การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดร่วมกับภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด : กรณีศึกษา

อำไพพรรณ วงษ์ศรีสังข์*

บทคัดย่อ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นของประชากรในประเทศไทย หากเกิดร่วมกับภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด ซึ่งเป็นโรคที่มีอาการคุกคามชีวิตที่เหมือนกัน แม้ว่าพบได้น้อยแต่หากเกิดขึ้นก็จะส่งผลให้การดำเนินของโรครุนแรงขึ้น จนเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างกะทันหัน

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยชายอายุ 43 ปี มาด้วยอาการแน่นหน้าอกแถบขวาร้าวไปทั่วหน้าอก หายใจเหนื่อย กระสับกระส่าย เหงื่อออกตัวเย็น ปฏิเสธโรคประจำตัว มีประวัติสูบบุหรี่มากกว่า 10 มวนต่อวัน ดื่มสุราขาวทุกวันมานาน 20 ปี และใช้สารเสพติด 3 ปี ภาพถ่ายรังสีทรวงอก พบ Pneumothorax EKG 12 Lead พบ ST elevate V1-V4 และ V3R V4R มีภาวะแทรกซ้อนเป็น Ventricular tachycardia ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเกล็ดเลือด ใส่ท่อช่วยหายใจ ใส่ท่อระบายทรวงอก (ICD) และการทำ Synchronized cardioversion พบปัญหาที่สำคัญทางการพยาบาลคือ มีภาวะเจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง มีภาวะพร่องออกซิเจน เสี่ยงต่อภาวะปริมาณเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง เสี่ยงต่อการเกิดหัวใจหยุดเต้นกระทันหัน มีการติดเชื้อในร่างกายและผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน ประกอบด้วย การประเมินผู้ป่วยแรกรับ การประเมินซ้ำ การแก้ไขภาวะคุกคามชีวิต การดูแลช่วยเหลือภาวะเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยการทำหัตถการที่สำคัญ การบรรเทาความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ และติดตามอาการและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการให้ข้อมูลแผนการดูแลรักษาตลอดระยะเวลาที่ดูแลกระทั่งส่งผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยใน ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลต่อเนื่องจนพ้นจากภาวะวิกฤติ ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ: โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด, ภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด, การพยาบาล

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเดิมบางนางบวช

บทนำ

โรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ มากกว่า 2 ล้านคนในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา[1] จากรายงานสถิติสาธารณสุขปี 2564 พบว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของประชากรไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี 2563 ผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือด 32.6 ต่อประชากรแสนคน เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2559 ที่มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือด 30.2 ต่อประชากรแสนคน[2]

โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic Heart Disease; IHD) หรือ โรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary Artery Disease; CAD) หมายถึงโรคที่เกิดจากหลอดเลือดแดงที่เลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจตีบหรือตัน ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากไขมันและเนื้อเยื่อสะสมอยู่ในผนังของหลอดเลือดมีผลให้เยื่อบุผนังหลอดเลือดชั้นในตำแหน่งนั้นหนาตัวขึ้นผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงเมื่อหลอดเลือดแดงนี้ตีบร้อยละ 50 หรือมากกว่า อาการสำคัญที่พบได้บ่อย เช่น อาการเจ็บเค้นอก ใจสั่น เหงื่อออก เหนื่อยขณะออกแรง เป็นลมหมดสติ หรือเสียชีวิตเฉียบพลัน[1] สามารถแบ่งกลุ่มอาการทางคลินิกได้ 2 กลุ่ม คือ 1) ภาวะเจ็บเค้นอกคงที่ (stable angina) หรือภาวะเจ็บเค้นอกเรื้อรัง (chronic stable angina) หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดจากโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง (chronic ischemic heart disease) โดยผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บเค้นอกเป็นๆ หายๆ อาการไม่รุนแรง ระยะเวลาครั้งละ 3-5 นาทีหายโดยการพักหรืออมยาขยายเส้นเลือดหัวใจเป็นมานานกว่า 2 เดือน 2) ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome; ACS) เป็นกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดที่เกิดขึ้นเฉียบพลันประกอบด้วยอาการที่สำคัญ คือ เจ็บเค้นอกรุนแรงเฉียบพลัน หรือเจ็บขณะพัก (rest angina) นานกว่า 20 นาที หรือเจ็บเค้นอกซึ่งเกิดขึ้นใหม่หรือรุนแรงขึ้นกว่าเดิมจำแนกเป็น 2 ชนิด ดังนี้ 1.) ST elevation acute coronary syndrome หมายถึง ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่พบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีลักษณะ ST segment ยกขึ้นอย่างน้อย 2 leads ที่ต่อเนื่องกันหรือเกิด LBBB ขึ้นมาใหม่ ซึ่งเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน หากผู้ป่วยไม่ได้รับการเปิดเส้นเลือดที่อุดตันในเวลาอันรวดเร็วจะทำให้เกิด Acute ST elevation myocardial infarction (STEMI or Acute transmural MI or Q-wave MI) และ 2.) Non ST elevation acute coronary syndrome หมายถึง ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่ไม่พบ ST segment elevation มักพบลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็น ST segment depressionและ/หรือ T wave inversion ร่วมด้วย หากมีอาการนานกว่า 30 นาที อาจจะเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด non-ST elevation MI (NSTEMI, or Non-Q wave MI) หรือถ้าอาการไม่รุนแรงอาจเกิดเพียงภาวะเจ็บเค้นอกไม่คงที่ (Unstable angina)[3]

