

การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทีไม่ยกที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะหายใจล้มเหลว:

กรณีศึกษา 3 ราย

Nursing care of non ST-elevation myocardial infarction (NSTEMI) patient with Congestive heart failure and Respiratory failure:

3 Case Studies

Somkid Phoupha, M.N.S.

สมคิด เผ่าผา พย.ม.

Yasothon hospital

โรงพยาบาลยโสธร

Yasothon province

จังหวัดยโสธร

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะหายใจล้มเหลว เป็นภาวะการเจ็บป่วยวิกฤตที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ เกิดภาวะช็อกจากหัวใจและเสียชีวิตได้ง่าย ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลที่เร่งด่วนและครอบคลุม ดังนั้น การประเมิน วิเคราะห์ปัญหา การวางแผนการพยาบาล การพยาบาลที่ถูกต้อง รวมทั้งการประเมินติดตามอย่างใกล้ชิดจะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยได้

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะหายใจล้มเหลว

วิธีศึกษา: เลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจง 3 ราย จากผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะหายใจล้มเหลว ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลยโสธร ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561-31 พฤษภาคม 2562 วิเคราะห์กรณีศึกษา โดยใช้แบบแผนการรับรู้สุขภาพของกอร์ดอน และการดูแลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาลและทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม

ผลการศึกษา: จากการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก (Non ST-elevation myocardial infarction-NSTEMI) ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะหายใจล้มเหลว 3 ราย พบว่า 1) ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทีไม่ยกที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะหายใจล้มเหลวทั้ง 3 ราย ได้รับการรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดมีข้อวินิจฉัยที่เหมือนกัน 7 ข้อ และแตกต่างกัน 4 ข้อ 2) ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหา ได้แก่ มีภาวะพร่องออกซิเจน เจ็บแน่นหน้าอก มีภาวะช็อกจากหัวใจ ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล ปริมาตรเลือดออกจากหัวใจก่อนที่ลดลง มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา Norepinephrine มีภาวะ Hyperglycemia มีภาวะ Hypokalemia ความทนต่อกิจกรรมลดลง มีภาวะติดเชื้อที่ปอด มีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกจากการได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด โดยได้รับการดูแลตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละรายจนอาการดีขึ้นจำหน่ายทุเลา และนัดติดตามผลอีก 1 เดือน

สรุป: ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และภาวะหายใจล้มเหลวมีภาวะวิกฤตต่างๆที่คุกคามต่อชีวิต การเฝ้าระวังและการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในทุกระยะของการดูแลที่รวดเร็วจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการประเมิน เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและวางแผนให้การพยาบาลที่ครอบคลุมตามปัญหาที่เกิดขึ้น

คำสำคัญ: โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก (NSTEMI), ภาวะหัวใจล้มเหลว, ภาวะหายใจล้มเหลว, การพยาบาล

Abstract

Background: Non ST-elevation myocardial infarction with congestive heart failure and respiratory failure is a critical illness that leads to arrhythmia, cardiogenic shock and easily died. Patients need urgent and comprehensive medical care. Therefore, assessment, analyze problem, nursing care plan, correct nursing and close monitoring would cause patient safety.

Objective: To compare the nursing cares of non ST-elevation myocardial infarction patient with Congestive heart failure and Respiratory failure.

Methods: Three non ST-elevation myocardial infarction patients with congestive heart failure and respiratory failure were specific selected in female medical ward, Yasothon Hospital during 1 October 2018 - 31 May 2019. Analyze of case studies, the assessment of health perception uses functional health pattern of Gordon, and patient care by nursing process and Orem's Self Care Deficit Theory.

Result: The finding of three cases of Non ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) with Congestive heart failure and Respiratory failure. 1) All three case of non ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) with Congestive heart failure and Respiratory failure were received anticoagulant, 7 nursing diagnosis were consistent but 4 were different. 2) Nursing practice consistent with the problem of hypoxia, chest pain, cardiogenic shock, patient and family are worry, low cardiac output, risk of complication form norepinephrine, hyperglycemia, hypokalemia, resistant to activity decreases, lung infection, risk of complication form anticoagulant, weaning. Patients were caring based on problems and needs, until improved, discharged and follow up 1 month.

Conclusion: Patients of Non ST-elevation myocardial infarction with Congestive heart failure and Respiratory failure are various crisis to life. The monitoring and solving problems in all stage of care would cause patient safety. Nurses play important role in assessment, monitoring of changes, prevent complication and planning for nursing covered all problems.

Keyword: Non ST-elevation myocardial infarction, Congestive heart failure, Respiratory failure, Nursing.

บทนำ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก (Non ST-elevation myocardial infarction: NSTEMI) เป็นภาวะฉุกเฉินในกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndromes : ACS) พบร้อยละ 20¹¹ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลกและในประเทศไทย จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี พ.ศ. 2559 พบทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตปีละประมาณ 57 ล้านคน โดยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 โดยมีผู้เสียชีวิตประมาณ 9.2 ล้านคน⁶ และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2020 ประเทศกำลังพัฒนาจะมีผู้เสียชีวิตมากถึงร้อยละ 70 ของสาเหตุการเสียชีวิตทุกชนิด¹⁰ ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2560 อัตราการเสียชีวิต 31.8 ต่อประชากรแสนคน เฉลี่ยเสียชีวิตวันละ 57 คน ชั่วโมงละ 2 คน ซึ่งอัตราส่วนการเสียชีวิตเพศหญิงต่อเพศชาย เท่ากับ 1:2.6 ผู้ชายเสียชีวิตเป็น 2 เท่าของผู้หญิง⁶

โรงพยาบาลโสธรมีผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดปี 2559-2561 จำนวน 596, 651 และ 661 รายตามลำดับ ในปี 2561 มีผู้ป่วย STEMI ร้อยละ 4.39 NSTEMI ร้อยละ 53.56 และ Unstable angina ร้อยละ 42.06³ พบผู้ป่วย NSTEMI ที่มีภาวะช็อกจากหัวใจร้อยละ 3.48 มีภาวะหัวใจล้มเหลวร้อยละ 21.48 มีภาวะหายใจล้มเหลว ร้อยละ 6.95 อัตราตาย 3.78³ ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงมีผู้ป่วย NSTEMI ปี 2559-2561 จำนวน 125, 139 และ 117 รายตามลำดับ ในปี 2561 ผู้ป่วย NSTEMI ที่มีภาวะช็อกจากหัวใจร้อยละ 1.69 มีภาวะหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 29.66 มีภาวะหายใจล้มเหลว ร้อยละ

3.02 อัตราตาย 4.24³ จากข้อมูลจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วย NSTEMI ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยคือภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะหายใจล้มเหลวและอาจมีภาวะช็อกจากหัวใจร่วมด้วย หากมีภาวะแทรกซ้อนหลายอย่างร่วมกัน จะเป็นผู้ป่วยกลุ่มที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลเป็นอย่างมาก เนื่องจากอาการจะเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา และทำให้เสียชีวิตได้ง่าย

พยาธิสรีรวิทยา โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก (NSTEMI) เป็นกลุ่มอาการที่คลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่มี ST segment elevation แต่มี ST depression หรือ T wave inversion และพบ cardiac biomarkers positive ซึ่งแสดงถึงกล้ามเนื้อหัวใจตาย และเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด Q-wave⁷ สาเหตุเกิดจากภาวะหลอดเลือดแข็ง (atherosclerosis) ทำให้เกิดการตีบแคบของหลอดเลือดแดงหัวใจทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดนำไปสู่การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจเฉียบพลันตามมา ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความผิดปกติได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง บุหรี่ โรคอ้วนลงพุง เพศชายอายุ 40 ปีขึ้นไป เพศหญิงอายุ 50 ปีขึ้นไป หรือหมดประจำเดือน ผู้ที่ขาดการออกกำลังกายและภาวะเครียดเป็นต้น⁹

อาการและอาการแสดง ส่วนใหญ่มาด้วยเจ็บแน่นหน้าอกเจ็บนานเกิน 20 นาที โดยไม่สัมพันธ์กับการออกกำลังกายหรืออารมณ์^{4,8} ในรายที่มีประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมาก่อนอาจพบอาการเจ็บหน้าอกที่มีความรุนแรง และความถี่มากขึ้นกว่าปกติ และอาจมีอาการอื่นๆ ร่วมด้วย

เช่น อาการเหนื่อย หายใจไม่เต็มปอด นอนราบไม่ได้จากภาวะหัวใจล้มเหลว ใจสั่น หัวใจเต้นผิดปกติจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ในรายที่พื้นที่กล้ามเนื้อหัวใจตายมากกว่าร้อยละ 40 จะมีอาการรุนแรงและพบภาวะช็อกจากหัวใจ (Cardiogenic shock) ร่วมด้วยและร้อยละ 85 มักเสียชีวิต⁷ การรักษาจะให้ยาต้านเกล็ดเลือด 2 ชนิดร่วมกันเช่น ให้ aspirin ร่วมกับ clopidogrel ยาต้านการแข็งตัวของเลือด กลุ่ม low molecular weight heparin เช่น Enoxaparin 3-5 วัน⁷ การให้ยากลุ่มนี้ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยคือ มีภาวะเลือดออกง่าย เกล็ดเลือดต่ำ ต้องมีการตรวจติดตาม เกล็ดเลือด, Hb, PT, PTT, INR, Cr และ GFR ร่วมด้วย

การพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสที่ไม่แยก ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเกิดจากการคั่งของเลือดในหัวใจห้องซ้ายและปอดจนทำให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย หายใจหอบ นอนราบไม่ได้ การแลกเปลี่ยนแก๊สในปอดผิดปกติ เกิดภาวะเนื้อเยื่อป่องออกซิเจน ผลตามมาเกิดภาวะหายใจล้มเหลว นับเป็นภาวะวิกฤติที่ต้องรีบแก้ไขให้การช่วยเหลือเร่งด่วน เป้าหมายในการพยาบาลเพื่อลดตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจก่อนที่อยู่นภาวะปกติ ไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ อาการเจ็บแน่นหน้าอกทุเลาลง ไม่มีภาวะเนื้อเยื่อป่องออกซิเจน⁸ ผู้ป่วยบางรายต้องใส่ท่อช่วยหายใจ และต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ในรายมีภาวะช็อกจากหัวใจ อาจทำให้หัวใจหยุดเต้นและเสียชีวิตได้ ปัญหาเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มี

ภาวะแทรกซ้อน พยาบาลต้องมีการประเมินแบบแผนสุขภาพของผู้ป่วยให้ครอบคลุม นำกระบวนการพยาบาลและทฤษฎีการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลและการดูแลให้เหมาะสมในแต่ละระยะของการเจ็บป่วย ตลอดจนเฝ้าระวังติดตามอาการเปลี่ยนแปลงในระยะวิกฤติอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา จนผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะคุกคามต่อชีวิต รวมทั้งพยาบาลต้องมีความรู้ ความสามารถ ความชำนาญเฉพาะทาง และมีประสบการณ์สูง ในการให้การพยาบาล การอ่านและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การบริหารยาความเสี่ยงสูง รวมทั้งเทคนิคการฉีดยาต้านการแข็งตัวของเลือดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการฉีดยา เป็นต้น

