

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่ง

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
- ข้อเสนอ แนวคิดวิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง แนวทางการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

เสนอโดย

นางสาวชัชชญา สุวรรณชาติ
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)
(ตำแหน่งเลขที่ รพล. 134)
กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร
สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 7 วัน (ตั้งแต่วันที่ 19 ก.ค. 2553 ถึงวันที่ 25 ก.ค. 2553)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้การดำเนินการ

ความหมาย

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด คือ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดเฉียบพลันหรือเรื้อรัง โดยมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดแดงแข็ง ซึ่งเป็นพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับผนังชั้นในสุดของหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ และขนาดกลางเป็นผลให้จำกัดการไหลเวียนเลือดไปยังกล้ามเนื้อหัวใจ เกิดการอุดตันหรือการไหลเวียนลดลงอย่างรุนแรงในหลอดเลือดแดงโคโรนารี (coronary artery) จนเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นได้รับความเสียหายจากการขาดออกซิเจนถึงขนาดไม่สามารถกลับคืนสู่สภาวะเดิมได้และอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ หรือการเสียชีวิตของผู้ป่วย (กอบกุล บุญปราศรัย, 2546) โดยมีลักษณะทางคลินิกเป็น

1. Unstable angina
2. Non Q-wave myocardial infarction
3. Q-wave myocardial infarction

สาเหตุ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเกิดจากภาวะที่เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงเป็นเวลานาน จากการเกิดการอุดตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารี สาเหตุมาจากปัจจัยเสี่ยงหลายอย่าง ได้แก่

1. ไขมันในเลือดสูง ระดับคอเลสเตอรอลที่สูงกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (mg/dl) หรือมีไลโปโปรตีนความหนาแน่นต่ำ (low density lipoprotein หรือ LDL) ที่สูงกว่า 13 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดอุดตัน เนื่องจากไลโปโปรตีนความหนาแน่นต่ำเป็นตัวนำพาคอเลสเตอรอลไปเกาะในผนังหลอดเลือด ซึ่งเมื่อเกิดแล้วจะสะสมพอกพูนขึ้นเรื่อย ๆ จนขนาดรูของหลอดเลือดเล็กลงและอุดตันได้ ไลโปโปรตีนความหนาแน่นสูง (high density lipoprotein หรือ HDL) ที่สูงกว่า 45 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จะป้องกันการสะสมของคอเลสเตอรอล เนื่องจากไลโปโปรตีนความหนาแน่นสูงจะมีหน้าที่ขจัดคอเลสเตอรอลออกจากกระแสเลือดและหลอดเลือด
2. การสูบบุหรี่ สารนิโคตินในบุหรี่จะกระตุ้นการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น เพิ่มปริมาณไขมันในเลือดให้สูงขึ้น คาร์บอนมอนนอกไซด์จะไปแย่งออกซิเจนจับกับฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง มีผลทำให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับออกซิเจนลดลง
3. ความดันโลหิตสูง มีผลทำให้หัวใจและหลอดเลือดทำงานมากขึ้น ถ้าภาวะนี้ดำเนินไปเรื่อย ๆ จะทำให้

หลอดเลือดเสื่อมสภาพ กล้ามเนื้อหัวใจเกิดการขาดเลือดได้

4. โรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงขึ้นกว่าปกติมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มระดับไขมันในเลือดซึ่งทำให้หลอดเลือดแข็งตัวได้
 5. ความอ้วน ระดับคอเลสเตอรอลจะสูงขึ้นไปพอกพูนในผนังหลอดเลือดและเกิดการอุดตันได้
 6. กรรมพันธุ์ จะมีโอกาสเสี่ยงสูงหากครอบครัวมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ
 7. อายุ เพศชายพบในอายุมากกว่า 45 ปีและเพศหญิงพบในอายุมากกว่า 55 ปี
 8. เพศ พบว่าเพศชายมีอุบัติการณ์ของโรคมมากกว่าเพศหญิงทุกช่วงอายุ
 9. บุคลิกภาพ ถ้ามีบุคลิกภาพลักษณะเป็นคนเอาจริงเอาจัง เกร็งเครียด นุนเฉียว หงุดหงิดง่ายจะมีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ หัวใจทำงานหนักมากขึ้น เร่งการขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจ
 10. ขาดการออกกำลังกาย การออกกำลังกายสม่ำเสมอช่วยลดระดับคอเลสเตอรอล ลดความดันโลหิต ลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ ลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือดและลดการเกาะกันของเกล็ดเลือด
- พยาธิสรีรภาพ**

ขบวนการเปลี่ยนแปลงที่ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นผลมาจากการหนาและแข็งตัวของผนังหลอดเลือดแดงโคโรนารี จากการเกาะจับของคราบไขมันที่ก่อตัวพอกสะสมกันอยู่นานในหลอดเลือด จนทำให้คราบไขมันดังกล่าวมีขนาดโตขึ้น หลอดเลือดจึงเกิดการหนาและแข็งตัว ในบริเวณนี้เลือดจะไหลผ่านไม่สะดวกและมีปริมาณน้อยลงเกิดแรงต้านทานแรงเสียดสีของเลือดที่ไหลผ่านกับผนังหลอดเลือดสูงขึ้น ซึ่งเป็นผลให้คราบไขมัน เกิดการปริแตก เกล็ดเลือดและสารที่ทำให้เลือดแข็งตัวไฟบริโนเจน (fibrinogen) และไฟบริน (fibrin) จะมาพอกรวมตัวกันบริเวณที่ปริแตกนี้และเกาะติดกับผนังหลอดเลือด ทำให้เกิดลิ่มเลือด (thrombus) อุดตันในหลอดเลือด เมื่อมีการอุดตันของหลอดเลือด จะเกิดการขาดเลือดมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยการตายนั้นจะเริ่มจากชั้นในออกมาชั้นนอกและจากส่วนกลางออกไปรอบ ๆ ถ้าไม่มีเลือดมาเลี้ยงอย่างต่อเนื่องนานประมาณ 4 – 6 ชั่วโมง จะทำให้เกิดการตายตลอดความหนาทั้ง 3 ชั้นของกล้ามเนื้อหัวใจ สูญเสียการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้น (นิธิ มหานนท์ และสรณ บุญใบชัยพฤกษ์, 2543) จนเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายในที่สุด

