

## ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 4 เดือน (เมษายน – สิงหาคม 2549)

3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute myocardial infarction) หมายถึงภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นเวลานาน จนเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นได้รับความเสียหายจากการขาดออกซิเจนถึงขั้นไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ และอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่างๆหรือจบลงด้วยการเสียชีวิต

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เกิดจากภาวะที่เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงเป็นเวลานาน จากการเกิดการอุดตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารี ทำให้ขบวนการเผาผลาญของเซลล์ต้องหยุดลง และเซลล์ของกล้ามเนื้อหัวใจตายไป การอุดตันของหลอดเลือดนี้ มาจากปัจจัยเสี่ยงหลายอย่าง ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง พบว่าระดับโคเลสเตอรอลที่สูงกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือ ไลโปโปรตีนความหนาแน่นต่ำที่สูงกว่า 13 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จะเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดอุดตันเนื่องจาก ไลโปโปรตีนความหนาแน่นต่ำ เป็นตัวนำพาโคเลสเตอรอลไปเกาะในผนังของหลอดเลือด ซึ่งเมื่อเกิดแล้วจะสะสมพอกพูนขึ้นจนขนาดรูของหลอดเลือดเล็กลงและอุดตันได้

การสูบบุหรี่ สารนิโคตินในบุหรี่จะกระตุ้นการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น และเพิ่มปริมาณไขมันในโลหิตให้สูงขึ้น ความดันโลหิตสูง มีผลทำให้หัวใจและหลอดเลือดทำงานหนักมากขึ้น ถ้าภาวะนี้ดำเนินต่อไปเรื่อยๆ จะทำให้หลอดเลือดเสื่อมสภาพ กล้ามเนื้อหัวใจเกิดการขาดเลือดได้ โรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงกว่าปกติ มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มระดับไขมันในเลือด ซึ่งทำให้หลอดเลือดแข็งตัวได้ ความอ้วน พบว่าระดับโคเลสเตอรอลจะสูงขึ้นไปสะสมพอกพูนในผนังหลอดเลือดมากขึ้นและเกิดการอุดตันได้

กรรมพันธุ์ จะมีโอกาสเสี่ยงสูง ถ้าครอบครัวมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าเพศชายมีอุบัติการณ์ของโรคสูงกว่าเพศหญิงทุกช่วงอายุ เพศชายพบอายุมากกว่า 45 ปีและเพศหญิงพบอายุมากกว่า 55 ปี

บุคลิกภาพ ถ้ามีบุคลิกภาพเป็นคนเอาจริงเอจัง เคร่งเครียด ฉุนเฉียว หงุดหงิดง่าย ชอบแข่งขันเอาชนะ จะมีผลทำให้ความดันโลหิตสูง เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ หัวใจทำงานหนักมากขึ้น เร่งการขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจ

ขาดการออกกำลังกาย เนื่องจากการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ จะช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลลดความดันโลหิต ลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ ลดระดับน้ำตาลในเลือดและลดการเกาะกันของเกล็ดเลือด ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยง

## พยาธิสรีรวิทยา

ขบวนการเปลี่ยนแปลงที่ทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นผลมาจากการหนาและแข็งตัวของผนังหลอดเลือดแดงโคโรนารี จากการเกาะจับตัวของคราบไขมันที่ก่อตัวพอกสะสมอยู่นานในหลอดเลือด จนทำให้คราบไขมันดังกล่าวมีขนาดโตขึ้น หลอดเลือดจึงเกิดการหนาและแข็งตัว ในบริเวณนี้เลือดจะไหลผ่านไม่สะดวก และมีปริมาณลดลงเกิดแรงต้านทาน แรงเสียดสีของเลือดที่ไหลผ่านกับผนังหลอดเลือดสูงขึ้น ซึ่งเป็นผลให้คราบไขมันเกิดการปริแตก เกร็ดเลือด (platelet) และสารที่ทำให้เลือดแข็งตัวไฟบริโนเจน (fibrinogen) และไฟบริน (fibrin) จะมาพอกรวมตัวกันบริเวณที่ปริแตกนี้และเกาะติดกับผนังหลอดเลือด ทำให้เกิดลิ่มเลือด (thrombus) อุดตันในหลอดเลือด

กระบวนการพยาบาลและการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม

### ด้านร่างกาย

1. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง งดกิจกรรมต่างๆ ทั้งหมดเพื่อลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ
2. ดูแลให้ออกซิเจน พร้อมทั้งวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดทุก 1 ชั่วโมง และทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลง
3. วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก ½ - 1 ชั่วโมง และทุกครั้งที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกหรือมีการเปลี่ยนแปลง
4. ติดตามเส้นระว่างการเปลี่ยนแปลงของคลื่นหัวใจอย่างใกล้ชิด
5. สังเกต สอบถามลักษณะอาการเจ็บหน้าอก ตำแหน่ง ความรุนแรง ระยะเวลาและปัจจัยเสริมที่ส่งเสริมอาการเจ็บหน้าอก บันทึก และรายงานแพทย์
6. ดูแลให้ยาบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก ยาละลายลิ่มเลือด ยาต้านเกร็ดเลือด ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ยาปรับการทำงานของหัวใจและการหมุนเวียนเลือด ยาควบคุมจังหวะการเต้นของหัวใจ ตามแผนการรักษา และสังเกตอาการใกล้เคียงอย่างใกล้ชิด
7. เตรียมยาและอุปกรณ์การช่วยชีวิตให้พร้อมใช้ได้ทันที
8. สังเกตอาการ อาการแสดง ของภาวะแทรกซ้อนของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้อย่างทันทั่วทั้งที่ บันทึกและรายงานแพทย์
9. ดูแลให้ได้รับสารน้ำและสารอาหารตามความเหมาะสม กับความต้องการของร่างกายและสภาวะของโรค พร้อมทั้งบันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกายตามแผนการรักษา
10. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการขับถ่ายอุจจาระปกติ กระตุ้นให้มีกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างเหมาะสม หลีกเลี่ยงการเบ่งถ่ายอุจจาระ แนะนำอาหารมีกากใย งดชา กาแฟ เพราะทำให้ท้องผูก ดูแลให้ยาระบายตามแผนการรักษา
11. ดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบมีอากาศถ่ายเทสะดวก

## 12. เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษา

### ด้านจิตใจ

1. ให้การต้อนรับผู้ป่วยและญาติด้วยความเป็นกันเอง ความเป็นมิตร และมีความเป็นสม่ำเสมอในปฏิสัมพันธ์ต่อผู้ป่วยและญาติ
2. ให้ความเคารพ และยอมรับผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่ง
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึก และซักถามข้อสงสัย พร้อมทั้งอธิบายให้เข้าใจ และยอมรับสภาพความเจ็บป่วย
4. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบก่อนทุกครั้ง ก่อนการให้การรักษาพยาบาล
5. ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและญาติ และตอบสนองตามความเหมาะสม

### ความรู้ทางเภสัชวิทยา

atenolol เป็นยาในกลุ่ม beta- adrenergic receptor blocking agents

ออกฤทธิ์ ลดความดันโลหิต ด้านการเจ็บหน้าอกจากหลอดเลือดหัวใจตีบ

อาการข้างเคียง อ่อนเพลียเหนื่อยง่าย มึนงง คลื่นไส้ ความดันโลหิตต่ำ

hydrochlorothiazide เป็นยาในกลุ่ม diuretic drugs

ออกฤทธิ์ขับปัสสาวะที่มีฤทธิ์อ่อน ลดการดูดกลับของโซเดียมและลดการขับถ่ายโปแตสเซียมบริเวณท่อไตส่วนปลายโดยตรง

อาการข้างเคียง คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องอืด ท้องผูก มีเลือดออกในทางเดินอาหาร มึนงง สับสน การมองเห็นผิดปกติ กล้ามเนื้ออ่อนแรง

enapril เป็นยาในกลุ่ม angiotensin-converting enzyme inhibitors

ออกฤทธิ์ ควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง ช่วยลดแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลาย