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้สนใจศึกษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสที่ไม่แยก ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และมีภาวะหายใจล้มเหลว ซึ่งมีโอกาสเสียชีวิตสูง แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษา การพยาบาลที่ถูกต้อง ตั้งแต่ระยะวิกฤต ระยะต่อเนื่อง รวมถึงการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่กลับเป็นซ้ำ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

วิธีการศึกษา

เลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจง 3 ราย จากผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสที่ไม่แยก ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะหายใจล้มเหลว โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) เลือกกรณีศึกษา โดยได้กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ เป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสที่ไม่แยกที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะหายใจล้มเหลว อยู่โรงพยาบาลอย่างน้อย 3 วัน

มีโรคประจำตัวคือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรัง ที่นอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลยโสธร ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 31 พฤษภาคม 2562 เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน, การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ร่วมกับการสังเกตและการปฏิบัติการพยาบาล ได้กรณีศึกษาที่น่าสนใจ มีความซับซ้อนของพยาธิสภาพของโรคและการรักษาพยาบาล จำนวน 3 ราย 2) ดำเนินการศึกษาค้นคว้า ตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 3) ดำเนินการวิเคราะห์กรณีศึกษา โดยประเมินแบบแผนการรับรู้สุขภาพของกอร์ดอน และการดูแลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาล และทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม

เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วย 3) แบบบันทึกแบบแผนสุขภาพ 4) แบบบันทึกวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการศึกษา ประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1 หญิงไทยหม้าย อายุ 76 ปี มาด้วย 2 ชั่วโมงก่อนมา หลังตื่นนอน เหงื่อเย็น หน้าอก หายใจหอบ นอนราบไม่ได้ ญาตินำส่ง รพช. EKG พบ ST depress V3-V6 SpO₂ 61% หอบเหนื่อยมาก On ET-Tube จึง refer มาการตรวจร่างกาย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจตามเครื่องช่วยหายใจได้ดี เสียงการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ไม่ได้ยินเสียง murmur ปอดมี crepitation sound ทั้งสองข้าง มีบวมที่หลังเท้า

กดปุ่ม Troponin-T positive 114 และ 464 ขณะรักษา ผู้ป่วยเจ็บแน่นหน้าอก มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้ Nitroglycerine (1:5) iv drip ได้ยาต้านเกล็ดเลือด, Enoxaparin 0.6 ml. od x3 วัน มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะปอดอักเสบติดเชื้อและภาวะหายใจล้มเหลว รวมใส่เครื่องช่วยหายใจ 84 ชั่วโมง ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ อาการเจ็บแน่นหน้าอกทุเลาลง หัวใจเต้นปกติ อาการทั่วไปดีขึ้น รวมอยู่ในโรงพยาบาล 4 วัน

กรณีศึกษาที่ 2 หญิงไทยคู่ อายุ 68 ปี มาด้วย 1 ชั่วโมงก่อนมาหลังตื่นนอนลุกขึ้นเจ็บแน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่มญาตินำส่งโรงพยาบาล .EKG พบ ST elevation I, AVL, ST depress II III AVF SpO₂ 72% On ET-Tube ที่ ER การตรวจร่างกาย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจหอบ ตัวเย็น หายใจตามเครื่องช่วยหายใจ เสียงการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ไม่ได้ยินเสียง murmur ปอดมี crepitation sound ทั้งสองข้างไม่บวม Troponin-T positive 23,856,500 ผู้ป่วยเจ็บแน่นหน้าอก BP 186/83 mmHg ให้ Nitroglycerine iv drip ต่อมา มีภาวะช็อกจากหัวใจ BP 65/48 mmHg ให้ Norepinephrine iv drip ได้ยาต้านเกล็ดเลือด Enoxaparin 0.6ml od x3 วัน มีภาวะติดเชื้อในปอด ภาวะ Hyperglycemia, Hypokalemia, แก้ไขภาวะช็อกได้ใน 13 ชั่วโมง ใช้เครื่องช่วยหายใจนาน 48 ชั่วโมง อาการดีขึ้นจำหน่ายทุเลารวมอยู่ในโรงพยาบาล 5 วัน

กรณีศึกษาที่ 3 หญิงไทยคู่ อายุ 52 ปี มาด้วย 30 นาที ก่อนมา หลังรับประทานอาหารเหนื่อยมาก หายใจหอบ หายใจไม่อิ่ม ญาตินำส่ง รพช. มี Dyspnea SpO₂ 68% On ET-Tube EKG พบ ST depress II, III, AVF จึง refer มา

การตรวจร่างกาย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ยังเหนื่อย หายใจตามเครื่องช่วยหายใจได้ดี เสียงการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ไม่ได้ยินเสียง murmur ปอดมี crepitation sound ทั้งสองข้าง ไม่บวม Troponin-T positive 273, 333 ให้ enoxaparin 0.6ml od x3 วัน ขณะรักษา มีภาวะ

Hyperglycemia มีภาวะติดเชื้อในปอด ใช้เครื่องช่วยหายใจนาน 15 ชั่วโมง อาการเหนื่อย หอบทุเลาลง อาการทั่วไปดีขึ้น จำหน่ายทุเลารวมอยู่ในโรงพยาบาล 4 วัน

1. การเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และภาวะหายใจล้มเหลว ในประเด็นที่ศึกษา ดังตารางที่ 1-3

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	กรณีศึกษาที่ 3
เพศ	หญิง	หญิง	หญิง
อายุ	76 ปี	68 ปี	52 ปี
วันรับการรักษา	วันที่ 21 -25 ต.ค.2561	วันที่ 25-30 พ.ย.2561	วันที่ 26-30 พ.ค.2562
ระยะเวลาอน รพ.	4 วัน	5 วัน	4 วัน

ตารางที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	กรณีศึกษาที่ 3
อาการสำคัญ	หลังตื่นนอน เหนื่อย แน่น หน้าอก หายใจหอบ นอนราบไม่ได้ เป็นก่อนมา 2 ชั่วโมง	หลังตื่นนอนลุกขึ้น เจ็บแน่น หน้าอก หายใจไม่อิ่ม หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ เหงื่อออกตัวเย็น เป็นก่อนมา 1 ชั่วโมง	หลังรับประทานอาหาร เหนื่อยมาก หายใจหอบ หายใจไม่อิ่ม นอนราบไม่ได้ เหงื่อออกตัวเย็น เป็นก่อนมา 30 นาที
อาการเจ็บป่วย ปัจจุบัน	3 เดือนก่อน เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตรวจ Echocardiogram ผล EF 30% 2 ชั่วโมงก่อนมา หลังตื่นนอน เหนื่อยหายใจหอบ แน่น หน้าอก นอนราบไม่ได้ ญาตินำส่ง รพช.ผู้ป่วยหอบเหนื่อยมาก เหงื่อออกตัวเย็น SpO ₂ 61% On ET tube refer มา	1 ปีก่อนเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ได้ทำ PCI ใส่ขดลวดไว้ 1 ชั่วโมงก่อนมา หลังตื่นนอนลุกขึ้น เจ็บแน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม ญาตินำส่ง ถึง ER .ผู้ป่วยหอบเหนื่อยมาก แน่นหน้าอก เหงื่อออกตัวเย็น SpO ₂ 72% On ET tube	30 นาทีก่อนมา หลังรับประทานอาหาร เหนื่อยมาก หายใจหอบ หายใจไม่อิ่ม ญาตินำส่ง รพช.มี Dyspnea SpO ₂ 68% On ET tube refer มา
ประวัติแพ้ยาและสารเสพติด	ปฏิเสธ แพ้ยา ไม่มีประวัติสูบบุหรี่ ไม่มีประวัติดื่มสุรา	ปฏิเสธ แพ้ยา มีประวัติใช้ยาต้มสมุนไพร ไม่มีประวัติสูบบุหรี่,ดื่มสุรา	ปฏิเสธ แพ้ยา ไม่มีประวัติสูบบุหรี่ ไม่มีประวัติดื่มสุรา
EKG	ST depress V3-V6	ST elevation I, AVL , ST depress II III AVF	ST depress II,III , AVF

1. การเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะหายใจล้มเหลว ในประเด็นที่ศึกษา ดังตารางที่ 1-3

ตารางที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วย (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	กรณีศึกษาที่ 3
CXR	Bilateral infiltration , cardiomegaly	pulmonary congestion ,bilateral infiltration	pulmonary congestion ,bilateral infiltration
การรักษา	Enoxaparin 0.6 ml sc od x3 day	Enoxaparin 0.6 ml sc od x3 day	Enoxaparin 0.6 ml sc od x3 day
การวินิจฉัย	NSTEMI with Congestive heart failure with Respiratory failure	NSTEMI with Congestive heart failure with Respiratory failure	NSTEMI with Congestive heart failure with Respiratory failure
สัญญาณชีพแรก รับ	T 36.1 C PR 84 bpm RR 22 bpm BP 163/81 mmHg	T 35 C PR 88 bpm RR 22 bpm BP 186/83 mmHg	T 36.9 C PR 116 bpm RR 20 bpm BP 129/85 mmHg

ตารางที่ 3 ตารางเปรียบเทียบแบบแผนการรับรู้ทางสุขภาพของกอร์ดอน

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	กรณีศึกษาที่ 3
1. การรับรู้และการดูแล สุขภาพ	DM ,HT, Hyperthyroid และ DLP มา 5 ปี และ CKD stage 4 มา 2 ปี, IHD 3 เดือน EF30%	HT, DLP, Rheumatiod มา 5 ปี ,DM ,CKD stage 3 มา 3 ปี, IHD1 ปี ได้สวนหลอดเลือดหัวใจ ใส่ขดลวดไว้	DM ,HT, CKD stage 3 มา 4 ปี
2. อาหาร	ชอบอาหารหวาน มัน เค็ม คุมอาหารไม่ค่อยได้ BMI 17.18 kg/m ²	ชอบอาหารหวาน มัน คุม อาหารไม่ค่อยได้ BMI 18.75 kg/m ²	ชอบอาหารหวาน เค็ม คุม อาหารไม่ค่อยได้ BMI 19.35 kg/m ²
3. การขยับถ่าย	ขยับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ ปกติ	ขยับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ ปกติ	ขยับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ ปกติ
4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย	ไม่ได้ออกกำลังกาย	ไม่ได้ออกกำลังกาย	ไม่ได้ออกกำลังกาย
5. การนอนหลับพักผ่อน	ไม่มีปัญหาการนอนหลับ	ไม่มีปัญหาการนอนหลับ	ไม่มีปัญหาการนอนหลับ
6. สติปัญญาและการรับรู้	มีการรับรู้ที่ดี เข้าใจในการ สื่อสาร	มีการรับรู้ที่ดี เข้าใจในการ สื่อสาร	มีการรับรู้ที่ดี เข้าใจในการ สื่อสาร
7. การรับรู้ตนเองและ อัตมโนทัศน์	สีหน้ากังวล	สีหน้ากังวล	สีหน้ากังวล