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI จะมีอาการแสดงที่พบได้บ่อย ได้แก่ อาการแน่นหน้าอก ชนิด Angina pectoris เป็นอาการเจ็บอกที่จำเพาะต่อโรคโดยจะมีอาการเจ็บแบบแน่นๆ หนักๆ เหมือนมีของหนักทับหรือมีอะไรมาบีบรัด หรือจุกเสียดแสบ มักจะรู้สึกบริเวณกลางอก อกด้านซ้าย หรือลิ้นปี่ อาจจะมีอาการเจ็บร้าว (refer pain) ไปที่ไหล่ซ้าย แขนซ้าย หรือร้าวขึ้นกราม มักเกิดขึ้นขณะพักหรือตอนออกแรงเพียงเล็กน้อยและมีอาการนานมากกว่า10 นาที อาการอื่นที่พบร่วม ได้แก่ เหนื่อย คลื่นไส้อาเจียน เหงื่อออก ตัวเย็น เป็นลม ในรายที่มีประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมาก่อนอาจพบลักษณะอาการเจ็บหน้าอกที่มี

ความรุนแรงและความถี่มากขึ้นกว่าปกติผู้ป่วยอาจมีอาการอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น อาการเหนื่อย หายใจ ไม่เต็มปอด นอนราบไม่ได้จากภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่ามีอาการใจสั่น ใจเต้นผิดปกติจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ในรายที่มีอาการรุนแรง จะตรวจพบภาวะช็อกร่วมด้วย[3] ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจึงมีความสำคัญทั้งในการให้การวินิจฉัยด้วยความรวดเร็วโดยการใช้ระบบ fast track และการรักษาด้วย reperfusion therapy รวมถึงการควบคุมปัจจัยเสี่ยงอันจะนำไปสู่การลดการเสียชีวิตในระยะยาว[3]

ภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pneumothorax) เป็นภาวะที่มีลมรั่วออกจากถุงลมเข้าไปขังอยู่ในช่องเยื่อหุ้มปอด ลมจะเข้าไปดันทำให้ปอดแฟบ หายใจลำบาก เจ็บแน่นหน้าอก หากมีลมรั่วปริมาณมากจนทำให้หัวใจเลื่อนไปอีกด้านหนึ่ง ทำให้เลือดจากเส้นเลือดดำใหญ่ไหลเข้าหัวใจไม่ได้ ส่งผลให้ขาดออกซิเจนเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อ การอักเสบ การมีของเหลวคั่งในปอด หรือภาวะน้ำท่วมปอด ซึ่งจะนำไปสู่สาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตได้ ภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด แบ่งเป็น 1) spontaneous pneumothorax โดยกลุ่ม spontaneous pneumothorax แบ่งเป็น primary spontaneous pneumothorax เกิดภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด เกิดขึ้นเองในผู้ป่วยที่แข็งแรงดีมาก่อนและไม่เคยป่วยด้วยโรคทางปอด ไม่มีโรคประจำตัว และ secondary spontaneous pneumothorax ที่เกิดภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดในผู้ป่วยด้วยโรคทางปอดมาก่อน เช่น โรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง พบในผู้ป่วยชายมากกว่าผู้หญิง คิดเป็นอัตราส่วนประมาณ 3 ต่อ 1 โดยพบมากที่สุดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ประมาณ 50-70% นอกจากนั้นยังพบได้ในผู้ป่วยมะเร็งปอด และผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อของปอด 2) traumatic pneumothorax คือ การเกิดภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดที่มีสาเหตุมาจากการกระทบกระเทือนจากภายนอกหรือมีลมซึมผ่านจากนอกทรวงอก บางครั้งเกิดจากการทำหัตถการโดยแพทย์ (iatrogenic pneumothorax) ทั้งที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจ เช่น ภายหลังการเจาะน้ำเยื่อหุ้มปอด การใส่ central venous catheter เป็นต้น[4] อาการและอาการแสดงแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้าน เช่น ปริมาณของลมที่รั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด อัตราเร็วในการสะสมของลมที่รั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด และความผิดปกติของปอดเดิมของผู้ป่วย เป็นต้น โดยอาการที่อาจพบ ได้แก่ เจ็บหน้าอกข้างเดียวกับที่มีลมรั่ว เหนื่อย หายใจไม่สะดวก แน่นหน้าอก อาการแสดงที่สามารถตรวจพบได้ เช่น การขยับตัวของทรวงอกลดลงในข้างที่มีลมรั่ว (decrease lung expansion) การได้ยินเสียงหายใจเบาลง และเคาะทรวงอกได้เสียงโปร่งมากกว่าปกติ (hyperresonance) เป็นต้น หากผู้ป่วยที่สงสัยภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดและมีความผิดปกติของสัญญาณชีพให้คิดถึงภาวะ tension pneumothorax ด้วย เนื่องจากต้องการการรักษาอย่างรีบด่วนเพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยต้องได้รับการวินิจฉัยและรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็วเพื่อเฝ้าระวังความผิดปกติ

สถานการณ์โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ประเทศไทยปี 2562-2564 พบอัตราตาย 31.36, 32.57 และ 33.54 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ[5] ส่วนในจังหวัดสุพรรณบุรีพบอัตราตาย 29.47, 39.05 และ 39.19 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ[5] และจากสถิติของหน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชในปี 2563-2565 พบผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด (ACS) มีจำนวน 124, 160 และ 127 รายตามลำดับ พบอัตราการเสียชีวิตของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ร้อยละ 3.23, 9.38 และ 8.7 ตามลำดับ และพบผู้ป่วยที่มีภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดที่ต้องใส่ท่อระบาย

ทรวงอกจำนวน 24, 24 และ 16 รายตามลำดับ[6] จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาในฐานะหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ยังไม่เคยพบผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดร่วมกับภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเดิมบางนางบวช ผู้ศึกษาจึงเห็นความสำคัญและสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดร่วมกับภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด เนื่องจากเป็นกลุ่มโรคที่คุกคามชีวิตหากได้รับการประเมิน การคัดกรอง และการแก้ไขภาวะคุกคามชีวิตล่าช้าหรือไม่ถูกต้อง อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในเวลาอันรวดเร็ว ดังนั้นเพื่อให้การพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพได้มาตรฐาน จึงได้ศึกษาและจัดทำกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดร่วมกับภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้อย่างครอบคลุม ถูกต้อง เหมาะสมและทันเวลา ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเสียชีวิต

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดร่วมกับภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด

วิธีดำเนินการศึกษา

1. ทวนทวนเอกสาร ตำรา งานวิจัย การวินิจฉัย การรักษา รวมทั้งทฤษฎีและแนวคิดทางการพยาบาลเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดร่วมกับภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด ที่มารับบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2566

2. คัดเลือกผู้ป่วยกรณีศึกษาแบบเจาะจง โดยเลือกผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดร่วมกับภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด จำนวน 1 ราย

3. รวบรวมข้อมูล ประเมินสุขภาพ ความต้องการทางการพยาบาล นำกรณีศึกษามาวิเคราะห์ปัญหา

4. กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล นำแผนการพยาบาลไปใช้ ประเมินผลและสรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 43 ปี รูปร่างสมส่วน ผิวดำแดง สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ การศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป สถานภาพ โสด อาศัยอยู่กับพี่สาว

อาการสำคัญ แน่นหน้าอกแถบขวาร้าวไปทั่วหน้าอก หายใจไม่ออก ใจสั่น 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการไอบ่อย เจ็บหน้าอก ไม่ได้รับการรักษา นอนพักอยู่บ้าน อาการไม่ทุเลา 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล แน่นหน้าอกแถบขวาร้าวไปทั่วหน้าอก หายใจไม่ออก ใจสั่นจึงมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร มีประวัติสูบบุหรี่มากกว่า 10 มวนต่อวัน ดื่มสุราขาวทุกวันวันละครึ่งขวดใหญ่ 20 ปี เสพยาบ้า 3 ปี

การตรวจร่างกายตามระบบ ชายไทยรูปร่างสมส่วน รู้สึกตัวดี ผิวสีดำแดง ผมสั้นสีดำ ริมฝีปากแห้ง ผิวหนังซีด เหงื่อออกตัวเย็น

ระบบทางเดินหายใจและทรวงอก ทรวงอกแถบขวามีขนาดใหญ่กว่าแถบซ้าย เคาะได้เสียงโปร่ง ฟังทรวงอกแถบขวาได้ยินเสียงน้อยกว่าแถบซ้าย หายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ค่า SpO_2 97% (แรกรับ ณ จุดคัดกรอง) และอัตราการหายใจ 44 ครั้ง/นาที ค่า SpO_2 81% (ในห้องฉุกเฉิน)

ระบบหัวใจและหลอดเลือด อัตราการเต้นของหัวใจ 110 - 150 ครั้ง/นาที เบาเร็ว ความดันโลหิต 127/65 มิลลิเมตรปรอท การไหลเวียนของหลอดเลือดส่วนปลาย (Capillary refill) มากกว่า 2 วินาที

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC พบ Hematocrit 33% Hemoglobin 10.2%, WBC 15,200 cell/cumm, Platelet count 760,000 cell/cumm, Neutrophils 76%, Lymphocyte 16%, Monocyte 6% BUN 13 mg/dL Creatinine 0.85 mg/dl. eGFR 106.7 ml/min Electrolyte พบ Sodium 135.3 mmol/L, Potassium 3.81 mmol/L, Chloride 100.3 mmol/L, CO_2 25 mmol/L Troponin t พบ <40 ng/L, Anti-HIV negative, SARS coronavirus 2 ag (Antigen test kit) negative

ผลการตรวจทางรังสีและการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

ภาพถ่ายรังสีทรวงอก พบ Pneumothorax and abscess right lung

EKG 12 Lead พบ ST elevate V1-V4 และ V3R V4R ST elevate, Ventricular tachycardia, Wide QRS irregular

การวินิจฉัยโรค Inferior wall with RV infarction with Right Pneumothorax

การรักษาที่ห้องฉุกเฉิน

แพทย์ซักประวัติและตรวจร่างกาย ให้การรักษาด้วยออกซิเจนชนิดหน้ากาก (O_2 Mask with bag) 10 ลิตร/นาที ให้ยา ASA 300 มิลลิกรัม 1 เม็ด และ Clopidogrel 75 มิลลิกรัม 4 เม็ด และวางแผนให้ยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase: SK) ติดตามสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง พบมีภาวะพร่องออกซิเจน การหายใจไม่มีประสิทธิภาพ แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ พร้อมเก็บตัวอย่างเลือดเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตรวจหา cardiac marker และตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอก Portable chest หลังใส่ท่อช่วยหายใจ พบมีภาวะหัวใจห้องล่างเต้นผิดจังหวะแบบ Ventricular tachycardia (VT with pulse) อัตราการเต้นของหัวใจ 160-178 ครั้ง/นาที แพทย์รักษาด้วยการทำ Synchronized Cardioversion ผลการรักษาไม่ตอบสนองต่อการรักษา EKG เปลี่ยนเป็น Wide QRS irregular rate 160-178 ครั้ง/นาที แพทย์ปรับ mode เป็น Defibrillation ร่วมกับการให้ยา Cordarone 150 มิลลิกรัม ภายใน 30 นาที หลังจากนั้นรักษาภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะต่อเนื่องด้วย Cordarone 900 มิลลิกรัม ภายใน 24 ชั่วโมง

ผลการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน อัตราการเต้นของหัวใจ 142 ครั้ง/นาที คลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ Sinus Tachycardia หลังการรักษาภาวะวิกฤติ ประเมินสภาพผู้ป่วยซ้ำ ยังมีอาการกระสับกระส่าย พบมีภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดข้างขวา (Pneumothorax) รักษาด้วยการใส่ท่อระบายทรวงอก (ICD) ประสานงานปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจเพื่อส่งต่อผู้ป่วย แพทย์โรงพยาบาลสมุทรสาครตอบรับผู้ป่วยเพื่อทำ Primary PCI โดยไม่ต้องให้ SK แต่ญาติปฏิเสธการไปรักษาต่อ แพทย์ห้องฉุกเฉินจึงรับไว้รักษาตัวที่หอผู้ป่วยในชาย รวมระยะเวลาที่รับไว้ดูแลที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นเวลา 2 ชั่วโมง 55 นาที

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มีภาวะเจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า “แน่นหน้าอกเหมือนมีอะไรมาเหยียบ หายใจเหนื่อย หายใจไม่ออก”

O : ผู้ป่วยกระสับกระส่าย หายใจเร็วตื้น เหงื่อออกตัวเย็น นอนราบไม่ได้

: ชีพจร 110 ครั้ง/นาที เบาเร็ว อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที pain score 10 คะแนน

: ผลการตรวจ EKG พบ ST elevate V1-V4 และ V3R V4R

: Troponin t พบ <40 นาโนกรัม/ลิตร

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วและบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองเข้าระบบ Fast track AMI ทันที
2. คะแนน pain score < 3

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินเพื่อคัดกรองผู้ป่วยตามหลัก Primary survey เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงที ได้แก่ A (airway) B (breathing) C (circulation) D (disability) และ pain scale และการประเมินผู้ป่วยเพื่อการจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาพยาบาลตามลำดับความเร่งด่วน หลักการคัดแยกระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วย

2. ซักถามอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต โรคประจำตัว รวมทั้งอาการผิดปกติอื่นๆ ที่สัมพันธ์กับอาการที่มาโดยซักประวัติตามหลัก OPQRST ดังนี้ 1) O : Onset ระยะเวลาที่เกิดอาการ 2) P: Precipitate cause สาเหตุชักนำและการทุเลา เช่น อะไรทำให้อาการดีขึ้น/แย่ลง 3) Q: Quality ลักษณะของอาการเจ็บอก เช่น เจ็บแน่นหน้าอกเหมือนมีอะไรมาบีบรัด หรือเจ็บแปล๊บๆ 4) R: Refer pain เจ็บตรงไหน เจ็บร้าวไปที่ใดบ้าง 5) S: Severity ความรุนแรงของอาการเจ็บแน่นหน้าอก หรือ pain score 6) T: Time ระยะเวลาที่เป็น ปวดนานกี่นาที[7]

3. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ได้แก่ อุณหภูมิ ชีพจร อัตราการหายใจ ลักษณะการหายใจ ความดันโลหิต และค่า SpO_2

4. จัดท่านอนศีรษะสูง เพื่อให้ผู้ป่วยหายใจสะดวกขึ้น

5. ให้ออกซิเจนทางจมูก 3 - 5 ลิตร/นาที เพื่อช่วยแก้ไขภาวะวิกฤติระบบหายใจ

6. จำแนกตามเกณฑ์การคัดแยกผู้รับบริการของห้องฉุกเฉินโดยใช้แบบคัดแยก MOPH ED Triage โดยจัดระดับเป็นกลุ่มวิกฤต (Resuscitation)[8]

7. จัดผู้ป่วยเข้าระบบ Fast track AMI โดยนำเข้ารักษาใน resuscitation room เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดทันที ได้แก่ ดูแลให้ผู้ป่วยบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกโดยให้ยาตามแผนการรักษา คือ ASA (300 มิลลิกรัม) 1 เม็ด เคี้ยวก่อนกลืน Clopidogrel

(75 มิลลิกรัม) 4 เม็ดทางปาก และสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่พบบ่อย ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ผื่นลมพิษ อาการคัน บวมโดยเฉพาะบริเวณใบหน้า[9]

8. เตรียมเปิดหลอดเลือดดำให้สารน้ำและเก็บตัวอย่างเลือดตามแนวทางปฏิบัติเพื่อตรวจหา cardiac marker

9. ติดต่อประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอกชนิดเคลื่อนที่ เพื่อความปลอดภัยและความรวดเร็วในการวินิจฉัยแยกโรค

10. เฝ้าระวังติดตาม และบันทึกอาการเจ็บหน้าอก ได้แก่ อาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ร้องคราง และประเมินระดับความปวดโดยใช้ Pain score

11. ติดตามเฝ้าระวังคลื่นไฟฟ้าหัวใจโดย EKG Monitor เพื่อทราบการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หากพบผิดปกติ เช่น ST segment elevate มากกว่า 1 มิลลิโวลต์ ใน 2 leads ติดต่อกัน หรือพบ ventricular tachycardia, ventricular fibrillation หรือ complete heart block ให้รายงานแพทย์ทันที

12. บันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ EKG 12 leads ขณะที่ มีอาการเจ็บหน้าอก ให้รายงานแพทย์ทันที

13. ประเมินสภาพทั่วไปและสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที และอาการเจ็บแน่นหน้าอก เพื่อประเมินการทำงานของหัวใจ

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองเป็นกลุ่ม Resuscitation (ESI level1) เข้าตรวจในห้องฉุกเฉินทันทีและเข้าเกณฑ์ Fast track AMI ผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น ผู้ป่วยเจ็บหน้าอกลดลง แต่ยังมีอาการกระสับกระส่าย ประเมิน Pain score 5 คะแนน อัตราการหายใจ 44 ครั้ง/นาที ค่า SpO_2 81% ขณะ On O_2 mask with bag 10 ลิตร/นาที

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า “หายใจเหนื่อย หายใจไม่ออก”

O : กระสับกระส่าย เหงื่อออกตัวเย็น นอนราบไม่ได้

: หลอดลมคอเอียงไปทางซ้ายเล็กน้อย ทรวงอกแถบขวามีขนาดใหญ่กว่าแถบซ้าย เคาะได้เสียงโปร่ง