อาการและอาการแสดง

1. อาการเจ็บหน้าอก มีลักษณะดังนี้
 - 1.1 เจ็บหน้าอกรุนแรงขึ้นชัดเจน เจ็บถี่มากขึ้น โดยมีอาการเจ็บปวด จุกแน่นที่กลางหน้าอกร้าวไปคอ กรามหรือแขน
 - 1.2 เจ็บหน้าอกติดต่อกันนานมากกว่า 30 นาที อมยาได้ลิ้นไป 3 เม็ด ในเวลา 10 นาที ยังไม่ทุเลา
 - 1.3 เคยเจ็บหน้าอกมาก่อนขณะออกกำลังกาย แต่ครั้งนี้เป็นการเจ็บครั้งแรกขณะพัก

2. อาการไม่จำเพาะ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน วิงเวียนศีรษะ หายใจไม่ค่อยสะดวก กระสับกระส่าย เป็นต้น
3. อาการแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น

3.1 หัวใจเต้นผิดปกติ เป็นอาการแทรกซ้อนที่ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรมมากที่สุด มักจะพบภายใน 12 ชั่วโมงแรก เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจตายจะทำให้ระบบการนำไฟฟ้าเสียไป รบกวนการส่งคลื่นไฟฟ้าในหัวใจ

3.2 หัวใจล้มเหลว ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายจะลดประสิทธิภาพในการบีบตัว หัวใจต้องทำงานหนักเพิ่มมากขึ้น อาการที่พบได้ เช่น อ่อนเพลีย บวม หอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ หัวใจเต้นเร็วขึ้น บีบแรงขึ้น เป็นต้น

3.3 ช็อกจากหัวใจ มักพบในผู้ป่วยที่กล้ามเนื้อหัวใจตายมาก

3.4 ก้อนลิ่มเลือดอุดตัน เกิดจากลิ่มเลือดที่เกาะรวมตัวเป็นก้อนหลุดลอยไปตามกระแสเลือด

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคโดยองค์การอนามัยโลก ให้การวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดต้องประกอบด้วยหลักเกณฑ์อย่างน้อย 2 ข้อ จาก 3 ข้อ ดังนี้

1. มีอาการเจ็บหน้าอกแบบกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่กล่าวมาแล้ว

2. มีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจดังนี้

2.1 ST ยกสูงขึ้นหรือ ST ลดต่ำลง มากกว่า 1 มิลลิเมตร

2.2 คลื่น T หัวกลับ

2.3 มีคลื่น Q ที่ผิดปกติ (กว้างกว่า 1 มิลลิเมตรหรือสูงกว่า 1/3 ของคลื่น R) หรือคลื่น Q ปกติ

3. การเพิ่มขึ้นของเอ็นไซม์ที่หลังจากกล้ามเนื้อหัวใจ โดยวัดได้ในกระแสเลือด

3.1 cTn_T (cardiac troponin T) เริ่มสูงขึ้นประมาณ 2 – 4 ชั่วโมง หลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด คงอยู่นาน 10 – 14 วันและลงสู่ปกติอย่างรวดเร็ว

3.2 CK (creatinine kinase) และ CK – MB (CK - isoenzyme) เริ่มสูงขึ้นประมาณ 3 – 6 ชั่วโมง หลังจากหัวใจขาดเลือด สูงที่สุด 24 ชั่วโมง ลดลงสู่ปกติใน 2 – 3 วัน แต่ในปัจจุบัน CK นั้น จะมีความจำเพาะในการวินิจฉัยน้อยลง ถึงแม้จะเป็นเอ็นไซม์ที่มีความไวสูงในการวินิจฉัยกล้ามเนื้อหัวใจตายก็ตาม แต่มีภาวะอื่นที่ทำให้ CK สูงขึ้นได้ เช่น โรคกล้ามเนื้อ โรคพิษสุรา ดังนั้น CK-MB ซึ่งพบมากในกล้ามเนื้อหัวใจจะเป็นตัวบ่งชี้เฉพาะว่ามีการทำลายของกล้ามเนื้อหัวใจ จึงเป็นมาตรฐานยืนยันได้ว่าเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตาย

3.3 LDH (lactic dehydrogenase) เริ่มสูงขึ้นประมาณ 24 – 48 ชั่วโมง หลังกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด สูงสุดที่ 3 – 6 วัน ลดลงสู่ปกติใน 8 – 14 วัน ปัจจุบันไม่เป็นที่นิยมเพราะระยะเวลาที่เอ็นไซม์ AST สูงจะแทรกกลางระหว่าง CK และ LDH และไม่มีความเฉพาะเจาะจงต่อกล้ามเนื้อหัวใจตาย

การรักษา

การรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด คือ เปิดทางให้เลือดไหลเวียนได้เร็วที่สุดในตำแหน่งที่หลอดเลือดมีการอุดตัน เพื่อให้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจได้รับออกซิเจนได้เพียงพอตามที่เซลล์ต้องการ บรรเทาอาการเจ็บหน้าอก ลดขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด พยายามป้องกันและรักษากล้ามเนื้อส่วนที่ตีไว้ให้มากที่สุด เพื่อลดอัตราการตายของผู้ป่วย

