

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน : กรณีศึกษา  
(Nursing care of Acute Myocardial Infarction : 2 Case Reports)

นันทิมา บุญประเสริฐ พย.\*

บทคัดย่อ

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน : กรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงวิธีการรักษาและการพยาบาลผู้ป่วย ST elevate Myocardial infarction (STEMI) ซึ่งศึกษา ณ แผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลพิจิตร

รายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 69 ปี มาโรงพยาบาลด้วย 4 ชั่วโมงก่อนมา มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก บริเวณลิ้นปี่ร้าวมาที่คอ หายใจไม่เต็มอึด ใจสั่นคลื่นไส้ นานประมาณ 1 ชั่วโมง พักแล้ว อาการเจ็บหน้าอกไม่ทุเลา เจ็บหน้าอกมากขึ้นจึงมาโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัย ST elevate Myocardial infarction ให้การรักษาด้วย Streptokinase (SK) รักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลา 3 วัน ไม่พบภาวะแทรกซ้อน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้

รายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 51 ปี มาโรงพยาบาลด้วย 1 ชั่วโมงก่อนมา มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกร้าวไปแขนซ้าย หายใจไม่สะดวก ซึ้อยา ISDN (5) มาอม แต่ไม่ทุเลา จึงมารักษาที่โรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัย Inferior wall ST elevate Myocardial infarction

ขณะมาถึงโรงพยาบาลผู้ป่วยมี cardiac arrest ทีมแพทย์และพยาบาลได้ช่วยกันทำ CPR, on ETT จนผู้ป่วยดีขึ้น จึงให้การรักษาด้วย SK ได้ ประมาณ 5 นาที ผู้ป่วยมี cardiogenic shock และ EKG มี VT แพทย์จึงให้ off SK ไว้ก่อน พร้อมทำ Defibrillation 360 jule เมื่อ EKG กลับมาเป็น sinus แต่ความดันโลหิตยังต่ำอยู่ แพทย์จึงให้ Dopamine, Dobutamine, 0.9% NaCl 50 cc/hr และเริ่มให้ SK ต่อ รักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลา 5 วันอาการทั่วไปดีขึ้นจึง refer ไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก เพื่อพิจารณาทำ CABG ต่อไป

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายมาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกเหมือนกัน เมื่อพักหรืออมยาแล้วอาการไม่ดีขึ้นซึ่งเป็นอาการแสดงที่เด่นชัดของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งทั้ง 2 รายได้รับการพยาบาลอย่างรวดเร็วถูกต้องจึงทำให้ผู้ป่วยทั้ง 2 รายปลอดภัยจากภาวะคุกคามชีวิต

แต่ในผู้ป่วยรายที่ 2 ะแตกต่างจากผู้ป่วยรายที่ 1 เนื่องจากมีภาวะ cardiac arrest และ cardiogenic shock ซึ่งเป็นภาวะที่รุนแรงที่สุดของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย

\*พยาบาลวิชาชีพ 7 กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพิจิตร

เจ็บปว้ และม้อั้รการตายสูง หากไม่ได้รับการรักษาพยาบาลจากทีมพยาบาลที่มีทักษะ หรือความรู้ที่ดีพอในการวินิจฉัยปัญหา ประเมินสถานการณ์ และให้การพยาบาลช่วยเหลือแก้ไขได้อย่างถูกต้อง รวดเร็วผู้ป่วยอาจเสียชีวิตหรือมีภาวะแทรกซ้อนได้

## Abstract

Nursing care of Acute Myocardial Infarction : cases reports were to study the treatment and nursing of STEMI patient in medicine department Phichit hospital.

**Case I** A Thai woman 69 years old presenting with epigastrium pain radiating to the neck 4 hours PTA with dyspnea, palpitation, nausea and increasing pain not relieving with rest for 1 hr.

**Diagnosis** STEMI

**Treatment** Streptokinase (SK) was given , she was admitted for 3 days and discharged with no complications.

**Case II** A Thai woman 51 years old presenting with chest pain radiating to left arm 1 hour PTA with dyspnea, ISDN (5) SL, but, not improve.

**Diagnosis** STEMI

**Treatment** on ETT, CPR, Defibrillation 360 jule, Dopamine, Dobutamine, 0.9% NaCl 50 cc/hr and Streptokinase (SK) were given. She was admitted for 5 days and then transfer for CABG.

