ฉบับปรับปรุงตามมติ ครั้งที่ 3/64 เมื่อวันที่ 30 มิ.ย. 64
จำนวน เพลิรุจการ

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่ง

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

กรรมการตรวจแล้ว
ผ่าน ✓
แก้ไขเพิ่มเติม ○
กรรมการ (ผศ.ทพญ.ศิริเจริญวงศ์)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
   เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
   เรื่อง แนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำหรือยาทางหลอดเลือดดำ

เสนอโดย

นางสาวน้ำฝน สมบูรณ์กุล
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ(ด้านการพยาบาล)
(ตำแหน่งเลขที่ รพก. 474)
ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล
โรงพยาบาลกลาง
สำนักการแพทย์

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่ง
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
   เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
   เรื่อง แนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำหรือยาทางหลอดเลือดดำ

เสนอโดย

นางสาวน้ำฝน สมบูรณ์กุล
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ(ด้านการพยาบาล)
(ตำแหน่งเลขที่ รพก. 474)
ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล
โรงพยาบาลกลาง
สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ รวมเป็นระยะเวลา 7 วัน (ตั้งแต่วันที่ 9 กันยายน 2562 ถึงวันที่ 15 กันยายน 2562)

3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน(Acute coronary syndrome) หมายถึงกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน จากภาวะอุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ ประกอบด้วยอาการที่สำคัญคือ เจ็บแน่นหน้าอกรุนแรงเฉียบพลัน หรือเจ็บขณะพักนานเกินกว่า 20 นาที หรือมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกซึ่งเกิดขึ้นใหม่ หรือรุนแรงขึ้นกว่าเดิม (สุรพันธ์ สุทธิสุข, 2557)

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เกิดจากหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจแข็งตัวหรือมีไขมันไปสะสมหรือเกาะผนังของหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแดงตีบแคบลง หากหลอดเลือดแดงตีบแคบมาจนอุดตันทำให้เลือดไม่สามารถไหลผ่านไปเลี้ยงหัวใจได้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ ซึ่งมีปัจจัยที่เป็นสาเหตุ 2 ปัจจัยหลักๆ ดังนี้ ปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมได้ ได้แก่ การสูบบุหรี่ ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง ขาดการออกกำลังกาย น้ำหนักเกินมาตรฐาน และปัจจัยอื่นๆ เช่น ความเครียด ความโกรธ บุคลิกภาพ type A และการดื่มสุรา เป็นต้น ปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ ได้แก่ เพศและอายุ ประวัติในครอบครัว (ปรีชา เอื้อโรจนอังกูร, 2553)

พยาธิสรีรภาพ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เกิดจากความผิดปกติของผนังหลอดเลือดโคโรนารี (coronary artery) มีการสะสมของไขมัน LDL โดยมีการสร้างสารเคมีที่มีฤทธิ์ดึง monocyte เข้าไปในผนังหลอดเลือดจนกลายเป็น macrophage กินไขมันและพัฒนากลายเป็น foam cell หรือ lipid laded macrophage แทรกตัวอยู่ในเยื่อบุผนังหลอดเลือดชั้นใน ซึ่งการสะสมของ foam cell เปลี่ยนเป็น plaque ที่ผนังหลอดเลือดแดง เมื่อหลอดเลือดแดงเกิดการอักเสบจนแข็งและหนาตัวขึ้น เรียกว่า atherosclerosis ทำให้หลอดเลือดตีบแคบ หลอดเลือดที่มีการตีบแคบร้อยละ 70 ขึ้นไป ทำให้เกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก หากมีการแตกของก้อนไขมันที่อยู่ผนังหลอดเลือดแดงอย่างเฉียบพลัน จะกระตุ้นให้เกิดการก่อตัวของลิ่มเลือดจนทำให้เกิดหลอดเลือดอุดตันอย่างเฉียบพลัน เรียกว่า acute coronary syndrome (ACS) ส่งผลให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอ เกิด low cardiac output เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (myocardial infarction : MI) หากปล่อยให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นระยะเวลานาน จนเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจนไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ จะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หรือทำให้เสียชีวิตในที่สุด (อภิสิทธิ์ ตามสัตย์, 2558)

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหน้าอก แบ่งเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

1. เจ็บหน้าอกแบบคงที่ (Stable Angina) เป็นอาการเจ็บหน้าอกเมื่อมีการออกแรงมากๆ เช่น เดินขึ้นสะพานลอย วิ่ง หรือเจ็บหน้าอกเมื่อมีอาการโกรธ เครียด อาการจะทุเลาลงถ้าหยุดพักจากการออกแรงในกิจกรรมนั้นๆ หรือคลายจากอารมณ์ โกรธ เครียด จะมีอาการประมาณ 3 – 5 นาที และไม่เกิน 20 นาที ลักษณะการเจ็บหน้าอก จะเจ็บแน่น ๆ เหมือนมีของหนักมาทับ อาจเจ็บร้าวไปที่ขากรรไกรหรือแขนซ้าย

2. เจ็บหน้าอกเฉียบพลัน หรือไม่คงที่ (Unstable Angina) เป็นอาการเจ็บหน้าอกที่ไม่สัมพันธ์กับการออกแรง เจ็บได้ในขณะพัก เจ็บนานเกิน 20 นาที (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2557)

การวินิจฉัยโรค

1. ซักประวัติ โดยซักประวัติเกี่ยวกับอาการเจ็บหน้าอก

2. ตรวจร่างกาย เพื่อประเมินหัวใจและปอด

3. ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ troponin T, troponin I, myoglobin, CPK และ CK-MB

4. การตรวจพิเศษทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ ได้แก่ EKG, Echocardiogram, angiography หรือ Catheterization Lab เป็นต้น (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2557)

การรักษา

วัตถุประสงค์ในการรักษาผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด คือ ทำให้หลอดเลือดที่อุดตันกลับมามีการไหลเวียนเลือดให้เร็วที่สุด เพื่อรักษาเซลล์กล้ามเนื้อที่ขาดเลือดให้ฟื้นกลับมาทำงานได้ โดยใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทยฉบับปี พ.ศ.2563 ตามความรุนแรงของโรคได้เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2563)

1. ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยก (STEMI) การรักษาเบื้องต้น คือ ลดอาการเจ็บหน้าอก และบรรเทาอาการวิตกกังวลของผู้ป่วย ให้ออกซิเจนในรายที่มีค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนน้อยกว่าร้อยละ 90 รีบให้การรักษาโดยการเปิดหลอดเลือดหัวใจอย่างรวดเร็ว โดยการสวนหัวใจและขยายหลอดเลือดหัวใจ เรียกว่า primary PCI หรือให้ยาละลายลิ่มเลือด

2. ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ไม่ยก (NSTEMI) การรักษาเริ่มจากการซักประวัติ และตรวจร่างกาย ผู้ป่วยทุกรายที่มีเจ็บหน้าอก หรืออาการเหนื่อย ควรได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และแปลผลอย่างเร่งด่วนภายใน 10 นาที ตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล เมื่ออาการเข้าได้กับ NSTEMI พิจารณาเริ่มให้การรักษาด้วยยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิด (dual antiplatelet therapy: DAPT) ที่นิยมใช้คือ aspirin และ clopidogrel

การรักษามี 3 วิธี ดังนี้

1. การรักษาด้วยยา การให้ยาละลายลิ่มเลือด (fibrinolytic therapy) ในผู้ป่วย STEMI หรือ New left bundle branch block (LBBB) ที่เกิดอาการภายใน 12 ชั่วโมง ยาที่ใช้ในกลุ่มนี้ได้แก่ Streptokinase (SK) tissue-type plasminogen activator (t-PA) Tenectaplase (TNK) ยาต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet agents) ส่วนใหญ่จะใช้ยาร่วมกันทั้งสองชนิด (dual antiplatelet therapy: DAPT) ได้แก่ platelet cyclooxygenase inhibitor ยาที่สำคัญในกลุ่มนี้ คือ aspirin อีกกลุ่ม คือ thienopyridine groups มี 2 ตัวที่สำคัญ คือ Ticlopidine และ Clopidogrel ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ aspirin ได้ หรือใช้ร่วมกับ aspirin ได้ กลุ่ม antithrombin heparin มี 2 ชนิด คือ Unfractionated heparin และ low molecular weight heparin โดยฉีดใต้ผิวหนังวันละ 2 ครั้ง ยาที่นิยมใช้ คือ enoxaparin (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2563)

2. การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention : PCI) เป็นการเปิดทางเดินของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ด้วยการใส่สายสวนหัวใจผ่านทางผิวหนังเข้าทางเดินหลอดเลือด เพื่อขยายหลอดเลือดที่ตีบ อาจต้องมีวิธีการเพื่อคงสภาพทางเดินของหลอดเลือดให้กว้างขึ้นหรือค้ำยันไม่ให้ทางเดินหลอดเลือดหดกลับมาปิดใหม่ เช่น ขดลวด (stent) หรือ บอลลูนหัวใจ (balloon) (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2563)

3. การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery bypass grafting surgery : CABG surgery) เป็นการผ่าตัดทำทางเบี่ยงจากหลอดเลือดแดงใหญ่ (aorta) ผ่านบริเวณที่อุดตันไปยังหลอดเลือดหัวใจ เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ การรักษาด้วยวิธีนี้ใช้เมื่อรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด และขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนไม่ได้ผล มีการอุดตันอย่างเฉียบพลันของหลอดเลือดหัวใจ ในขณะสวนหัวใจ และทำการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนไม่ได้ หรือมีการตีบตันอย่างรุนแรง (ปรีชา เอื้อโรจนอังกูร, 2553)

การพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดควรให้การพยาบาลที่ครอบคลุมทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในระหว่างการรักษา หลังการรักษาผู้ป่วยไม่กลับมาเป็นซ้ำ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อกลับบ้าน (ประวิทย์ ตันประเสริฐ, 2553; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555)

1. ประเมินสภาพผู้ป่วย ซักประวัติ เพื่อค้นหาหลักฐานการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดตั้งแต่ระยะเวลาการเกิด ขณะเกิดผู้ป่วยทำกิจกรรมอะไร มีอาการนานเพียงใด หาสาเหตุชักนำและการทุเลาลักษณะอาการเจ็บหน้าอก มีเจ็บร้าวไปตำแหน่งใดบ้าง ระดับความเจ็บปวด

2. ติดตามสัญญาณชีพ และ EKG monitor เพื่อเฝ้าระวังการเกิด cardiac arrest เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตต่ำ สังเกตอาการเหงื่อออก ตัวเย็น ซีดเขียว ปัสสาวะออกน้อย ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยน เตรียมรถ emergency และเครื่อง Defibrillator ให้พร้อมใช้งาน

3. ตรวจวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว ถ้าน้อยกว่าร้อยละ 90 ให้ออกซิเจน เพื่อรักษาระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วให้มากกว่าร้อยละ 95 เนื่องจากหากร่างกายมีภาวะ hypoxemia จะทำให้เกิด vasospasm และ myocardial injury มากขึ้น

4. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และการแปลผล พร้อมกับการรายงานแพทย์

5. เจาะเลือดส่งตรวจ cardiac marker, electrolyte และการตรวจอื่นๆที่จำเป็นพร้อมทั้งการเปิดเส้นเลือดดำเพื่อเตรียมสำหรับให้ยาหรือสารน้ำ

6. เฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ กรณีที่ตรวจพบการเกิด ST elevate หรือเกิด LBBB ใหม่ เตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งไปทำ PCI กรณีที่สถานพยาบาลไม่มีความพร้อม ให้ refer โดยใช้เวลาไม่ควรเกิน 120 นาที

7.ดูแลให้ยาบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก ยาละลายลิ่มเลือด ยาต้านการแข็งตัวของเกล็ดเลือด ยาปรับการทำงานของหัวใจและการหมุนเวียนเลือด ยาควบคุมจังหวะการเต้นของหัวใจ ยาขับปัสสาวะเพื่อลดการคั่งของเลือดในปอดและร่างกาย ทำให้หัวใจทำงานได้ดีขึ้น และสังเกตอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

8. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนแบบสมบูรณ์ (absolute bed rest) อย่างเพียงพอใน 24 ชั่วโมงแรกที่มีอาการเจ็บหน้าอก จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบเหมาะแก่การพักผ่อน เพื่อลดการทำงานของหัวใจ

9. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระให้เป็นปกติ ไม่เบ่งถ่ายอุจจาระ ให้ประทานอาหารที่มีกากใย เช่น ผักลวกหรือต้ม มะละกอ เป็นต้น ให้ยาระบายเพื่อป้องกันการเกิดภาวะ vasalva maneuver

10. ดูแลให้ได้รับยา สารน้ำ หรือสารอาหารตามความเหมาะสมของโรค บันทึกปริมาณน้ำเข้า ออกจากร่างกาย เพื่อดูความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย และประเมินการทำงานของไต

11. ส่งเสริมสัมพันธภาพผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วย และพยาบาล พูดคุยเพื่อลดความวิตกกังวล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้มีโอกาสพูดคุยให้กำลังใจกันระบายความรู้สึก ซักถามปัญหาต่างๆ เพื่อให้ข้อมูลที่ตรงตามความต้องการ และลดความกลัว สอบถามเกี่ยวกับความเชื่อที่จะทำให้สบายใจ เช่น ตักบาตร

12. การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจ

13. ให้คำแนะนำก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน โดยให้ควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจดังนี้ รักษาน้ำหนักตัวให้เหมาะสมเลือกรับประทานอาหารที่ไขมันต่ำ หลีกเลี่ยงอาหารประเภทผัด ทอด อาหารมัน อาหารเค็ม งดสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงผู้ที่สูบบุหรี่ งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หลีกเลี่ยงความเครียด และการมีเพศสัมพันธ์ สามารถมีได้หลังจากกลับบ้านได้ 2-4 สัปดาห์

14. แนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสม ออกกำลังกายหลังรับประทานอาหารอย่างน้อย 1-2 ชั่วโมง อยู่ในที่อากาศถ่ายเทสะดวก สวมรองเท้าให้พอดีกับเท้า พกยาอมใต้ลิ้นติดตัวไว้ทุกครั้ง การออกกำลังกายที่เหมาะสม ได้แก่ การเดิน รำมวยจีน เต้นรำ

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

4.1 สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตจากการรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่าในปี พ.ศ. 2559 โรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 มีผู้เสียชีวิตประมาณ 9.2 ล้าน ในประเทศไทย เสียชีวิตเป็นอันดับที่ 4 โดยสถิติการเสียชีวิตร้อยละ 31.8 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561) หน่วยงานอายุรกรรมหญิงสามัญ 20/14 โรงพยาบาลกลาง ปีพ.ศ.2560-2562 มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นจำนวน 118, 144 และ 146 ราย ตามลำดับ ซึ่งแนวโน้มสูงขึ้น (หน่วยเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลกลาง, 2563) โดยผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามีผู้ป่วยที่มีอาการและอาการแสดง ระดับความรุนแรงของโรคแตกต่างกัน รายที่มีภาวะวิกฤติจำเป็นต้องให้การรักษาที่รวดเร็ว การรักษาผู้ป่วยแต่ละรายจึงแตกต่างกันออกไป พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินผู้ป่วย ซักประวัติ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หรือเป็นผู้ประสานงานกรณีที่ต้องส่งตัวเพื่อสวนหัวใจอย่างเร่งด่วน จึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคและแนวทางการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง รวดเร็ว และปลอดภัย

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษารวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับโรค การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จากตำราเอกสารวิชาการอินเตอร์เน็ต เพื่อใช้เป็นกรณีศึกษาเฉพาะราย นำความรู้ที่ได้มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาผู้ป่วยเฉพาะราย

2. เลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 67 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยเป็นภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

3. ประเมินสภาพร่างกายทุกระบบ จิตใจ อารมณ์ สังคม ซักประวัติเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทั้งปัจจุบันและอดีต รวมทั้งประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว

4. วินิจฉัยการพยาบาลเพื่อวางแผนให้การพยาบาลตามภาวะของโรค และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสมให้ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

5. ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และให้การรักษาพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และวางแผนการพยาบาลต่อไปเมื่อปัญหายังไม่สิ้นสุด จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน พร้อมทั้งให้คำแนะนำ และความรู้ในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง

6. บันทึกการปฏิบัติการพยาบาลและผลการรักษาพยาบาลในเวชระเบียน

7. สรุปกรณีศึกษาเฉพาะรายจัดทำเป็นเอกสารวิชาการทบทวนความถูกต้องเหมาะสมของผลงาน เนื้อหา ตัวอักษร และรูปแบบทั้งก่อน-หลังพิมพ์ นำเสนอตามลำดับขั้น

5. ผู้ร่วมดำเนินการ "ไม่มี"

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมด ร้อยละ 100 โดยมีรายละเอียดดังนี้

กรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 67 ปี สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพ โสด อาชีพ ค้าขาย เลขที่ภายนอก 21734/62 เลขที่ภายใน 10709/62 ประวัติโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง รักษาโดยการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่มีประวัติการแพ้ยาหรือแพ้อาหาร เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 20/14 โรงพยาบาลกลาง วันที่ 9 กันยายน 2562 เวลา 22.00 นาฬิกา ด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยเป็นภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการเจ็บหน้าอก กระสับกระส่าย นอนราบไม่ได้ ขาบวม สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 108 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 135/93 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วร้อยละ 92

