

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล  
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาชีพเฉพาะ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา  
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST segment ยกสูง  
(ST elevation acute myocardial infarction)
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น  
เรื่อง การพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โดยการ  
นิเทศ การพยาบาล

เสนอโดย

นางชมพูนุช คงจันทร์

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ รพจ. 235)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

ผู้อำนวยการแพทย์

## ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. **ชื่อผลงาน** การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST segment ยกสูง (ST –elevation acute myocardial infarction)
2. **ระยะเวลาที่ดำเนินการ** 8 วัน ( ตั้งแต่วันที่ 15 มกราคม พ.ศ. 2552 ถึง วันที่22 มกราคม พ.ศ. 2552 )
3. **ความรู้ทางวิชาการ หรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ**

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST –elevation acute myocardial infarction เกิดจากการอุดตันอย่างเฉียบพลันของหลอดเลือดโคโรนารีอย่างรุนแรงและมีลิ้มเลือดจำนวนมาก ทำให้มีการอุดตันอย่างสมบูรณ์และถาวร มีผลให้เกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจอย่างรุนแรง (วิจิตรา กุสุมภ์, 2546 : 204)

### กายวิภาคและสรีรวิทยาของหัวใจและหลอดเลือด

หัวใจเป็นอวัยวะที่สำคัญ ทำหน้าที่สูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกาย มีขนาดเท่ากำปั้น ลักษณะเป็นก้อนกล้ามเนื้อที่มีโพรงอยู่ข้างใน ตั้งอยู่ในช่องอกระหว่างปอด 2 ข้าง เหนือกะบังลมหัวใจ แบ่งเป็นห้อง 4 ห้อง คือห้องบน 2 ห้อง ได้แก่ เอเทรียม (atrium) ซ้ายและขวา และห้องล่าง 2 ห้อง ได้แก่ เวนทริเคิล (ventricle) ซ้ายและขวา ภายในหัวใจมีลิ้นหัวใจ (valve) เพื่อบังคับการไหลของเลือดไปในทิศทางเดียวกัน ผนังของหัวใจแบ่งออกเป็น 3 ชั้น ชั้นแรกเป็นชั้นของเยื่อหุ้มหัวใจ (pericardium) ชั้นกลางหนามากเป็นชั้นของกล้ามเนื้อหัวใจ (myocardium) ซึ่งประกอบด้วยใยกล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่หดตัว ไวต่อการนำไฟฟ้าและสามารถสร้างคลื่นไฟฟ้า ส่วนชั้นในเป็นเยื่อบุกล้ามเนื้อหัวใจ (endocardium) หัวใจได้รับเลือดมาเลี้ยงจากหลอดเลือดโคโรนารีขวาและซ้าย หลอดเลือดโคโรนารีด้านขวา นำเลือดไปเลี้ยงหัวใจห้องบนและห้องล่างขวา ส่วนหลอดเลือดโคโรนารีด้านซ้ายแยกเป็น 2 เส้นคือ left coronary descending จะนำเลือดไปเลี้ยงผนังด้านหน้าของหัวใจห้องล่างซ้าย และผนังกึ่งหัวใจห้องล่างซ้ายและขวา ตลอดจนปลายยอดด้านข้างของหัวใจห้องล่างซ้าย และ left circumflex artery จะนำเลือดไปเลี้ยงหัวใจห้องบนซ้าย ด้านขวาและด้านหลังของหัวใจห้องล่างซ้าย

ในทางกายวิภาคหัวใจมี 4 ห้อง แต่ในทางสรีรวิทยาด้านการนำไฟฟ้า หัวใจประกอบด้วยห้องทางไฟฟ้าเพียง 2 ห้องเท่านั้น คือ หัวใจห้องบนและห้องล่าง เมื่อกล้ามเนื้อหัวใจถูกกระตุ้นด้วยกระบวนการทางไฟฟ้า จะเกิดการหดตัวและคลายตัวสลับกันอย่างสม่ำเสมอและเป็นไปอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา เมื่อกล้ามเนื้อหัวใจถูกกระตุ้น และหัวใจบีบตัว 1 ครั้ง จะเกิดคลื่นหัวใจ 1 คลื่น ประกอบด้วย คลื่น P คือ คลื่นที่เกิดจากการบีบตัวของหัวใจห้องบน ตามด้วย QRS complex คือคลื่นที่เกิดจากการบีบตัวของหัวใจห้องล่าง และคลื่น T คลื่นที่เกิดจากระยะพักของหัวใจห้องล่าง หลังคลื่น QRS complex จะมีส่วนพักระยะสั้นเรียกว่า ST segment ซึ่งอยู่ในแนวราบระดับเดียวกับเส้นพื้นฐานของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และเมื่อหัวใจถูกกระตุ้นครั้งต่อไปก็จะเกิดคลื่นไฟฟ้าขึ้นอีกเช่นเดิม