Both patients come with chest pain which the symptoms didn't improve with rest or sublingual medication according to myocardial infarction sign. Both patients were treated rapidly and proper and there fore were resened form any life – threatening condition.

However 2<sup>nd</sup> patient was faced with cardiac arrest and cardiogenic shock which conditions as the most severe complications of MI. This could lead to high mortality rate. if the patients had not been care under the skillful nurses.

## บทนำ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST elevation เป็นภาวะฉุกเฉินและวิกฤตที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องและรวดเร็ว เพื่อลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น พบว่ามีอัตราการร้อยละ 25 และส่วนมากจะเสียชีวิตภายใน 1 ชั่วโมง ก่อนที่แพทย์จะมีโอกาสรักษา จะเห็นได้ว่า อุบัติการณ์การเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST elevation เป็นปัญหาอย่างหนึ่งในทางการแพทย์ปัจจุบัน

## พยาธิกำเนิด

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 95% เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ (coronary artery) อย่างเฉียบพลัน โดยในเบื้องต้นผู้ป่วยจะต้องมีพยาธิสภาพของ coronary artery อยู่ก่อนแล้ว กล่าวคือ มีการหนาตัวของผนัง

หลอดเลือด (plaque) ซึ่งมักพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดมีได้หลายประการ เช่น ไขมันสูง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ระดับไขมันในเลือดสูง เป็นต้น plaque ที่เกิดขึ้นถ้าค่อยๆมีการหนาตัวจะทำให้รูของ coronary artery แคบลงอย่างช้าๆ ก็จะทำให้เกิดอาการโรค ischemic heart disease แต่ถ้าเกิดมีการฉีกขาดอย่างเฉียบพลันของ plaque ก็จะทำให้มีสารต่างๆจากผนังของหลอดเลือดไปสัมผัสกับส่วนต่างๆของเลือดที่ไหลเวียนอยู่ ทำให้มีเม็ดเลือดเข้าไปจับตรงบริเวณที่มีรอยฉีกขาดเกิดขึ้น และกระตุ้นระบบการแข็งตัวของเลือด ทำให้เกิดมีการจับตัวของเลือดขึ้น หากเป็นมากจนอุดตันรูของหลอดเลือดทั้งหมดก็จะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน<sup>2</sup>

## อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มักมีอาการทันที โดยปวด เจ็บ จุกแน่นที่กลางอก ปวดร้าวไปที่คอ กราม หรือแขนซ้าย มักมีอาการหายใจไม่สะดวก ภาวะวุ่นวาย หอบ เหนื่อย เพลีย เหงื่อแตก คลื่นไส้ อาเจียน อาจหน้ามืด หมดสติ และเสียชีวิตได้ อาการแน่นอกมักเป็นอยู่นานกว่า 30 นาที<sup>1,3</sup>

## การวินิจฉัย<sup>2</sup>

การวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอาศัย 2 ใน 3 criteria ของ WHO criteria ดังนี้

1. อาการเจ็บหน้าอกที่เข้าได้กับ angina
2. มีการเปลี่ยนแปลงของ EKG
3. Cardiac enzymes เพิ่มขึ้น

## การรักษา<sup>4</sup>

การวินิจฉัยและการรักษาที่รวดเร็วและถูกต้องมีความสำคัญมากใน Acute STEMI เพราะพบว่าการรักษาโดย acute reperfusion (thrombolytic therapy or primary PTCA) สามารถลดอัตราการตายลงจาก 20 – 30% เป็น 5 – 10% โดยพบว่าถ้าได้ thrombolytic agents ใน 6 ชั่วโมงแรกของการเกิด Acute STEMI จะสามารถช่วยผู้ป่วยให้รอดชีวิตได้ 35 คนต่อ 1,000 คนของผู้ป่วย แต่ถ้าให้ใน 7 – 12 ชั่วโมงจะช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิต 16 คน ใน 1,000 คนของผู้ป่วย ฉะนั้นความเร็วในการให้ยาจึงเป็นสิ่งจำเป็นมาก

## รายงานผู้ป่วย

**รายที่ 1** ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 69 ปี อาชีพทำนา ภูมิลำเนา อำเภอ เมือง จังหวัด พิจิตร เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพิจิตรวันที่ 23 ตุลาคม 2550