อาการข้างเคียง ความดันโลหิตต่ำ มีผื่นขึ้นตามตัว ไอแห้งๆรบกวนการทำงานของไต

aspirin เป็นยาในกลุ่ม thrombolytic and fibrinolytic agent

ออกฤทธิ์ ด้านการจับกลุ่มของเกล็ดเลือด เป็นยาบรรเทาปวด ลดไข้

อาการข้างเคียง ระคายเคืองกระเพาะอาหาร ทำลายหน้าที่ของเกล็ดเลือด อาจมีเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ เลือดแข็งตัวช้า เวียนศีรษะ ถ้าแพ้จะมีอาการบวม ผื่นคัน ผิวหนังลอก

enoxaparin เป็นยาในกลุ่ม thrombolytic and fibrinolytic agent

ออกฤทธิ์ป้องกันการเกิดลิ่มเลือด ป้องกันการแข็งตัวของเลือด

อาการข้างเคียง อาจมีเลือดออกตามอวัยวะต่าง ๆ ภาวะเกล็ดเลือดต่ำกว่าปกติ

simvastatin เป็นยาในกลุ่ม lipid lowering drugs

ออกฤทธิ์ลดไขมันและโคเลสเตอรอลในเลือด

อาการข้างเคียง ปวดศีรษะ วิงเวียน อ่อนเพลีย อาจทำให้เกิดนิ่วในถุงน้ำดี หัวใจเต้นผิดจังหวะ

isosorbide เป็นยาในกลุ่ม vasodilators

ออกฤทธิ์ ทำให้กล้ามเนื้อเรียบคลายตัว จึงทำให้หลอดเลือดแดงและดำขยายตัว

อาการข้างเคียง มึนงง ปวดศีรษะ วิงเวียน อ่อนเพลีย ตาพร่า ความดันโลหิตต่ำ ปวดท้อง

dimenhydrinate , plasil เป็นยาในกลุ่ม antihistamines

ออกฤทธิ์เป็นยาแก้แพ้ แก้เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน

อาการข้างเคียง ง่วง มึนซึม ตามัว กระสับกระส่าย ใจสั่น ความดันโลหิตต่ำ ปากคอแห้ง

morphine เป็นยาในกลุ่ม narcotic analgesic drugs

ออกฤทธิ์แก้ปวด ชนิดเสพติด

อาการข้างเคียง กดการหายใจ ม่านตาเล็กลง คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ

dopamine เป็นยาในกลุ่ม adrenergic

ออกฤทธิ์ กระตุ้นหัวใจ เพิ่มแรงบีบตัวของหัวใจ เพิ่มการไหลเวียนของเลือด

อาการข้างเคียง คลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตต่ำหรือสูง หัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ ชีพจรเต้นเร็ว

ใจสั่น ปวดศีรษะ

vitamin K เป็นยาในกลุ่ม vitamin and mineral

ออกฤทธิ์ ส่งเสริมการทำงานของตับในการสร้างสารที่จำเป็นต่อการแข็งตัวของเลือด

อาการข้างเคียง อาเจียน ร้อนวูบวาบ ปวดหน้าอก

omecprazole เป็นยาในกลุ่ม gastrointestinal ulcer drugs

ออกฤทธิ์ลดกรดในกระเพาะอาหาร รักษาแผลในลำไส้เล็กส่วนต้น แผลในกระเพาะอาหาร หลอด

อาหารอักเสบ

อาการข้างเคียง พบน้อย อาจพบอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ปวดศีรษะ มีผื่นขึ้น ลมพิษ

#### 4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 62 ปี สภาพสมรส โสด อาชีพ รับจ้างทั่วไป รูปร่าง สูง ผอมบาง ผิวดำแดง มาโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร วันที่ 17 สิงหาคม พ.ศ 2549 เวลา 16.30 น ด้วยอาการเหนื่อย แน่นหน้าอก 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์ได้ตรวจและวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน จึงรับไว้เป็นผู้ป่วยใน เข้าพักหออภิบาลผู้ป่วยหนัก เมื่อวันที่ 17 สิงหาคม 2549 เวลา 18.30 น. เลขที่ภายนอก 26152/2544 เลขที่ภายใน 2274 / 2549

แรกรับผู้ป่วยรู้ตัวดี พุดคุยรู้เรื่อง สีหน้าอ่อนเพลีย ให้ออกซิเจน canular 5 ลิตร/นาที วัดความเข้มข้นออกซิเจนในหลอดเลือดแดงปลายนิ้ว 99 % สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 101/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 48 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที จากการซักประวัติการเจ็บป่วย ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูง มาประมาณ 2 ปี รับประทานยามา

