

# การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียกพร้อมกับภาวะหัวใจล้มเหลว : กรณีศึกษา Nursing care for patients with acute myocardial infarction with ST-elevation and heart failure. : A case study

(Received: September 21,2024 ; Revised: September 25,2024 ; Accepted: September 26,2024)

อภิญญา กิตติคุณ<sup>1</sup>  
Apinya Kittikun<sup>1</sup>

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการดำเนินโรค การรักษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียกพร้อมกับภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 2 ราย โดยศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียกพร้อมกับภาวะหัวใจล้มเหลว ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนเมษายน 2566 - เดือนตุลาคม 2566

ผลการศึกษา : พบว่าผู้ป่วยรายที่ 1 ชายไทยอายุ 66 ปี อาชีพเกษตรกร ไม่มีโรคประจำตัว สูบบุหรี่ 10 – 15 มวนต่อวัน มาโรงพยาบาลด้วยเจ็บหน้าอกซ้าย ร้าวไปกราม เจ็บทะลุหลัง Pain score 10/10 คะแนน แพทย์วินิจฉัยเป็น STEMI Anterior wall ผู้ป่วยรายที่ 2 ชายไทยอายุ 48 ปี อาชีพทำประมง ไม่มีโรคประจำตัว เจ็บหน้าอก เหงื่อแตกตัวเย็น Pain score 10/10 คะแนน แพทย์วินิจฉัยเป็น STEMI Inferior wall ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับการฉีดสลายหัวใจ ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับยาละลายลิ่มเลือด และได้รับการฉีดสลายหัวใจ เปรียบเทียบทั้ง 2 ราย มีความแตกต่างกันด้านอายุ และมีปัจจัยเสี่ยงที่เหมือนกัน คือ สูบบุหรี่ ผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะ Cardiogenic Shock และมีภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมด้วย ทำให้ได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต การใช้เครื่องพยุงการทำงานของหัวใจ และยาขับปัสสาวะทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะหัวใจหยุดเต้น ต้องได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ และใส่ท่อช่วยหายใจ การประเมิน ฝักระวังอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ให้การพยาบาลอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ในภาวะฉุกเฉินต่อชีวิต ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิต ปลอดภัย และลดภาวะแทรกซ้อนได้

**คำสำคัญ :** กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลว

## Abstract

This case study aimed to study and compare the disease progression, treatment and nursing care of 2 patients with acute ST-elevated myocardial infarction with heart failure. The study was conducted specifically in patients with acute ST-elevated myocardial infarction with heart failure. The study was conducted between April 2023 and October 2023.

Results: Patient 1, a 66-year-old Thai male, farmer, no underlying disease, smoked 10-15 cigarettes per day, came to the hospital with left chest pain, radiating to the jaw, and pain penetrating the back. Pain score 10/10 points. The doctor diagnosed STEMI Anterior wall. Patient 2, a 48-year-old Thai male, fisherman, no underlying disease, chest pain, cold sweats, Pain score 10/10 points. The doctor diagnosed STEMI Inferior wall. Patient 1 received coronary angioplasty. Patient 2 received blood thinning medication and coronary angioplasty. The two patients were different in age and had the same risk factors: smoking. Patient 1 had cardiogenic shock and concomitant heart failure, so he received blood pressure stimulants, cardiac support devices, and intravenous diuretics. Patient 2 had cardiac arrest and required resuscitation and intubation. Assessment and close monitoring of the patient's symptoms provided prompt and correct nursing care in life-threatening situations. Give patients a chance to survive, be safe and reduce complications.

**Keywords:** Acute myocardial ischemia with heart failure

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลตรัง

## บทนำ

สถานการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรโลก ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกระบุว่าเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 สำหรับประเทศไทยในปี 2565 กระทรวงสาธารณสุขระบุว่า คนไทยเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมากถึง 7หมื่นราย<sup>1</sup> และมีแนวโน้มสูงมากขึ้นทุกปี สาเหตุจากการอุดตันหรือตีบแคบของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ จากการสะสมของไขมัน โปรตีน หลอดเลือดมีการหนาตัวและอักเสบที่ผนังด้านใน ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน บางรายอาจมีภาวะแทรกซ้อน หัวใจล้มเหลว หัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน ซึ่งถือเป็นภาวะวิกฤติที่คุกคามต่อชีวิต เป้าหมายในการรักษา คือ การเปิดหลอดเลือดที่อุดตันให้เร็วที่สุด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิต<sup>2</sup>