**อาการสำคัญ** เจ็บแน่นหน้าอกบริเวณลิ้นปี่ ร้าวมาที่คอ นานประมาณ 1 ชั่วโมง เป็น 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

**ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน** 4 ชั่วโมงก่อนมีอาการ เจ็บแน่นหน้าอกบริเวณลิ้นปี่ ร้าวมาที่คอ หายใจไม่เต็มอิ่ม ใจสั่น คลื่นไส้ นานประมาณ 1 ชั่วโมง พักแล้วอาการใจสั่น คลื่นไส้ และหายใจไม่เต็มอึดุมุเลา แต่อาการเจ็บหน้าอกไม่ทุเลาจึงมาโรงพยาบาล

**ประวัติเจ็บป่วยในอดีต** ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงและโรคหัวใจขาดเลือด รับประทานยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลพิจิตร ไม่เคยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลพิจิตรไม่มีประวัติแพ้ยาใดๆ

**การตรวจร่างกาย**

Vital sign : BP 90/60 mmHg, PR 88 /min, RR 26 /min, Temp 37.4 C

สภาพร่างกายทั่วไป : รูปร่างท้วม สูง 157 ซม. น้ำหนัก 65 กก. BMI = 26.4 ไบหน้ารูปร่าง ปกติ ระดับความรู้สึกตัว ปกติ

ผิวหนัง : สีผิวขาวเหลือง เล็บมือเล็บเท้าไม่ซีด ผิวหนังยืดหยุ่นปกติ

ศีรษะใบหน้าและลำคอ : เปลือกตาไม่ซีด ไม่บวม ไม่มีบาดแผล ริมฝีปากไม่ซีด เส้นเลือดที่คอไม่โป่งพอง การได้ยินปกติ

หัวใจและทรวงอก : หัวใจเต้นจังหวะสม่ำเสมอ 88 ครั้งต่อนาที ไม่ได้ยินเสียง murmur

การหายใจเร็ว 26 ครั้งต่อนาที ได้ยินเสียง crepitation ทั้งสองข้างของปอด

ท้อง : ไม่แข็งเกร็ง คลำไม่พบตับ ม้ามโต การเคลื่อนไหวลำไส้ปกติ

ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ : กระดูกแขน ขา ลำตัว ปกติไม่บวม ขยับได้ดี

**การตรวจทางห้องปฏิบัติการ**

**CBC**

WBC 10,300/cu.mm (N : 4.5 – 10.6)

HGB 10.9 g/dl (N : 12.0 – 15.8)

Hct 34% (N : 35.2 – 46.4)

Platlets count 421,000 /cu.mm (N : 138 – 391)

Neutrophil 58% (N : 50 – 60)

Lymphocyte 38% (N : 25 – 35)

MCV 60.1 fl (82.2-99.5)

Micro 1+

Hypochromia 2+

**Blood chemistry**

BUN 15.5 mg/dl (N : 5.0 – 24)

Creatinine 0.8 mg/dl (N : 0.7 – 1.3)

Sodium 137 mmol/L (N : 135 – 153)

Potassium 3.47 mmol/L (N : 3.5 – 5.3)

Cl 91.3 mmol/L (N : 98 – 109)

Co<sub>2</sub> 31 mmol/L (N : 24 – 31)

CPK 2896 U/L (N : 24-190)

Blood sugar 128 mg/dl (N : 75 – 115)

Cholesterol 276 mg/dl (N : 150 – 200)

Triglyceride 71 mg/dl (N : 30 – 170)

HDL 42 mg/dl (N : 45 – 65)

LDL 220 mg/dl (N : 62 – 185)

PT 18.6 Sec (control : 12.3 Sec)

PTT 36.6 Sec (control : 32.1 Sec)

INR 1.56

Troponin – T ครั้งที่ 1 เวลา 00.50 น. Negative

Troponin – T ครั้งที่ 2 เวลา 06.20 น. Positive >

2.0 ng/ml

**ผล EKG**

EKG ล่าสุดก่อนนอนโรงพยาบาล complete right bundle branch block

ก่อนให้ SK พบ ST elevate lead I, aVL ST depression V1-V6, II,III, aVF

หลังให้ SK ST elevate lead I, aVL ลดลง, pathological Q wave

**Chest film** Borderline cardiomegaly, pulmonary congestion

### การวินิจฉัยโรค

Acute ST elevate Myocardial Infarction (lateral wall)