เยี่ยมครั้งที่ 1 วันที่ 9 กันยายน 2562 เวลา 22.00 นาฬิกา ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจหอบเหนื่อย กระสับกระส่าย สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 108 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 135/93 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วร้อยละ 92 ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบ T wave inversion ที่ตำแหน่ง V1-V3 แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลับ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ troponin T 937 CK MB 46 NT pro BNP มากกว่า 9,000 ผลการตรวจรังสีทรวงอก พบ pulmonary congestion ให้การรักษาด้วยยา Plavix 75 มิลลิกรัม 4 เม็ด aspirin 300 มิลลิกรัม เคี้ยว 1 เม็ด enoxaparin 0.4 มิลลิลิตรฉีดใต้ผิวหนัง ทุก 12 ชั่วโมง Lasix 40 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ และให้รับประทานยาต่อเนื่องเป็น aspirin 81 มิลลิกรัม 1 เม็ด รับประทานหลังอาหารเช้า Ticagrelor 90 มิลลิกรัม 1 เม็ด รับประทานหลังอาหารเช้า omeprazole 20 มิลลิกรัม 1เม็ด รับประทานก่อนอาหารเช้า Lasix 40 มิลลิกรัม 1 เม็ด รับประทานหลังอาหารเช้า Atorvastatin 40 มิลลิกรัม 1 เม็ด รับประทานก่อนนอน และให้ออกซิเจน mask with bag 10 ลิตรต่อนาที ใส่สายสวนปัสสาวะ บันทึกน้ำเข้า ออกจากร่างกาย ผู้ป่วยและญาติรับทราบข้อมูลการรักษา รับรู้ความเจ็บป่วย และให้ความร่วมมือในการรักษา

เยี่ยมครั้งที่ 2 วันที่ 10 กันยายน 2562 เวลา 08.00 นาฬิกา ผู้ป่วยรู้สึกตัว นอนพักอยู่บนเตียง อาการเจ็บแน่นหน้าอกทุเลาลง ยังมีอาการเหนื่อยเมื่อทำกิจกรรม นอนราบไม่ได้ ลักษณะการหายใจดีขึ้นสามารถลดออกซิเจนจาก oxygen mask with bag 10 ลิตรต่อนาที เป็น oxygen canula 3 ลิตรต่อนาทีได้ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 96 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต

122/90 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วขณะหายใจอากาศปกติ 94 เปอร์เซ็นต์ ได้รับการรักษาด้วยยา Lasix 40 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ ตรวจ Echocardiogram พบ LVEF ร้อยละ 30 ให้การรักษาด้วยยา dobutamine (2:1) ทางหลอดเลือดดำ 5 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และให้การรักษาด้วยยา Isordil ขนาด 10 มิลลิกรัม 1 เม็ด รับประทานก่อนอาหารเช้า กลางวัน และเย็น Ativan ขนาด 1 มิลลิกรัม 1 เม็ด รับประทานก่อนนอน Senokot ขนาด 7.5 มิลลิกรัม 2 เม็ด รับประทานก่อนนอน หลังได้รับการรักษาผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก อาการหอบเหนื่อยลดลง ไม่มีอาการเลือดออก หรือจุดจ้ำเลือดตามส่วนต่างๆของร่างกาย จากการบันทึกน้ำเข้าออกจากร่างกายพบว่าสารน้ำและน้ำที่รับเข้า 1070 มิลลิลิตร ปัสสาวะออก 800 มิลลิลิตร ส่งตรวจเอกเรย์ปอดผลการตรวจไม่พบ pulmonary congestion แนะนำผู้ป่วยให้จำกัดน้ำดื่มน้อยกว่า 1000 มิลลิลิตรต่อวัน ให้ข้อมูลการปฏิบัติตัว การรับประทานอาหาร ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี แพทย์วางแผนการรักษาส่งตัวผู้ป่วยทำการสวนหัวใจต่อเป็นผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลที่มีสมรรถนะในการรักษาแบบไม่เร่งด่วน

เยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 11 กันยายน 2562 เวลา 08.00 นาฬิกา ผู้ป่วยรู้สึกตัว นอนพักอยู่บนเตียง ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ไม่มีอาการเหนื่อยหอบเมื่อ นอนราบได้ ลักษณะการหายใจดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 128/84 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วขณะหายใจอากาศปกติ 97 เปอร์เซ็นต์ จึงหยุดให้ออกซิเจน ยังคงได้รับยา dobutamine (2:1) ทางหลอดเลือดดำ 5 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และให้การรักษาด้วยยารับประทานเดิม แพทย์วางแผนให้ยา enoxaparin 5 วัน หลังได้รับการรักษาผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก อาการเหนื่อยหอบลดลง ไม่มีอาการเลือดออก หรือจุดจ้ำเลือดตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย จากการบันทึกน้ำเข้าออกจากร่างกายพบว่าสารน้ำและน้ำที่รับเข้า 820 มิลลิลิตร ปัสสาวะออก 1000 มิลลิลิตร

เยี่ยมครั้งที่ 4 วันที่ 13 กันยายน 2562 เวลา 08.00 นาฬิกา ผู้ป่วยรู้สึกตัว นอนพักอยู่บนเตียง ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ นอนราบได้ ลักษณะการหายใจดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/85 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วขณะหายใจอากาศปกติ 98 เปอร์เซ็นต์ แพทย์วางแผนให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้หลังยา enoxaparin ครบ และวางแผนการรักษาส่งผู้ป่วยไปสวนหัวใจ โดยผู้ป่วยและญาติมีความประสงค์ไปรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยได้เขียนใบสรุปอาการและผลการรักษาเบื้องต้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้ไปรักษาต่อเนื่อง ระหว่างรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลพบปัญหาทางการพยาบาลรวม 7 ปัญหา ดังนี้

ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เนื่องจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

เป้าหมายของการพยาบาล อาการเจ็บหน้าอกทุเลาลง

กิจกรรมการพยาบาล ประเมินสัญญาณชีพ เพื่อเฝ้าระวังภาวะ cardiac shock เช่น ความดันลดลง ชีพจรเบาเร็ว ระดับความรู้สึกตัวลดลง ประเมินอาการเจ็บหน้าอก พร้อมทั้งบันทึก ลักษณะ ระยะเวลา และระดับความ