ตารางที่ 3 ตารางเปรียบเทียบแบบแผนการรับรู้ทางสุขภาพของกอร์ดอน (ต่อ)

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	กรณีศึกษาที่ 3
8.บทบาทและสัมพันธภาพ	เป็นหัวหน้าครอบครัวมีสมาชิก 5 คน บุตรสาวเป็นผู้ดูแล	เป็นผู้อาศัย ครอบครัวมีสมาชิก 6 คน บุตรสาวเป็นผู้ดูแล	เป็นผู้อาศัย ครอบครัวมีสมาชิก 4 คน สามีเป็นผู้ดูแล
9.เพศและการเจริญพันธุ์	ไม่มีปัญหา	ไม่มีปัญหา	ไม่มีปัญหา
10.การปรับตัวและเผชิญความเครียด	ผู้ป่วยมีความเครียดปรับตัวโดยพูดคุยกับบุตรสาว	ผู้ป่วยมีความเครียดปรับตัวโดยพูดคุย/ระบายกับสามี	ผู้ป่วยมีความเครียดปรับตัวโดยพูดคุย/ระบายกับสามี ทำงานบ้าน
11.ความเชื่อและค่านิยม	มีความเชื่อวิถีพุทธ	มีความเชื่อวิถีพุทธ	มีความเชื่อวิถีพุทธ

2.การวิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษาตามรายประเด็นศึกษา

ตารางที่ 4 วิเคราะห์เปรียบเทียบ : ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทีไม่ยก

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	กรณีศึกษาที่ 3	การวิเคราะห์
หญิงไทยหม้าย อายุ 76 ปี เป็นโรคเบาหวานมานาน 10 ปี ปัจจุบันต้องใช้อินซูลินและมีความดันโลหิตสูง hyperthyroid และ ไชมันในเลือดสูงมา 5 ปี และ ไตวายเรื้อรัง stage 4 มา 2 ปี -ประวัติเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมา 3 เดือน ชอบอาหารหวาน มัน เค็ม คม อาหารไม่ค่อยได้ ไม่ได้ออกกำลังกาย	หญิงไทยคู่อายุ 68 ปี เป็นความดันโลหิตสูง โรครูมาตอยด์ และไขมันในเลือดสูง มา 5 ปี เป็นโรคเบาหวาน และ ไตวายเรื้อรัง stage3 มา 3 ปี เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมา 1ปี หลังทำ PCI แล้ว มีประวัติใช้ยาต้มสมุนไพร -ชอบอาหารหวาน มัน คม อาหารไม่ค่อยได้ -ไม่ได้ออกกำลังกาย	หญิงไทยคู่อายุ 52 ปี เป็นโรคเบาหวานมานาน 4 ปี ปัจจุบันต้องใช้อินซูลิน NPH 20-0-10 และมีโรคร่วมความดันโลหิตสูง และ ไตวายเรื้อรัง stage 4 มา 4 ปี -ชอบอาหารหวาน เค็ม คม อาหารไม่ค่อยได้ -ไม่ได้ออกกำลังกาย	ผู้ป่วยทั้ง 3 ราย มีโรคประจำตัวคือโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และมีภาวะไตวายเรื้อรัง คม อาหารไม่ได้ ไม่ได้ออกกำลังกายเหมือนกัน ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ มากกว่าคนปกติ 2-4 เท่า โดยพบอัตราการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำใหม่ได้เร็วกว่าและมีอัตราตายที่สูงกว่าผู้ที่ไม่เป็นเบาหวาน ¹ และเมื่อมีภาวะไตวายเรื้อรังร่วมด้วย ร่างกายขับน้ำออกไม่ได้มีน้ำคั่งในปอดส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว และหายใจล้มเหลวตามมาได้ ผู้ป่วยรายที่ 1 และ 2 มีประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมาก่อน แต่ผู้ป่วยยังปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง การปรับพฤติกรรมในเรื่องอาหาร การออกกำลังกายยังทำไม่ได้ ทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันซ้ำ -สรุป:ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องปรับพฤติกรรมเรื่อง อาหาร การออกกำลังกาย ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์