## พยาธิสรีรวิทยา

เมื่อเกิดการขัดข้องของการไหลเวียนโลหิตของหลอดเลือดโคโรนารีด้วยสาเหตุใดก็ตามที่ทำให้โลหิตและออกซิเจนไม่สามารถเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ตามปกติ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงที่เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจเป็น 3 แบบ ดังนี้

ระยะที่ 1 เซลล์เริ่มขาดโลหิต (ischemia) ยังไม่มีการตายของเซลล์ หัวใจทำงานได้ปกติ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบคลื่นที่หัวกลับ (symmetrically inverted T wave)

ระยะที่ 2 เซลล์บาดเจ็บ (injury) เซลล์เริ่มขาดเลือด ถ้าได้รับการรักษามีการไหลเวียนอย่างเพียงพอเซลล์จะไม่ตาย ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบคลื่น เอส ทียกขึ้น (ST segment elevation)

ระยะที่ 3 เซลล์ตาย (infarction) ทำให้เกิดแผลที่กล้ามเนื้อหัวใจ การหดตัวของหัวใจลดลง ทำให้ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบคลื่น คิว หรือคลื่น คิวเอส (QS wave)

## สาเหตุ

เกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ ส่วนใหญ่เกิดจากหลอดเลือดโคโรนารีตีบแข็งทำให้หลอดเลือดหนาตัว ตีบแคบ เกิดการไหลเวียนของเลือดช้าลง ทำให้เกิดลิ่มเลือดเกาะติดผนังด้านในหลอดเลือดโคโรนารี โดยมีปัจจัยที่ส่งเสริมได้แก่ ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง สูบบุหรี่ มีไขมันในเลือดสูง อ้วน เป็นเบาหวานและ ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

## อาการและอาการแสดง

จะมีอาการเจ็บหน้าอก หายใจไม่สะดวก อาจมีอาการเจ็บร้าวไปที่ไหล่ซ้าย คอ ขากรรไกร แขน หรือบริเวณอื่นๆของหน้าอก ในรายที่เจ็บรุนแรงจะเจ็บร้าวไปที่ไหล่ขวาและแขนขวา และมีอาการร่วมอื่นได้แก่ ใจสั่น เวียนศีรษะ หน้ามืดจะเป็นลม คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย เหงื่อออกมาก หัวใจเต้นเร็ว ผิวหนังเย็นชื้น มีไข้ โดยมีปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการ เช่น หลังออกกำลังกายหนัก ๆ เครียด สูบบุหรี่ ความเย็น หรือหลังรับประทานอาหารอ้วนใหม่ๆ

## อาการแทรกซ้อนของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ภาวะแทรกซ้อนพบบ่อยได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะช็อกจากความผิดปกติหัวใจ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ ลิ่มเลือดหลุดเข้าไปอยู่ในเลือดที่ไหลเวียน การฉีกขาดของกล้ามเนื้อหัวใจ และผนังของหัวใจห้องล่างโป่งพอง

## การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคหัวใจขาดเลือดและมีกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

1. ประวัติการเจ็บแน่นหน้าอกที่จำเพาะ (typical angina) คือมีอาการเจ็บแน่นบริเวณกึ่งกลางหน้าอกและใต้กระดูกหน้าอก ส่วนใหญ่ให้ประวัติว่าจุก ๆ แน่น ๆ
2. การตรวจร่างกาย ระบบหัวใจและหลอดเลือด มีอาการหายใจตื้น เร็วหายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ หรือฟังเสียงหัวใจผิดปกติ เช่น เสียงฟู่ หรืออัตราของชีพจรเร็ว หรือช้ากว่าปกติ
3. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiogram ECG หรือ EKG)

4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ โทรโปนิน ที (troponin T) เป็นเอนไซม์ที่มีความจำเพาะสำหรับเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจตาย ตรวจพบในซีรัมภายใน 3 ชั่วโมง จะสูงที่สุดที่ 8-10 ชั่วโมงหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย และ ครีอะตินิน ไคเนส ไมโอโกลบิน (CK - MB) คือเอนไซม์ที่พบเฉพาะในเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจเท่านั้น จะเริ่มสูงกว่าค่าปกติเมื่อเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายไป 4-8 ชั่วโมง จะพบสูงสุดภายใน 24 ชั่วโมง