### การรักษา

ASA gr V 1 tab กล้วย stat

Isordril (5) 1 tab SL stat

Streptokinase 1.5 m<sup>3</sup> + 5%D/W 100 ml  
□ drip in 30 min

MO 4 mg IV dilute ซ้ำๆ

O<sub>2</sub> therapy

Bed rest

**รายที่ 2** ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 51 ปี อาชีพแม่บ้าน ภูมิลำเนา อำเภอ เมือง จังหวัด พิจิตร เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพิจิตรวันที่ 12 มกราคม 2551

**อาการสำคัญ** มี อาการเจ็บแน่นหน้าอกร้าวไปแขนซ้าย หายใจไม่สะดวก ซั้อยา ISDN (5) มาอม แต่ไม่ทุเลา ก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง

**ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน** 1 ชั่วโมงก่อนมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกร้าวไปแขนซ้าย หายใจไม่สะดวก ซั้อยา ISDN (5) มาอม แต่ไม่ทุเลา จึงมารักษาที่โรงพยาบาล

**ประวัติเจ็บป่วยในอดีต** ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจขาดเลือด รับประทานยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลพิจิตร ไม่เคยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลพิจิตร ไม่มีประวัติแพ้ยาใดๆ

### การตรวจร่างกาย

Vital sign : มี cardiac arrest HR 30 – 40 / min.

สภาพร่างกายทั่วไป : รูปร่างท้วม สูง 155 ซม.

น้ำหนัก 68 กก. BMI = 28.3 ไบหน้ำรูปร่าง ปกติ

ระดับความรู้สึกตัว ไม่รู้สึกตัว

ผิวหนัง : สีผิวขาวเหลือง เล็บมือเล็บเท้าซีด

ผิวหนังเย็นชื้น

ศีรษะ ใบหน้าและลำคอ : เปลือกตาซีด เล็กน้อย ไม่บวม ไม่มีบาดแผล ริมฝีปากซีดเขียว เล็กน้อย

หัวใจและทรวงอก : หัวใจเต้นจังหวะสม่ำเสมอ 30 - 40 ครั้งต่อนาที ฟังเสียงปอดได้ crepitation both Lung

ท้อง : ไม่แข็งเกร็ง คลำไม่พบตับ ม้ามโต

ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ : กระดูกแขน ขา ลำตัว ปกติไม่บวม

### การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

#### CBC

WBC 15,600 /cu.mm (N : 4.5 – 10.6)

HGB 12.3 g/dl (N : 12.0 – 15.8)

Hct 35.9% (N : 35.2 – 46.4)

Platlets count 397,000 /cu.mm N : 138 – 391)

Neutrophil 82% (N : 50 – 60)

Lymphocyte 14% (N : 25 – 35)

MCV 85 fl (82.2-99.5)

#### Blood chemistry

BUN 13.8 mg/dl (N : 5.0 – 24)

Creatinine 1.0 mg/dl (N : 0.7 – 1.3)

Sodium 136.1 mmol/L (N : 135 – 153)

Potassium 3.89 mmol/L (N : 3.5 – 5.3)

Cl 98 mmol/L (N : 98 – 109)

Co<sub>2</sub> 21.6 mmol/L (N : 24 – 31)

CPK 1,402 U/L (N : 24-190)

Blood sugar 179 mg/dl (N : 75 – 115)

Cholesterol 196 mg/dl (N : 150 – 200)

Troponin – T ครั้งที่ 1 เวลา 11.50 น. Negative

Troponin – T ครั้งที่ 2 เวลา 12.25 น. Positive

1.3 mg/ml

ผล EKG

ก่อนให้ SK พบ ST elevate lead II,III, aVF

หลังให้ SK พบ ST elevate lead III, aVF และ

พบ inverted T in V1 - 3

Chest film No Pulmonary congestion

การวินิจฉัยโรค ST elevate Myocardial Infarction  
(inferior wall)

การรักษา

CPR : on ETT , Adrenaline 1 amp., Valium  
10 mg.

Defibrillation 360 jule, Atropine 1 amp.

Dopamine 1,000 mg. + 0.9%NSS 1,000 ml

drip keep BP  $\geq$  90/60 mmHg.