รุนแรง ของอาการเจ็บแน่นหน้าอก ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ติดเครื่อง EKG monitor เพื่อสังเกตการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ดูแลให้ออกซิเจน ดูแลให้ยาเพื่อลดอาการเจ็บหน้าอก การจัดท่านอนศีรษะสูง ช่วยทำความสะอาดร่างกาย ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะแก่การพักผ่อน จัดเตียงให้ผู้ป่วยอยู่เตียงที่สังเกตเห็นได้ง่ายและสงบ

การประเมินผล ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขจากการเยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 12 กันยายน 2562 เวลา 08.00 นาฬิกา

ปัญหาที่ 2 ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง เนื่องจากประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจลดลง

เป้าหมายของการพยาบาล ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจเพียงพอต่อการไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของหัวใจ

กิจกรรมการพยาบาล ประเมินระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ อาการเจ็บแน่นหน้าอก ตำแหน่งการเจ็บร้าว ระยะเวลา ระดับความเจ็บปวด ประเมินลักษณะผิวหนัง เพื่อดูความชื้น ความเย็น ความซีด บันทึกน้ำเข้าและออกจากร่างกาย ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ดูแลให้ออกซิเจน ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ อย่างเหมาะสม เช่น การจัดท่านอนศีรษะสูง ทำความสะอาด ดูแลให้อาหารอ่อน ย่อยง่าย และติดตามอาการไม่พึงประสงค์ของยา จำกัดน้ำดื่ม เพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน ประเมินการขับถ่าย ให้ยาระบาย อาหารมีกากใย

การประเมินผล ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขจากการเยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 12 กันยายน 2562 เวลา 08.00 นาฬิกา

ปัญหาที่ 3 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดไม่มีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจลดลง

เป้าหมายของการพยาบาล ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน

กิจกรรมการพยาบาล ประเมินสัญญาณชีพ ลักษณะการหายใจ เพื่อประเมินภาวะพร่องออกซิเจน สังเกตลักษณะผิวหนัง เช่น ซีด ริมฝีปากเขียวคล้ำ และ capillary refilled และวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ดูแลให้ออกซิเจนอย่างเพียงพอ จำกัดการทำกิจกรรม เพื่อลดการใช้ออกซิเจนและลดการทำงานของหัวใจลง

การประเมินผล ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขจากการเยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 12 กันยายน 2562 เวลา 08.00 นาฬิกา

ปัญหาที่ 4 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น

เป้าหมายของการพยาบาลไม่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น

กิจกรรมการพยาบาล ประเมินสัญญาณชีพ และติดเครื่อง EKG monitor เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงก่อนเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น (cardiac arrest) เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตต่ำ เหงื่อออก ตัวเย็น ปัสสาวะออกน้อย ระดับความรู้สึกตัวลดลง ประเมินอาการเจ็บแน่นหน้าอก บันทึก ลักษณะ ระยะเวลา และระดับความรุนแรง ดูแลให้ออกซิเจน เตรียมยา และอุปกรณ์ต่างๆ ที่สำคัญในการช่วยชีวิตให้พร้อม เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างทันท่วงทีกรณีเกิด cardiac arrest

การประเมินผล ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขจากการเยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 12 กันยายน 2562 เวลา 08.00 นาฬิกา

ปัญหาที่ 5 อาจเกิดภาวะเลือดออก เนื่องจากการได้รับยาต้านเกล็ดเลือด และยาต้านการแข็งตัวของเลือด

เป้าหมายของการพยาบาล ไม่เกิดภาวะเลือดออก

กิจกรรมการพยาบาล ประเมินภาวะเลือดออก จุดจ้ำเลือด ก้อนเลือดใต้ชั้นผิวหนังตำแหน่งที่ฉีด enoxaparin สังเกตอุจจาระเป็นสีดำ หรือเป็นเลือด ประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการปวดศีรษะรุนแรง อาเจียนพุ่ง แขนขาอ่อนแรง จากภาวะเลือดออกที่สมอง สังเกตอาการปัสสาวะเป็นเลือด แนะนำให้ใช้แปรงสีฟันที่ขนแปรงอ่อนนุ่ม ระวังเลือดออกตามไรฟัน และติดตามค่าการแข็งตัวของเลือด

การประเมินผล ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขจากการเยี่ยมครั้งที่ 4 วันที่ 13 กันยายน 2562 เวลา 16.00 นาฬิกา

ปัญหาที่ 6 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และแผนการรักษา

เป้าหมายของการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติคลายความกังวล เข้าใจเกี่ยวกับภาวะโรคและแผนการรักษา

กิจกรรมการพยาบาล ประเมินความวิตกกังวล สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ ด้วยท่าทีสุภาพ อ่อนโยน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และญาติเข้าเยี่ยมในเวลาที่เหมาะสม ไม่รบกวนการพักผ่อนของผู้ป่วย อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงภาวะเจ็บป่วย แผนการรักษาพยาบาล พยาธิสภาพ อาการของโรค และการปฏิบัติตัว เปิดโอกาสให้ซักถามถึงอาการ หรือข้อสงสัย ประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา โดยให้ทวนกลับ ให้ข้อมูลในสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติไม่เข้าใจเพิ่มเติม ดูแลให้รับประทานยานอนหลับ

การประเมินผล ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขจากการเยี่ยมครั้งที่ 2 วันที่ 10 กันยายน 2562 เวลา 16.00 นาฬิกา

ปัญหาที่ 7 พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัว เมื่อกลับบ้าน

เป้าหมายของการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

กิจกรรมการพยาบาล ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแล ปฏิบัติตัวของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และการรักษา ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาพยาบาล แนวทางการรักษา ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง ให้ข้อมูลเรื่องสิทธิการรักษา

การประเมินผล ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขจากการเยี่ยมครั้งที่ 4 วันที่ 13 กันยายน 2562 เวลา 16.00 นาฬิกา

จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย 4 ครั้งพบว่า ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ไม่มีอาการหอบเหนื่อย ฟังเสียงปอดไม่พบเสียงผิดปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/85 มิลลิเมตรปรอท แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน ให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านในเรื่อง การรับประทานยา การปฏิบัติตัวการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ และขั้นตอนในการไปติดต่อโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เพื่อรักษาต่อเนื่อง

7. ผลสำเร็จของงาน

จากกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบปัญหาทางการพยาบาลทั้งหมด 7 ปัญหา ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องเหมาะสม ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ตามปัญหาการพยาบาลที่เกิดขึ้น สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ทุกปัญหาจึงได้รับการแก้ไขหมดไป แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน และส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ รวมระยะเวลานอนโรงพยาบาล 7 วัน

8. การนำไปใช้ประโยชน์

8.1 ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้รับการดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

8.2 ผู้ศึกษาได้เพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

8.3 หน่วยงานมีแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

9.1 ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ควรอยู่ในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ เนื่องจากจำเป็นต้องใช้เครื่อง EKG monitor ตลอดเวลา ขณะที่หอผู้ป่วยในอายุรกรรมเครื่องมือไม่เพียงพอ

9.2 พยาบาลมีความรู้ ประสบการณ์ ทักษะ และความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่แตกต่างกัน

10. ข้อเสนอแนะ

10.1 ควรจัดหาเครื่องมือให้เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

10.2 ควรจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ทั้งบุคลากรใหม่ และบุคลากรเดิมเป็นประจำทุกปี

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ น้ำฝน สมบูรณ์กุล

(นางสาวน้ำฝน สมบูรณ์กุล)

ผู้ขอรับการประเมิน

๒๗ พ.ค. ๒๕๖๕

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ

(นางสายฝน ภู่พิทยา)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลกลาง

๒๗ พ.ค. ๒๕๖๕

ลงชื่อ

(นายเพชรพงษ์ กำจรกิจการ)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง

๒๗ พ.ค. ๒๕๖๕

เอกสารอ้างอิง

กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). *สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ. 2561*. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

ประวิทย์ ตันประเสริฐ. (2553). *แนวทางการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ*. มูลนิธิหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. http://www.thaiheart.org/rehabguideline.html

ปรีชา เอื้อโรจนอังกูร. (2553). *ศาสตร์และศิลป์ในการรักษาโรคหัวใจขาดเลือด*.กรุงเทพมหานคร: หน่วยโรคหัวใจ กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎ.

ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2555). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด*.ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนาวิทยา

สุรพันธ์ สิทธิสุข . (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ปี 2557*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทศรีเมืองการพิมพ์จำกัด

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2563). *แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน*. http://www.thaiheart.org/ Thai-ACS-Guidelines-2020

หน่วยเวชสถิติและเวชระเบียน โรงพยาบาลกลาง. (2563). *รายงานสถิติประจำปี*. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลกลาง.

อภิสิทธิ์ ตามสัตย์. (2558, 13 ตุลาคม). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี*. Slideshare. https://www.slideshare.net/AphisitAunbusdumberdor/nursing-care-for-coronary-artery-disease-edition-111058

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ของ นางสาวน้ำฝน สมบูรณ์กุล

เพื่อประกอบการประเมิน เพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่ง ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล (ตำแหน่งเลขที่ รพก. 474)
สังกัด ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลกลาง สำนักการแพทย์
เรื่อง แนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำหรือยาทางหลอดเลือดดำ

หลักการและเหตุผล

การให้สารน้ำหรือยาทางหลอดเลือดดำเป็นหัตถการที่สำคัญ และมีความจำเป็นในการรักษาผู้ป่วย ในขณะเดียวกันก็อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากหัตถการดังกล่าวได้ เช่น ภาวะน้ำเกินจากการได้รับ สารน้ำ ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน แพ้ยาหรือสารน้ำที่ได้รับ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด มีสิ่งแปลกปลอมเข้าสู่ระบบไหลเวียนเลือด ภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ ปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดความความเจ็บปวด ทุกข์ทรมานทั้งกายและจิตใจของผู้ป่วย ส่งผลกระทบต่อโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น สูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น เพิ่มภาระงานมากขึ้น เสี่ยงต่อการร้องเรียน โดยปัญหาที่พบได้บ่อย และเป็นปัญหาสำคัญ คือ ภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ จากรายงานอุบัติการณ์การเกิดหลอดเลือดดำอักเสบชมรมพยาบาลผู้ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (Infusion Nursing Society: INS) ปี 2559 พบมากถึงร้อยละ 67 (วิมลวัลย์ วโรพาร, 2560) จากสถิติโรงพยาบาลกลาง พบอัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบปี 2560-2562 ร้อยละ 10.32, 7.81 และ 7.43 ตามลำดับ สำหรับหน่วยงานอายุรกรรมหญิง (20/14) พบอัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบที่สูงและไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ของโรงพยาบาล คือน้อยกว่าร้อยละ 5 โดยพบอัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบในปี 2560-2562 ร้อยละ 22.05, 11.13 และ 8.81 ตามลำดับ ผู้ศึกษาได้ตระหนักถึงปัญหาและความปลอดภัยของผู้ป่วย จึงได้วิเคราะห์ปัญหา และสาเหตุในหน่วยงาน พบว่าบุคลากรยังขาดความรู้ ในด้านทักษะการประเมินระดับของหลอดเลือดดำอักเสบ และมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ รวมถึงการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบมีหลายปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ เพื่อเป็นไปตามเป้าหมายในด้าน Safety culture การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ผู้ศึกษาจึงมีแนวคิดพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย ลดอุบัติการณ์การเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ และเพิ่มความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

วัตถุประสงค์

เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำหรือยาทางหลอดเลือดดำ

เป้าหมาย

ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและยาตรงตามแผนการรักษา ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ศึกษาความรู้ทางวิชาการจากหนังสือ ตำรา บทความในการประชุมวิชาการ และแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานทางการพยาบาล และจากการศึกษาดูงานในด้านที่เกี่ยวข้องจากสถาบันอื่น