5. การตรวจภาพรังสีหัวใจ (chest X - ray หรือ CXR )

6. การสวนหัวใจและการถ่ายภาพรังสีหลอดเลือดโคโรนารี

#### การรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST segment ยกสูง

หลักการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST segment ยกสูง ที่สำคัญได้แก่การเปิดหลอดเลือดหัวใจที่อุดตันให้เร็วที่สุด เพราะการเปิดหลอดเลือดหัวใจได้เร็วมีความสัมพันธ์กับอัตราการรอดชีวิตโดยตรง ในปัจจุบันมี 2 วิธีได้แก่ การรักษาโดยการใส่ยา และการรักษาทางศัลยกรรม

##### การรักษาโดยการใช้ยา

1. การใช้ยาละลายลิ่มเลือด ( thrombolytic agents ) สามารถลดอัตราการตายของผู้ป่วยได้ถึงร้อยละ 30 โดยยาจะออกฤทธิ์เพิ่มการสลายของไฟบรินตามธรรมชาติ ช่วยลดขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจตาย ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ สเตรปโตไคเนส (streptokinase), ยูโรไคเนส ( urokinase)

2. ยาไนเตรท(nitrate) เป็นยาขยายหลอดเลือดที่ช่วยลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ

3. ยาต้านการแข็งตัวของโลหิต (anticoagulant) จะช่วยลดการขยายขนาดของลิ่มเลือด

4. ยาต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet) ได้แก่ ยาแอสไพริน เป็นยาช่วยลดการอุดตันในหลอดเลือด

5. ยากลุ่มยาปิดกั้นเบต้า อะดรีเนอร์จิก (beta – adrenergic blocking agent) ยาจะไปยับยั้งการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ การหดตัวของหัวใจ และเมตาบอลิซึมลดลง

6. ยากลุ่ม angiotensin converting enzyme inhibitors หรือ ACE – inhibitors

##### การรักษาทางศัลยกรรม

1. การถ่างขยายหลอดเลือดโคโรนารี ( percutaneous transluminal coronary angioplasty : PTCA ) ด้วยการใส่บอลูนเข้าไปสู่ตำแหน่งหลอดเลือดโคโรนารีที่มีรอยตีบแคบ แล้วอัดแรงดันให้ลูกโป่งบอลูนยืดยาวออก อัดลิ่มเลือดและคราบไขมันให้แฟบ หรือการฝังโครงตาข่ายสะเต็นท์ขยายหลอดเลือดโคโรนารี (coronary stent )

2. การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจใหม่ ( coronary artery bypass graft : CABG) มักทำในรายที่มีการตีบตันของหลอดเลือดโคโรนารีทั้ง 3 เส้น หรือมีการตีบที่หลอดเลือดโคโรนารีด้านซ้าย

##### การพยาบาล

1. จัดระบบการบริการที่เน้นการลดระยะเวลาของระบบคัดกรอง และเพิ่มความรวดเร็วในการวินิจฉัย คัดกรองแยกผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 ตำแหน่ง ติดเครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ ประเมินและบันทึกลักษณะการเจ็บหน้าอก ตำแหน่งที่เจ็บและเจ็บ

ร้าว ระยะเวลาที่เจ็บ ปวดหรือสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เจ็บ และอาการอื่น ๆ ร่วมด้วยขณะเจ็บหน้าอก รวมทั้ง ประเมินข้อบ่งชี้และข้อห้ามในการได้ยาละลายลิ่มเลือด และระดับความรู้สึกรู้ตัวของผู้ป่วย

2. ใช้แผนการรักษาเบื้องต้น (MONA) เพื่อบรรเทาอาการปวด และลดการเกิดลิ่มเลือดเพิ่มขึ้น รวมทั้งลดปริมาณเลือดที่เข้าสู่หัวใจ (preload) โดยให้ได้รับยามอร์ฟีน (morphine) ทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา ให้ออกซิเจนทางจมูก 4 – 6 ลิตรต่อนาที ให้อายากลุ่มไนเตรท (nitrates) ชนิดอมใต้ลิ้น ให้อาอสไพริน เคียวและกลืนทันที เปิดหลอดเลือดดำพร้อมให้อา และสารน้ำ ส่งเลือดตรวจโลหิตวิทยา เคมีคลินิก ระดับเอนไซม์ของกล้ามเนื้อหัวใจ ตามแผนการรักษา