: ฟังทรวงอกแถบขวาได้ยินเสียง breath sound น้อยกว่าแถบซ้าย

: อัตราการเต้นของหัวใจ 110 ครั้ง/นาที เบาเร็ว อัตราการหายใจ 28-44 ครั้ง/นาที SpO_2 81%

: ภาพถ่ายรังสีทรวงอก พบ Pneumothorax and abscess right lung

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวปกติ Glasgow Coma Sale 15 คะแนน

2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 80-100ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตมากกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท

3. ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจน SpO_2 >95%

4. ฟังปอดได้ยินเสียงปกติ การขยายตัวของทรวงอกเท่ากันทั้ง 2 ข้าง เคาะได้เสียงโปร่งเท่ากัน คลำไม่พบ Subcutaneous emphysema

5. การทำงานของท่อระบายทรวงอกมีการระบายอย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพผู้ป่วยซ้ำ (primary survey) ทุก 5-10 นาที ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 lead

2. เตรียมอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจ ช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

3. เตรียมอุปกรณ์และช่วยแพทย์ใส่สายระบายทรวงอก 2 ขวด เพื่อระบายลมในช่องเยื่อหุ้มปอด แก้ไขภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด[9]

4. ดูแลและติดตามการทำงานของท่อช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม

5. ดูแลท่อระบายทรวงอก ให้อยู่ในระบบปิดและระมัดระวังขวดตกแตกเพื่อให้มีการระบายลมอย่างมีประสิทธิภาพตลอดเวลา[7]

6. ประเมินสารคัดหลั่งจากสายระบายทรวงอก และ ภาพถ่ายรังสีทรวงอก หลังใส่สายระบายทรวงอก และท่อช่วยหายใจเพื่อดูตำแหน่งที่เหมาะสมและไม่มีลมรั่ว

ประเมินผลการพยาบาล

หลังใส่ท่อช่วยหายใจ SpO_2 100% การหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ 142 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 112/68 มิลลิเมตรปรอท Capillary refill น้อยกว่า 2 วินาที Glasgow Coma score E4 เลื่อนลอย VTM6 ใส่ท่อระบายทรวงอกได้ลมและสารคัดหลั่งคล้ายหนอง 10 มิลลิลิตร ผู้ป่วยแน่นหน้าอกน้อยลง ฟังปอดได้ยินเสียงปกติ การขยายตัวของทรวงอกเท่ากันทั้ง 2 ข้าง เคาะได้เสียงโปร่ง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อภาวะปริมาณเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาที ลดลง เนื่องจากการ บีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติจากการขาดเลือดไปเลี้ยง

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า “แน่นหน้าอกเหมือนมีคนมาเหยียบ”

O : ผู้ป่วยกระสับกระส่าย เหงื่อออกตัวเย็น นอนราบไม่ได้ Pain score 10 คะแนน

: ผลการตรวจ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบ ST elevate V1-V4 ,V3R V4R

: Troponin t พบ น้อยกว่า 14 นาโนกรัม/ลิตร

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

ปริมาณเลือดที่ส่งออกในหนึ่งนาที มีปริมาณที่เพียงพอที่จะไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. มีระดับของความรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการ กระสับกระส่าย สับสน และหมดสติ

2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส, อัตราการหายใจ 16-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มากกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท SpO_2 > 95%

3. Intake/ Output สมดุล ปัสสาวะออกมากกว่า 0.5 มิลลิลิตร/ กิโลกรัม/ วัน

4. ผิวหนังอุ่น Capillary refill น้อยกว่า 2 วินาที ชีพจรส่วนปลายเต้นแรง

5. ผลการตรวจเลือด Trop–T ปกติ (ค่าปกติ ≤ 14 ng/L)

กิจกรรมการพยาบาล

1. เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงเพื่อประเมินประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและการกำซาบเลือดของปอดและหัวใจลดลง

2. ติดตามคลื่นและจังหวะการเต้นของหัวใจจาก Monitor อย่างต่อเนื่อง เมื่อพบผิดปกติให้รายงานแพทย์ทราบทันที และเตรียมอุปกรณ์การช่วยฟื้นคืนชีพไว้ให้พร้อมเพื่อการช่วยเหลือทันที

3. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที พร้อมทั้งคลำและสังเกตลักษณะชีพจรส่วนปลาย อาการเหนื่อยหอบ หายใจไม่อิ่ม นอนราบไม่ได้ปลายมือปลายเท้าเย็น ซีดเขียว เพื่อให้การช่วยเหลือทันทีเมื่อพบอาการผิดปกติ

4. ติดตามและประเมินจำนวนปัสสาวะต่อชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังภาวะ Cardiogenic shock

5. Absolute bed rest และส่งเสริมให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเต็มที่ เพื่อลดปริมาณการใช้ออกซิเจน

6. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง พร้อมทั้งเฝ้าระวังท่อช่วยหายใจหลุดเลื่อนจัดท่านอนศีรษะสูง 45 องศา และติดตามผล SpO_2 ทุก 1 ชั่วโมง ถ้าต่ำกว่า 90% ให้รายงานแพทย์ทันที

7. ดูแลควบคุมให้สารน้ำแก่ผู้ป่วยทางหลอดเลือดดำคือ 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร IV drip 20 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

ประเมินผลการพยาบาล

Glasgow Coms score E4 VTM6 ยังกระสับกระส่าย SpO_2 100% หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ 142 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 112/68 มิลลิเมตรปรอท Capillary refill น้อยกว่า 2 วินาที ผลการตรวจเลือด Trop–T ปกติ monitor EKG เป็น Wide QRS irregular

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการเกิดหัวใจหยุดเต้นกระทันหัน เนื่องจากมีภาวะหัวใจห้องล่างเต้นผิดจังหวะ