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ด้านร่างกาย

1. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง งคกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งหมด เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพิ่มมากขึ้น
2. ดูแลให้ออกซิเจน พร้อมทั้งวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดทุก 1 ชั่วโมงและทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลง
3. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก ½ - 1 ชั่วโมงและทุกครั้งที่มีอาการเจ็บหน้าอกหรือมีอาการเปลี่ยนแปลง
4. ติดตามเส้นระวางการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างใกล้ชิดและบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 ลีด
5. สังเกต สอบถามลักษณะอาการเจ็บหน้าอก ตำแหน่ง ความรุนแรง ระยะเวลาและปัจจัยที่ส่งเสริมอาการเจ็บหน้าอก บันทึกและรายงานแพทย์
6. ดูแลให้ยาบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก ยาละลายลิ่มเลือด ยาต้านเกล็ดเลือด ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ยาปรับการทำงานของหัวใจและการหมุนเวียนเลือด ยาควบคุมจังหวะการเต้นของหัวใจ ตามแผนการรักษา สังเกตอาการข้างเคียงของยาอย่างใกล้ชิด
7. สังเกตอาการ อาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้อย่างทันทั่วทั้งบันทึกและรายงานแพทย์
8. เตรียมยาและอุปกรณ์การช่วยชีวิตให้พร้อมใช้ได้ทันที
9. ดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบเหมาะแก่การพักผ่อน
10. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการขับถ่ายอุจจาระให้เป็นปกติโดยให้รับประทานผักผลไม้ กระตุ้นให้มีกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกายอย่างเหมาะสม หลีกเลี่ยงการเบ่งถ่ายอุจจาระ ดูแลให้ยาระบายตามแผนการรักษา
11. ดูแลให้ได้สารน้ำและสารอาหารตามความเหมาะสมกับความต้องการของร่างกายและสภาวะของโรค พร้อมทั้งบันทึกปริมาณน้ำเข้าออกจากร่างกายตามแผนการรักษา
12. เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษา เช่น ตรวจเอ็นไซม์จากกล้ามเนื้อหัวใจ ตรวจค่าการแข็งตัวของเลือด ตรวจเคมีคลินิก เป็นต้น

ด้านจิตใจ

1. ให้การต้อนรับผู้ป่วยและญาติด้วยความเป็นกันเอง ความเป็นมิตรและมีความสม่ำเสมอในการปฏิสัมพันธ์ต่อผู้ป่วยและญาติ
2. ให้ความเคารพและยอมรับผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่ง
3. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบทุกครั้งก่อนให้การรักษาพยาบาล
4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติอธิบายความรู้สึกและซักถามข้อสงสัยพร้อมทั้งอธิบายให้เข้าใจและยอมรับสภาพความเจ็บป่วย
5. ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและญาติ พร้อมทั้งตอบสนองตามความเหมาะสม

ด้านสังคม

1. สนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติได้มีโอกาสพูดคุย เปิดโอกาสให้เข้าเยี่ยมตามเวลาและยืดหยุ่นเวลาตามความเหมาะสม
2. เข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อสอบถามอาการเปลี่ยนแปลงและทำให้ผู้ป่วยรู้สึกที่ไม่ถูกทอดทิ้ง

ด้านจิตวิญญาณ

1. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติประกอบพิธีกรรมทางศาสนาหรือลัทธิความเชื่อ เช่น ไหว้พระ ทำบุญใส่บาตร สวดมนต์และอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วยและญาติ
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยตัดสินใจในการดูแลรักษาพยาบาล โดยยืนยันกับผู้ป่วยและญาติว่าการตัดสินใจที่ผู้ป่วยและญาติได้ทำไปนั้นถูกต้องและทีมสุขภาพมีความเห็นตรงกันกับผู้ป่วยและญาติ

ความรู้ทางเภสัชวิทยา (ยาที่ผู้ป่วยได้รับ)

แอสไพริน (aspirin) เป็นยาบรรเทาอาการปวดลดไข้ บรรเทาอาการอักเสบและใช้เป็นยาป้องกันการรวมตัวของเกล็ดเลือด

ซิมวาสเตติน (simvastatin) เป็นยาลดระดับคอเลสเตอรอลและแอลดีแอล (LDL) ใช้รักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีและภาวะไขมันในเลือดสูง โดยควบคู่กับการควบคุมอาหาร ลดภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือด

อินาริล (enaril) เป็นยาลดความดันโลหิตและลดแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลาย ช่วยให้มีปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที เพิ่มขึ้น

อีโนกซาพาริน (enoxaparin) เป็นยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด ช่วยป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ ป้องกันการเกิดลิ่มเลือดไหลเวียนนอกร่างกายระหว่างการล้างไต ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการขาดเลือดในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดทันทีทันใด (unstable angina)

ไอซอร์ดีล (isordil) และไนโตรกลีเซอริน (nitroglycerine) เป็นยาขยายหลอดเลือดแดงโคโรนารี ทำให้ผนังกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดคลายตัว เป็นผลให้หลอดเลือดขยายตัว ทำให้ลดปริมาณเลือดที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจใช้ออกซิเจนน้อยลง ใช้บรรเทาอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน

พลาวิคซ์ (plavix) ป้องกันการแข็งตัวของเลือดและการเกิดลิ่มเลือดอุดตันของสมองและหัวใจ
 ซีโนคอต (senokot) เป็นยาระบาย ออกฤทธิ์โดยตรงต่อผนังลำไส้ โดยเพิ่มอัตราการเคลื่อนไหวของลำไส้ใหญ่และยับยั้งการจับน้ำและอิเล็กโตรไลต์ ทำให้อุจจาระนิ่มลง