3. ลดและยับยั้งขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยดูแลผู้ป่วยให้ได้รับยาละลายลิ่มเลือดอย่างรวดเร็วตามแผนการรักษา และประเมินผลข้างเคียงจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือดอย่างใกล้ชิด รวมทั้ง สังเกตอาการแพ้ยา ได้แก่ มีผื่นแดง บวมบริเวณหน้า ลิ้น การหายใจลำบาก ความดันโลหิตลดลง

4. ช่วยลดการทำงานของหัวใจ และส่งเสริมการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจโดยให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียงให้ศีรษะสูงอย่างน้อย งคทำกิจกรรมต่าง ๆ ดูแลให้ออกซิเจนทางจมูก ดูแลให้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ ดูแลให้รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย และจำกัดเกลือ ป้องกันภาวะท้องผูก

5. เฝ้าระวัง สังเกต และจัดการแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากความก้าวหน้าที่รวดเร็วของโรคและแผนการรักษาได้แก่ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ โดยตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ประเมินความดันโลหิต ซีพจร อัตราการหายใจ เทรียมยาและอุปกรณ์ช่วยชีวิตไว้ข้างเตียงให้พร้อม เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันต่อเหตุการณ์

6. ประเมินอาการพร้อมออกซิเจน เนื่องจากสูญเสียสมรรถภาพในการบีบตัว ทำให้เกิดภาวะช็อกจากหัวใจ ได้แก่ ผิวหนังเย็นชื้น เหงื่อออก ซึม ปัสสาวะน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ความดันโลหิตต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอทนาน 1 ชั่วโมง เสียงจังหวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ เหนื่อย หายใจเร็ว เป็นต้น และบันทึกจำนวนสารน้ำที่ได้รับและจำนวนปัสสาวะทุก 8 ชั่วโมง รายงานแพทย์หากมีอาการผิดปกติ

7. ลดและบรรเทาความเครียด ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยอย่างรุนแรงและเจ็บปวด ต้องเผชิญกับความรู้สึกไม่สุขสบาย เจ็บปวดจากพยาธิสภาพของโรคและแผนการรักษา รวมทั้งต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ตนเองไม่คุ้นเคย ทำให้เกิดความวิตกกังวล ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเผชิญความเครียดที่เหมาะสม จึงเป็นสิ่งจำเป็น สามารถกระทำได้โดยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยด้วยท่าทีที่เป็นมิตร รับฟังและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลที่ตนจะได้รับ รวมทั้งสิ่งที่วิตกกังวล เคารพในความเป็นบุคคล ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง

8. แนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ

#### 4.สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST segment ยกสูง เป็นภาวะที่สำคัญมากในโรคของระบบหัวใจและหลอดเลือดเนื่องจากเป็นภาวะที่พบได้บ่อย และมีอัตราการตายสูงมาก หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและทันท่วงที เมื่อเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหน้าอก นอกจากนี้อาจมีอาการ

อื่นร่วมด้วย ได้แก่ คลื่นไส้ ใจสั่น ปวดบวม น้ำ หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดจังหวะ เป็นต้น การได้รับการวินิจฉัย และการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องและรวดเร็ว จะช่วยลดความรุนแรงของโรค ลดระยะเวลาในการรักษาและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลงได้

#### ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาความรู้ทางด้านวิชาการ และกรอบแนวคิดจากตำราวิชาการ เอกสาร วารสาร งานวิจัย รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย จากผู้ป่วย ญาติ แพทย์ที่ทำการรักษา พยาบาลประจำตึกอายุรกรรมหญิง และเวชระเบียนผู้ป่วย

2. เลือกกรณีศึกษา จากหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โดยกรณีศึกษาเป็นหญิงไทยอายุ 42 ปี เลขที่ภายนอก 1904-52 เลขที่ภายใน 959/52 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ 15 มกราคม 2552 ด้วยอาการเจ็บและแน่นหน้าอก ร้าวไปที่คอและไหล่ซ้าย แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด ST segment ยกสูง (ST elevation acute myocardial infarction) ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด ยาขยายหลอดเลือด ยาป้องกันการเกิดลิ่มเลือด ยาเพิ่มแรงบีบตัวของหัวใจ และยาลดไขมันในเลือด ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ การตรวจโลหิต การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และการติดตามการทำงานของหัวใจ ในด้านการพยาบาลผู้ป่วยได้รับการสังเกตและบันทึกสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว อาการเจ็บหน้าอก อาการเหนื่อย หายใจลำบาก ดูแลให้พักผ่อนและให้ออกซิเจน เพื่อลดการทำงานของหัวใจ ได้ให้การพยาบาล และปฏิบัติตามแนวทางการรักษาของแพทย์ จนผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น และแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ ในวันที่ 22 มกราคม 2552 รวมระยะเวลาในการรักษาพยาบาลใน เป็นเวลา 8 วัน ได้เยี่ยมเพื่อติดตามอาการของผู้ป่วยรวม 7 ครั้ง พบปัญหา รวม 9 ปัญหา ได้ให้การพยาบาลจนปัญหาเหล่านั้นได้รับการแก้ไขหมดไป