0.9%NSS 1,000ml  drip 50 ml/hr

ASA gr V 1 tab เคี้ยว stat

Isordril (5) 1 tab SL stat

Streptokinase 1.5 m $\bar{c}$  + 0.9%NSS 100ml

drip in 1 hr

Dobutamine 500 mg. + 0.9%NSS 1,000ml

drip

On Volume's respirator : CMV mode TV

500 ml RR 14 / min FiO<sub>2</sub> 0.4

Cordarone 300 mg + 5% D/W 100 cc.

drip in 1 hr. then 600 mg + 5% D/W 100 cc.

drip in 24 hrs.

การพยาบาล

ผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย จำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบทดแทนทั้งหมดตลอด 24 ชั่วโมงแรก ฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินวินิจฉัยปัญหาการพยาบาล รวมทั้งวางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาล ที่สอดคล้องกับแนวทางการรักษาของแพทย์ แบ่งเป็น 3 ระยะ

1. การพยาบาลระยะวิกฤติ สามารถประเมินปัญหาทางการพยาบาล ดังนี้

ผู้ป่วยรายที่ 1

เจ็บแน่นหน้าอก เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง

- ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติ เนื่องจากได้รับยาละลายลิ่มเลือด

- เสี่ยงต่อภาวะช็อค จากหัวใจบีบตัวไม่มีประสิทธิภาพ

ผู้ป่วยรายที่ 2

- มีภาวะ Cardiac arrest เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง

- มีภาวะ Cardiogenic shock จากหัวใจเต้นผิดปกติ

- มีภาวะเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอจากปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง

โดยมีเป้าหมายการพยาบาล ไม่ให้กล้ามเนื้อหัวใจมีการตายเพิ่มขึ้นและจำกัดขอบเขต การตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ในระยะ 12 ชั่วโมงแรก ได้แก่ ภาวะเลือดออกผิดปกติ ภาวะช็อคจากหัวใจ และภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ ซึ่งเป็นเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ โดยมีการดูแลพยาบาลอย่างใกล้ชิด สามารถตรวจพบอาการ การเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที

2. การพยาบาลระยะกึ่งวิกฤติสามารถประเมินปัญหาทางการพยาบาล ดังนี้

ผู้ป่วยรายที่ 1

- ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง

- แบบแผนการนอนหลับเบี่ยงเบนจากเดิม เนื่องจากความวิตกกังวล

ผู้ป่วยรายที่ 2.

- เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว

- เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อคจากหัวใจเต้นผิดปกติ

- มีอาการเจ็บหน้าอกจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

- เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด

เป้าหมายการพยาบาล เพื่อให้การดูแลต่อเนื่องในการเฝ้าระวังผลที่เกิดขึ้นตามมาจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย และภาวะแทรกซ้อนภายหลังจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด รวมทั้งการช่วยเหลือให้ร่างกายผู้ป่วยกลับฟื้นฟูสภาพการทำงานของหัวใจได้เร็วขึ้น

3. การพยาบาลระยะพักฟื้น

ผู้ป่วยรายที่ 1

- ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยและการนอนรักษาในโรงพยาบาล

- ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ผู้ป่วยรายที่ 2

- มีความวิตกกังวลกับโรคที่เป็น

- ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

เป้าหมายการพยาบาลในระยะนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัว รวมทั้งการลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ โดยเฉพาะ กรณีศึกษาที่ 2 ซึ่งยังมีภาวะของหัวใจเต้นผิดปกติอยู่

อีกทั้งให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการนำโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจไปปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวัน โดยการให้ความรู้ สาธิต และฝึกด้วยตนเองระหว่างนอนโรงพยาบาล ให้ผู้ป่วยและ

ครอบครัวมีส่วนร่วม รวมทั้งติดตามการเยี่ยมบ้าน เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

## วิจารณ์

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST elevation ปัจจุบันยังพบความล่าช้าในการให้การวินิจฉัยและการรักษาอยู่จึงได้มีมาตรการในการกระตุ้นเพื่อให้ขั้นตอนต่างๆที่ห้องฉุกเฉินเร็วขึ้น โดยมีการแบ่งจุดเวลาออกเป็น 4 จุด (Four Ds) ดังนี้<sup>2</sup>

1. Door คือเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล ถ้าผู้ป่วยมาด้วยอาการแน่นหน้าอกควรมีช่องทางพิเศษ เพื่อให้ได้รับการดูแลรักษา