รานิทิดีน (ranitidine) ยาลดกรดในกระเพาะอาหาร ออกฤทธิ์โดยยับยั้งการจับที่ H_2 – receptor (H_2 – histamine – receptor antagonist) อาการข้างเคียงของยา คือ มีผื่นขึ้น ปวดศีรษะและง่วงซึม

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นภาวะเจ็บป่วยขั้นวิกฤตและเป็นสาเหตุการตายอันดับต้น ๆ ของประชากรชาวไทย โดยมีปัจจัยเสี่ยงส่งเสริมหลายอย่าง คือ มีไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ ความอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง อายุ เพศ บุคลิกภาพที่มีความเครียดทางอารมณ์สูงและขาดการออกกำลังกาย ซึ่งข้อสำคัญในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คือ ให้เลือดไหลเวียนในหลอดเลือดที่อุดตันได้ใหม่หรือมีเลือดกลับมาเลี้ยงหัวใจให้เร็วที่สุด (กอบกุล บุญปราศรัย, 2546) จากสถิติผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2551 จำนวน 34 ราย ปี พ.ศ. 2552 จำนวน 21 ราย ปี พ.ศ. 2553 จำนวน 10 ราย ผู้ป่วยเหล่านี้ซึ่งโรงพยาบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง พยาบาลต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจถึงสาเหตุพยาธิสรีรวิทยา อาการและอาการแสดง แนวทางการรักษา เพื่อรวบรวมข้อมูลนำไปสู่การประเมินภาวะสุขภาพอนามัยของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการพยาบาลให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหายกลับคืนสู่สภาพเดิมโดยเร็ว อย่างปลอดภัยและสามารถกลับไปใช้ชีวิตอย่างเดิมหรือใกล้เคียง

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาค้นหาข้อมูลจากตำรา เก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการรักษาและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล

2. เลือกกรณีผู้ป่วยชายไทย อายุ 44 ปี เข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลลาดกระบัง-กรุงเทพมหานคร วันที่ 19 ก.ค. 2553 เวลา 00.30 น. จากการซักประวัติ 1 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ร้าวไปหลังและไหล่ทั้งสองข้าง หลังจากรับประทานอาหารเย็นขณะนั่งสูบบุหรี่ ญาตินำส่งโรงพยาบาล ประเมินคะแนนความปวด (pain score) ได้ 10 คะแนน จากผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แพทย์ให้การวินิจฉัยว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ให้การรักษาด้วย

ขาดสติสัมปชัญญะ ขาดการหายใจ หัวใจหยุดเต้น ได้รับออกซิเจน ประเมิน และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยได้รับการรักษาและให้การพยาบาลเป็นเวลา 7 วัน ปัญหาทางการพยาบาล ได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยมีอาการทุเลา สามารถกลับบ้านได้ ในวันที่ 25 ก.ค. 2553 นัดพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบ หัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลศิรินคร วันที่ 2 ส.ค. 2553 เวลา 08.00 น.

3. สรุปผลกรณีศึกษา จัดทำเป็นเอกสารวิชาการ ตรวจสอบความถูกต้องและนำเสนอ ตามลำดับ

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100

กรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทยอายุ 44 ปี สถานภาพสมรสคู่ นับถือศาสนาพุทธ HN 12258/53 AN1927/53 เข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานครวันที่ 19 ก.ค. 2553 เวลา 00.30 น. จากการซักประวัติ 1 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ร้าวไปหลัง และไหล่ทั้งสองข้าง หลังจากรับประทานอาหารเย็นขณะนั่งดูฟุตบอล ญาตินำส่งโรงพยาบาล ประเมินคะแนนความปวด (pain score) ได้ 10 คะแนน ปฏิเสธโรคประจำตัว สูบบุหรี่ 10 มวนต่อวันมานาน 20 ปี ดื่มสุรา นาน ๆ ครั้ง วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 72 ครั้งต่อนาที จังหวะการเต้นสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 ลีด พบ ST ลดต่ำ (T invert) ที่บริเวณ V₂ และ aVL ผลการตรวจเอ็นไซม์จากกล้ามเนื้อหัวใจ พบว่าระดับโทรโปนิน ที (troponin - T) ให้ผลบวก (ค่าปกติ 0-0.01) ค่าซีเค เอ็มบี (CK-MB : creatine kinase - isoenzyme) มีค่าเท่ากับ 30 u/l (ค่าปกติ 0-24 u/l) แพทย์ให้การวินิจฉัยว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ให้การรักษาโดยให้ยาไอซอร์ดีล (isordil) 5 มิลลิกรัม 1 เม็ด อดมได้ลิ้นพันที่ ยาแอสไพริน (aspirin) 325 มิลลิกรัม 1 เม็ด เคี้ยวและกลืนทันทีและรับประทานต่อเนื่อง วันละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า ยาพลาวิกซ์ (plavix) 75 มิลลิกรัม 4 เม็ด รับประทานทันทีและรับประทานต่อเนื่อง วันละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า ยามอร์ฟีน (morphine) 3 มิลลิกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ให้ออกซิเจนทางสายยาง (canular) อัตราการไหล 3 ลิตรต่อนาที ประเมินคะแนนความปวดเท่ากับ 7 คะแนน ให้ยามอร์ฟีน (morphine) 3 มิลลิกรัม ฉีดเข้าเส้นเลือดดำ หลังการรักษาประเมินคะแนนความปวดซ้ำเท่ากับ 5 คะแนน แพทย์ให้การรักษาเพิ่มโดยให้ยาไนโตรกลีเซอริน (nitroglycerine) ผสมสารน้ำ 0.9% NSS อัตราส่วน (1:10) หยดเข้าหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 5 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และรับไว้รักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร

วันที่ 19 ก.ค. 2553 เวลา 03.30 น. แรกแรกที่หออภิบาลผู้ป่วยหนัก ประเมินสภาพทั่วไป ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยได้ไม่สับสน สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 78 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 105/64 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะกล้ามเนื้อหัวใจ

ได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียงตลอดเวลา และงดกิจกรรมต่าง ๆ บันทึกและติดตามการทำงานของหัวใจโดยติดเครื่องมือเฝ้าติดตามการทำงานของหัวใจ สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด ให้ออกซิเจนทางสายยาง อัตราการไหล 3 ลิตรต่อนาที ประเมิน ภาวะพร้อมออกซิเจน ผลคือผู้ป่วยหายใจไม่หอบเหนื่อย วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดจากปลายนิ้ว 100 เปอร์เซ็นต์ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 ลีด พบ ST ลดต่ำ ที่ บริเวณ V₂ และ aVL เจาะเลือดส่งตรวจเอ็นไซม์ จากกล้ามเนื้อหัวใจพบว่าระดับโทรโปนิน ที (troponin – T) น้อยกว่า 0.01 (ค่าปกติ 0-0.01) ค่าซีเค เอ็มบี (CK-MB) มีค่าเท่ากับ 30 u/l (ค่าปกติ 0-24 u/l) แพทย์ให้การวินิจฉัยว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ให้การรักษาโดยให้ ยาแอสไพริน (aspirin) 325 มิลลิกรัม 1 เม็ด รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละครั้ง หลังอาหารเช้า ให้ยาซิโนคอต (senokot) รับประทาน ครั้งละ 2 เม็ด ก่อนนอน เพื่อให้ผู้ป่วยอุจจาระนุ่ม ขับถ่าย ได้ง่าย ไม่ต้องออกแรงเบ่งถ่าย ประเมินคะแนนความปวดเท่ากับ 5 คะแนน ให้ยาไนโตรกลีเซอรินผสมสารน้ำ 0.9% NSS อัตราส่วน (1:10) หยดเข้าหลอดเลือดดำต่อเนื่อง ปรับปริมาณเพิ่มหรือลดลงตามคะแนนความปวด ของผู้ป่วย โดยรักษาระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ยาไอซอร์ดีล (isordil) 10 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้งหลังอาหาร ยาเอ็นาริล (enaril) 5 มิลลิกรัม รับประทาน ครั้งละ ½ เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า หลังให้การดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยมีคะแนนความปวด เท่ากับ 0 หยุดให้ยา ไนโตรกลีเซอรินได้ ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 82 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 103/57 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัว ของออกซิเจนในเลือดจากปลายนิ้ว 100 เปอร์เซ็นต์

วันที่ 20 ก.ค. 2553 เวลา 08.00 น. เยี่ยมผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก แผนการรักษาแพทย์ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ คอเลสเตอรอล (cholesterol) 238 mg/dl (ค่าปกติ 150-250 mg/dl) ไตรกลีเซอไรด์ (triglyceride) 164 mg/dl (ค่าปกติ 60-150 mg/dl) ส่วนไลโปโปรตีนความหนาแน่นสูง (high density lipoprotein หรือ HDL) 39 mg/dl (ค่าปกติ 30-70 mg/dl) มีไลโปโปรตีนความหนาแน่นต่ำ (low density lipoprotein หรือ LDL) 166 mg/dl (ค่าปกติ 0-150 mg/dl) ผู้ป่วยมีภาวะไขมันในเลือดสูง แพทย์ให้ การรักษาโดยให้ยาซิมวาสเตติน (simvastatin) 10 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน ให้รับประทานอาหารไขมันต่ำ งดเค็ม ส่งตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (fasting blood sugar) 117 mg/dl (ค่าปกติ 70-110 mg/dl) ผู้ป่วยปฏิเสธโรคเบาหวาน ค่า B.U.N. 12 mg/dl (ค่าปกติ 5-25 mg/dl) ค่า Cr. 1.1 mg/dl (ค่าปกติ 0.6-1.8 mg/dl) ไตทำงานปกติ ค่า Na 140 mEq/L (ค่าปกติ 136-145 mEq/L) ค่า K 3.4 mEq/L (ค่าปกติ 3.5-5.1 mEq/L) ค่า Cl 99 mEq/L (ค่าปกติ 100-110 mEq/L) ค่า carbon dioxide 26 mEq/L (ค่าปกติ 22-32 mEq/L) ผู้ป่วยมีภาวะ โปแทสเซียมต่ำเล็กน้อย ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล ให้คำอธิบายการปฏิบัติตัวในการเยี่ยม กุระเบียบของโรงพยาบาล อาการ แผนการรักษาของแพทย์ เปิดโอกาสให้สอบถามอาการและแผนการรักษา

กับแพทย์ผู้ดูแล เปิดโอกาสให้ซักถามเมื่อมีข้อสงสัย ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ผลคือผู้ป่วยสบายใจขึ้น ให้ความร่วมมือในการรักษา สีหน้าสดใส ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เป็นอย่างดี

วันที่ 23 ก.ค. 2553 เวลา 08.00 น. เยี่ยมผู้ป่วยที่เตียง สีหน้าสดใส ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 74 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/63 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดจากปลายนิ้ว 97 เปอร์เซ็นต์ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หลังให้ยาอินน็อกซาพารินครบ 5 วัน ผลปกติ แพทย์อนุญาตให้ย้ายหอผู้ป่วยชาย ดูแลสังเกตอาการขณะเคลื่อนย้าย และส่งต่อข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