ตลอด เคยมีอาการเจ็บหน้าอกบางครั้งเหมือนถูกของหนักกดทับ แต่ไม่มากจึงไม่ได้มาโรงพยาบาล ปฏิเสธการแพ้ยา อาหาร ผู้ป่วยสูบบุหรี่ประมาณวันละ 10 มวน และดื่มสุราวันเว้นวัน วันละครึ่งขวด 750 มิลลิลิตร มารดาของผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูง น้องชายเป็นโรคหัวใจและยังมีชีวิตอยู่ แรก รับผู้ป่วยบนเตียงหน้าอกได้รับยา Isodil (5mg) 1 เม็ดคอมไวด์ ASA (300 mg) 1 เม็ดเคี้ยวก่อนกลืน และ morphin 5 mg เจือจาง (อัตราส่วน 1:1) ฉีดเข้าหลอดเลือด ตรวจคลื่นหัวใจไฟฟ้าผลพบ ST elevate II,III, AVF เอ็กเรซปอดผลพบ หัวใจโตเล็กน้อย

ผลการตรวจร่างกายพบ หัวใจเต้นเบาแต่สม่ำเสมอ ผิวหนังปกติ หู คอ จมูกปกติ การตอบโต้ทางระบบประสาทปกติ

ส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า ความเข้มข้นของเลือด 37% (ปกติ 36-48%) เม็ดเลือดขาวในเลือด 7300 cell/cumm (ปกติ 5000-10000 cell/cumm) เม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิล 73 % (ปกติ 40-75%) เม็ดขาวชนิดลิมโฟไซท์ 23% (ปกติ 20-50%) จำนวนเกร็ดเลือด 277,000 cell/cumm (ปกติ 140000-440000 cell/cumm) BUN 24 mg/dl (ปกติ 5-25mg/dl) Cr( creatinine) 1.9 mg/dl (ปกติ 0.6 -1.8mg/dl) SODIUM 146 mmol/l (ปกติ 136-145mmol/l) POTASSIUM 3.7 mmol/l (ปกติ 3.5-5.1mmol/l) CHLORIDE 106 mmol/l (ปกติ 100-110mmol/l) BICARB 24 (ปกติ 22-32) โปรตีนในเลือด (albumine ) 2.6 g/dl (ปกติ 3.5-5.6g/dl) SGOT 17 u/l (ปกติ 0-42u/l) SGPT 16 u/l (ปกติ 0-41u/l) ALKALINE PHOSPHATASE 51 u/l (ปกติ 26-117u/l) Troponin T (screening) negative <0 (ปกติ <0) CK MB 22 (ปกติ <24) การรักษาของแพทย์ ได้ให้ยา atenolol (50 mg) ครั้งละ1 เม็ดหลังอาหารเช้า HCTZ ครั้งละ1 เม็ดหลังอาหารเช้า enaril(5mg) ครั้งละ1 เม็ดหลังอาหารเช้า และเย็น ASA(300mg) ครั้งละ1 เม็ดหลังอาหารเช้า, enoxaparin (0.6 mg.) ฉีดใต้ผิวหนังทุก 12 ชั่วโมง simvastatin(10mg) ครั้งละ 2 เม็ด ก่อนนอน ให้ออกซิเจน canular 3 ลิตร/ นาที และ on ECG monitor เพื่อติดตามการเต้นของหัวใจ

วันที่ 18 สิงหาคม 2549 เวลา 9.00 น.เยี่ยมผู้ป่วยที่เตียง ผู้ป่วยรู้ตัวดีหายใจเองโดยใส่สาย canular 3 ลิตร/ นาที ความเข้มข้นออกซิเจน 99 % มีสีหน้าอ่อนเพลียพูดคุยซักถามพบว่า เวลา 01.00 น. ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บหน้าอก แพทย์สั่งการรักษาโดยให้ยา morphine 3 mg เจือจาง (อัตราส่วน 1:1) เข้าทางเส้นเลือด และยา isodil (5mg) 1 เม็ดคอมไวด์ ปยาบาลสังเกตอาการข้างเคียงของ ยา on monitor ECG เพื่อติดตามการเต้นของหัวใจ และบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที จากนั้นเวลา 6.30 น. ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการคลื่นไส้อาเจียน ดูแลได้รับยา plasil 1 amp ฉีดเข้าทางหลอดเลือด และยา dimen ครั้งละ 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้าตามแผนการรักษา การพยาบาล สังเกตอาการคลื่นไส้อาเจียน ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อน ผู้ป่วยและญาติเริ่มวิตกกังวล ต่อความเจ็บป่วยและแผนการรักษา พยาบาลอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจในแผนการรักษา การวินิจฉัยต่างๆ อาการของโรคและการปฏิบัติตัว เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล

ประทับประคองจิตใจผู้ป่วย เวลา 11.00 น. แพทย์ตรวจเย็บมอการและส่งตรวจ คลื่นหัวใจซ้ำผล non ST-elevate และส่งตรวจ Troponin T (screening) ซ้ำ ผล positive ผู้ป่วยหลับพักได้บ้าง และรับประทานอาหารธรรมดาตามเดิม สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 113/77 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 57 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/ นาที ความเข้มข้นออกซิเจนในหลอดเลือดแดงปลายนิ้ว 96% ไม่มีไข้ เวลา 22.00 น. ความดันโลหิต 63/38 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 53 ครั้งต่อนาที หายใจ 22 ครั้งต่อนาที วัดความดันโลหิตซ้ำได้ 70/40 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ มีโอกาสเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากปริมาณเลือดออกหัวใจลดลง จึงรายงานแพทย์ ดูแลให้หยาดยา atenolol, enaril, HCTZ และให้ยา dopamine (อัตราส่วน 2:1) เริ่มที่ 10 ไมโครกรัม/ นาที ตามแผนการรักษา ดูแลผู้ป่วยนอนศริษะราบ และบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที เวลา 22.30 ความดันโลหิต 63/40 มิลลิเมตรปรอท เวลา 22.45 ความดันโลหิต 70/45 มิลลิเมตรปรอท เวลา 23.00 ความดันโลหิต 97/54 มิลลิเมตรปรอท และสังเกตอาการความดันโลหิตต่ำต่อไปจนกระทั่ง ผู้ป่วยบนหน้ามีดเล็กน้อย ดูแลให้ออกซิเจน 4-6 ลิตรต่อนาที ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ

วันที่ 19 สิงหาคม 2549 เวลา 10.00 น. ผู้ป่วยยังมีสีหน้าอิดโรย ช่วยเหลือตัวเองได้ไม่บนเจ็บหน้าอก ไม่พบจุดเลือดออกตามตัว ยังมีอาการคลื่นไส้เล็กน้อย เมื่อคืนหลับได้นาน 7 ชั่วโมง ผลตรวจค่าน้ำตาลในเลือด = 150 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอาการแทรกซ้อนจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง แพทย์จึงให้เปลี่ยนอาหาร เป็นอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน พยายามแนะนำอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน การสังเกตอาการน้ำตาลในเลือดสูงและน้ำตาลในเลือดต่ำ การออกกำลังกาย การดูแลรักษาผิวหนัง และการมาพบแพทย์ตามนัดอย่างเคร่งครัด สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 92/62 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 64 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/ นาที ความเข้มข้นออกซิเจนในหลอดเลือดแดงปลายนิ้ว 96% ไม่มีไข้ ได้รับยา dopamine (อัตราส่วน 2:1) 18 ไมโครกรัม/นาที และบันทึกความดันโลหิต ทุก 1 ชั่วโมง ได้พบกับน้องสาวผู้ป่วยจึงซักถามแผนการดำเนินชีวิต พบว่าผู้ป่วยอยู่ตามลำพังเนื่องจากภรรยาทอดทิ้ง เพราะไม่มีลูกด้วยกัน ผู้ป่วยไม่ได้สนใจรักษาสุขภาพตัวเองเท่าที่ควร ยังคงสูบบุหรี่และดื่มสุรา จึงได้ให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก และทบทวนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจหัวใจขาดเลือด

วันที่ 20 สิงหาคม 2549 เวลา 9.30 น. เยี่ยมผู้ป่วยยังดูอ่อนเพลีย นอนพักตลอด มีปัญหาเลือดออกตามไรฟัน ปัสสาวะเป็นสีน้ำตาลเนื้อ ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับอันตรายจากภาวะเลือดออกเนื่องจากได้รับยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด ได้หยาดยา ASA, enoxaparin และให้ยา vit K 1 amp ฉีดเข้าเส้นเลือด , losec (40mg) 1 vial ฉีดเข้าหลอดเลือดตามแผนการรักษา ดูแลให้พักผ่อน แนะนำผู้ป่วยให้ระวังการเกิดอุบัติเหตุ และให้ผู้ป่วยได้ออมน้ำแข็ง ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตรวจ Coagulogram ผลพบ PT 12 CONTROL PT 12 (ปกติ 12.8-16.3 Sec.) PTT 33 CONTROL PTT 33 (ปกติ 28.9-36.7 Sec.) INR 1.00 , ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง 37% (ปกติ 36-48%) เม็ดเลือดขาว 18,000 (5000-10000 cell/cumm) จำนวนเกร็ดเลือด 378000 (ปกติ 140000-440000 cell/cumm) เม็ดเลือด