ตารางที่ 5 วิเคราะห์เปรียบเทียบ : พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	กรณีศึกษาที่ 3	การวิเคราะห์
2 ชั่วโมง หลังตื่นนอน เห็นอ้อยแน่น หน้าอก หายใจ หอบ นอนราบไม่ได้ ไม่มีอาการปวดร้าวไปที่ใด ไม่มีเหงื่อออกตัวเย็น pain score 7 EKG พบ ST depress V3-V6 SpO ₂ 61% หอบเหนื่อยมาก On ET-Tube ผล lab Troponin-T Positive 114 เสี่ยงปอดมี crepitation ทั้งสองข้าง มีบวมที่หลังเท้ากดบวม+1	1 ชั่วโมง หลังตื่นนอน ลูกขึ้น เจ็บแน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม นอนราบไม่ได้ ไม่มีอาการปวดร้าวไปที่ใด มีเหงื่อออกตัวเย็น หายใจลำบาก pain score 8 ตรวจ EKG พบ ST elevation I,AVL,ST depress II,III,AVL, SpO ₂ 65% On ET-Tube Troponin-T positive 23,856, 500 เสี่ยงปอดมี crepitation ทั้งสองข้าง ไม่บวม	30 นาที หลังรับประทาน อาหาร เหนื่อยมาก หายใจไม่อิ่ม นอนราบไม่ได้ เหงื่อออกตัวเย็น มี Dyspnea SpO ₂ 68% On ET-Tube EKG พบ ST depress II, III, AVF เสี่ยงปอดมี crepitation ทั้งสองข้าง ผล Lab พบ Troponin-T positive 273, 333 ไม่บวม ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก	- อาการและอาการแสดง พบว่า อาการเจ็บแน่นหน้าอกพบในรายที่ 1 และ 2 ส่วนรายที่ 3 ไม่เจ็บหน้าอก และทั้งสามรายไม่มีอาการปวดร้าวไปที่ใดเลย จะเห็นได้ว่าอาการเจ็บหน้าอกของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในผู้ที่ เป็นเบาหวาน มักไม่ชัดเจนหรือ ไม่มี เนื่องจากมักมีปัญหาลายประสาทรับความรู้ สึกเสื่อมสภาพร่วมด้วย ทำให้วินิจฉัยโรคได้ยากกว่าปกติ อาการอื่นที่ทำให้สงสัยว่าอาจเป็นโรคหัวใจ ได้แก่ อาการเหนื่อยง่ายกว่าปกติ อาการแน่นอึดอัดบริเวณกลางหน้าอกข้างซ้าย หรือลิ้นปี่ คล้ายอาการจุกเสียดอาหารไม่ย่อย หน้ามืด วิงเวียน เหงื่อออกตัวเย็น ใจสั่น จะเป็นลม หรือหมดสติ ซึ่งอาการอาจมีหลายอย่างเกิดขึ้นเวลาใดก็ได้ อาจมีภายหลังจากรับประทาน ตื่นนอนตอนเช้า อากาศเย็น หลังออกกำลังกาย ขณะเบ่งถ่ายอุจจาระ ¹² -ทั้ง 3 รายมีอาการและอาการแสดงต่างกัน แต่ผล EKG มีความผิดปกติชัดเจนและ Troponin-T positive อาการบวมอาจพบหรือไม่ก็ได้ มีอาการหอบเหนื่อย หายใจไม่อิ่ม นอนราบไม่ได้ เนื่องจากมีน้ำคั่งในปอดทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนคือภาวะหัวใจล้มเหลวและหายใจล้มเหลวตามมา สรุป: การซักประวัติอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน และมีโรคร่วมอื่นๆพยาบาลต้องมีความละเอียด รอบรู้ในโรคนี้ๆจะทำให้ได้ประวัติที่ชัดเจนและแก้ไขภาวะวิกฤติฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นได้ทันทั่วทั้ง

ตารางที่ 6 วิเคราะห์เปรียบเทียบ : การรักษา

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	กรณีศึกษาที่ 3	การวิเคราะห์
-ได้ใช้เครื่องช่วยหายใจ -ได้ยาขยายหลอดเลือดทางน้ำเกลือ -ได้ยาต้านการแข็งตัว	-ได้ใช้เครื่องช่วยหายใจ -ได้ยาขยายหลอดเลือดทางน้ำเกลือ -ได้ยาต้านการแข็งตัว	-ได้ใช้เครื่องช่วยหายใจ -ได้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด -ได้ยาต้านเกล็ด	ผู้ป่วยทั้ง 3 รายได้รับการรักษา คล้ายคลึงกัน เบื้องต้นได้ ยาต้านเกล็ดเลือด และยาต้านการแข็งตัวของเลือด เนื่องจากผู้ป่วยทั้งสองมีภาวะไตวาย เรื้อรัง ต้องระวังเรื่องเลือดออกง่าย

ตารางที่ 6 วิเคราะห์เปรียบเทียบ : การรักษา

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	กรณีศึกษาที่ 3	การวิเคราะห์
ของเลือด -ได้ยาด้านเกล็ดเลือด -ได้ยาขับปัสสาวะ -ได้ยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด -ได้ยาด้านจุลชีพเพื่อรักษาภาวะปอดอักเสบ -ได้ยาขยายหลอดเลือด -ได้ยาลดไขมัน -ได้ยาลดความดัน -ได้ยาคลายเครียด -ได้ยาลดความเป็นกรดของเลือด -ได้ยารักษาภาวะไทรอยด์	ของเลือด -ได้ยาด้านเกล็ดเลือด -ได้ยาขับปัสสาวะ -ได้ยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด -ได้ยาด้านจุลชีพเพื่อรักษาปอดอักเสบ -ได้ยาเพิ่มความดัน -ได้ยาลดไขมัน -ได้ยาลดความดัน -ได้ยาลดกรดในกระเพาะอาหาร -ได้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ฮอร์โมน -ได้ยารักษาการอักเสบของรูมาตอยด์ -ได้ยาระบาย	เลือด -ได้ยาขับปัสสาวะ -ได้ยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด -ได้ยาด้านจุลชีพเพื่อรักษาปอดอักเสบ -ได้ยาลดไขมัน -ได้ยาลดกรดในกระเพาะอาหาร -ได้ยาลดความเป็นกรดของเลือด -ได้ยาขยายหลอดเลือด -ได้ยาระบาย	รายที่ 1 มีรอยจำเลือดตำแหน่งฉีดยาขนาด 1 เซนติเมตรในเข็มที่ 2 รายที่ 2 มีรอยจำเลือดขนาด 0.4 เซนติเมตร ในเข็มที่ 3 ส่วนรายที่ 3 ไม่พบจุดเลือดออกได้ยาขับปัสสาวะ ยารักษากระดับน้ำตาลในเลือด ยาลดไขมันในเลือด ยาลดความดันโลหิต ยาลดกรดในกระเพาะอาหาร ยาลดความเป็นกรดของเลือด ยาคลายเครียด ยาระบาย ทุกรายมีภาวะติดเชื้อที่ปอด ต้องให้ยาด้านจุลชีพ -ผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะช็อกจากหัวใจ ต้องให้ยาเพิ่มความดันโลหิต และมีประวัติโรครูมาตอยด์ ใช้สมุนไพร จึงได้ให้ยาได้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ฮอร์โมน -สรุป การรักษาในผู้ป่วยทั้ง 3 รายไม่แตกต่างกัน แต่จะมีการรักษาเพิ่มในกรณีผู้ป่วยมีโรคประจำตัวที่แตกต่างกันในแต่ละราย

