีอาการผิดปกติใดๆ

## 7. ผลสำเร็จของงาน

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 66 ปี มาโรงพยาบาล วันที่ 5 มิถุนายน พ.ศ. 2553 ด้วยอาการ เจ็บแน่นหน้าอกข้างซ้าย หอบเหนื่อย มีอาการ 15 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล หลังจากอมยาได้ลิ้น 3 เม็ดแล้วไม่ดีขึ้น ประวัติเดิมมีเส้นเลือดหัวใจตีบมา 7-8 ปีรักษาไม่ต่อเนื่อง สูบบุหรี่ 4-5 มวนต่อวันประมาณ 10 ปี ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 ลีดแรกพบมี ST ยกสูง (คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ST elevation) ในลีด II, III และ aVF ตรวจหาค่าแอนไซม์จากกล้ามเนื้อหัวใจ ระดับ Troponin-T ค่าเป็น 0.03 แพทย์วินิจฉัยว่ากล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน รับไว้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักเพื่อให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase 1.5 ล้านยูนิต ผสมในสารละลาย 0.9% NSS 100 มิลลิลิตร โดยหยดให้ทางหลอดเลือดดำในอัตรา 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงและดูแลต่อเนื่องอย่างใกล้ชิดในหออภิบาลผู้ป่วยหนักเป็นเวลา 5 วันจนอาการดีขึ้นไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน แพทย์ให้ไปพักฟื้นต่อที่หอผู้ป่วยสามัญชาย 2 วัน และเขียนรายละเอียดในใบส่งตัวให้ผู้ป่วยพบแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องต่อไปจึงทำให้มีผลสัมฤทธิ์

## 8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. เพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. เพิ่มคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการ เพื่อเป็นแนวทางในการนำมาพัฒนาการให้บริการให้ดียิ่งขึ้น

## 9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

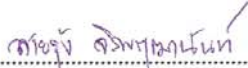
จากกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้พบว่าสาเหตุการเจ็บป่วยเนื่องมาจากผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจ

เรื่อง โรคหัวใจ ไม่เห็นความสำคัญในการรักษา มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ 2-3 มวนต่อวัน การรับประทาน  
อาหารไขมันสูง ผู้ป่วยไม่ควบคุมอาหาร ขาดการออกกำลังกาย

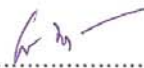
#### 10. ข้อเสนอแนะ


1. ควรจัดให้มีการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มสมรรถนะของบุคลากรทางการแพทย์บาลฟื้นฟูความรู้ เรื่อง  
การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาละลายลิ่มเลือด
2. ควรมีประสานงานการส่งต่อ หน่วยงานอนามัยชุมชนหรือศูนย์บริการสาธารณสุข  
ในพื้นที่รับผิดชอบเพื่อติดตามเยี่ยมและติดตามการตรวจตามนัดของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายทุกราย

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้ดำเนินการ  
ปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

(ลงชื่อ).....   
(นางสายรุ้ง จิรพัฒน์นันท์)  
ผู้ขอรับการประเมิน  
(วันที่)..... 6 ส.ค. 2555

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....   
(นางอุษา บุญรอด)  
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
รักษาการในตำแหน่งหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล  
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี  
(วันที่)..... 6 ส.ค. 2555

(ลงชื่อ).....   
(นายสมชาย จิงมิโชค)  
(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี  
(วันที่)..... 6 ส.ค. 2555

## ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

### ของ นางสาวรุ่ง จิรพุดตานันท์

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ รพว. 158) สังกัดกลุ่มภารกิจการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี สำนักงานแพทย์

เรื่อง จัดทำถุงมือป้องกันผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจ (MIRACLE GLOVE)

#### หลักการและเหตุผล

ปัญหาท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดของผู้ป่วยเกิดได้หลายสาเหตุ เช่น ผู้ป่วยโรคทางสมองที่ไม่ค่อยรู้สึกตัว ผู้ป่วยคืนกระสับกระส่าย ความเจ็บปวดของโรคที่เป็นอยู่หรือปฏิเสธแผนการรักษา หรือบางรายที่พร้อมจะเอาท่อช่วยหายใจออกได้แล้วแต่ยังไม่มีความตั้งใจจากแพทย์ จึงมีความเสี่ยงสูงต่อการดึงท่อช่วยหายใจออกเอง จากสถิติอุบัติการณ์ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจออกเองในโรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี ในปีพ.ศ.2551พบว่าทั้งหมด 46 รายในปีพ.ศ. 2552พบว่าทั้งหมด 38 รายและหออภิบาลผู้ป่วยหนักพบผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจออกเอง จำนวนทั้งหมด 16 ราย และ 18 รายตามลำดับ มีผลกระทบและผลเสียต่อผู้ป่วยได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนต่างๆจากการขาดออกซิเจน ต้องใส่ท่อช่วยหายใจใหม่( Reintubation ) ซึ่งในโรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมีพบผู้ป่วยต้องใส่ท่อช่วยหายใจใหม่ ถึง 50% ผู้ป่วยต้องนอนพักรักษาตัวนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น บทบาทสำคัญของพยาบาลผู้ให้การพยาบาลและดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจคือ การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษาของแพทย์ การที่ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจออกเองทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลตามแผนการรักษาซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและการดูแลรักษาพยาบาลได้ ถือว่าเป็นปัญหาของหน่วยงานที่จะต้องหาแนวทางและอุปกรณ์ในการป้องกันผู้ป่วยดึงท่อ โดยการผูกยึดผู้ป่วยและอุปกรณ์ที่ใช้ผูกยึดผู้ป่วยเป็นลักษณะผ้าผูกยึดข้อมือที่ใช้ในโรงพยาบาลทั่วไปไม่สามารถช่วยแก้ปัญหาการดึงท่อช่วยหายใจออกเองของผู้ป่วยได้ เนื่องจากผู้ป่วยสามารถยกศีรษะหรือหันหน้าไปทิศทางที่มือเป็นอิสระแล้วใช้นิ้วจับท่อช่วยหายใจดึงออกเองได้ และการผูกยึดผู้ป่วยเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ อาจทำให้เกิดการบาดเจ็บและอุบัติเหตุแก่ผู้ป่วยได้ การผูกยึดที่ถูกต้องหรือการมีอุปกรณ์ในการป้องกันและมีแนวปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดอันตรายดังกล่าวได้จากปัญหาที่เกิดขึ้นจึงมีแนวคิดในการสร้างอุปกรณ์ที่ใช้ผูกยึดผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น โดยอาศัยการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดจัดการประเมินผู้ป่วยอย่างถูกต้องและการผูกยึดผู้ป่วยด้วยอุปกรณ์ที่มีประสิทธิภาพ จัดทำเป็นมาตรฐานใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อเป็นการสอดคล้องในการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล จึงได้สร้างนวัตกรรม “MIRACLE GLOVE” ขึ้นมา

## วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจออกเอง
2. เพื่อลดอุบัติเหตุที่สามารถป้องกันได้จากผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจออกเอง
3. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลกับญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วย

## กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

การเลื่อนหลุดของท่อหลอดลมคอโดยไม่ได้อำนาจเป็นปัญหาที่พบบ่อยในหน่วยงานวิกฤติที่ได้รับการช่วยเหลือโดยการใส่ท่อหลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจ การหลุดของท่อหลอดลมคอส่งผลให้ร่างกายและสมองของผู้ป่วยขาดออกซิเจน ทำให้อาการเจ็บป่วยทวีความรุนแรงหรืออาจเสียชีวิต เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ปอดมากขึ้น ความพร้อมในการหยาเครื่องช่วยหายใจล่าช้า ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจของญาติและยังสะท้อนถึงคุณภาพในการรักษาพยาบาลในหน่วยงาน ฉะนั้นเพื่อแก้ไขปัญหาก็ต้องมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด การประเมินผู้ป่วยอย่างถูกต้องและการผูกยึดผู้ป่วยด้วยอุปกรณ์ที่มีประสิทธิภาพอยู่บนพื้นฐานของมาตรฐานของการพยาบาล ยึดความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลักจึงได้เกิดแนวคิดสร้างอุปกรณ์นี้ขึ้นมา

ซึ่งมีขั้นตอนในการดำเนินงานดังนี้

1. ประดิษฐ์ อุปกรณ์ในการผูกยึดผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ เพื่อ ลดอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น
2. ทดลอง จัดหาวัสดุเพื่อจัดทำอุปกรณ์โดยต้องเป็นวัสดุที่หาได้ง่ายมีใช้ในหน่วยงาน ที่สำคัญต้องประหยัดไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย และต้องไม่เกิดอันตรายกับผู้ป่วยอุปกรณ์ที่นำมาประดิษฐ์ ได้แก่ ขวดน้ำกลั่น ขนาด 1000 มิลลิลิตรที่ใช้แล้ว และไม่สัมผัสกับสิ่งคัดหลั่งของผู้ป่วย ผ้า เข็ม ด้าย และอุปกรณ์สำหรับการเจาะรู โดยมีขั้นตอนในการทำดังนี้

- ทำความสะอาดขวดน้ำกลั่น เช็ดให้แห้ง
- เจาะรูรอบๆขวดน้ำกลั่น
- เย็บผ้าให้มีลักษณะเป็นหูรูด มีสายสำหรับการผูกมัดข้อมือ 2 เส้น และสายสำหรับผูกกับข้าง

เพียงอีก 2 เส้น

- นำผ้าที่เย็บเสร็จเย็บต่อเข้ากับขวดน้ำกลั่นที่เตรียมไว้ ดังภาพ



4. ประชุมชี้แจงบุคลากรในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ในการเริ่มทดลองใช้อุปกรณ์ป้องกันผู้ป่วยดิ่งต่อช่วยหายใจให้รับทราบ และปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน
  5. ทดลองใช้อุปกรณ์กับผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยแจ้งเหตุผลในการใช้ อุปกรณ์แก่ผู้ป่วยและญาติทุกครั้ง
  6. สังเกตและบันทึกอาการแทรกซ้อน จากการใช้อุปกรณ์เช่นการเกิดแผลกดทับ
- ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ
- ผู้ป่วยไม่ดิ่งต่อช่วยหายใจ

**ตัวชี้วัดความสำเร็จ**

อุบัติการณ์ต่อช่วยหายใจเดือนลดลงจากการดิ่งของผู้ป่วยลดลงจากเดิม 80 %

ลงชื่อ..... กัญจน์ กิรพฤษภานันท์.....  
(นางสายรุ้ง กิรพฤษภานันท์)  
ผู้ขอรับการประเมิน  
/ 6 ส.ค. 2555