ชาวชนิตินิวโทรฟิล 69 (ปกติ 40-75%) เม็ดเลือดชนิดลิมโฟไซต์ 21 (ปกติ 20-50%) ความดันโลหิต ค่าความดันโลหิต 100/40 – 120/60 มิลลิเมตรปรอท แพทย์จึงให้หยุดยา dopamine ผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก หรือหน้ามืดใจสั่น ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง หลับพักได้นาน 6-8 ชั่วโมง ผู้ป่วยไม่ถ่ายมา 2 วัน ไม่สุขสบายจากอาการท้องผูก พยาบาลดูแลให้ได้รับยาระบาย milk of magnesium ตามแผนการรักษา แนะนำห้ามเบ่งถ่ายและให้ถ่ายอุจจาระบนเตียง

วันที่ 21 สิงหาคม 2549 เวลา 11.00 น. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดใสนิ่งเล็กน้อย ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกหรือหน้ามืด ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายอุจจาระแล้ว 1 ครั้ง คลื่นหัวใจแสดงรูปแบบปกติ (normal sinus rhythm) เลือดออกตามไรฟีนลดลง ปัสสาวะสีเหลืองปกติ ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส หลับพักได้นาน 6-8 ชั่วโมง ผู้ป่วยนอนพักที่แผนกหออภิบาลผู้ป่วยหนัก 4 วัน มีแผนการรักษาของแพทย์ให้ย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยสามัญชาย ส่งเวรต่อพยาบาลหอผู้ป่วยสามัญชาย เน้นการติดตามปัญหาทางการพยาบาลต่อ และวางแผนการดูแลตนเองที่บ้าน ซึ่งพยาบาลแผนกหออภิบาลผู้ป่วยหนักได้มีการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย โดยให้ความรู้เรื่องโรค การให้ความรู้เรื่องยา และการสังเกตอาการข้างเคียงของยา การรับประทานอาหารเฉพาะโรค การออกกำลังกาย การมาพบแพทย์ตามนัด และการส่งต่อนอนามัยชุมชนเพื่อทำการเยี่ยมบ้านต่อไป

ขั้นตอนดำเนินงาน

1. เลือกเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยพิจารณาถึงความสำคัญของโรคที่พบมากเป็นอันดับหนึ่งของหออภิบาลผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร
2. ศึกษารวบรวมข้อมูลทางวิชาการเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จากเอกสารตำราต่างๆ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย
3. ศึกษารวบรวมข้อมูลผู้ป่วย นำมาเรียบเรียงเพื่อประเมินปัญหาและวางแผนการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาล ให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล
4. สรุปผลการรักษาและการพยาบาล แล้วนำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบและทบทวนความถูกต้องของงาน
5. ตรวจสอบความถูกต้องก่อนและหลังพิมพ์

#### 5. ผู้ร่วมดำเนินการ

ไม่มี

#### 6. ส่วนของผลงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100

## 7. ผลสำเร็จของงาน

ให้การพยาบาลและศึกษาติดตามและประเมินผลการพยาบาลเป็นเวลา 4 วันและตรวจเยี่ยมเป็นเวลา 4 ครั้ง พบว่าปัญหาทางการพยาบาล 7 ข้อได้รับการแก้ไขทุกข้อ พร้อมให้คำแนะนำก่อนย้ายไปแผนกหอผู้ป่วยชาย และก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีปฏิบัติตนได้ถูกต้อง

## 8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้จัดทำ ในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และแนวคิดใหม่ ๆ เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งเป็นการพัฒนาตัวเองให้ทันต่อวิวัฒนาการทางการแพทย์และในการรักษาโรค
2. เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น
3. เพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้สนใจทั่วไป ที่จะศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

