

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาชีพเฉพาะ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการถ่างขยายด้วยโครงตาข่าย
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง จัดทำสมุดคู่มือ เรื่อง การปฏิบัติตัวในผู้ป่วยที่ทำสวนหัวใจ

เสนอโดย

นางสาวขวัญเมือง สอนดา

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 683)

ฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการถ่างขยายด้วยโครงตาข่าย
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 5 วัน (ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2548 ถึงวันที่ 5 กันยายน 2548)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

ความรู้ทางวิชาการ

องค์การอนามัยโลกร่วมกับสหพันธ์โรคหัวใจโลก (World Heart Federation) พบว่าปี พ.ศ. 2548 ประชากรเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหรืออุดตันทั่วโลก 17.5 ล้านคน คาดว่าในปี พ.ศ. 2553 โรคหลอดเลือดหัวใจตีบหรืออุดตันจะเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของประชากรในประเทศกำลังพัฒนาทุกประเทศทั่วโลก

โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีหรือโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (coronary artery disease, CAD หรือ atherosclerotic heart disease, ASHD) หมายถึงภาวะที่เลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอ เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ถ้าภาวะนี้ยังดำเนินต่อไปจนเซลล์กล้ามเนื้อส่วนนั้นได้รับความเสียหายจากการขาดออกซิเจนจนไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะเดิมได้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้ เช่น เจ็บหน้าอก เหนื่อยหอบ ความดันโลหิตต่ำหรืออันตรายถึงกับชีวิตได้

สาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

1. ภาวะหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีแข็งหรือตีบพบมากกว่า 90% (Banasic, 1995)
2. สาเหตุอื่นๆ ที่ไม่ได้เกิดจากภาวะหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีแข็งหรือตีบ พบน้อยกว่า 10% ได้แก่ (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2541) หลอดเลือดหัวใจโคโรนารีโป่งพอง หลอดเลือดหัวใจโคโรนารีมีก้อน (emboli) จากการไหลเวียนเลือดมาอุดตัน หลอดเลือดหัวใจโคโรนารีฉีกขาดและหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีตีบแคบ

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี แบ่งได้ 2 ประเภท คือ

1. ปัจจัยเสี่ยงชนิดที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ ได้แก่
 - 1.1 อายุ พบบ่อยและรุนแรงในผู้ป่วยสูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่อายุมากกว่า 40 ปี ขึ้นไป
 - 1.2 เพศ พบว่าเพศชายจะเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้มากกว่าเพศหญิง แต่เมื่ออายุ 50 ปี ขึ้นไป พบว่าอัตราเสี่ยงระหว่างเพศหญิงและเพศชายจะเท่ากัน

1.3 เชื้อชาติ คนตะวันตกมีอัตราเสี่ยงสูงกว่าคนเอเชีย คนผิวดำมีแนวโน้มเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากกว่าคนผิวขาว

1.4 ผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัว (กรรมพันธุ์) เป็นโรคนี้จะมีโอกาสเกิดโรคมมากกว่าผู้ที่ไม่มีประวัติการเป็นโรคนี้ในครอบครัว

2. ปัจจัยเสี่ยงชนิดที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่

2.1 ระดับไขมันในเลือดสูง ผู้ที่มีระดับคอเลสเตอรอล (cholesterol) ในเลือดสูงกว่า 200 mg/dl จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากกว่าที่มีระดับไขมันในเลือดปกติ

2.2 ความดันโลหิตสูง ผู้ที่มีค่าความดันโลหิตสูงกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากกว่าผู้ที่มีค่าความดันโลหิตปกติ

2.3 การสูบบุหรี่เกินกว่า 20 มวนต่อวัน เสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้มากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่

2.4 โรคเบาหวาน ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมีโอกาเป็นโรคนี้มากกว่าคนปกติ

2.5 ความอ้วนและขาดการออกกำลังกาย ค่าดัชนีความหนาของร่างกายมากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้มากกว่าผู้ที่มีค่าดัชนีความหนาของร่างกายปกติ และการขาดการออกกำลังกายมีโอกาเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้มากกว่าคนที่มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ

2.6 ความเครียด ผู้ที่มีความเครียดสูงตลอดเวลาจะเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมากกว่าคนที่มีการผ่อนคลาย

ภาวะหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีตีบแข็ง เกิดจากการเสื่อมสภาพของผนังชั้นในหลอดเลือดแดงโคโรนารีขนาดใหญ่เกิดการหนาและแข็งตัวขึ้นมา (fibrous plaque) (Bhattacharyya & Libby, 1998) ตำแหน่งที่เกิดเป็นหย่อมๆ ที่ผนังชั้นในของหลอดเลือดทำให้การยืดหยุ่นของหลอดเลือดเสียไป ถ้าเป็นรุนแรงมากขึ้นรูหลอดเลือดจะตีบแคบลงหรือเกิดการอุดตันทำให้เลือดไหลเวียนไม่สะดวก เลือดไปเลี้ยงเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันตามมา

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหน้าอก ลักษณะอาการเจ็บหน้าอกจะเจ็บบริเวณหน้าอกคล้ายมีอะไรมาบีบรัดหายใจไม่สะดวก อาจมีอาการร้าวไปไหล่ซ้าย แขน ข้อมือ อาจขึ้นไปที่คอและขากรรไกรหรือบริเวณอื่นของหน้าอกบางครั้งอาจร้าวไปด้านหลังได้ ระยะเวลาเจ็บ เป็นช่วงสั้นๆ นานๆ ครั้งหรือ 2-3 ครั้งนาน 2-3 นาที อาจพบ 5 - 10 นาที แต่ไม่เกิน 20 นาที

การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

1. การรักษาโดยใช้ยามี 4 กลุ่ม คือ กลุ่มไนเตรท (nitrate), กลุ่มยาต้านเบต้า (beta-blocker) กลุ่มยาต้านแคลเซียม (calcium channel blocker) และยาต้านการรวมตัวของเกล็ดเลือดและการแข็งตัวของเลือด

2. การเปิดทางให้เลือดไหลเวียนได้ในหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ตีบหรืออุดตัน โดยวิธีต่างๆ ได้แก่

2.1 การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยโครงตาข่ายหรือสเตนต์ (coronary artery stents) (ต่อไปจะใช้คำว่าสเตนต์แทนโครงตาข่าย)

2.2 การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน (percutaneous transluminal coronary angioplasty หรือ PTCA)

2.3 การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยหัวกรอกากเพชร (rotational atherectomy)

3. การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่อุดตัน (coronary artery bypass grafting surgery หรือ CABG surgery)

การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหรืออุดตัน วิธีที่นิยมทำมากที่สุดในปัจจุบันคือการขยายหลอดเลือดหัวใจตีบด้วยโครงตาข่ายหรือสเตนต์ เนื่องจากสามารถขยายหลอดเลือดได้หลายตำแหน่ง การกลับมาตีบซ้ำๆ ลดภาวะเสี่ยงที่ต้องทำผ่าตัดหัวใจ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยตั้งแต่วันแรกกับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล การพยาบาลก่อนการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยสเตนต์ การดูแลขณะได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยสเตนต์ และการพยาบาลหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยสเตนต์ จนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้านและการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

โดยใช้ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีของโอเร็ม (Orem, 1995) โดยโอเร็มเชื่อว่าบุคคลเป็นผู้ที่มีศักยภาพและสามารถกระทำตามที่ได้ตั้งใจไว้ มีความสามารถที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับตนเองและวางแผนจัดระบบการดูแลตนเองได้ ซึ่งโอเร็มได้แบ่งประเภทของผู้ป่วยไว้ 3 ระดับ คือ

1. ผู้ป่วยที่ต้องการช่วยเหลือดูแลแบบทดแทนทั้งหมด
2. ผู้ป่วยที่ต้องการช่วยเหลือแบบทดแทนบางส่วน
3. การให้คำแนะนำเพื่อให้ดูแลตนเองได้

ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้ก่อนและหลังการทำหัตถการ พยาบาลให้ความช่วยเหลือแบบทดแทนบางส่วน เมื่อผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตหรือภาวะแทรกซ้อนแล้ว ได้ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อให้ความรู้ความเข้าใจและสามารถกลับไปดูแลตนเองได้

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่าปี พ.ศ. 2548 ประชากรเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหรืออุดตันทั่วโลก 17.5 ล้านคน คาดว่าในปี พ.ศ. 2553 โรคหลอดเลือดหัวใจตีบหรืออุดตันจะเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของประชากรในประเทศกำลังพัฒนาทุกประเทศทั่วโลก ส่วนในประเทศไทยจากผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2548 พบว่าสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตเป็นอันดับ 1 คือโรคหัวใจและหลอดเลือด (เสียชีวิตปีละ 40,000 คน) จากรายงานสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่เข้ารับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ปี พ.ศ. 2549 จำนวน 2,111 ราย ปี พ.ศ.

2550 จำนวน 2,563 ราย (วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล หน่วยสวนหัวใจ) จากจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ 4 ในปี พ.ศ. 2549 – 2550 รวม 616 คน

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ศึกษาความรู้ทางวิชาการ และกรอบแนวคิดทางการพยาบาล ที่เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จากตำรา วารสาร งานวิจัย Website และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
2. เลือกศึกษาผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เข้าเยี่ยมให้การพยาบาลให้คำแนะนำต่างๆ ตั้งแต่เข้ารับการรักษาจนแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านจำนวน 3 ครั้ง ซึ่งได้ให้การพยาบาลและคำแนะนำต่างๆ ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2548 ถึงวันที่ 5 กันยายน 2548 จนกระทั่งปัญหาทางการพยาบาลได้รับการแก้ไขทั้งหมด
3. รวบรวมข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตัวโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จัดทำเป็นเอกสารทางวิชาการ นำไปตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางโรคหัวใจ แล้วจึงจัดทำเป็นรูปเล่มเรื่อง การปฏิบัติตัวในผู้ป่วยที่ทำสวนหัวใจ

5. ผู้ร่วมดำเนินการ ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100

กรณีศึกษาชายไทยอายุ 56 ปี สมรสแล้ว มีบุตร 2 คน จบปริญญาตรีอาชีพรับจ้าง รายได้ประมาณ 40,000 บาทต่อเดือน ภูมิลำเนากรุงเทพมหานคร รับไว้ในโรงพยาบาลวันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2548 ที่ หออายุรกรรมพิเศษ 4 วันที่รับไว้ในความดูแล วันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2548 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูง (hypertension) และหลอดเลือดหัวใจตีบ (coronary artery disease หรือ CAD)

1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยไปตรวจสุขภาพประจำปี พบว่าคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ แพทย์ให้วิ่งสายพาน ผลพบว่าเส้นเลือดหัวใจตีบ แพทย์จึงนัดผู้ป่วยมาทำสวนหัวใจเพื่อวางแผนการรักษาต่อไป

ผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมา 5 ปี ไขมันในเลือดสูงมา 1 ปี รักษาโดยการรับประทานยา เคยผ่าตัดต่อกระดูกทั้ง 2 ข้างเมื่อ 5 ปี ที่ผ่านมา ปัจจุบันมองเห็นปกติดี ปฏิเสธการแพ้ยา และอาหาร ปฏิเสธการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ไม่สูบบุหรี่ ดื่มสุราเมื่อมีงานเลี้ยงนานๆ ครั้ง