งานห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลตรัง พบผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียก ที่ต้องได้รับการดูแลแบบเร่งด่วน ในปี พ.ศ 2563 – 2566 จำนวน 211,169,141,183 ราย จำนวนผู้เสียชีวิต 18,8,14,21 ราย ตามลำดับ<sup>3</sup> การดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในภาวะวิกฤติและมีความซับซ้อน พยาบาลและทีมสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการดูแล และประเมินอย่างถูกต้องรวดเร็ว โดยใช้กระบวนการพยาบาล

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพยาธิสภาพ อาการ และอาการแสดง การดำเนินโรค การรักษา และใช้เป็นแนวทางการให้การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียกร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 2 ราย
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบปัญหา ความแตกต่าง การรักษา การให้การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียกร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลวในปัจจุบัน

## วิธีการศึกษา

## รูปแบบการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง โดยศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียกร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลว

**ระยะเวลาดำเนินการ** เดือนเมษายน 2566 - เดือนตุลาคม 2566

## ขั้นตอนการศึกษา

1. เลือกเรื่องที่จะทำการศึกษา 2 ราย
2. ทบทวนวรรณกรรมจากตำรา เอกสารวิชาการ สื่ออินเทอร์เน็ต
3. รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการศึกษา เปรียบเทียบกับทฤษฎี การดำเนินโรค การรักษา ปฏิบัติและการประเมินผลการพยาบาล
4. สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

## ผลการศึกษา

### กรณีศึกษารายที่ 1

เป็นผู้ป่วยชายไทยอายุ 66 ปี มีอายุทำสวนยางพารา รับ Refer จากโรงพยาบาลพยาบาลห้วยยอด ให้ประวัติว่า 1 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาลเจ็บหน้าอกซ้าย ร้าวไปกรามและเจ็บทะลุหลัง Pain score 8/10 ค่ะแน่น อ่อนเพลีย 36.5 องศาเซลเซียส หายใจไม่เหนื่อย อัตราการหายใจ 18 -20 ครั้ง / นาที ความดันโลหิต 112 /75 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้ง / นาที ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ มี ST elevate ใน lead V2-V6 แพทย์วินิจฉัยเป็น STEMI ปรึกษาแพทย์อายุรกรรมโรคหัวใจโรงพยาบาลตรัง ให้ส่งผู้ป่วยมาฉีดสตีสวนหัวใจ ระหว่างทำการหัตถการผู้ป่วยมีอาการเต้นของหัวใจช้าลง 50 ครั้ง / นาที ความดันโลหิต 77/53 มิลลิเมตรปรอท มีภาวะ Low cardiac out put แพทย์พิจารณาให้ยา Dopamine 250 mg ผสม NSS 100 ml IV 10 ml /hr หลังได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต ความดันยังไม่คงที่ มีความดันโลหิตต่ำ หายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 26 ครั้ง / นาที วัดออกซิเจนปลายนิ้วได้ 88 เปอร์เซ็นต์ แพทย์จึงพิจารณาใส่เครื่องพยุงการทำงานของหัวใจ ( Intraaortic Balloon pump : IABP ) เพื่อลดการ