## 9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้สาเหตุการเจ็บป่วย เนื่องจากกรรมพันธุ์ และผู้ป่วยเองยังไม่เห็นความสำคัญในการรักษา มีการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยมีอายุมาก อ่านหนังสือไม่ออกและมีอาการหูตึงมีอุปสรรคในการสื่อสารเล็กน้อย ผู้ป่วยเป็นชายโสดไม่มีผู้ดูแล และตัวผู้ป่วยเองมีปัจจัยเสี่ยง มีพฤติกรรมที่ส่งเสริมให้มีอาการหนักมากขึ้น มักมีปัญหาเกี่ยวกับอาการหลงลืมรับประทานยา และขาดแหล่งสนับสนุน หรือช่วยเหลือ พยาบาลจึงให้ความรู้ และศึกษาในการดูแลตนเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น การออกกำลังกาย การควบคุมอาหารไขมันสูง การนอนหลับพักผ่อน เป็นต้น แนะนำส่งเสริมให้มีการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและหัวใจอย่างต่อเนื่องภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดูแลตนเอง และลดอัตราการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ

## 10. ข้อเสนอแนะ

พยาบาลหออภิบาลผู้ป่วยหนักและพยาบาลหอผู้ป่วย ควรมีการประสานงานในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย โดยจัดกลุ่มผู้ป่วยโรคเดียวกัน เน้นให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง ให้ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน และมีการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ จะต้องมีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย ทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม และความพร้อมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่เหมาะสม ค้นหาปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วย เพื่อหาแนวทางช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุมทุกปัญหา ลดภาวะแทรกซ้อน และสามารถดูแลตนเองในเบื้องต้นได้ ส่วนหนึ่งของแผนการจำหน่ายผู้ป่วย ได้มีการส่งต่อให้พยาบาลเยี่ยมบ้าน เพื่อให้มีการดูแลต่อเนื่องต่อไป



ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข  
เป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

(ลงชื่อ) .....

(นางสาวธนัญญา ส้งเสริม)

ผู้ขอรับการประเมิน

(วันที่).....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นางนงนุช ศรีสมุทร)

หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร

(วันที่) .....

ลงชื่อ .....

(นายสมชาย จึงมีโชค)

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร

(วันที่) .....

## ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ของ นางสาวธัญญา ส่งเสริม

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ รพล. 44) สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร

สำนักการแพทย์

เรื่อง การลดอัตราท่อช่วยหายใจหลุดในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ

หลักการและเหตุผล

โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 60 เตียง มีแผนกหอ  
อภิบาลผู้ป่วยหนัก รับผู้ป่วยได้ 4 เตียง รับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจทุกราย ทั้งทางด้าน อายุรกรรม  
ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม และ สูติกรรมรวมกัน ซึ่งมีพยาธิสภาพของโรคที่ต่างกัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ใน  
ขั้นวิกฤต มีการใส่ท่อช่วยหายใจเกือบทุกราย ทางแผนกพบว่า ปี 2548 – 2549 จากการทบทวนข้อมูลใน  
ช่วงเวลาดังกล่าว มีการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ 30 – 40 ครั้งต่อพันวันใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งเป็นอัตรา  
ที่สูง มีผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรง

การลดอัตราท่อช่วยหายใจหลุดในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและ  
เป็นการพัฒนาคุณภาพบริการการพยาบาลซึ่งเป็นเป้าหมาย ของการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลลาดกระบัง  
กรุงเทพมหานคร ทีมพยาบาลหออภิบาลผู้ป่วยหนัก จึงได้รวมกลุ่มระดมความคิดและออกแบบแนวทาง  
ปฏิบัติเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจภายในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

ลดอัตราการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ในผู้ป่วยทุกรายที่ใส่ท่อช่วยหายใจในหออภิบาล  
ผู้ป่วยหนัก

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

ปัญหาการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ เป็นปัญหาที่รุนแรงส่งผลกระทบหลายด้านรวมถึงมี  
ความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายถึงชีวิต พยาบาลหออภิบาลผู้ป่วยหนักมีบทบาทสำคัญยิ่ง ในการวาง  
แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ

จากการวิเคราะห์สาเหตุตามกระบวนการทำงาน พบแนวทางปฏิบัติดังนี้

มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ และ การผูกยึดท่อช่วยหายใจ เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุด

1. เมื่อแพทย์ใส่ ท่อช่วยหายใจเสร็จ ต้องสังเกตตำแหน่งท่อช่วยหายใจก่อนทำการผูกยึดท่อ  
และตรวจสอบตำแหน่งหลังการผูกยึดทุกครั้ง
2. ใส่ลมเข้าไปในบอลูนโดยผ่านในสายยางไม่เกิน 15-20 มิลลิเมตรปรอท หรือ 6-8 มิลลิเมตร  
พร้อมตรวจสอบปริมาณลมใน cuff ทุกครั้ง

3. ใช้หูฟัง ฟังที่บริเวณ tracheal cuff ว่ามีลมรั่วออกหรือไม่
4. มีการตรวจสอบตำแหน่งผูกยึดท่อช่วยหายใจก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง
5. เปลี่ยนปลาสเตอร์ผูกยึดท่อช่วยหายใจ วันละ 2 ครั้ง หรือตามความเหมาะสม และทำความสะอาดบริเวณผูกยึดท่อช่วยหายใจทุกครั้ง
6. ตำแหน่งที่ผูกยึดท่อช่วยหายใจไม่ควรดึงรั้ง กับผิวหนังผู้ป่วยจนเกินไป และเปลี่ยนบริเวณที่ผูกยึดท่อช่วยหายใจ เพื่อป้องกันการเกิดแผล บริเวณผิวหนัง หรือ ริมฝีปากผู้ป่วย
7. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปริมาณน้ำลายปานกลาง ถึง มาก ต้องปิดปลาสเตอร์ 2 ชั้น เพื่อป้องกันการหลุดลอก ของปลาสเตอร์ได้ง่าย ซึ่งจะส่งผลให้ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดง่าย
8. ระวังเครื่องไม่ให้สายเครื่องช่วยหายใจดึงรั้ง
9. อธิบายและให้กำลังใจผู้ป่วย และญาติเพื่อลดความวิตกกังวล พร้อมทั้งชี้แจงแบบแผนการรักษาบอกรถึงผลดีของท่อช่วยหายใจ และผลเสียของการดึงท่อช่วยหายใจออกเองในกรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี
10. กรณีที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจเกี่ยวกับความจำเป็นของการใส่ท่อช่วยหายใจ และไม่ให้ความร่วมมือ หรือ สับสนกระสับกระส่ายตื่นต้อไปมา ต้องทำการผูกยึดผู้ป่วย โดยมีอุปกรณ์ในการผูกยึดและต้องมีการประเมินตำแหน่งที่ผูกยึดเป็นระยะ เพื่อไม่ให้บาดเจ็บหรือเลื่อนหลุด โดยอธิบายให้ผู้ป่วย และญาติเข้าใจถึงการผูกมัดผู้ป่วย
11. จัดอุปกรณ์สื่อสารในกรณีที่ใส่ท่อช่วยหายใจ เช่น กระดาษ ปากกา เพื่อใช้ในการสื่อสารกับแพทย์ พยาบาล หรือ ญาติ
12. มีแบบบันทึกการเก็บข้อมูลการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจทุกวัน เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาต่อไป

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ลดอัตราการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ น้อยกว่า 20 วันต่อพันวันใส่ท่อช่วยหายใจ
2. ผู้ป่วยที่มารับบริการที่หออภิบาลผู้ป่วยหนัก ไม่เกิดการหลุดของท่อช่วยหายใจ
3. เจ้าหน้าที่หออภิบาลผู้ป่วยหนักมีความรู้ในการจัดการและป้องกันการหลุดของท่อช่วยหายใจ
4. มีคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ และคู่มือวิธีการผูกยึดท่อช่วยหายใจ
5. ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด
6. ไม่เกิดการฟ้องร้องแพทย์ พยาบาลและโรงพยาบาล

**ตัวชี้วัดความสำเร็จ**

อัตราการเกิดอุบัติเหตุการเคลื่อนหูลุคของท่อช่วยหายใจ น้อยกว่า 20 วันต่อพันวันใส่ท่อช่วยหายใจ

(ลงชื่อ).....

( นางสาวธัญญา ส่องเสริม)

ผู้ขอรับการประเมิน

(วันที่) .....