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการการทำงานของไตปกติ ความเข้มข้นของเลือดและเกล็ดเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ค่าน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่พบการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ผลเอกซเรย์ปอดปกติ

ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยสเตนต์ (coronary artery stent) ที่ตำแหน่ง left anterior descending coronary artery หรือ LAD และตำแหน่งที่ 2 left circumflex artery หรือ LCX วันที่ 2 กันยายน 2548 เวลา 09.35 น. หลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยสเตนต์แล้ว กลับมาสังเกตอาการต่อที่ตึกอายุรกรรมพิเศษ 4 ถึงหอผู้ป่วยเวลา 10.30 น. ไม่พบอาหารผิดปกติใน 24 ชั่วโมงแรก ไม่มีเลือดออกตรงตำแหน่งที่ทำหัตถการ หลังทำหัตถการไม่พบภาวะแทรกซ้อนหรืออาการผิดปกติต่างๆ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติค่าการทำงานของไตปกติ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ 5 กันยายน พ.ศ. 2548 ปัญหาที่พบขณะรับไว้ในความดูแลก่อนการสวนหัวใจ ขณะทำการสวนหัวใจและหลังสวนหัวใจ คือ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 การกำซาบเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง เนื่องจากหลอดเลือดหัวใจตีบส่งผลให้ออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยมีการกำซาบเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจเพียงพอ

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินและบันทึกลักษณะการเจ็บหน้าอก ตำแหน่งที่เจ็บและเจ็บร้าว ระยะเวลาที่เจ็บ ปัจจัยหรือสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เจ็บ หรือปัจจัยที่ทำให้หายเจ็บ และให้ผู้ป่วยบอกความรุนแรงของการเจ็บหน้าอก โดยกำหนดเกณฑ์ความเจ็บหน้าอก ดังนี้ ถ้าไม่เจ็บหน้าอกอยู่ในเกณฑ์คะแนนศูนย์เจ็บเล็กน้อยให้คะแนน 1 ถ้าเจ็บมากขึ้นให้เพิ่มคะแนนขึ้นจนกระทั่งเจ็บมากที่สุดให้คะแนน 10 เพื่อทราบชนิดและความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก และให้การพยาบาลได้ถูกต้อง

2. ให้ออกซิเจน 2-4 ลิตรต่อนาที ทางแคนูลา (canula) เพื่อเพิ่มออกซิเจนให้แก่เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ

3. หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นให้หลอดเลือดหดตัว เช่น การอาบน้ำเย็น เครื่องดื่มเย็น เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน (ชา กาแฟ น้ำอัดลม) และอารมณ์เครียดเป็นต้น เพื่อให้ออกซิเจนไปเลี้ยงเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจได้เพียงพอ

4. ดูแลให้ได้รับยาตามแนวทางการรักษาและติดตามประเมินสภาพของผู้ป่วยหลังได้รับยาได้แก่ยา plavix เป็นยาป้องกันการเกิดลิ่มเลือด 1 เม็ด หลังอาหารเช้า

5. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ลดสิ่งกระตุ้น ให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้

ประเมินผล ปัญหาที่ได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมดการเยี่ยมครั้งที่ 3 (วันที่ 3 กันยายน 2548)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการดำเนินโรคและการรักษา

วัตถุประสงค์

ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ

กิจกรรมพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ ให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความไว้วางใจ ซึ่งจะทำให้ทราบถึงปัญหาต่างๆ ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติระบายความรู้สึกและรับฟังปัญหาด้วยท่าทีที่เต็มใจ
3. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบและเข้าใจโรคที่เป็นอยู่วิธีการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยสแตนท์ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความมั่นใจและเชื่อมั่นให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
4. ให้คำแนะนำผู้ป่วยในการปฏิบัติตัว ในขั้นตอนต่างๆ ของการรักษา ทั้งก่อนและหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยสแตนท์ดังนี้
 - 4.1 แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ย่อยง่าย เพื่อช่วยให้การขับถ่ายอุจจาระสะดวก ดื่มน้ำและอาหารหลัง 4.00 น. ของวันที่ 2 กันยายน 2548
 - 4.2 ก่อนนอน พยาบาลจะมาโกนขนบริเวณขาหนีบทั้ง 2 ข้าง และข้อมือทั้ง 2 ข้าง หลังจากทำพยาบาลเตรียมบริเวณที่จะทำการสวนหัวใจเรียบร้อยแล้วให้ผู้ผู้ป่วยอาบน้ำสระผมให้เรียบร้อย
 - 4.3 แพทย์ให้ valium 5 mg รับประทาน 1 เม็ดก่อนนอน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้เพียงพอ
 - 4.4 เช้าวันที่ทำการสวนหัวใจ หลังจากพยาบาลเวรตีกวัดปรอทและความดันโลหิตของผู้ป่วยเรียบร้อยแล้ว ให้ผู้ป่วยอาบน้ำทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ให้เรียบร้อยเวลาประมาณ 07.00 น. พยาบาลจะมานำเกลือที่แขนข้างซ้าย รวมทั้งให้ยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานประจำในตอนเช้า จะงดยาขับปัสสาวะไว้ ให้ดื่มน้ำได้ครึ่งแก้วเท่านั้น ก่อนไปห้องสวนหัวใจพยาบาลจะฉีดยาแก้แพ้ให้ 1 เข็ม เข้าทางสายน้ำเกลือ
 - 4.5 เมื่อผู้ป่วยกลับจากการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยสแตนท์แล้ว ห้ามผู้ป่วยงอข้อมือข้างที่ทำหัตถการ 4 – 6 ชั่วโมง หรืออาจนานกว่านั้นหากผู้ป่วยต้องคาท่อสายสวนหัวใจมาด้วย ในระหว่างนี้ หากผู้ป่วยปวดปัสสาวะหรืออุจจาระให้แจ้งพยาบาลทราบเพื่อช่วยเหลือการทำกิจวัตรต่างๆ รวมทั้งช่วยจัดทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น
 - 4.6 พยาบาลจะมาประเมินอาการของผู้ป่วยเป็นระยะ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีเลือดออกบริเวณที่ทำหัตถการ หากผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ เช่น เจ็บหน้าอก เหงื่อออก ใจสั่น รู้สึกว่าการเต้นของหัวใจผิดปกติ ให้รีบแจ้งอาการให้พยาบาลทราบ เพื่อรายงานแพทย์และให้การรักษาต่อไป หรือปวดบริเวณที่ทำหัตถการ ให้แจ้งพยาบาลทราบเพื่อให้ยาบรรเทาอาการปวด
 - 4.7 เมื่อครบเวลาที่แพทย์กำหนด พยาบาลจะแจ้งให้ผู้ผู้ป่วยและญาติทราบอีกครั้ง โดยให้ทำกิจกรรมต่างๆ ได้บนเตียง ห้ามลงจากเตียงจนถึงเช้า