2. นำข้อมูลทั้งหมดมารวบรวมและเรียบเรียงจัดทำเป็นผลงานวิชาการ ตรวจสอบความถูกต้อง แล้วจัดพิมพ์ และนำเสนอตามลำดับ

5. ผู้ร่วมดำเนินการ ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการเองทั้งหมดร้อยละ 100 โดยดำเนินการดังนี้

#### กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 42 ปี อาชีพรับจ้าง เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 15 มกราคม 2552 เวลา 15.10 น. เลขที่ภายนอก 1904-52 เลขที่ภายใน 959/52 มาด้วยอาการเจ็บและแน่นหน้าอก ร้าวไปที่คอและไหล่ซ้าย เหงื่อออกมากขณะทำงานผสมปูน จากการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiogram : EKG) พบว่ามี ST-elevation ที่ lead II,III,AVF และ biphasic wave ที่ lead I,AVL และ VL, no R-wave แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST segment ยกสูง (ST elevation acute myocardial infarction) ให้ออกซิเจนสูดดมทางจมูก 5 ลิตรต่อนาที ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 0.9% NSS ขนาด 1,000 มิลลิลิตร หยดในอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้ยาไอซอร์คิลขนาด 5 มิลลิกรัม รับประทาน 1 เม็ด แอสไพรินขนาด 5 มิลลิกรัม เคี้ยวและกลืนทันที 1 เม็ด รับประทานยา plavix ขนาด 75

มิลลิกรัม 4 เม็ด และรับไว้รักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง แกรับที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการเจ็บหน้าอก อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/64 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 100-110 ครั้งต่อนาที คลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST segment ยกตัวสูงขึ้น ตรวจวัดค่าความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดจากปลายนิ้ววัดได้ 90เปอร์เซ็นต์ แพทย์มีคำสั่งการรักษาให้ยา morphine 3 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำซ้ำๆ ให้ยา streptokinase 1.5 ล้านยูนิต ผสมในสารละลาย 0.9%NSS 100 มิลลิลิตร หยดเข้าทางหลอดเลือดดำใน 1 ชั่วโมง โดยให้ยา CPM 1 แอมพูล และยาHydrocortisol 100 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ หลังได้รับยา streptokinase 15 นาที ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจเต้นช้าผิดปกติ อัตราการเต้นของชีพจร 38-58 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 58/40 มิลลิเมตรปรอท แพทย์จึงมีคำสั่งการรักษาให้ฉีดยา atropine 2 แอมพูล ทางหลอดเลือดดำ และเพิ่มระยะเวลาในการให้ยา streptokinase เป็น 1 ชั่วโมง 30 นาที หลังให้ยา atropine พบอัตราการเต้นของชีพจรเพิ่มขึ้นเป็น 70-112 ครั้งต่อนาทีไม่สม่ำเสมอ ความดันโลหิตวัดได้ 90-125/55-67 มิลลิเมตรปรอท

16 มกราคม 2552 เวลา ผู้ป่วยนอนพักอยู่บนเตียง รู้สึกตัวดี ได้รับออกซิเจนสูดดมทางจมูก 5 ลิตรต่อนาที ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบอัตราการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ 80-90 ครั้งต่อนาที ST segment ลดต่ำลงจากระดับเดิม อุณหภูมิร่างกาย 37.2 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 78/52 มิลลิเมตรปรอท ความเข้มข้นของออกซิเจนจากปลายนิ้ววัดได้ 98 เปอร์เซ็นต์ แพทย์มีคำสั่งการรักษาให้สารละลาย 0.9%NSS รวม 400 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำเร็วๆ แต่ยังคงพบว่าความดันโลหิตยังต่ำวัดได้ 90/50 มิลลิเมตรปรอท ให้ยา dopamine 250 มิลลิกรัมผสมในสารละลาย 0.9%NSS 100 มิลลิลิตร หยดเข้าทางหลอดเลือดดำโดยเริ่มที่ 5 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้ถ่ายภาพรังสีทรวงอกซ้ำ ผลการเจาะ trop-T เมื่อวันที่ 16 มกราคม 2552 เวลา 21.30 น. ผล positive มากกว่า 2U/L