ทำงานของหัวใจ และใช้ออกซิเจน Canular 5 ลิตร / มิล ผลการฉีดสีพบว่า เส้นเลือดหัวใจด้านซ้าย LAD ตำแหน่ง Proximal อุดตัน 100 เปอร์เซ็นต์ การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย เป็น SVD ได้รับการทำ PCI with 1 DES to pLAD และย้ายมา Admit หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ขณะรับไว้ในการดูแลและภายหลังการการฉีดสีสวนหัวใจ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจเหนื่อยเล็กน้อย ผลภาพถ่ายรังสีทรวงอก มีน้ำท่วมปอด มีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจน แพทย์พิจารณาให้ยาขับปัสสาวะ ทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยยังมีภาวะความดันโลหิตต่ำ ใช้เครื่องพยุงการทำงานของหัวใจ ( Intraaortic Balloon pump : IABP ) ร่วมกับการให้ยากระตุ้นความดันโลหิต ซึ่งพยาบาลผู้ดูแลต้องประเมินอาการ ติดตามสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด วางแผนการพยาบาลและให้การดูแลผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤตอย่างปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยสามารถหยุดใช้ออกซิเจนภายใน 24 ชั่วโมง และถอดสายเครื่องพยุงการทำงานของหัวใจออกได้ภายใน 3 วัน และหยุดใช้ยากระตุ้นความดันโลหิต ภายใน 4 วัน ได้รับการตรวจคลื่นสะท้อนหัวใจ ( Echocardiogram ) พบว่ามี Mildly impaired LV systolic function LVEF 45 – 50 เปอร์เซ็นต์ Anterior wall Akinesia ผู้ป่วยสามารถย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมไปพักฟื้นหอผู้ป่วยสามัญ ผู้ป่วยขาดความรู้และทักษะการฟื้นฟูสมรรถนะหัวใจ แพทย์ให้ปรึกษานักกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ โดยฝึกการหายใจ ลูกนั่งบนเตียง และให้เดินในหอผู้ป่วยระยะทาง 150 เมตร เดินขึ้นบันได 1 ชั้นโดยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก อัตราการเต้นของชีพจร 80-86 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 117/67 มิลลิเมตรปรอท รวมระยะเวลาในโรงพยาบาลเป็นเวลา 7 วัน

## กรณีศึกษาครั้งที่ 2

เป็นผู้ป่วยชายไทยอายุ 48 ปี มีอาชีพทำประมง รับ Refer จากโรงพยาบาลเอกชน ให้ประวัติว่า 30 นาทีเจ็บหน้าอกซ้าย เหงื่อแตกตัวเย็น ตรวจสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส

อัตราการเต้นของหัวใจ 56 ครั้ง / นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง / นาที ความดันโลหิต 100 / 62 มิลลิเมตรปรอท Pain score 10 / 10 คะแนน ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ มี ST elevate ใน lead II III AVF V5 -V6 แพทย์วินิจฉัยเป็น STEMI ได้รับการรักษาด้วยยา ASA 300 mg oral 1 tab , Clopidogrel 75 mg oral 4 tab และ ยา Streptokinase 1.5 MU ทางหลอดเลือดดำใน 1 ชั่วโมง ขณะให้ยาผู้ป่วยหมดสติ คลำชีพจรไม่ได้ มีภาวะ Cardiac Arrest EKG monitoring show VF ได้รับการทำ Defibrillation 200 จูล เป็นจำนวน 2 ครั้ง หลังจากนั้นคลำชีพจรได้อัตราการเต้นของหัวใจ 54 ครั้ง / นาที ได้ยา Atropine 0.6 mg ทางหลอดเลือดดำ หายใจเข้า อัตราการหายใจ 12 ครั้ง / นาที วัดออกซิเจนปลายนิ้วได้ 98 เปอร์เซ็นต์ ความดันโลหิต 89/54 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ เบอร์ 7.5 ลีท 20 เซนติเมตร ให้สารน้ำชนิด 0.9 % NaCl 500 ml ทางหลอดเลือดดำอย่างรวดเร็ว และส่งตัวมาโรงพยาบาลเอกชนอีกแห่งหนึ่ง เพื่อทำการฉีดสีสวนหัวใจ ก่อน Refer สัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจ 82 ครั้ง / นาที หายใจ On ETT เบอร์ 7.5 ลีท 20 เซนติเมตร ความดันโลหิต 101 / 64 มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนปลายนิ้วได้ 100 เปอร์เซ็นต์ ภายหลังฉีดสีสวนหัวใจแล้ว วินิจฉัยว่าเป็น Double Vessel diseases ผลการฉีดสี ( Coronary Angiogram: CAG ) พบว่าเส้นเลือด LAD : 90 % proximal to mid LAD , 99% Ostial DG , RCA : 99% stenosis mid RCA ได้รับการทำ PCI ( Primary Coronary Intervention ) to mid RCA with 1 DES ระหว่างทำ PCI ผู้ป่วยมีอัตราการเต้นของหัวใจ 50 – 56 ครั้ง / นาที มีความดันโลหิตต่ำ 86 / 54 มิลลิเมตรปรอท มีภาวะ Low cardiac output แพทย์พิจารณาให้ยา levophed 4 mg ผสม 5% D/W 100 ml IV 10 ml/hr และยา Dopamine 200 mg ผสม NSS 100 ml IV 10 ml /hr หลังการทำ PCI ผู้ป่วยสัญญาณชีพคงที่ อัตราการเต้นของหัวใจ 74 ครั้ง / นาที อัตราการหายใจตามการช่วยหายใจของเครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตร 16