2. Data ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินประวัติ และตรวจร่างกายภายใน 10 นาที และได้รับการตรวจ EKG ภายใน 5 นาที

3. Decision การตัดสินใจเลือกการรักษา อาจเป็นการตัดสินใจของแพทย์ผู้ดูแลเอง หรือปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

4. Drug คือขั้นตอนการให้ thrombolytic agent

โดยปกติถ้าจะให้ผลดีควรให้ยาที่ห้องฉุกเฉิน หรือที่ OPD จะดีกว่าการรอให้รับผู้ป่วยเข้าไปนอนในหอผู้ป่วยก่อน เพราะจะสิ้นเปลืองเวลา

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST elevation จะพบ occlusive thrombus ได้เกือบทุกราย ฉะนั้นการทำให้ thrombus หายไปด้วยวิธีใดก็ตาม จะทำให้เลือดสามารถผ่านไปเลี้ยง myocardium ได้ แต่

ใน non STEMI มักไม่ค่อยพบว่ามี occlusive thrombus และมักจะมีทางผ่านของเลือดไปเลี้ยง myocardium ได้บ้าง ไม่อุดตันสนิท ฉะนั้นการให้ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic drugs) จะไม่ได้ประโยชน์ และอาจทำให้เกิดโทษได้

Thrombolytic treatment มีข้อบ่งชี้ใน Acute STEMI ดังนี้<sup>5</sup>

- ST elevation (มากกว่า 0.1 mv. มากกว่า 2 contiguous leads) Time to therapy น้อยกว่า 12 ชั่วโมง
- อายุน้อยกว่า 75 ปี (อาจได้ประโยชน์บ้างในกรณีอายุมากกว่า 75 ปี Time to therapy 12–24 ชั่วโมง ความดันโลหิตมากกว่า 180/110 มม.ปรอท)

ถึงแม้การรักษาภาวะ Acute STEMI ด้วย thrombolytic agent นั้นจะได้ประโยชน์ โดยสามารถลดอัตราการตายโดยรวมได้ แต่การรักษาด้วยวิธีนี้ก็ยังมีข้อบ่งชี้ข้ออยู่หลายประการ<sup>6</sup>

1. สามารถเปิดเส้นเลือดได้โดยเฉลี่ยประมาณ 50% ซึ่งพบว่าการเปิดเส้นเลือดได้ที่ 90 นาทีนั้นมีความสัมพันธ์กับอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมาก หากภายใน 90 นาทีหลังได้รับ thrombolytic แล้วทำ EKG ซ้ำ ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงของ ST segment และยังไม่ทุเลาอาการเจ็บหน้าอกลง นั่นย่อมแสดงว่าไม่สามารถจะเปิดเส้นเลือดได้ จำเป็นที่จะต้องส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่สามารถขยายหลอดเลือดหัวใจโดยวิธีอื่นแทน

2. การเปิดเส้นเลือดด้วย thrombolytic ยังพบว่ามี Intermittent patency อีก 25% reocclusion 13% และภาวะไม่มี reflow อีก 23%



3. หลังเปิดเส้นเลือดแล้วยังคงเหลือรอยโรคที่อาจจะมีการตีบตันรุนแรงอยู่ ซึ่งทำให้เกิดภาวะ myocardial ischemia อีกในภายหลัง

4. มีภาวะ intracranial hemorrhage โดยเฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ 0.7% โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ

5. ไม่ค่อยได้ผลในภาวะ cardiogenic shock ถึงแม้ thrombolytic agent จะมีข้อบ่งชี้มากมาย มีราคาค่อนข้างแพง และมีข้อจำกัดในการใช้ก็ตาม thrombolytic agent ก็ยังมีความจำเป็นที่จะต้องใช้ในการรักษาในโรงพยาบาลที่ไม่สามารถจะขยายหลอดเลือดหัวใจ / ผ่าตัดทางเบี่ยงเส้นเลือดหัวใจได้ แต่ควรมีการพิจารณาในการใช้อย่างระมัดระวังและมีการดูแลอย่างใกล้ชิดเมื่อมีการใช้ ดังนั้นจึงต้องอาศัยความร่วมมืออย่างมากของทีมสุขภาพในการช่วยกันดูแลรักษาและให้การพยาบาลตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล ผู้ป่วยจึงจะปลอดภัยและพ้นจากภาวะแทรกซ้อน