17 มกราคม 2550 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี นอนพักอยู่บนเตียง ทำทางอ่อนเพลีย ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก หายใจสม่ำเสมอ อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 84 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 111/67 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดจากปลายนิ้ววัดได้ร้อยละ 97 ยังได้รับยา dopamine 250 มิลลิกรัม หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ sinus rhythm, normal EKG ST- segment ลดลงจนอยู่ในระดับปกติ

18 มกราคม 2552 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี นั่งอยู่บนเก้าอี้ข้างเตียง สีหน้าไม่ค่อยสดชื่น บ่นว่าท้องอืด ไม่ถ่ายอุจจาระ 3 วัน ไม่เหน็ดเหนื่อย ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจสม่ำเสมอ อุณหภูมิร่างกาย 37.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 78 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 126/70 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดจากปลายนิ้ววัดได้ 98 เปอร์เซ็นต์

19 มกราคม 2552 ผู้ป่วยนั่งอยู่บนเตียง รู้สึกตัวดี กำลังคุยกับผู้ป่วยข้างเตียงเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนไม่เหน็ดเหนื่อย ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก วัดอุณหภูมิร่างกายได้ 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 78 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 119/69 มิลลิเมตรปรอท

20 มกราคม 2552 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สีหน้าสดชื่น ผู้ป่วยและญาติกำลังคุยกันเรื่องการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน อุณหภูมิร่างกาย 36 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 123/76 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีคำสั่งการรักษาเพิ่มเติม

22 มกราคม 2552 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีสีหน้าสดชื่น ช่วยเหลือตนเองได้ดี หายใจไม่มีอาการหอบเหนื่อย ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 107/62 มิลลิเมตรปรอท แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ โดยให้ยากลับไปรับประทานคือ ASA gr V ครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า, Clopidogrel (75mg) ครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า, Senokot ครั้งละ 2 เม็ด ก่อนนอน, Isordil (5mg) อมใต้ลิ้นครั้งละ 1 เม็ด เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก, Omeprazole (20mg) ครั้งละ 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้า, Ativan (1mg) ครั้งละ 1 เม็ด ก่อนนอน และนัดมาตรวจที่ห้องตรวจอายุรกรรม ในวันที่ 30 มกราคม 2552 เพื่อติดตามผลการรักษา ขณะผู้ป่วยอยู่ในความดูแลพบปัญหาการพยาบาลดังนี้

**ปัญหาที่ 1** ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง

**จุดประสงค์ของการพยาบาล** ผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก

**กิจกรรมการพยาบาล** ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพของผู้ป่วย ประเมินและบันทึกลักษณะอาการแน่นหน้าอก ให้ออกซิเจนสูดดมทางจมูก ให้ออกซิเจนเพียงพอโดยจัดสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศที่เหมาะสม และงดการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ

**การประเมินผล** ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขให้หมดไปในการเยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 17 มกราคม 2552

**ปัญหาที่ 2** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจากการขาดเลือด

**จุดประสงค์ของการพยาบาล** ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

**กิจกรรมการพยาบาล** สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ อ่อนเพลีย เหนื่อยหอบ หายใจลำบาก ใจสั่น หน้ามืดคล้ายจะเป็นลม มือเท้าเย็น เหงื่อออก การรับรู้ลดลง ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพ ฟังเสียงปอดและหัวใจ ให้ออกซิเจนสูดดมทางสายยางจมูก ติดตามการทำงานของหัวใจ ดูแลให้ผู้ปวยนอนพัก และจำกัดกิจกรรมของผู้ป่วย

**การประเมินผล** ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขให้หมดไปในการเยี่ยมครั้งที่ 4 เมื่อวันที่ 18 มกราคม 2552

**ปัญหาที่ 3** ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง

**จุดประสงค์ของการพยาบาล** ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกายเพียงพอ

**กิจกรรมการพยาบาล** ให้ออกซิเจนสูดดมทางจมูก สังเกตอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่เกิดจากร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว เหงื่อออก ปลายมือปลายเท้าเย็น ตรวจวัดสัญญาณชีพและค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดจากปลายนิ้ว ดูแลให้ผู้ปวยพักผ่อนและจำกัดกิจกรรมเพื่อลดการใช้ออกซิเจนของร่างกาย