4.8 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถาม เรื่องที่ไม่เข้าใจ รับฟังด้วยความสนใจ พร้อมทั้งจะตอบคำถามต่างๆ เพื่อลดความวิตกกังวลต่างๆ ลง รวมทั้งประเมินผู้ป่วยและญาติหลังให้คำแนะนำแล้ว ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามต่างๆ ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการทำสวนหัวใจได้อย่างถูกต้อง

4.9 ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้มีความมั่นใจให้ความร่วมมือในการรักษาและสามารถที่จะปฏิบัติได้ถูกต้อง

การประเมินผล

ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมด การเยี่ยมครั้งที่ 1 (วันที่ 1 กันยายน 2548)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน หลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยสแตนท์

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน หลังทำการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยสแตนท์

กิจกรรมพยาบาล

1. สังเกตและบันทึกลักษณะบริเวณแผลที่ข้อมือซ้าย ว่ามีเลือดจากบริเวณแผลหรือไม่
2. บันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที 2 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง จนสัญญาณชีพคงที่และอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. บันทึกและสังเกตอาการจากเครื่องติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG monitor) เพื่อทราบการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ
4. ให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติสังเกตอาการเจ็บแน่นหน้าอก ตำแหน่งที่เจ็บและเจ็บร้าว ระยะเวลาที่เจ็บ ถ้าไม่เจ็บหน้าอกให้เกณฑ์คะแนน = 0 เจ็บเล็กน้อยให้คะแนน = 1 ถ้าเจ็บมากขึ้นให้เพิ่มคะแนนขึ้นจนเจ็บมากที่สุดให้คะแนน = 10 เพื่อทราบชนิดและความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก
5. ให้ 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร อัตรา 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ตามแผนการรักษาและบันทึกจำนวนน้ำเข้าและออกใน 24 ชั่วโมงแรก เพื่อทราบการไหลเวียนเลือดและการทำงานของไต
6. อธิบายและให้คำแนะนำเรื่องห้ามขยับข้อมือข้างซ้ายห้ามแก้ไขที่ตามข้อมือไว้เพื่อป้องกันไม่ให้เลือดออกบริเวณที่ทำหัตถการ หากมีอาการปวดหรือขาให้แจ้งพยาบาลเพื่อจัดตำแหน่งหรือคลายผ้าออก หรือถ้าปวดมากให้ยาบรรเทาอาการปวด
7. ให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารและน้ำได้ตามปกติให้ดื่มมากๆ เพื่อช่วยขับเอาสารที่บ่งสีออกมาทางปัสสาวะ
8. ติดตามค่า BUN, creatinine เพื่อประเมินการทำงานของไต

การประเมินผล ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขทั้งหมด การเยี่ยมครั้งที่ 3 (วันที่ 3 กันยายน พ.ศ. 2548)

หลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ได้รับไว้ในความดูแลติดตามเยี่ยม 3 ครั้ง พบว่าได้รับการดูแลแก้ไขปัญหอย่างต่อเนื่อง ข้อวินิจฉัยการพยาบาลทุกข้อได้รับการแก้ไขถึงแม้ปัญหาต่างๆ ได้รับการแก้ไขหมดไป หากผู้ป่วยไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการปฏิบัติตัวโรคนี้อาจสามารถกลับมาเป็นซ้ำได้อีก ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การรับประทานยาที่ถูกต้อง การควบคุมน้ำหนักตัว ลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่ก่อให้เกิดโรคซ้ำ รวมทั้งการออกกำลังกายสม่ำเสมอ รวมเวลาในการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล 5 วัน และนัดมาพบแพทย์อีก 1 เดือน

7. ผลสำเร็จของงาน

ได้ให้การพยาบาลศึกษาติดตามและประเมินผลการพยาบาลเป็นเวลา 5 วัน และเยี่ยมจำนวน 3 ครั้ง พบว่าปัญหาทั้งหมด 3 ข้อ ได้รับการแก้ไขทั้งหมด พร้อมทั้งได้ให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง จึงทำให้มีผลสัมฤทธิ์

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยสแตนต์อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อนำไปเป็นข้อมูลในการศึกษาแก่พยาบาลและผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการขยายหลอดเลือดด้วยสแตนต์
3. เพื่อให้เกิดการพัฒนาในวิชาชีพการพยาบาลโดยนำแนวความคิดมาปรับปรุงคุณภาพในการพยาบาลต่อไป