วันที่ 25 ก.ค. 2553 เวลา 08.30 น. เยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยชาย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สีหน้าสดชื่น ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 118/68 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 97 เปอร์เซ็นต์ วางแผนการจำหน่ายโดยให้คำแนะนำ ผู้ป่วยและญาติเรื่องโรค การปฏิบัติตัว การสังเกตอาการตนเองถ้ามีอาการเจ็บหน้าอก ให้อมยาอมใต้ลิ้น 1 เม็ด ถ้ามืดแล้วไม่ดีขึ้นใน 5 นาที อมเม็ดที่สองและควรรีบมาพบแพทย์ พักผ่อนให้เพียงพอ หลีกเลี่ยงการทำให้อารมณ์เสีย จำกัดอาหารเค็ม อาหารไขมันสูง ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ดื่มน้ำสะอาดและสูบบุหรี่ รับประทานยาตามแพทย์สั่ง ให้ความรู้เรื่องยา วิธีการรับประทานยาอย่างถูกต้อง สังเกตผลและอาการข้างเคียงของยา หลีกเลี่ยงการซื้อยามารับประทานเอง ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ในวันที่ 25 ก.ค. 2553 เวลา 09.30 น. นัดพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลศิริราช ในวันที่ 2 ส.ค. 2553 เวลา 08.00 น.

7. ผลสำเร็จของงาน

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้รับการรักษาและให้การพยาบาลเป็นเวลา 7 วัน พบปัญหาทางการพยาบาลจำนวน 4 ปัญหา ทุกปัญหาได้รับการพยาบาลและแก้ไขได้ทุกปัญหา ผู้ป่วยมีอาการทุเลา ไม่มีภาวะแทรกซ้อน การพยาบาลสัมฤทธิ์ผล ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. ทราบถึงปัญหาทางการพยาบาลในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
2. เป็นแนวทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
3. พัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

1. พฤติกรรมของผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ 10 มวนต่อวัน เป็นเวลานาน 20 ปี มีผลกระทบต่ออาการกลับเป็นได้ง่าย และผู้ป่วยไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้
2. ยุ่งยากในการทำ discharge plan เนื่องจากไม่มีการวางแผนการจำหน่ายร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ

10. ข้อเสนอแนะ

1. กระตุ้นให้บุคลากรที่มีสุขภาพในของผู้ป่วยพบทวนกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยใช้ C3THER ทบทวน 12 กิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ
2. ทวีปประชาชนสัมพันธ์และจัดกิจกรรมให้ประชาชนได้ตระหนัก มีส่วนร่วมเกี่ยวกับการออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพด้านต่าง ๆ ของตนเองเพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน
3. พยายามให้ผู้ดูแลควรรีได้รับทราบเรื่องเกี่ยวกับวิธีการใหม่ ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง และปลอดภัยมากที่สุด
4. ทวีปมีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับระหว่างสหสาขาวิชาชีพและจัดให้มีการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยภาวะกลืนเนื้องานใจขาดเลือดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....*สุวิมล สุวรรณชาติ*.....
 (นางสาววิษุฒา สุวรรณชาติ)
 ผู้ขอรับการประเมิน
 1/1/2556

ลงชื่อ.....*วิภา*.....
 (นางวรรณภา วัฒนกิจการ)
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ตำแหน่งพยาบาล)
 หัวหน้าพยาบาล
 กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล
 โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร
 1/1/2556

ลงชื่อ.....*ณัฐ*.....
 (นางสาวสุภาพร ทรลักษณ์)
 ผู้ชำนาญการโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร
 1/1/2556

หมายเหตุ 1. ผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป 1 ระดับ ในช่วงตั้งแต่วันที่ 2 พ.ย. 2552-8 ม.ค. 2556
 คือ นายชาติ วิจิตรสุนทร บังจจุบันดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลเวชการุณศรีศรี ผู้บังคับบัญชานือขึ้นไป 1 ระดับ บังจุบัน คือ นางสาวสุภาพร ทรลักษณ์

บรรณานุกรม

- กำพล ศรีวัฒนกุล. (2541). คู่มือการใช้ยาฉบับสมบูรณ์ พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ ฯ : สยามสปอร์ต ซินดิเคต.
- กอบกุล บุญปราศภัย. (2546). พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดโลหิตหัวใจโคโรนารีและการพยาบาล.
กรุงเทพฯ ฯ : พี.เอ.ลีฟวิ่ง.
- เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์. (2543). คู่มือการพยาบาลโรคหัวใจ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ ฯ: บริษัทการพิมพ์.
- นิธิ มหานนท์ และสรณ บุญไชยพยัคฆ์. (2543). Medical management in acute coronary syndrome.
ใน สุนิรัตน์ คงเสรีพงศ์ และสุชัย เจริญรัตนกุล. (บรรณาธิการ). เวชบำบัดวิกฤต 2000. กรุงเทพฯ ฯ :
ฮั่วน้ำพรีนติ้ง.
- ปราณี ทัพไพเราะ.(2548). คู่มือยา. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ ฯ : L.T.Press.
- ปิยะมิตร ศรีธรา. (2549). โรคหลอดเลือดหัวใจและภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดโลหิต. ใน การประชุมวิชาการ
เภสัชศาสตร์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ ฯ: นิวไทยมิตรการพิมพ์ (1996).
- พิกุล ตันติธรรม. (2543). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดโลหิต. ใน เอกสารประกอบการประชุม
วิชาการ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน . กรุงเทพฯ ฯ: ศักดิ์โสภากการพิมพ์.
- เรืองรัตน์ อัมพร. (2552). Ischemia and Infarction ในองค์กร. ใน ไพศาล บุญศิรินำชัย. (บรรณาธิการ).
The review book of practical ECG. กรุงเทพฯ ฯ : พิมพ์สวย.
- วารุณี มีเจริญ. (2550). แนวทางการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยทางอายุรกรรม เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 3. สระบุรี
: โรงพิมพ์ปากเพรียวการช่าง 2.