ตารางที่ 7 วิเคราะห์เปรียบเทียบ : ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	กรณีศึกษาที่ 3	การวิเคราะห์
1. ภาวะวิกฤติ 1) มีภาวะพร่องออกซิเจน 2) เจ็บแน่นหน้าอก 3) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล 4) มีภาวะ Hyperglycemia	1. ภาวะวิกฤติ 1) มีภาวะพร่องออกซิเจน 2) เจ็บแน่นหน้าอก 3) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล 4) มีภาวะ Hyperglycemia	1. ภาวะวิกฤติ 1) มีภาวะพร่องออกซิเจน 2) ปริมาตรเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลง 3) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล 4) มีภาวะ Hyperglycemia	ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาลไม่แตกต่างกันประเด็นสำคัญในการดูแลคือการลดการตายเพิ่มของกล้ามเนื้อหัวใจโดยให้มีเลือดมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ กลับคืนสู่ภาวะปกติ การแก้ไขภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะหายใจล้มเหลว การดูแลโดยการทดแทนทั้งหมด
2. ระยะต่อเนื่อง 1) ความทนต่อกิจกรรมลดลง 2) มีภาวะติดเชื้อที่ปอด	2. ระยะต่อเนื่อง 1) มีภาวะช็อกจากหัวใจ 2) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา	2. ระยะต่อเนื่อง 1) ความทนต่อกิจกรรมลดลง 2) มีโอกาสเกิดภาวะ	-ผู้ป่วยทั้ง 3 รายพบปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลไม่แตกต่างกัน แต่ข้อมูลสนับสนุนในแต่ละปัญหามีความแตกต่าง

ตารางที่ 7 วิเคราะห์เปรียบเทียบ : ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	กรณีศึกษาที่ 3	การวิเคราะห์
3) มีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกจากการได้รับยาต้านการการแข็งตัวของเลือด 4) ฝึกหยาเครื่อง ช่วยหายใจ	Norepinephrine 3) มีภาวะHypokalemia 4) มีภาวะติดเชื้อที่ปอด 5) ความทนต่อกิจกรรมลดลง 6) มีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกจากการได้รับยาต้านการการแข็งตัวของเลือด 7) ฝึกหยาเครื่องช่วยหายใจ	เลือดออกจากการได้รับยาต้านการการแข็งตัวของเลือด 3) มีภาวะปอดติดเชื้อ 4) ฝึกหยาเครื่องช่วยหายใจ	กัน ระยะเวลาต่อเนื่อง เป็นการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลรักษา และปัญหาจากความพร้อมในการดูแลตนเองบทบาทของพยาบาลให้การดูแลโดยการทดแทนให้ทั้งหมดเมื่อผ่านระยะซ็อก ถอดท่อช่วยหายใจแล้ว ใช้การทดแทนบางส่วนและระบบสนับสนุนให้ความรู้ด้วยการสอนที่เน้นแนวทาง รวมทั้งการป้องกันการเป็นซ้ำ ซึ่งเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ทุกปัญหาของผู้ป่วยทั้ง 3 รายได้รับการแก้ไขจนอาการดีขึ้น

ตารางที่ 8 วิเคราะห์เปรียบเทียบ : การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	กรณีศึกษาที่ 3	วิเคราะห์
ระยะจำหน่าย 1) พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน	ระยะจำหน่าย 1)พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน	ระยะจำหน่าย 1)พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน	ผู้ป่วย ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย ตามรูปแบบ D-METHOD โดยได้ทำ Nursing round ร่วมกับทีมสหสาขาและประเมินความรู้ได้คะแนน 10/10 ทั้ง 3 ราย

อภิปรายผล

จากการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะหายใจล้มเหลว กรณีศึกษาทั้ง 3 ราย โดยมีการประเมินแบบแผนการรับรู้ทางสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน ทำให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและนำมาวางแผนจำหน่ายได้ครอบคลุมเพื่อป้องกันและลดการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งกรณีศึกษาทั้ง 3 ราย ยังไม่สามารถควบคุมอาหาร การออก

กำลังกาย การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ได้ กรณีศึกษาที่ 1 และ 2 มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นซ้ำครั้งที่ 2 แม้รายที่ 2 จะเคยสวนหลอดเลือดหัวใจและใส่ขดลวดไว้ ส่วนกรณีศึกษาที่ 3 เพิ่งเป็นครั้งแรก และทั้ง 3 รายมีภาวะแทรกซ้อนทั้งภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะหายใจล้มเหลวร่วมกันเป็นครั้งแรกจนต้องใส่ท่อช่วยหายใจ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มการเกิด