**การประเมินผล** ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขให้หมดไปในการเยี่ยมครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ 16 มกราคม 2552



**ปัญหาที่ 4 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนและฤทธิ์ข้างเคียงของยาละลายลิ่มเลือด**

**จุดประสงค์ของการพยาบาล** ไม่เกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนและฤทธิ์ข้างเคียงของยาละลายลิ่มเลือด

**กิจกรรมการพยาบาล** วัตถุประสงค์และสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ ป้องกันการเกิดเลือดออกโดยการจำกัดกิจกรรมเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ดูแลให้ได้ยาละลายลิ่มเลือดอย่างรวดเร็ว และถูกต้องตามแผนการรักษา

**การประเมินผล** ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขให้หมดไปในการเยี่ยมครั้งที่ 3 เมื่อวันที่ 17 มกราคม 2552

**ปัญหาที่ 5 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บหน้าอก และการรักษาพยาบาล**

**จุดประสงค์ของการพยาบาล** ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล

**กิจกรรมการพยาบาล** อธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบถึงการดำเนินของโรค วิธีการรักษา ตลอดจนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการปฏิบัติตนของผู้ป่วย เพื่อลดความวิตกกังวล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ซักถามเกี่ยวกับข้อสงสัยต่างๆ

**การประเมินผล** ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขให้หมดไปในการเยี่ยมครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ 16 มกราคม 2552

**ปัญหาที่ 6 ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ เนื่องจากถูกจำกัดกิจกรรม**

**จุดประสงค์ของการพยาบาล** ผู้ป่วยสามารถปรับตัวในการปฏิบัติกิจกรรมที่จำกัดได้อย่างถูกต้อง

**กิจกรรมการพยาบาล** อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสำคัญของการที่ต้องนอนพักบนเตียง งดทำกิจกรรมต่างๆ ภายใน 24-48 ชั่วโมงแรก เพื่อให้ร่างกายได้พักผ่อนเต็มที่ กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดและออกซิเจนมาเลี้ยงเพียงพอ ทำให้ไม่เกิดอาการเจ็บหน้าอก

**การประเมินผล** ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขให้หมดไปในการเยี่ยมครั้งที่ 4 เมื่อวันที่ 18 มกราคม 2552

**ปัญหาที่ 7 ผู้ป่วยท้องผูกเนื่องจากนอนอยู่บนเตียงนานและถูกจำกัดกิจกรรม**

**จุดประสงค์ของการพยาบาล** ผู้ป่วยไม่มีอาการท้องผูก

**กิจกรรมการพยาบาล** อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความจำเป็นที่ต้องให้ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระบนเตียง แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีกากใย ทำให้ขับถ่ายได้ง่าย เพื่อลดการทำงานของหัวใจ ดูแลให้ผู้ผู้ป่วยดื่มน้ำตามความเหมาะสมกับสภาพร่างกาย ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีการขับถ่ายอุจจาระได้ตามปกติ

**การประเมินผล** ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขให้หมดไปในการเยี่ยมครั้งที่ 5 เมื่อวันที่ 19 มกราคม 2552

**ปัญหาที่ 8 ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียเนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย**

**จุดประสงค์ของการพยาบาล** ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ อาการอ่อนเพลียลดลง

**กิจกรรมการพยาบาล** ดูแลให้รับประทานอาหารให้เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย สภาพของโรค และอาการของผู้ป่วย อธิบายให้ทราบถึงความจำเป็นในการที่ต้องรับประทานอาหารรสจืด นอกจากนี้ควรงด ชา กาแฟ เนื่องจากมีผลทำให้เกิดอาการท้องผูก

**การประเมินผล** ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขให้หมดไปในการเยี่ยมครั้งที่ 5 เมื่อวันที่ 19 มกราคม 2552

## ปัญหาที่ 9 ผู้ป่วยขาดความรู้ความมั่นใจในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

**จุดประสงค์ของการพยาบาล** ผู้ป่วยมีความรู้ความมั่นใจในการดูแลตนเองเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

**กิจกรรมการพยาบาล** อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรค ปัจจัยเสี่ยง อาการ การรักษาและการปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ในเรื่องของการพักผ่อน การออกกำลังกาย อาหาร การขับถ่าย การทำงาน การควบคุมโรคที่เกี่ยวข้อง และหลีกเลี่ยงความเครียด