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

1. ในระยะก่อนการทำสวนหัวใจผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลกับแผนการดูแลวิธีการรักษาค่อนข้างมากเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะทราบว่าจะต้องทำหัตถการในระยะเวลาที่กระชั้นชิด มีเวลาในการเตรียมตัวและค้นหาข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวกับวิธีการรักษาของตนเองน้อย อีกทั้งโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นโรคที่อันตรายค่อนข้างมาก ผู้ป่วยจึงมีความวิตกกังวลสูง การให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการรักษาการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยก่อนและหลังสวนหัวใจ จึงมีความสำคัญมาก ภาษาที่ใช้ควรเข้าใจง่าย จึงสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามถึงปัญหาต่างๆ ที่ยังสงสัย เพื่อเกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง เพื่อลดความวิตกกังวลต่างๆ ของผู้ป่วยและญาติ
2. ในระยะที่ผู้ป่วยทำสวนหัวใจ ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต การล้มเหลวในการทำการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยสแตนต์ พยาบาลที่ดูแลและช่วยในขณะทำหัตถการจึงต้องมีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง สามารถให้คำแนะนำขณะทำหัตถการ รวมทั้งสามารถประเมินอาการความผิดปกติขณะทำหัตถการได้ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

3. ในระยะหลังทำหัตถการผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับการใส่ สเตนต์ที่หลอดเลือดหัวใจคือ สเตนต์อุดตันใน 24 ชั่วโมงแรก ซึ่งอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่มีภาวะดังกล่าวต้องอาศัยประสบการณ์ในการพยาบาลการประเมินอาการต้องแม่นยำและทันท่วงที หากไม่สามารถประเมินอาการดังกล่าวได้อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

4. ในระยะก่อนกลับบ้านเนื่องจากโรคนี้อาจมีแนวโน้มที่จะเกิดได้อีก และมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโดยตรง การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อไม่ให้กลับเป็นซ้ำจึงเป็นเรื่องสำคัญมาก การพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยและญาติต้องเน้นถึงการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่ส่งเสริมให้เกิดโรคซ้ำ

10. ข้อเสนอแนะ

1. โรคนี้อาจมีส่วนใหญ่จะทราบว่าคุณต้องผ่าตัดในระยะเวลาที่กระชั้นชิดอีกทั้งโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นโรคที่มีความอันตรายต่อชีวิตค่อนข้างมาก ความวิตกกังวลและความเครียดค่อนข้างสูง การให้การพยาบาล และการให้คำแนะนำควรคำนึงถึงภาวะด้านจิตใจของผู้ป่วยให้มากที่สุด การเลือกใช้คำพูด การให้การพยาบาลจึงควรนุ่มนวลและตระหนักถึงความเครียดของผู้ป่วย การแนะนำควรใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและชัดเจนเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและคลายความวิตกกังวล

2. ขณะทำหัตถการ พยาบาลต้องมีความเชี่ยวชาญสามารถประเมินอาการได้อย่างรวดเร็ว สามารถช่วยผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที

3. ในการให้การพยาบาลก่อนและหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยสเตนต์นั้นเป็นบทบาทโดยตรงของพยาบาลประจำการ ดังนั้นพยาบาลและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องจึงควรมีความรู้ความชำนาญ การรักษาและการดูแลให้การพยาบาลการสังเกตอาการและการประเมินภาวะแทรกซ้อนต่างๆ อย่างถูกต้อง เพื่อลดความเสี่ยงที่จะเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย

4. เนื่องจากโรคนี้อาจมีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำได้อีก จึงควรจัดทีมสหสาขาเพื่อช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย ให้สามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำ อีกทั้งควรมีการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ

(นางสาวขวัญเมือง สอนดา)

พยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

ผู้ขอรับการประเมิน

.....12...../.....มี.ค...../.....2552.....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางเพ็ญพิศ ปานสว่าง)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

(วันที่)12...../...มี.ค...../...2552.....

(ลงชื่อ) 

(นายชัยวัน เจริญโชคทวี)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการวิทยาลัย

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

(วันที่)12...../...มี.ค...../...2552.....

เอกสารอ้างอิง

- กอบกุล บุญปราศภัย. **พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีและการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร : บุญศิริการพิมพ์, 2546.
- กำพล ศรีวัฒนากุล. **คู่มือการใช้อายฉบับสมบูรณ์**. พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพมหานคร:สภานักส์, 2545.
- เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์. **คู่มือการพยาบาลโรคหัวใจ**. พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพมหานคร : บพิชการพิมพ์, 2542.
- เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์ และจุฬารัตน์ สมรูป. **คู่มือการใช้อยาและการจัดการพยาบาล เล่ม 1**. พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพมหานคร : บพิชการพิมพ์, 2547.
- สุรพันธ์ สิทธิสุข. โรคหัวใจขาดเลือด. ในวิชา ศรีมาลา (บรรณาธิการ) **ตำราอายุรศาสตร์ 2**. (หน้า 174 – 197). กรุงเทพมหานคร : ยูนิตีพับลิเคชั่น, 2541.
- สิวรรณ อุณนาภิรักษ์ และคณะ. **พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล** พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร : บุญศิริการพิมพ์, 2542.
- อภิชาติ สุคนธ์สรรพ และชนวัฒน์ เบญจานุวัตร. **Coronary artery disease**. เชียงใหม่ : ไอเด็นตีตี้กรุป, 2543.
- Banasik, J.L. Alterations in cardiac function. In copsted, L.C. (ed.), **Perspectives on pathophysiology**. (pp.375-384). Phylidephia : W.B. Saunder, 1995.
- Lippincott Williams and Wilking. **The Washington Manual of Medical Therapeutics**. Washington: Wolters Kluwer company, 2004.
- Paul M. Ridker and Nader Rifai. **C-Reactive Protein and Cardiovascular Disease**. Canada: Library and Archives Publication, 2006.
- Seung – jung Park, Gary S. Mintz and Takahiko Suzuking. **Basic Guide to Interventional Cardiology**, Korea : Hoonju Publishing, 2006.