## สรุป

จากการศึกษาผู้ป่วย 2 รายพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายมาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกเหมือนกัน เมื่อพักหรืออมยาแล้วอาการไม่ดีขึ้นซึ่งเป็นอาการแสดงที่เด่นชัดของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งทั้ง 2 รายได้รับการพยาบาลอย่างรวดเร็วถูกต้องจึงทำให้ผู้ป่วยทั้ง 2 รายปลอดภัยจากภาวะคุกคามชีวิต ซึ่งผู้ป่วยรายที่ 1 สามารถกลับบ้านได้ภายใน 3 วัน โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 นั้นจะแตกต่างจากผู้ป่วยรายที่ 1 เนื่องจากมีภาวะ cardiac arrest และ cardiogenic shock ซึ่งเป็นภาวะที่รุนแรงที่สุดของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และมีอัตราการตายสูง หากไม่ได้รับการรักษาพยาบาลจากทีมพยาบาลที่มีทักษะ หรือความรู้ที่ดีพอในการวินิจฉัยปัญหา ประเมินสถานการณ์ และให้การพยาบาลช่วยเหลือแก้ไขได้อย่างถูกต้อง รวดเร็วผู้ป่วยอาจเสียชีวิตหรือมีภาวะแทรกซ้อนได้ ถึงแม้จะปลอดภัยจากภาวะคุกคามชีวิตในระยะแรก แต่ผู้ป่วยยังมีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติอยู่

แม้จะได้ยาละลายลิ่มเลือดเหมือนกันก็ตาม แต่เนื่องจากผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะ cardiac arrest และ cardiogenic shock มา จึงทำให้การให้ยาละลายลิ่มเลือดไม่ได้ผล คือ ไม่สามารถเปิดเส้นเลือดได้อย่างสมบูรณ์เหมือนกับผู้ป่วยรายที่ 1 ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยรายที่ 2 มีอาการคงที่ หรือดีขึ้นพ้นจากภาวะช็อก แพทย์จึงต้องส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาต่อ เพื่อทำการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ / ผ่าตัดทางเบี่ยงเส้นเลือดหัวใจต่อไป รวมระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล 5 วัน

จะเห็นได้ว่าการให้การพยาบาลผู้ป่วย Acute STEMI ความสำคัญอยู่ที่การวินิจฉัยและให้การพยาบาลอย่างถูกต้อง รวดเร็ว โดยยึดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและกระบวนการพยาบาลเป็นหลัก ส่วนในเรื่องของการใช้ thrombolytic agent ก็มีความจำเป็นที่จะต้องใช้อย่างระมัดระวังและควรมีการดูแลให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดขณะใช้

Acute STEMI ยังต้องคำนึงถึงปัจจัยเสี่ยงที่พบด้วย เนื่องจากพบว่าปัจจัยเสี่ยงมีผลต่อการเกิดการอุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ

การที่ผู้ป่วย Acute STEMI จะได้รับการแก้ไข ปัญหาได้ทันท่วงทีนอกจากจะต้องอาศัยทีมสุขภาพที่พร้อม พยาบาลที่ให้การดูแลยังต้องมีความรู้/ทักษะ โดยเฉพาะการวินิจฉัยและการประเมินสถานการณ์ในการให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ผู้ป่วยจึงจะปลอดภัยและไม่มีภาวะแทรกซ้อนตามมา

## เอกสารอ้างอิง

1. สันต์ ใจยอดศิลป์. การดูแลผู้ป่วยวิกฤติโรคหัวใจ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : บริษัทพิมพ์สวายจำกัด, 2544.
2. สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย. Critical Care in Everyday Practice. กรุงเทพมหานคร : บ.เบียนต์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด;2550.

3. ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. Cardiac Rhythm Theory and Analysis for Nurses. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาล; 2549.

4. สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ. แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. กรุงเทพมหานคร : กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2550.

5. Anderson JL, Karagounis LA, Califf RM. Metaanalysis of five reported studies on the relation of early coronary patency grades with mortality and outcomes after acute myocardial infarction. Am J Cardio 1996;78:1-8.

6. Ito H, Tomooka T, Sakai N. Lack of myocardial perfusion immediately after successful thrombolysis. A predictor of poor recovery of left ventricular function in anterior myocardial infarction. Circulation 1992;85:1699-705.