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า “หายใจไม่ออก ใจสั่น เหนื่อย”

O : ผู้ป่วยกระสับกระส่าย เหงื่อออกตัวเย็น

: คลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 Lead พบ Ventricular tachycardia, Wide QRS irregular

: อัตราการเต้นของหัวใจ 150-178 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 127/76 มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

ผู้ป่วยปลอดภัย มีจังหวะการเต้นของหัวใจเป็นปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

1. คลื่นไฟฟ้าหัวใจอยู่ในภาวะปกติ Normal sinus rhythm

2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

3. ระดับความรู้สึกตัวปกติ Glasgow Coma Score 15 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ทุก 5–10 นาที และ Monitor EKG เพื่อให้การช่วยเหลือทันทีเมื่อพบความผิดปกติ

2. ดูแลเตรียมเครื่อง Defibrillator และช่วยแพทย์ทำ Synchronized Cardioversion และ Defibrillation

3. ประเมินระดับความรู้สึกตัวและสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด ตลอดเวลาที่แพทย์ทำการรักษาด้วยการทำ Synchronized Cardioversion และ Defibrillation [10]

4. ดูแลให้ยา Cordarone 150 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำภายใน 30 นาที และ Cordarone 900 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ใน 24 ชั่วโมง เพื่อช่วยให้จังหวะการเต้นของหัวใจเป็นปกติและสังเกตอาการอาการข้างเคียงของยาและอาการแพ้ยา เฝ้าระวังการ leak ของยา[11]

5. ดูแลให้ได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร อัตราการไหล 20 มิลลิลิตรต่อนาที

6. เตรียมอุปกรณ์และทีมช่วยชีวิตให้พร้อม เพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันท่วงที เมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นกระทันหัน

7. ให้ข้อมูลกับญาติเรื่องภาวะแทรกซ้อนและแผนการรักษา ความเสี่ยงจากการทำหัตถการเพื่อช่วยชีวิตและให้เซ็นใบยินยอมทำหัตถการช่วยชีวิต

ประเมินผลการพยาบาล

คลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็น Sinus Tachycardia อัตราการเต้นของหัวใจ 142 ครั้ง/นาที SpO_2 100% หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ความดันโลหิต 112/68 มิลลิเมตรปรอท Glasgow Coma score E4 VT M6

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 มีการติดเชื้อในร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า “ไอมาก หายใจเหนื่อย มา 1 สัปดาห์”

O : ภาพถ่ายรังสีทรวงอก พบ abscess right lung

: WBC 15,200 cell/cumm

: ICD มีสารคัดหลั่งคล้ายหนองประมาณ 10 มิลลิลิตร

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

ผู้เพื่อให้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อในร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติ

2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

3. ผลภาพถ่ายรังสีทรวงอกปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาเพื่อลดโอกาสการติดเชื้อในกระแสเลือด

2. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และรายงานแพทย์ทราบ

3. ตรวจวัดสัญญาณชีพ เพื่อเฝ้าระวังการติดเชื้อในกระแสเลือด

4. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ให้เพียงพอตามแผนการรักษา

5. สังเกตลักษณะของสารคัดหลั่งจากท่อระบายทรวงอก และเปลี่ยนขวดด้วยหลัก sterile technique[7]

6. ดูแลสายสวนปัสสาวะและทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่มีไข้ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ICD ไม่มีหนองออกเพิ่ม สามารถถอดท่อระบายทรวงอกได้ วันที่ 5 ของการนอนโรงพยาบาล ผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอกปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล เนื่องจากอยู่ในภาวะวิกฤตและมีปัญหาด้านเศรษฐกิจและครอบครัว

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า “เหมือนจะตาย”

O : ผู้ป่วยกระสับกระส่าย หน้านิ่วคิ้วขมวด น้ำตาไหล

: ญาติผู้ป่วยไม่พร้อมที่จะเฝ้าผู้ป่วย ไม่พร้อมให้ผู้ป่วยไปรักษาต่อ เนื่องจากมีภาระครอบครัว

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นและให้ความร่วมมือในการรักษา

2. มีญาติหรือผู้ดูแลติดตามเยี่ยมอาการผู้ป่วย

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติโดยการพูดคุยแนะนำตัว แสดงท่าทีเป็นมิตร สุภาพ ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลและถูกต้อง เพื่อให้ญาติเกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย

2. ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการรับรู้ในภาวะวิกฤตที่ผู้ป่วยกำลังเป็นอยู่และแผนการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับ เพื่อให้คำแนะนำได้อย่างเหมาะสม

3. อธิบายแผนการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล

4. แจ้งอาการของผู้ป่วยให้ญาติทราบเป็นระยะๆ เพื่อให้ญาติทราบเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย ลดความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วย และช่วยในการตัดสินใจต่อการรักษาของญาติ

5. เปิดโอกาสให้ญาติผู้ป่วยได้ซักถามและระบายความรู้สึกและซักถามถึงแนวทางการรักษาที่ไม่เข้าใจ เพื่อให้คลายความวิตกกังวล

6. ดูแลให้การพยาบาลและคอยให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย อย่างใกล้ชิด เพื่อให้คลายความวิตกกังวล

7. พูดคุยแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวคิดสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกรมสุขภาพจิต[12] เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต

8. ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้ช่วยดูแล สนับสนุนทางสังคมและเศรษฐกิจ รวมถึงใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (1669)

ประเมินผลการพยาบาล

ญาติมีสีหน้าวิตกกังวลเกี่ยวกับดูแลผู้ป่วย ปฏิเสธการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่า ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยและญาติกลับมาตรวจตามนัด และยังไม่กลับไปใช้สารเสพติดในสัปดาห์แรกหลังการจำหน่าย

สรุปและอภิปรายผลกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 43 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการแน่นหน้าอกแถบขวา ร้าวไปทั่วหน้าอก 30 นาทีก่อนมา โดย 6 เดือนก่อนตรวจพบฝีในปอด แพทย์นัดตรวจเพิ่มเติมผู้ป่วยไม่มาตามนัด 1 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการไอบ่อย เจ็บหน้าอก ไม่ได้มารับการรักษา จนกระทั่ง 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการแน่นหน้าอกแถบขวามาก หายใจไม่ออก เพื่อนบ้านจึงนำส่งโรงพยาบาล แรกรับ ณ ห้องฉุกเฉิน รู้สึกตัวดี หายใจเร็ว สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที เหงื่อออก ตัวเย็น ค่า SpO_2 97% ชีพจร 110 ครั้ง/นาที ลักษณะเบาเร็ว ความดันโลหิต 127/76 มิลลิเมตรปรอท Pain score 10 คะแนน กระวนกระวาย ได้รับการคัดกรองเป็นกลุ่ม Resuscitation จัดเข้าระบบ Fast track AMI ได้รับการตรวจรักษาภายใน 4 นาที ประเมินสภาพผู้ป่วยซ้ำในห้องกู้ชีพ ความดันโลหิต 130/70 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 140 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 44 ครั้ง/นาที ค่า SpO_2 81% ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 lead พบ ST elevate V1-V4 V3R V4R ST elevate แพทย์วินิจฉัยเป็น Inferior wall with RV infarction ให้การรักษาด้วยยาต้านเกล็ดเลือด ขณะได้รับการรักษาเรื่องกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจน ได้รับการใส่ Endotracheal Tube no.7.5 ลึก 21 เซ็นติเมตร และมีภาวะหัวใจห้องล่างเต้นผิดจังหวะชนิด VT with pulse rate 160 -178 ครั้ง/นาที รักษาด้วยการทำ synchronized cardioversion 150 และ 200 joule ตามลำดับ อาการของโรคไม่ตอบสนองต่อการรักษา คลื่นไฟฟ้าหัวใจเปลี่ยนเป็น wide QRS irregular rate 166 - 177 ครั้ง/นาที แพทย์รักษาด้วยการทำ defibrillation 150 และ 200 joule ตามลำดับ ผลการรักษาพบ อัตราการเต้นของหัวใจ 142-146 ครั้ง/นาที ให้การรักษาต่อด้วยการให้ยา Cordarone 150 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ภายใน 30 นาที และ 900 มิลลิกรัม ใน 24 ชั่วโมง ประเมินสภาพผู้ป่วยซ้ำ พบมี subcutaneous emphysema ที่ผนังทรวงอกด้านขวา ผลภาพถ่ายทางรังสีทรวงอกมีภาวะ Pneumothorax ด้านขวา ได้รับการใส่ท่อระบายทรวงอก ได้เป็นลมและสารคัดหลั่งคล้ายหนองประมาณ 10 มิลลิลิตร แพทย์วางแผนการรักษาโดยการส่งต่อเพื่อทำ Primary PCI แต่ญาติปฏิเสธการส่งต่อ จึงได้รับไว้รักษาต่อในหอผู้ป่วย

ในชาย ระยะเวลาที่รับไว้ดูแลที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตั้งแต่เวลา 16.35 - 19.25 น. รวมระยะเวลา 2 ชั่วโมง 55 นาที

การติดตามอาการวันที่ 2 ของการรับไว้รักษา ผู้ป่วยรู้สึกตัว ยังคงใส่ท่อช่วยหายใจ มีเสมหะมาก ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก อัตราการเต้นของหัวใจ 120 - 140 ครั้ง/นาที ไม่มีภาวะ Ventricular tachycardia วันที่ 5 ของการรักษา ได้รับการถอดท่อระบายทรวงอก วันที่ 8 ของการรักษาแพทย์ถอดเครื่องช่วยหายใจและเฝ้าระวังระบบหายใจไม่มีภาวะแทรกซ้อน แพทย์อนุญาตให้กลับดูแลตนเองต่อที่บ้าน รวมระยะเวลาที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 10 วัน และนัดมาตรวจรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลเดิมบางนางบวช

จากกรณีศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายตามเกณฑ์มาตรฐาน ACS ซึ่งการประเมินผู้ป่วยอย่างรวดเร็วที่ห้องฉุกเฉิน คือขั้นตอนหลักที่สำคัญ ในการวินิจฉัย และรักษาพยาบาลทันท่วงที ภายหลังจากมีอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จะสามารถป้องกันมิให้เกิดการทำลายของกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้น[11] นอกจากนี้ยังต้องหาสาเหตุที่อื่นที่เกิดร่วมและทำให้อาการของผู้ป่วยไม่เป็นไปตามแผนการรักษา ทำการแก้ไขอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยและรอดชีวิต

ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

1. จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้พบว่า การประเมิน ณ จุดคัดกรองผู้ป่วยที่มาด้วยกลุ่มโรคคุกคามชีวิตจะมีอาการร่วมที่เหมือนกัน คือ อาการเจ็บแน่นหน้าอก เหนื่อย หรือหายใจลำบาก เป็นภาวะวิกฤติของระบบหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ที่มักเกิดขึ้นพร้อมกันนั้น ความเร่งด่วนในการคัดกรองและแก้ไขภาวะคุกคามชีวิตทั้งสองระบบจึงต้องทำไปพร้อมกันโดยมีเงื่อนเวลาในการรักษาเป็นตัวกำกับ เมื่อแก้ไขภาวะวิกฤติของระบบหัวใจและหลอดเลือดแล้ว ต้องทำการประเมินซ้ำหลังจากการรักษาเบื้องต้น เพื่อค้นหากลุ่มโรคร่วมอื่นที่มีอาการเหมือนกัน หากขาดขั้นตอนนี้ไปก็อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