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางสาววิญเมือง สอนดา

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 638) สังกัดฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและ
วชิรพยาบาล สำนักการแพทย์

เรื่อง จัดทำสมุดคู่มือ เรื่องการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยที่ทำสวนหัวใจ

หลักการและเหตุผล

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจเกิดการตีบหรืออุดตันเพราะมีไขมันไปเกาะผนังด้านในของหลอดเลือดหากเกิดการตีบหรืออุดตันมากกว่า 50% ขึ้นไป ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอจนเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหากภาวะนี้เป็นอยู่นานจนกล้ามเนื้อหัวใจตายอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีหลายวิธี เช่น การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน การขยายหลอดเลือดหัวใจโดยการกรอเส้นเลือด การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยสแตนท์ แต่ที่นิยมทำในปัจจุบันคือ การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยสแตนท์ เนื่องจากสามารถทำการขยายหลอดเลือดได้หลายตำแหน่งการกลับมาตีบซ้ำๆ ลดภาวะเสี่ยงที่ต้องทำผ่าตัดหัวใจผู้ป่วยและญาติจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง ทราบถึงสาเหตุ อาการและอาการแสดง วิธีการรักษาของแพทย์ และภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นขณะรับการรักษา รวมทั้งค่าใช้จ่ายเนื่องจากค่าอุปกรณ์และยามีราคาแพง ผู้ป่วยอาจกลับมาเป็นซ้ำได้อีกหากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง จึงเกิดแนวคิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นบุคคลที่มีความสามารถที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็น เมื่อมีความเข้าใจจะสามารถวางแผนในการดูแลตนเองได้ ดังนั้นการเตรียมความพร้อมควรเริ่มต้นแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนและหลังเข้ารับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยสแตนท์ จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยและควรแนะนำให้ญาติมีความรู้ความเข้าใจพร้อมกันไปด้วย เพื่อสามารถนำความรู้ไปวางแผนและช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยและตนเองได้ อีกทั้งการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ ซึ่งปัจจุบันทางหน่วยงานยังไม่มีคู่มือการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยที่ทำสวนหัวใจ เพื่อแนะนำผู้ป่วยให้สามารถกลับไปดูแลตนเองได้

วัตถุประสงค์หรือเป้าหมาย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงพยาธิสภาพของโรคและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น
2. เพื่อเตรียมความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยก่อนและหลังการสวนหัวใจ
3. เพื่อลดภาระงานของทีมสุขภาพในการให้ข้อมูลต่างๆ กับผู้ป่วยและญาติ
4. เพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติสุข

5. ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา

เป้าหมาย

สร้างคู่มือให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเอง และสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเมื่อทำสวนหัวใจ

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอแนะ

การจัดทำคู่มือการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยที่ทำสวนหัวใจ โดยใช้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีของโอเร็ม (Orem, 1995) โดยโอเร็ม เชื่อว่าบุคคลเป็นผู้ที่มีศักยภาพและสามารถกระทำตามที่ได้อ้างไว้ มีความสามารถที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับตนเอง และวางแผนจัดระบบการดูแลตนเองได้ จึงเกิดแนวความคิดในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย และญาติก่อนจำหน่ายผู้ป่วยและญาติ ควรเตรียมความพร้อมตั้งแต่ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล และควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลอดเลือดหัวใจตีบ เช่น สาเหตุการเกิดโรค อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อนความรุนแรงของโรค การรักษาพยาบาล รวมทั้งการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ โดยดำเนินการดังต่อไปนี้

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. รวบรวมข้อมูลเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ การรักษา การพยาบาล การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย จากตำราทั้งในและต่างประเทศ /Website ที่เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
2. นำข้อมูลที่ได้อ่านคัดเลือก ปรับข้อความเป็นภาษาที่กระชับ ชัดเจน เข้าใจง่าย
3. นำข้อมูลที่ได้อ่านจัดพิมพ์เป็นตัวอย่างคู่มือ
4. นำตัวอย่างคู่มือให้ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาและความถูกต้อง
5. นำตัวอย่างคู่มือทดลองให้พยาบาลประจำการและผู้ป่วยทดลองอ่าน เพื่อดูความชัดเจนและความเข้าใจ เมื่ออ่านแล้วสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง
6. ข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ พยาบาลประจำการและผู้ป่วยมาปรับปรุงคู่มือพร้อมกับจัดทำรูปแบบคู่มือ (ตามภาคผนวก)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยทราบถึงพยาธิสภาพของโรค อาการและอาการแสดง การรักษา ภาวะแทรกซ้อน การป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ
2. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงวิธีการปฏิบัติตนก่อนและหลังการสวนหัวใจและการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของโรค
3. ลดระยะเวลาการนอน โรงพยาบาลของผู้ป่วย

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. มีคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยในการทำสวนหัวใจ ในปี พ.ศ. 2552
2. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคและปฏิบัติตัวตามเกณฑ์ที่กำหนดเกินร้อยละ 80

ลงชื่อ 

(นางสาวขวัญเมือง สอนดา)

พยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

ผู้ขอรับการประเมิน

.....12...../..มี.ค...../..2552.....