ครั้ง / นาที ความดันโลหิต 107/57 มิลลิเมตรปรอท  
ออกซิเจนปลายนิ้ว 100 เปอร์เซ็นต์ อุณหภูมิร่างกาย  
36.5 องศาเซลเซียส

รับย้ายมาโรงพยาบาลตั้งและ Admit ในหอ  
ผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ยังคงใส่ท่อช่วยหายใจและใช้  
เครื่องช่วยหายใจแบบชนิดควบคุมปริมาตร ให้ยา  
levophed 4 mg ผสม 5% D/W 100 ml IV 16  
ml/hr และ ยา Dopamine 200 mg ผสม NSS 100  
ml IV 10 ml /hr แพทย์ให้เปลี่ยน Levophed เป็น  
สูตร 4 mg ผสม 5% D/W 250 ml IV 20 ml/hr  
ทางหลอดเลือดดำเพื่อปรับลดยา เมื่อนอนรักษาได้ 1  
วัน พิจารณาให้ยาเครื่องช่วยหายใจ และสามารถ  
ถอดท่อช่วยหายใจได้ภายใน 4 วัน หายใจไม่เหนื่อย  
ไม่มีไข้ ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ไม่มีหัวใจเต้นผิด  
จังหวะ อัตราการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิต  
เข้าสู่ภาวะปกติ แพทย์ให้ปรับลดยากระตุ้นความดัน

โลหิตลดลงครั้งละ 2 ml/hr ทุก 1 ชั่วโมง รักษาระดับค่า  
กลางความดันโลหิตเท่ากับหรือ มากกว่า 65  
มิลลิเมตรปรอท สามารถเอายากระตุ้นความดัน  
โลหิตออกได้ทั้งสองชนิด ภายใน 3 วัน ได้รับการ  
ตรวจคลื่นสะท้อนหัวใจ ( Echocardiogram ) ผล  
LVEF (Left ventricle ejection Fraction) 54  
เปอร์เซ็นต์ Hypokinesia of inferior wall ,  
dyskinesia of apical wall , Normal valvular  
function สหสาขาวิชาชีพได้เข้ามามีบทบาทการดูแล  
ร่วมกัน โดยปรึกษานักกายภาพในการฟื้นฟู  
สมรรถภาพหัวใจ ปรึกษานักโภชนาการในความรู้เรื่อง  
อาหารที่รับประทาน ร่วมกับพยาบาลในหอผู้ป่วยที่  
ต้องประเมินความรู้ในการดูแลตนเอง และส่งต่อ  
ข้อมูลผู้ป่วยแก่หอผู้ป่วยสามัญ รวมระยะเวลาที่  
ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลทั้งหมด 7 วัน

### ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

#### ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

| กรณีศึกษาครั้งที่ 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | กรณีศึกษาครั้งที่ 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการหลอดเลือดหัวใจ</li> <li>2. มีโอกาสเกิดเจ็บหน้าอก</li> <li>3. มีภาวะCardiogenic Shock</li> <li>4. ประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลงเนื่องจากมีภาวะน้ำเกินจากหัวใจล้มเหลว</li> <li>5. มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ</li> <li>6. มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย</li> <li>7. ขาดความรู้และทักษะในการฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของหัวใจและร่างกาย</li> <li>8. มีโอกาสเจ็บป่วยซ้ำหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเนื่องจากมีพฤติกรรมเสี่ยงและขาดความรู้ในการดูแลตัวเอง</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ปฏิบัติการแปรรูปรุนแรง การมีเลือดออกในอวัยวะต่างๆจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด</li> <li>2. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการหลอดเลือดหัวใจ</li> <li>3. มีโอกาสเกิดภาวะร่างกายพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซ และการระบายอากาศที่ปอดลดลง</li> <li>4. มีโอกาสเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ</li> <li>5. มีภาวะCardiogenic Shock</li> <li>6. มีโอกาสได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เนื่องจากแบบแผนการรับประทานอาหารเปลี่ยนไป</li> <li>7. มีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจนขณะหยาเครื่องช่วยหายใจ</li> <li>8. มีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจนภายหลังถอดท่อช่วยหายใจ</li> <li>9. มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย</li> <li>10. ขาดความรู้และทักษะในการฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของหัวใจและร่างกาย</li> <li>11. มีโอกาสเจ็บป่วยซ้ำหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเนื่องจากมีพฤติกรรมเสี่ยงและขาดความรู้ในการดูแลตัวเอง</li> </ol> |