**การประเมินผล** ปัญหาได้รับการแก้ไขให้หมดไปในการเยี่ยมครั้งที่ 6 เมื่อวันที่ 20 มกราคม 2552

### 7. ผลสำเร็จของงาน

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 42 ปี อาชีพรับจ้าง เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 15 มกราคม 2552 เวลา 15.10 น. เลขที่ภายนอก 1904-52 เลขที่ภายใน 959/52 มาด้วยอาการเจ็บและแน่นหน้าอกกร้าวไปที่คอและไหล่ซ้าย เหงื่อออกมากขณะทำงานผสมปูน จากการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiogram : EKG) พบว่ามี ST-elevation ที่ lead II,III,AVF และ biphasic wave ที่ lead I,AVL และ VL, no R-wave แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST segment ยกสูง (ST elevation acute myocardial infarction)

ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด ยาขยายหลอดเลือด ยาป้องกันการเกิดลิ่มเลือด ยาเพิ่มแรงบีบตัวของหัวใจ และยาลดไขมันในเลือด ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ด้านการพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการสังเกตและบันทึกสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว อาการเจ็บหน้าอก อาการเหนื่อย หายใจลำบาก ดูแลให้พักผ่อนและให้ออกซิเจน เพื่อลดการทำงานของหัวใจ ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา สังเกตและให้การแก้ไขเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ ตลอดจนลดความวิตกกังวลของญาติและผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและการรักษาพยาบาล หลังได้รับการรักษาผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจซ้ำไม่พบภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มขึ้นจากรอยโรคเดิม ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมและออกกำลังกายได้ตามปกติโดยไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ 22 มกราคม 2552 หลังเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลา 8 วัน จึงมีผลสัมฤทธิ์

### 8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST segment ยกสูง
2. พัฒนาคุณภาพการพยาบาลและทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST segment ยกสูง
3. ผู้ศึกษาได้พัฒนาความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST segment ยกสูง

### 9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

1. ผู้ป่วยและญาติมีภูมิลำเนาเดิมอยู่ต่างจังหวัด มีความเชื่อในเรื่องของไสยศาสตร์ ทำให้ต้องใช้เวลาในการอธิบายและทำความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการรักษาให้ญาติและครอบครัวได้เข้าใจ

2. เนื่องจากปัจจุบันหอผู้ป่วยสามัญ ยังไม่สามารถจำกัดเวลาเยี่ยมผู้ป่วยได้อย่างเคร่งครัดเช่นเดียวกับหอผู้ป่วยวิกฤต ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถพักผ่อนได้อย่างเพียงพอ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่ออาการป่วย จึงควรจัดให้มีสถานที่เฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจ เพื่อสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยสถานที่ควรมีความสงบ และอยู่ในความดูแลของพยาบาลอย่างใกล้ชิด

**10. ข้อเสนอแนะ**

1. บุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วย ควรมีความรู้ ทักษะในการพยาบาลผู้ป่วย ควรมีการอบรมและ ฝึกงาน ในด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วย และมีความชำนาญในการใช้เครื่องมือพิเศษต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการรักษาพยาบาล

2 .ควรมีการส่งต่อข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยไปยังศูนย์บริการสาธารณสุขใกล้บ้าน เพื่อให้พยาบาลชุมชนไปเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินอาการ และให้คำแนะนำในการดูแลตนเองในเรื่องอาหารและยา เป็นต้น ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ .....

(นางชมพูนุช คงจันทร์)

ผู้ขอรับการประเมิน

...../...../.....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ .....

( นางสุภาณี นาควิเชียร )

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

...../...../.....

ลงชื่อ .....

( นายประพาศน์ รัชตะสัมฤทธิ์ )

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

...../...../.....

หมายเหตุ - ผู้บังคับบัญชาที่ควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของผู้รับการประเมินโดยตรง ได้เสียชีวิตตั้งแต่วันที่ 26 กรกฎาคม 2553

- ผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป 1 ระดับ ในช่วงเวลาดังตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2550 ถึงวันที่ 4 พฤศจิกายน 2550 คือ นายสรวิทย์ สนธิแก้ว ได้รับการแต่งตั้งเป็นผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์

- ผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป 1 ระดับในช่วงเวลาดังตั้งแต่วันที่ 5 พฤศจิกายน 2550 ถึงวันที่ 10 พฤศจิกายน 2552 คือ นายสุรินทร์ ภูเจริญประสิทธิ์ ได้รับการแต่งตั้งเป็นรองผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์