ภาคผนวก

คู่มือการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยที่ทาสวนหัวใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจเกิดการตีบตันเพราะมีไขมันไปเกาะผนังด้านในของหลอดเลือดหากเกิดการตีบตันถึงประมาณ 50% ขึ้นไป ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ จนเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หากเป็นอยู่นานอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

- ภาวะความดันโลหิตสูง
- การเป็นโรคเบาหวาน
- น้ำหนักตัวมากหรือความอ้วน
- มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหัวใจ
- ภาวะไขมันในเลือดสูง โดยเฉพาะระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูงกว่า 200 mg/dl
- สูบบุหรี่, ดื่มแอลกอฮอล์
- การขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

อาการเบื้องต้นของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหรืออุดตัน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจะแสดงอาการอย่างไรบ้าง ดังต่อไปนี้

- มีอาการเจ็บหรือแน่นหน้าอก เหมือนมีอะไรมาทับหรือบีบรัด
- อาจมีอาการปวดและร้าวไปบริเวณกรามหรือขากรรไกร แขน และสะบักได้
- มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เหงื่อออก ใจสั่น หน้ามืด

อย่างไรก็ตามประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันโดยทั่วไปอาจไม่แสดงอาการใดๆ

สัญญาณอันตรายของโรคหลอดเลือดหัวใจ

เมื่อผู้ป่วยมีอาการแน่นหน้าอกดังต่อไปนี้ ควรต้องมาโรงพยาบาลทันที และต้องไม่ขับรถไปโรงพยาบาลด้วยตนเองอย่างเด็ดขาด

- อาการเจ็บหน้าอกไม่ทุเลาแม้ได้มยาใน โตรกลีเซอรินติดต่อกัน 3 เม็ดนาน 15–20 นาที
- อาการเจ็บหน้าอกรุนแรงมากกว่าที่เคยเป็น
- มีใจสั่น เหงื่อออก หน้ามืด หรือหมดสติ

การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจ

- การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram หรือ ECG หรือ EKG)
- การทดสอบความทนต่อการออกกำลังกาย (Exercise stress test)
- การฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Angiogram) หรือการสวนหัวใจวิธีนี้นิยม

ทำมากที่สุดเนื่องจากสามารถทราบตำแหน่งที่เส้นเลือดหัวใจตีบหรืออุดตันได้อย่างถูกต้อง และแม่นยำมากที่สุด

การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ

1. การรักษาด้วยยา เช่น ยาต้านเกร็ดเลือด ยาขยายหลอดเลือด ยาควบคุมความดันโลหิต ยาควบคุมการเต้นของหัวใจ ยาละลายลิ่มเลือด ยาลดไขมัน
2. การขยายหลอดเลือดหัวใจโดย
 - 2.1 การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน
 - 2.2 การใส่โครงตาข่ายหรือขดลวดชนิดพิเศษขยายหลอดเลือดหัวใจ
 - 2.3 การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยหัวใจกรอกากเพชร
3. การผ่าตัดต่อเส้นเลือดทางเบี่ยงหัวใจ

เมื่อแพทย์ตรวจพบความผิดปกติ และนัดผู้ป่วยมาสวนหัวใจ ผู้ป่วยควรเตรียมตัวดังต่อไปนี้

การเตรียมตัวของผู้ป่วยก่อนการสวนหัวใจ

- งดน้ำและอาหาร 4 – 6 ชั่วโมงก่อนการตรวจ
- งดยาละลายลิ่มเลือด (Anticoagulant) ก่อนวันทำสวนหัวใจ 3 – 5 วัน
- งดยาขับปัสสาวะเข้าวันก่อนตรวจ
- แพทย์ให้ยาคลายความวิตกกังวล คือ Diazepam 5 mg 1 เม็ดรับประทานก่อนนอนคืนก่อน

การสวนหัวใจ

- เตรียมบริเวณที่จะทำการตรวจ (โดยโกนขนบริเวณข้อมือทั้ง 2 ข้างหรือขาหนีบทั้ง 2 ข้าง)
- พยาบาลจะมาให้สารละลายทางหลอดเลือดดำที่แขนข้างซ้ายเวลาประมาณ 07.00 น. เข้าวัน

ก่อนตรวจและให้ยาแก้แพ้ทางหลอดเลือดดำ

- ถอดฟันปลอมและของมีค่าก่อนไปสวนหัวใจ
- ปัสสาวะก่อนไปสวนหัวใจ

การปฏิบัติตัวหลังการสวนหัวใจ

- ให้นอนราบเหยียดขาตรงข้างที่ทำอย่างน้อย 4–6 ชั่วโมง ขาอีกข้างหนึ่งเคลื่อนไหวได้ตามปกติ พลิกตะแคงตัวได้

- ถ้าไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนให้รับประทานอาหารได้ตามปกติ
- ขณะรับประทานอาหารให้ใจสรีระสูงได้ไม่เกิน 30 องศา
- ให้อดน้ำมากๆ (ในกรณีที่ไม่มีข้อห้าม) 1,000 ml/วัน
- ถ้ามีเลือดออกบริเวณที่ทำให้รับแจ้งพยาบาลทราบ
- ถ้ามีปัญหาเรื่องปัสสาวะไม่ออกให้แจ้งพยาบาลทราบ

กรณีทำการสวนหัวใจโดยเจาะเส้นที่แขน

- ห้ามงอแขนข้างที่ทำ อย่างน้อย 4 – 6 ชั่วโมง
- ให้นอนพักบนเตียงอาจลุกนั่งหรือเดินได้ถ้าจำเป็น