2. การรวบรวมข้อมูลที่ต้องมีเทคนิคในการซักประวัติ เพื่อช่วยแพทย์และทีมผู้ดูแลค้นหาสาเหตุและแก้ไขภาวะวิกฤติได้ทันเวลา พยาบาลที่ห้องฉุกเฉินทุกตำแหน่งในทีมต้องมีความรู้ในการวินิจฉัยแยกกลุ่มอาการและอาการแสดงที่บ่งบอกถึงภาวะคุกคามชีวิตแล้วยังต้องมีความช่างสังเกตุลักษณะท่าทางของผู้ป่วยร่วมกับประวัติอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล รวมทั้งประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมาประกอบการวินิจฉัยแยกโรค

3. การช่วยแพทย์ในการทำหัตถการเพื่อการช่วยชีวิตที่ซับซ้อน ได้แก่ การเจาะปอด การช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ การเตรียม ventilator การเตรียมเครื่อง defibrillator และการเฝ้าระวังอาการที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของผู้ป่วยตลอดเวลาที่ทำหัตถการ ซึ่งพยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยหัวใจเต้นผิดจังหวะ ซึ่งเป็นหนึ่งในการช่วยชีวิตขั้นสูงและสามารถแปลผลการติดตามและเฝ้าระวัง รายงานให้แพทย์ทราบทุก 5-10 นาที ขณะอยู่ในความดูแลซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดโอกาสเสียชีวิตจากกลุ่มโรคที่มีภาวะคุกคามชีวิตลงได้

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

1. ผู้ป่วยมีอาการวิกฤติ มีปัญหาซับซ้อนด้านการดูแลรักษาที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิต การรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันด้วยการทำ primary PCI นั้น โรงพยาบาลในจังหวัดสุพรรณบุรียังไม่

สามารถเปิดทำได้ตลอด 24 ชั่วโมง จำเป็นต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่เปิดให้บริการ 24 ชั่วโมง ภายในเขตบริการสุขภาพที่ 5

2. ผู้ป่วยและครอบครัวมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายและขาดผู้ดูแล และขาดการสนับสนุนทางสังคม

3. การประสานการดูแลต่อเนื่องกับทีมต่างๆ มีความซับซ้อนเนื่องจากผู้ป่วยมีการใช้สารเสพติด ซึ่งเป็นประเด็นอ่อนไหวทางสังคม ทั้งทางด้านกระบวนการรักษา การให้ข้อมูลและด้านกฎหมาย ซึ่งส่งผลต่อกระทบต่อระบบสุขภาพโดยรวม

ข้อเสนอแนะ

การจัดทำผลงานกรณีศึกษาเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดร่วมกับภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด พบว่ายังมีข้อจำกัดสำหรับพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานที่งานการพยาบาลู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โดยสามารถสรุปข้อค้นพบเพื่อ เสนอแนะเป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดังนี้

1. ควรมีการทำแนวทางการประเมินผู้ป่วยกลุ่มโรคคุกคามชีวิต และการซักประวัติแบบเฉพาะเจาะจง เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วยที่มาด้วยกลุ่มอาการที่มีภาวะคุกคามชีวิต

2. พยาบาลห้องฉุกเฉินควรกำหนดบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤติ และเข้าใจหลักการของระบบการดูแลรักษาอย่างไร้รอยต่อตามกระบวนการดูแล มีการประเมินระบบงานหรือกระบวนการที่มีอยู่เดิมและค้นหาจุดอ่อนในแต่ละขั้นตอนของกระบวนดูแล เพื่อนำมาแก้ไขได้ตรงจุดและครบถ้วน

3. องค์กรพยาบาลควรส่งเสริมให้พยาบาลมีบทบาท มีส่วนร่วมในการสนับสนุน เสริมพลังผู้ป่วยกลุ่มที่เป็นวัยทำงานให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม ไม่เจ็บป่วยและสามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2562 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://dmsic.moph.go.th/index/detail/8297
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2563 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2666]. เข้าถึงได้จาก: https://dmsic.moph.go.th/index/detail/8900
3. สมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563 [อินเทอร์เน็ต]. สมุทรปราการ. ห้างหุ้นส่วนจำกัด เนคสเตปดีไซน์; 2563. [เข้าถึงเมื่อ 10 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://www.thaiheart.org/Thai-ACS-Guidelines-2020
4. วิบูลย์ บุญสร้างสุข. Pneumothorax [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 30 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.rama.mahidol.ac.th/med/sites/default/files/public/pdf/medicinebook1/Pneumothorax.pdf

5. Ministry of Public Health. Defense operation situation control non-communicable diseases (NCDs) [Internet]. Division of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control;2019. [cited 2023 sep 30]. Available from: http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=14480&tid=32&gid=1-020
6. งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช. โรงพยาบาลเดิมบางนางบวช. รายงานประจำปี 2565. สุพรรณบุรี; 2566.
7. สภาการพยาบาล. ประกาศสภาการพยาบาลเรื่อง หลักการคัดแยกระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วย พ.ศ. 2563. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ30 ส.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/T_00344.PDF
8. วิจิตรา กุสุมภ์. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่7 กรุงเทพฯ: พี.เค.เค พรินทร์ติ้ง; 2565.
9. ธีรพงศ์ โตเจริญโชค. การใส่สายระบายทรวงอก [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 30 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https//www.si.mahidol.ac.th/th/department/surgery/surgerynew/CVT/file/การใส่สายระบายทรวงอก Teerapong.pdf
10. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. TRC Algorithms [อินเตอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 30 ส.ค.2566]. เข้าถึงได้จาก: https://thaicpr.org/get
11. กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลพระจอมเกล้า. แนวทางการบริหารยาฉีด. เพชรบุรี; 2564
12. เทอดศักดิ์ เดชคง. สนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วย NCDs. กรมสุขภาพจิตร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. นนทบุรี: บริษัท บียอนด์ พับลิสชิ่ง จำกัด; 2560.