## เปรียบเทียบกรณีศึกษา

ตารางที่ 2 วิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษา

| ประเด็น               | กรณีศึกษาที่ 1                                                                                                                                                                                                                                                                          | กรณีศึกษาที่ 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | การวิเคราะห์                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.ปัจจัยเสี่ยง        | ผู้ป่วยชายไทยอายุ 66 ปีสูบบุหรี่ 10-15 มวน/ วันมานาน 30 ปี                                                                                                                                                                                                                              | ผู้ป่วยชายไทย 48 ปี สูบบุหรี่ 1ซอง/นาน 20 ปี                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ทั้ง 2 รายสูบบุหรี่จัดเป็น ปัจจัยเสี่ยงสูง ในการกระตุ้น การเกิดโรคสารนิโคตินใน บุหรี่ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้นทั้งยังทำให้เกิดเลือดเกาะกลุ่มได้ง่าย                                                                                                                                                                                                      |
| 2. พฤติกรรมสุขภาพ     | รับประทานอาหารทุกประเภทไม่ได้คุมอาหารชอบอาหารรสจัด ของทอดขาดการออกกำลังกาย                                                                                                                                                                                                              | รับประทานอาหารมันของทอดอาหารทะเลขาดการออกกำลังกายเป็นคนอารมณ์ร้อนและเครียดง่าย                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ทั้งสองรายขาดการออกกำลังกาย และยังชอบรับประทานอาหารมัน ประเภททอด ซึ่งเสี่ยงต่อไขมันในเลือดสูง ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ยังเป็นคนเครียดง่าย ซึ่งส่งเสริมความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเพิ่มขึ้น                                                                                                                                                                                          |
| 3. อาการและอาการ แสดง | 1 ชั่วโมงก่อนมาเจ็บหน้าอกซ้าย ร้าวไปกราม เจ็บทะลุ หลัง pain score 8/10 ทำ EKG 12 lead พบ ST – Elevate ใน lead v2 -v6 แพทย์วินิจฉัยเป็น STEMI : Anterior wall                                                                                                                            | 30 นาที ก่อนมารพ. เจ็บเหนือแตก ตัวเย็น pain score 10/10 คณะแพทย์ ทำ EKG 12 lead พบ ST –Elevate ใน lead II,III,AVF,v5-v6 แพทย์วินิจฉัยเป็น STEMI : Inferior wall                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ผู้ป่วยรายที่ 1 เป็น Anterior wall STEMI ภาวะกล้ามเนื้อ หัวใจด้านหน้าขาดเลือดชนิดเฉียบพลัน อาจมีการอุดตันของหลอดเลือด LAD และรายที่ 2 เป็น STEMI Inferior wall ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจ ด้านล่างขาดเลือดเฉียบพลัน อาจมีการอุดตันของหลอดเลือด RCA                                                                                                                                 |
| 4. การรักษา           | - ได้รับยา ASA gr V 1 tab oral Clopidogrel (75) 4 tab oral<br>- ได้รับการฉีดสตีสวนหัวใจ<br>- ได้รับการใส่เครื่องพุงการทำงานของหัวใจ (Intra aortic Balloon pump : IABP) -ได้รับยา Inotropic : Dopamine 250 mg ผสมสารละลาย NSS 100 มิลลิลิตร หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ 10 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง | -ได้รับยา ASA gr V 1 tab oral Clopidogrel (75) 4 tab oral<br>- ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase 1.5 ล้านยูนิต ผสมในสารละลาย NSS 100 มิลลิลิตร หยดเข้าทางหลอดเลือดดำใน 1 ชั่วโมง<br>- ได้รับการส่งต่อฉีดสตีสวนหัวใจ<br>- ได้รับการ On ETT no 7.5 ลึก 20 ซม.<br>- ได้รับยา Inotropic : Dopamine 200 mg ผสมสารละลาย NSS 100 มิลลิลิตร หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ 10 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง<br>- Levophed 4 mg ผสม 5 % D/W 100 ml หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ 16 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง | ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับยาต้านการเกาะกลุ่มองเกล็ดเลือดเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น STEMI และผู้ป่วยที่ 1 ได้รับการเปิดหลอดเลือดด้วยการทำ PTCA ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับยาละลายลิ่มเลือดก่อนจึงจะได้รับการฉีดสตีสวนหัวใจ ( Rescue PCI )และผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีภาวะหัวใจล้มเหลว ได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต และผู้ป่วยรายที่ 1ได้รับการใส่เครื่องพุงการทำงานของหัวใจร่วมด้วย |



## สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยกรณีทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียกพร้อมกับภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค พฤติกรรมสุขภาพที่ส่งเสริมให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียก ที่มีความคล้ายคลึงกัน อาการ อาการแสดงก่อนมาโรงพยาบาล การได้รับวินิจฉัยและการรักษา เมื่อมาถึงโรงพยาบาล การให้ยาต้านการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือดเหมือนกัน แต่มีความแตกต่างในวิธีการเปิดหลอดเลือดที่อุดตันเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจให้เร็วที่สุด โดยผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับการขยายหลอดเลือดแดงโคโรนารีด้วยการฉีดสตีสวนหัวใจ ( Primary PCI ) ในผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ( Thrombolytic Agents ) เพื่อละลายลิ่มเลือดที่กำลังอุดตันในหลอดเลือดแดงในขณะนั้น ก่อนจะส่งไปฉีดสตีสวนหัวใจ ซึ่งการเลือกวิธีการรักษาได้ขึ้นกับความสามารถและข้อจำกัดของสถานพยาบาลนั้น<sup>4</sup>

ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคมีความคล้ายคลึงกัน ตำแหน่งการอุดตันของหลอดเลือดแดงและความรุนแรงของโรคแตกต่างกัน จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยรายที่ 1 มีการสูบบุหรี่ 10-15 มวนต่อวัน นาน 30 ปี พฤติกรรมสุขภาพชอบรับประทานอาหารทอด ขาดการออกกำลังกาย ผลการฉีดสตีสวนหัวใจมีการอุดตันของหลอดเลือดแดงด้านซ้าย 1 เส้น ร่วมกับมีภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยรายที่ 2 มีการสูบบุหรี่ 1 ของต่อวัน นานประมาณ 20 ปี พฤติกรรมสุขภาพชอบ

รับประทานอาหารทอด ขาดการออกกำลังกาย มีความเครียดร่วมด้วย ผลการฉีดสตีสวนหัวใจพบการอุดตันของหลอดเลือดจำนวน 2 เส้น ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงเป็นบริเวณกว้าง ส่งผลต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว และภาวะหัวใจหยุดเต้นตามมา ทั้ง 2 รายมีความเหมือนกันในภาวะวิกฤตคุกคามต่อชีวิต การรักษาด้วยยากระตุ้นความดัน ซึ่งเป็นยาเสี่ยงสูง ต้องเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยาอย่างใกล้ชิด การใช้เครื่องช่วยหายใจและเครื่องพุงการทำงานของหัวใจมีกลไกการทำงานที่ซับซ้อนพยาบาลต้องเข้าใจหลักการทำงานของเครื่องและทราบถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อน สามารถประเมินอาการแรกเริ่มของการเกิดภาวะแทรกซ้อน และให้การพยาบาลได้ถูกต้องเหมาะสม<sup>4</sup>

## ข้อเสนอแนะ

พยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตควรมีการทบทวนความรู้ในเรื่องโรค พัฒนาทักษะในการประเมินอาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การให้การพยาบาล การปฏิบัติตามแนวทางการรักษา การบริหารยาความเสี่ยงสูง การดูแลผู้ป่วยภายหลังได้รับการฉีดสตีสวนหัวใจให้มีความชำนาญ รวมถึงการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ เครื่องพุงการทำงานของหัวใจ และต้องมีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน บันทึกอาการสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ให้การพยาบาลที่มีคุณภาพและผู้ป่วยปลอดภัย

## เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สถานการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือด2565 <https://ddc.moph.go.th>
2. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์.(2563). แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563. Retrieved from <http://www.thaiheart.org/Thai-ACS-Guidelines-2020>
3. งานเวชระเบียนและสถิติ. สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง ประจำปี 2563-2566
4. จริญญา สยาสติธัย.(2561). การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตหัวใจ ( ครั้งที่ 2 ).พิษณุโลก: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร
5. เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, จารุกัญญา พริกบุญจันทร์.(2560). การพยาบาลโรคหัวใจและหลอดเลือด(ครั้งที่1).กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์