2. รวบรวมข้อมูลปัญหาที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน หาแนวทางแก้ไข นำเสนอแนวทางการแก้ไขเพื่อขอความเห็นจากหัวหน้าหน่วยงาน และผู้บริหารที่เกี่ยวข้อง

3. ดำเนินการจัดทำแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำ

4. นำเสนอผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้อง และนำไปใช้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม

5. ติดตามและประเมินผลการใช้แนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำ เพื่อปรับปรุงและพัฒนาต่อไป

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

การให้สารน้ำหรือยาทางหลอดเลือดดำ คือ การรักษาโดยให้สารน้ำหรือยาด้วยวิธีการสอดใส่เข็มเข้าไปในหลอดเลือดดำโดยตรง เพื่อให้สารน้ำหรือยาเข้าสู่ร่างกายอย่างต่อเนื่อง โดยชนิดของสารน้ำแบ่งตามความเข้มข้นได้เป็น 3 ชนิด (กันยา นภาพงษ์, 2561) ดังนี้

1. Isotonic solution ความเข้มข้นของสารน้ำจะเท่ากับน้ำนอกเซลล์ มีค่าออสโมลาริตี้ 275-295 mosm/L เมื่อให้ทางหลอดเลือดดำจะไม่มีการเคลื่อนที่ของน้ำเข้าหรือออกจากเซลล์ ใช้รักษาผู้ที่มีการเสียน้ำออกนอกเซลล์ ตัวอย่างของ Isotonic solution ได้แก่ 0.9%N SS, Lactated Ringer solution

2. Hypertonic solution สารละลายมีค่าออสโมลาริตี้มากกว่า 295 mosm/L มีผลทำให้น้ำนอกเซลล์เข้ามาอยู่ใน Intravascular compartment โดยจะให้ในผู้ป่วยที่มีการสูญเสียโซเดียมจำนวนมาก ตัวอย่างสารละลาย ได้แก่ 5%DNSS , 10%DNSS เป็นต้น

2. Hypotonic solution เป็นสารละลายที่มีความเข้มข้นของโซเดียมคลอไรด์ครึ่งหนึ่งของสารละลาย Isotonic solution มีค่าออสโมลาริตี้น้อยกว่าในเลือด(น้อยกว่า 275 mosm/L) ทำให้เกิดการคลื่อนที่ของน้ำเข้าสู่เซลล์ มีผลทำให้บวม เซลล์แตกง่าย ตัวอย่างสารละลาย ได้แก่ 0.45%NSS

ดังนั้นการให้สารน้ำหรือยาทางหลอดเลือดดำ ที่มีความเข้มข้นหลากหลายชนิด เกิดการเคลื่อนที่ของน้ำเข้าหรือออกจากเซลล์ ก่อให้เกิดการระคายเคืองของหลอดเลือด และเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ หลอดเลือดดำอักเสบ

หลอดเลือดดำอักเสบ เป็นการอักเสบของหลอดเลือดดำ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวด บวม แดง ร้อน หลอดเลือดเป็นลำแข็ง (ชมรมเครือข่ายพยาบาลผู้ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ, 2561)

ปัจจัยการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ เกิดจาก 3 ปัจจัย (นุชจารี จังวนิชา, 2562) ดังนี้

1. ปัจจัยด้านวัสดุ อุปกรณ์ (Mechanical phlebitis) การยึดตรึง ส่งผลต่อการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ ได้แก่ ชนิดหรือขนาดของสายสวนหลอดเลือด ตำแหน่งการแทงสายสวนหลอดเลือด ชนิดวัสดุที่ปิด สายสวนหลอดเลือดดำ การพยาบาลกรณีพบการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ คือ เปลี่ยนตำแหน่งให้สารน้ำหรือยา ใช้ catheter ขนาดที่เหมาะสมกับหลอดเลือด ควรเลือกขนาดเล็ก ผลิตจากวัสดุ polyurethane เพื่อลดการระคายเคืองต่อหลอดเลือด หลีกเลี่ยงตำแหน่งข้อ หรือตำแหน่งที่มีการเคลื่อนไหวน้อยที่สุด

2. ปัจจัยด้านเคมี (Chemical phlebitis) ได้แก่ การให้สารน้ำหรือยาที่มีความเข้มข้นสูง มีความเป็น กรด ด่างสูง หรือสารน้ำหรือยาที่มีค่าออสโมลาริตี้สูง การป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากปัจจัยด้านนี้อาจหลีกเลี่ยงได้ยากเนื่องจากผู้ป่วยมีความจำเป็นต่อการใช้ยา ดังนั้นจึงต้องมีการตรวจสอบการให้ยาอย่างระมัดระวัง ยาบางชนิดอาจต้องสังเกตการณ์เกิดหลอดเลือดดำอย่างใกล้ชิด ไม่ให้ยาในอัตราที่เร็วเกินไป หากยาที่มีความเสี่ยงสูงต่อการทำลายหลอดเลือดควรเลือกให้ทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง

3. ปัจจัยที่เกี่ยวกับการติดเชื้อ(Infective phlebitis) ได้แก่ การปนเปื้อนเชื้อของสายสวนหลอดเลือดดำ หรือทำความสะอาดตำแหน่งการแทงสายสวนหลอดเลือดดำไม่ดี ส่งผลให้เกิดการอักเสบติดเชื้อปัจจัยด้านนี้สามารถป้องกันการเกิดได้เริ่มจากการล้างมือทุกครั้ง ก่อนแทงเข็ม หรือให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำ ตรวจสอบวันหมดอายุของตำแหน่งที่แทงเข็ม เปลี่ยนชุดให้สารน้ำและยาตามมาตรฐานที่กำหนด เช่น ชุดให้ยาเปลี่ยนทุก 24 ชั่วโมง ชุดให้สารน้ำเปลี่ยนทุก 96 ชั่วโมง

หลอดเลือดดำอักเสบแบ่งระดับความรุนแรง (ชมรมเครือข่ายพยาบาลผู้ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ, 2561) ดังนี้