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางสาวชัชชญา สุวรรณชาติ

เพื่อประกอบการประเมินเพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ(ด้านการพยาบาล) (ตำแหน่งเลขที่ รพล. 134)
สังกัด กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร
สำนักการแพทย์

เรื่อง แนวทางการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

หลักการและเหตุผล

ในปัจจุบันภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นภาวะที่พบบ่อย มีความรุนแรงถึงชีวิตและเป็นสาเหตุการตายอันดับต้น ๆ ของประชากรในประเทศไทย ซึ่งเกิดในกลุ่มช่วงอายุวัยกลางคนซึ่งเป็นกำลังสำคัญของชาติ ตลอดไปถึงวัยผู้สูงอายุ ทำให้ขัดขวางการดำเนินชีวิต สมรรถภาพร่างกายและหัวใจลดลง และมีผู้ป่วยบางรายต้องเสียชีวิตลงอย่างรวดเร็ว ทั้งที่ในปัจจุบันมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย การรักษาพยาบาลที่เจริญก้าวหน้า แต่ประชาชนยังขาดความรู้เรื่องโรค เรื่องการปฏิบัติตัว จากการศึกษาประวัติผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่รับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร พบว่า มีพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งเสริมให้เกิดโรคและเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีผู้ป่วยและญาติต้องมีความรู้และเข้าใจถึงภาวะการดำเนินโรค พยาธิสรีรภาพ ภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและแนวทางการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและส่งเสริมให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จึงได้มีแนวคิดในการจัดทำแผ่นพับแนวทางการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยและญาติทราบถึงสาเหตุ การดำเนินโรค อาการ การป้องกันและการปฏิบัติตน
2. ลดการกลับเป็นซ้ำและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

เป้าหมาย

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดทุกรายได้รับคำแนะนำและแผ่นพับแนวทางการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีสาเหตุและปัจจัยส่งเสริมหลายอย่าง เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ขาดการออกกำลังกาย ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ ความอ้วน อายุ เพศ กรรมพันธุ์ เป็นต้น สาเหตุเหล่านี้ส่วนใหญ่เกิดจากการปฏิบัติตัวและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค

จากทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง อธิบายถึงความสัมพันธ์ที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องของบุคคลนั้น ต้องได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาล สิ่งที่ต้องทำคือ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน ให้กำลังใจและการปรับสิ่งแวดล้อม ควรกระทำร่วมกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติการพยาบาลนั้น

ความรู้ด้านวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการ ดังนี้

1. ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นเกิดจากการมีเลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอต่อความต้องการของหัวใจในขณะนั้น สาเหตุเกิดจากหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจแข็งตัวหรือมีไขมันเกาะผนังของหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแดงตีบแคบลง ปริมาณเลือดแดงผ่านได้น้อย ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและหากหลอดเลือดแดงตีบแคบมากจนอุดตัน จะทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายได้

2. อาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย เช่น เจ็บกลางหน้าอก บริเวณเหนือลิ้นปี่ขึ้นมามีเล็กน้อย เจ็บแบบจุกแน่น คล้ายมีอะไรมาบีบหรือกดทับไว้ อาการเจ็บมักร้าวไปที่คอหรือขากรรไกรหรือไหล่ซ้ายมักเป็นมาขณะออกกำลังกายหรือทำงาน เป็นอยู่นานครั้งละ 2 - 3 นาที อาการจะดีขึ้นถ้าได้หยุดพักหรืออมยาขยายหลอดเลือด บางคนอาจมีอาการจุกแน่นลิ้นปี่เหมือนอาหารไม่ย่อย บางคนอาจมีอาการใจสั่น หอบเหนื่อย ร่วมด้วย

3. แพทย์ให้การรักษาโดยการให้ยาขยายหลอดเลือด มีทั้งชนิดอมใต้ลิ้น ยารับประทานและยาที่ให้ทางหลอดเลือดดำ การให้ยาละลายลิ่มเลือดหรือยาต้านเกล็ดเลือดแข็งตัว เช่น แอสไพริน การให้ยาลดการบีบตัวของหัวใจ เพื่อลดการทำงานของหัวใจและลดการใช้ออกซิเจน การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องควบคู่ไปกับการรักษาทางยาส่วนใหญ่จะได้ผลดี แต่ในภาวะรุนแรงหรือไม่ตอบสนองต่อยา แพทย์จะพิจารณาให้การรักษาโดยการทำบอลลูนขยายหลอดเลือดหัวใจที่ตีบหรือผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือด เพื่อให้เลือดเดินทางผ่านจุดที่อุดตันโดยใช้เส้นเลือดที่บริเวณแขนหรือขา

4. การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

- รับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัดและมาตรวจตามนัดทุกครั้ง
- รับประทานผัก ผลไม้และดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 2-3 ลิตร
- รับประทานอาหารแต่พออิ่มและควรพักหลังอาหารประมาณ ½ - 1 ชั่วโมง
- ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและการออกกำลังกายที่ดีที่สุด คือ การเดินช้า ๆ ก่อนแล้วค่อย ๆ เพิ่มระยะทาง แต่อย่าให้เกินกำลังตนเอง
- ทำจิตใจให้สงบ หาโอกาสพักผ่อนและหาวิธีลดความเครียด หลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้ตื่นเต้น เช่น การดูเกมการแข่งขันที่เร้าใจ
- หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงและเค็มจัด
- งดดื่มสุรา น้ำชา กาแฟและหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่
- หลีกเลี่ยงงานหนัก งานรีบเร่ง และงานที่ต้องทำอย่างต่อเนื่องนาน ๆ

- เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกให้หยุดกิจกรรมนั้น ๆ ทันทีและอมยาใต้ลิ้น 1 เม็ด ถ้าอาการยังไม่ทุเลาให้อมยาใต้ลิ้นซ้ำได้อีก 1 เม็ด ห่างกัน 5 นาที แต่ไม่ควรเกิน 3 เม็ด หากอาการไม่ดีขึ้นใน 15 - 20 นาทีให้รีบไปพบแพทย์ได้ทันที

- การมีเพศสัมพันธ์ไม่ควรหักโหม ควรอมยาใต้ลิ้นก่อนมีเพศสัมพันธ์ ถ้ามีอาการใจสั่น หายใจขัดหรือเจ็บหน้าอกนานเกิน 15 นาทีหลังมีเพศสัมพันธ์ ควรปรึกษาแพทย์

5. การป้องกันโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

- หลีกเลี่ยงอาหารหวาน อาหารที่มีไขมัน กะทิ รวมทั้งไข่แดง ทำให้มีการสะสมไขมันในหลอดเลือด ก่อให้เกิดแผ่นคราบไขมันตามมา

- ควรรับประทานอาหารที่มีไขมันน้อย เช่น ผัก ปลา ผลไม้ และอาหารที่มีกากมาก ๆ เช่น ข้าว ข้าวโพด ข้าวสาลี

- ออกกำลังกายเป็นประจำ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง นานครั้งละ 20 นาที แล้วค่อย ๆ เพิ่มระยะเวลาและเพิ่มความถี่ในการออกกำลังกาย

- หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ เพราะในบุหรี่มีสารนิโคตินและสารอื่น ๆ ที่จะทำอันตรายต่อผนังบุด้านในหลอดเลือด การสูบบุหรี่ ยังทำให้หลอดเลือดหัวใจหดตัว

- นอนพักผ่อนให้เพียงพอ ไม่เครียดกับงานควรทำสมาธิหรือฟังเพลงเบา ๆ

- ควบคุมน้ำหนักไม่ให้อ้วน โดยใช้วิธีออกกำลังกายและรับประทานอาหารที่ถูกต้อง เช่น งดขนมหวาน ผลไม้รสหวานจัด เพราะหัวใจของคนอ้วนต้องทำงานมากกว่าปกติ

- ตรวจเช็คสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง แต่ถ้ามีอาการเจ็บแน่นหน้าอกเป็น ๆ หาย ๆ ควรปรึกษาแพทย์

โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1. ค้นหาข้อมูลจากตำรา เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการรักษา และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล

2. ประชุมสมาชิกในหอผู้ป่วย กำหนดวัตถุประสงค์ รูปแบบและแนวทางการทำแผนพับ เรื่องแนวทางการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

3. นำข้อมูลที่ได้จัดทำแผนพับ ประกอบด้วย อธิบายความหมาย สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการ และอาการแสดง ชี้แนะในการปฏิบัติตนและสิ่งสำคัญที่ควรทราบ

4. นำเนื้อหาไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องและนำมาพัฒนา

5. จัดพิมพ์แผ่นพับ นำเสนอผู้บังคับบัญชา เพื่อใช้กับผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

6. ประชุมชี้แจงบุคลากรในหน่วยงานเพื่อกรนำแผ่นพับไปใช้ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดก่อนจำหน่ายทุกราย

7. ประเมินผลการให้คำแนะนำและการใช้แผ่นพับ ทุก 3 เดือน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอันตรายที่เกิดขึ้น
2. ผู้ป่วยเข้าใจภาวะของโรคและปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม
3. เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ลดการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ

ตัวชี้วัดความคุ้มค่า

1. มีแผนผังแนวทางการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดภายในปี 2556
2. อัตราการกลับเป็นซ้ำและเข้ารับการรักษาคัดใน โรงพยาบาลใน 28 วัน น้อยกว่าร้อยละ 5

ลงชื่อ..... สุวิทย์ ศิริวรรณ
 (นางสาวรัชชญา สุวรรณชาติ)
 ผู้ขอรับการประเมิน
 ... 1. 5. 0. 2556

เอกสารอ้างอิง

- เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์. (2543). คู่มือการพยาบาลโรคหัวใจ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ ฯ: บริษัทการพิมพ์.
- ปราณี ทัพไพเราะ.(2548). คู่มือยา. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ ฯ : L.T.Press.
- ปิยะมิตร ศรีธรา. (2549). โรคหลอดเลือดหัวใจและภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดโลหิต. ใน การประชุมวิชาการเภสัชศาสตร์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ ฯ: นิเวศน์มิตรการพิมพ์ (1996).
- พิกุล ตันติธรรม. (2543). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. ใน เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน . กรุงเทพฯ ฯ: สักดิ์โสภการพิมพ์.
- เรืองรัตน์ อัมพร. (2552). Ischemia and Infarction ในองค์กร. ใน ไพศาล บุญศิรินำชัย. (บรรณาธิการ). The review book of practical ECG. กรุงเทพฯ ฯ : พิมพ์สวย.
- วารุณี มีเจริญ. (2550). แนวทางการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยทางอายุรกรรม เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 3. สระบุรี :โรงพิมพ์ปากเพรียวการช่าง 2.