- ถ้ามีเลือดออกหรือมีความผิดปกติใดๆ บริเวณที่ทำ เช่น ชา เจ็บว ให้แจ้งพยาบาลทราบ

ภาวะแทรกซ้อนและข้อควรระวัง

- มีเลือดออกบริเวณตำแหน่งที่ทำ
- บริเวณปลายมือปลายเท้าเย็น คลำชีพจรไม่ได้หรือไม่ชัดเจน ชีต
- รู้สึกว่าหัวใจเต้นผิดปกติ
- ปวดบริเวณที่ทำการสวนหัวใจ มีไข้
- อาการแพ้สารทึบรังสี อาจมีคลื่นไส้อาเจียน ในระหว่างทำหรือหลังทำได้
- เหงื่อออกใจสั่น ความดันโลหิตต่ำ เจ็บหน้าอกมากเหมือนตอนก่อนทำให้รับแจ้งพยาบาล

ทราบ

ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยสแตนท์มีข้อแนะนำดังนี้

ข้อปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยที่ได้สแตนท์ที่หลอดเลือดหัวใจ

- ต้องมาตรวจตามนัดทุกครั้ง เพื่อเจาะเลือดและปรับยา
- ควบคุมเรื่องการรับประทานอาหาร ควรรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผักสด ผลไม้สด งดผลไม้รสหวานจัด เช่น ทูเรียน องุ่น มะม่วงสุก ลำไยเป็นต้น ควรรับประทานไขมันจากพืชที่ไม่ใช้น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม แต่ควรใช้น้ำมันมะกอก น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด เพราะไขมันเหล่านี้จะมีกรดไลโนเรอิกสูงช่วยลดคอเลสเตอรอล

- ควรรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ ลดการรับประทานอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาล
- ลดหรือหลีกเลี่ยงการดื่ม ชา กาแฟ เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน เช่น น้ำอัดลม เครื่องดื่มชูกำลัง

กำลัง

- ไม่สูบบุหรี่, ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
- ควรออกกำลังกายตามความเหมาะสมของร่างกาย ตามคำแนะนำของแพทย์อย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 – 4 ครั้ง นานครั้งละ 20 – 30 นาที

ข้อแนะนำเรื่องการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด

- ยานี้จะช่วยไม่ให้เกิดลิ่มเลือด เกาะที่ขดลวดหรือสแตนท์ที่วางอยู่ในหลอดเลือดหัวใจ ควรติดตามผลการรักษา โดยมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งเพื่อดูระยะการแข็งตัวของเลือด แพทย์จะได้ปรับยาให้ผู้ป่วยได้ถูกต้อง
- ควรรับประทานยาตรงตามที่แพทย์สั่ง และควรรับประทานเพียงวันละครั้งในเวลาตรงกันของแต่ละวัน ห้ามเว้นหรือรับประทานยาเพิ่มเอง
- ห้ามหยุดรับประทานยา ยกเว้นแพทย์สั่ง

- ปรีกษาแพทย์เมื่อมีอาการดังนี้ ปัสสาวะสีเข้มเหมือนสีโค้กหรือสีแดง, อุจจาระเป็นสีดำ, หรือมีรอยฟกช้ำตามผิวหนัง

- สิ่งที่ต้องปฏิบัติขณะรับประทานยาประเภทป้องกันการแข็งตัวของหลอดเลือดคือ กรณีเกิดอุบัติเหตุ หรือถูกกระแทกแรงๆ มีบาดแผล ควรแจ้งแพทย์ผู้รักษาทราบว่ารับประทานยาชนิดนี้อยู่

- ควรแจ้งให้ทันตแพทย์ที่ตรวจรักษาทุกครั้งว่าใช้นยา

- ควรใช้แปรงสีฟันชนิดที่มีขนแปรงนิ่ม

- ควรใช้เครื่องโกนหนวดไฟฟ้าแทนมีดโกน

- ควรพกบัตรรับประทานยาติดตัวไว้ตลอดเวลา

เอกสารอ้างอิง

- กอบกุล บุญปราศภัย. **พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีและการพยาบาล.** พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร : บุญศิริการพิมพ์,2546.
- กำพล ศรีวัฒนากุล. **คู่มือการใช้อายฉบับสมบูรณ์.** พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพมหานคร:สถาบันกส์ จำกัด,2545.
- เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์. **คู่มือการพยาบาลโรคหัวใจ.** พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพมหานคร : บพิชการพิมพ์, 2542.
- เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์ และจุฬารักษ์ สมรูป. **คู่มือการใช้อยาและการจัดการพยาบาล เล่ม 1.** พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพมหานคร : บพิชการพิมพ์,2547.
- สุรพันธ์ สิทธิสุข. **โรคหัวใจขาดเลือด. ในวิทยา ศรีมาลา (บรรณาธิการ) ตำราอายุรศาสตร์ 2.** (หน้า 174 – 197). กรุงเทพมหานคร : ยูนิตีพับลิเคชั่น, 2541.
- สิวรรณ อุณาภิรักษ์ และคณะ. **พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล** พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร : บุญศิริการพิมพ์, 2542.
- อภิชาติ สุคนธ์สรรพ และชนวัฒน์ เบญจานุวัตร.**Coronary artery disease.** เชียงใหม่ : ไอเด็นตีดีกรุป,2543.
- Banasik, J.L. (1995). Alterations in cardiac function. In copsted, L.C. (ed.), **Perspectives on pathophysiology.** (pp.375-384). Phylidephia : W.B. Saunder.
- Lippincott Williams & wilking. **The Washington Manual of Medical Therapeutics.** Washington: Wolters Kluwer company,2004.
- Paul M Ridker and Nader Rifai.**C-Reactive Protein and Cardiovascular Disease.** Canada:Library and Archives Publication,2006.
- Seung – jung Park,Gary S.Mintz and Takahiko Suzuking **Basic Guide to Interventional Cardiology,** Korea : Hoonju Publishing Inc,2006.