เกรด 0 ไม่มีอาการแสดง

เกรด 1 แดงรอบรอยเข็ม มีอาการหรือไม่มีก็ได้

เกรด 2 ปวดและแดงรอบรอยเข็ม บวมหรือไม่บวมก็ได้

เกรด 3 ปวดรอบรอยเข็ม ร่วมกับแดง มีรอยแดงเป็นทาง คลำได้หลอดเลือดแข็ง

เกรด 4 ปวดรอบรอยเข็ม ร่วมกับแดง คลำได้หลอดเลือดแข็งยาวมากกว่า 1 นิ้ว และมีหนอง

การพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำหรือยาทางหลอดเลือดดำ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับสารน้ำหรือยาทางหลอดเลือดดำ การพยาบาลที่สำคัญมีดังนี้ (ชมรมเครือข่ายพยาบาลผู้ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ, 2561)

1. ให้ข้อมูล ความรู้ แก่ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแล เกี่ยวกับการให้สารน้ำหรือยา ตรวจสอบชื่อนามสกุลของผู้ป่วยให้ตรงตามแผนการรักษา

2. พิจารณาวัตถุประสงค์การให้สารน้ำหรือยา เพื่อเลือกขนาดสายสวนหลอดเลือดดำที่เหมาะสม

3. การเลือกตำแหน่งในการให้สารน้ำหรือยา โดยหลอดเลือดดำที่ใช้ ได้แก่ Metacarpal veins, Cephalic vein และ Basilic vein เป็นต้น

4. ล้างมือแบบ Hygienic hand washing หรือ alcohol gel และสวมถุงมือก่อนการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำทุกครั้ง

5. การเตรียมผิวหนัง โดยออกแรงเช็ด ขัด และถู (scrub with friction) 15 วินาทีด้วย 70 % alcohol หรือ 0.5 % chlorhexidine in alcohol แล้วปล่อยให้แห้ง โดยยึดหลัก aseptic technique

6. ปิดด้วยวัสดุใสสามารถสังเกตอาการบวม แดง ได้ชัดเจน

7. การสังเกตอาการหลังให้สารน้ำหรือยา และบันทึก ชนิด ปริมาณ ตำแหน่ง เวลาที่ให้สารน้ำ ระดับหลอดเลือดดำอักเสบ อาการของผู้ป่วยที่สังเกตพบตั้งแต่เริ่มแทงเข็ม ทุก 2 ชั่วโมง จนกระทั่งหลังเอาเข็มออกต่อไปอีก 48ชั่วโมง กรณียาที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบให้เฝ้าระวังทุก 1 ชั่วโมง

8. ปรับอัตราและควบคุมการไหลของสารน้ำตามแผนการรักษา โดยมีใบระบุชื่อผู้ป่วย ชนิดของสารน้ำ อัตราการไหล เวลาที่เริ่มให้สารน้ำและเวลาสารน้ำหมด

9. เปลี่ยนตำแหน่งการแทงเข็มทุก 96 ชั่วโมง หรือเมื่อพบการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบตั้งแต่เกรด 1 ขึ้นไป กรณีที่ไม่มีการให้สารน้ำหรือยา ให้เอาเข็มออกทันที

10. การบริหารยาที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบตามแนวทางการให้สารน้ำหรือยาของโรงพยาบาล

11. กรณีผู้ป่วยหาหลอดเลือดส่วนปลายแทงเข็มไม่ได้ หรือมีการแทงเข็มมากกว่า 2 ครั้ง ให้ปรึกษาพยาบาลที่มีความชำนาญในการแทง ถ้ายังไม่ได้ให้รายงานแพทย์พิจารณาทำ central line

12. เฝ้าระวังไม่ให้สายของชุดให้สารน้ำหัก พับ งอ แนะนำผู้ป่วยหากต้องลุกเดินจากเตียงให้ยกสารน้ำสูงกว่าตำแหน่งของการให้สารน้ำ และระวังเปียกน้ำตำแหน่งที่มีการแทงเข็ม เพราะอาจทำให้เกิดการสะสมของเชื้อโรค เกิดการอักเสบได้

13. บันทึกรายละเอียดการให้สารน้ำหรือยา ในบันทึกทางการพยาบาล

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ศึกษาความรู้ทางวิชาการจากหนังสือ ตำรา บทความในการประชุมวิชาการ และแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานทางการพยาบาล และจากการศึกษาดูงานในด้านที่เกี่ยวข้องจากสถาบันอื่น

2. รวบรวมข้อมูลปัญหาที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน หาแนวทางแก้ไข นำเสนอแนวทางการแก้ไขเพื่อขอความเห็นจากหัวหน้าหน่วยงาน และผู้บริหารที่เกี่ยวข้อง

3. ดำเนินการจัดทำแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำ

4. นำเสนอผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้อง และนำไปใช้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม

5. ติดตามและประเมินผลการใช้แนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำหรือยาทางหลอดเลือดดำ เพื่อปรับปรุงและพัฒนาต่อไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ

2. เป็นแนวทางพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำหรือยาทางหลอดเลือดดำเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบของหน่วยงาน

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. มีแนวทางพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำหรือยาทางหลอดเลือดดำ ภายในปี พ.ศ. 2564

2. อัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบร้อยละ 0

ลงชื่อ.....น้ำฝน สมบูรณ์กุล.....

(นางสาวน้ำฝน สมบูรณ์กุล)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่.....๒๗ พ.ค. ๒๕๖๔.....

เอกสารอ้างอิง

กันยา นภาพงษ์. (2557). *การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ.* มหาวิทยาลัยสวนสุนันทา. http://www.elnurse.ssru.ac.th/kanya_na/pluginfile.php/

ชมรมเครือข่ายพยาบาลผู้ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ. (2561). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผู้ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ.* กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดพรีวัน

นุชจารี จังวณิชชา. (2562). *IV Guideline Update.*ในการประชุมวิชาการการพยาบาลผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำด้วยความปลอดภัย. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลกลาง

วิมลวัลย์ วโรฬาร. (2560). *หลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วยเด็ก: การป้องกันและการดูแล.* วารสารโรคหัวใจและทรวงอก, 28(1) 16-28