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นซ้ำได้บ่อยและความรุนแรงของโรคจะเพิ่มขึ้น ดังนั้นการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องมีความสำคัญอย่างยิ่ง นอกจากนี้ในการพยาบาลได้นำกระบวนการพยาบาลและทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ในแต่ละระยะของการเจ็บป่วยตั้งแต่ระยะวิกฤต ระยะต่อเนื่อง ระยะจำหน่าย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองของความต้องการได้เหมาะสม ปัญหาต่างๆได้รับการแก้ไขจนอาการดีขึ้น

สรุปประเด็นที่ได้จากการศึกษา จากการให้การพยาบาล การวิเคราะห์กรณีศึกษาและการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปการพยาบาลที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทีไม่ยกที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะหายใจล้มเหลวได้ดังนี้

1. การประเมินสัญญาณชีพ ทุก 30 นาที - 1 ชั่วโมง ในระยะวิกฤต เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของอาการ และอาการแสดงของ cardiac shock เช่น หน้าซีด เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย สับสน ความรู้สึกตัวลดลง ชีพจรเบา ความดันโลหิตต่ำ ต้องเตรียมรถ emergency และ defibrillation ให้พร้อมใช้งาน^๑
2. การให้ออกซิเจนเมื่อผู้ป่วยมีภาวะ hypoxemia ($SpO_2 < 90\%$ or $PaO_2 < 60$ mmHg) เพราะถ้าหากร่างกายมีภาวะ hyperoxia จะทำให้เกิด vasospasm และ myocardium injury มากขึ้น ดังนั้นไม่แนะนำให้ routine oxygen ในผู้ป่วยที่มีค่า $SpO_2 > 90\%$
3. การลดปริมาณการให้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจโดยการให้ Absolute bed rest

ในช่วง 24 -48 ชั่วโมงแรกหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย จัดให้นอนในท่าสุขสบาย ให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย ลดภาวะเครียด ให้ผู้ป่วยได้พัก^๑

4. การประเมินอาการเจ็บหน้าอก โดยความรุนแรงและระยะเวลาการเจ็บแสดงถึงการขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจที่เพิ่มขึ้น^๑ โดยการให้ยาขยายหลอดเลือด nitroglycerine, morphine, ยาต้านเกล็ดเลือด, ยาต้านการแข็งตัวของเลือด พร้อมทั้งเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการได้รับยา

5. ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจตลอดเวลา (continuous ECG monitoring) จนกว่าอาการจะคงตัว

6. การติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, PT, PTT, INR, Cardiac enzyme

7. ดูแลให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ได้แก่ enoxaparin ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง เฝ้าระวังภาวะเลือดออก ติดตามค่า PT, PTT, INR ห้ามฉีดซ้ำตำแหน่งเดิม และต้องมีการฝึกฉีดยาให้ถูกต้องตามเทคนิค

8. การประเมินสารน้ำเข้าออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะน้ำเกินและการทำงานของไต

9. การให้ข้อมูลเรื่องโรค แผนการดูแลรักษา การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อลดความวิตกกังวลและการให้ความร่วมมือ เป็นการเตรียมพร้อมเพื่อการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. **ผู้ปฏิบัติการพยาบาล** ควรมีการทบทวนความรู้ในเรื่องโรค ทักษะในการประเมิน การให้การพยาบาล การปฏิบัติตามแนวทางการรักษา การบริหารยาความเสี่ยงสูง เทคนิคในการฉีดยาต้านการแข็งตัวของเลือดเข้าใต้ผิวหนังเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการฉีดยา เพื่อให้การพยาบาลมีคุณภาพและผู้ป่วยปลอดภัย

2. **ระบบบริการ** การพัฒนาแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่น เอสทีไม่ยก (NSTEMI) ให้ชัดเจนและเป็นแนวทางเดียวกันทั้งโรงพยาบาลเพื่อลดการกลับเป็นซ้ำ ลดอาการรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลยโสธร. คู่มือแนวทางปฏิบัติในการฉีดยาต้านการแข็งตัวของเลือดเข้าชั้นใต้ผิวหนัง. ยโสธร; 2562.
2. เกรียงไกร เฮงรัศมี. มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. นนทบุรี: สถาบันโรคทรวงอก; 2555.
3. ข้อมูลงานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลยโสธร. จำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลยโสธร. ยโสธร; 2561.
4. ผ่องพรรณ อรุณแสง. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. พิมพ์ครั้งที่ 10. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2556.
5. โรงพยาบาลยโสธร. คู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จังหวัดยโสธร. ยโสธร; 2560.
6. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดี; 2561.
7. สุรพันธ์ สิทธิสุข. แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุงปี 2557. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์; 2557.
8. อภิสัทย์ ตามสัตย์. เอกสารประกอบการสอน การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี. วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ: โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ; 2558.
9. Hengrasmee K. Coronary artery disease. J Depart Med Serv; 2015.
10. Sukontason A. Coronary artery disease: The new frontiers. Chaingmai: Trick Think; 2010.
11. Tungsubutra W, Tresukosol D, Buddhari W, Boonsom W, Sanguanwang S, Srichaiveth B. Acute coronary syndrome in young adults: The Thai ACS registry. J Med Assoc Thai; 2009.

