

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care of Non-ST Elevation Myocardial Infarction : 2 Case Studies

(Received: December 25,2024 ; Revised: December 28,2024 ; Accepted: December 29,2024)

ภัญกร บุญพลเขตต์¹

Phayakorn Boonphonket

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการดำเนินโรค การรักษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก (NSTEMI) ที่มีโรคร่วม จำนวน 2 ราย โดยศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก (NSTEMI) ที่มีโรคร่วม จำนวน 2 ราย ดำเนินการศึกษา เดือน มกราคม - ตุลาคม พ.ศ. 2566

ผลการศึกษา: พบว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย มีความต่างกันประเด็นดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ได้แก่ อายุ เพศ โรคประจำตัว พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และ การสูบบุหรี่ 2) อาการและอาการแสดง และมีประเด็นที่ไม่ต่างกัน ได้แก่ 1) การวินิจฉัยโรค 2) การทำหัตถการ 3) การให้ยาขณะรับการรักษา 4) ปัญหาข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่สำคัญในระยะวิกฤต ระยะการดูแลต่อเนื่องและระยะวางแผนจำหน่าย สรุปผลการศึกษา:ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก ในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมอื่นๆ มักมีอาการและอาการแสดงที่รุนแรงและเฉียบพลัน การวินิจฉัยปัญหาและการวางแผนการพยาบาลที่ครอบคลุม จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ: การพยาบาล โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก (NSTEMI)

Abstract

This study was case study aimed to compare the clinical progression, treatment, and nursing care of two NSTEMI patients with comorbidities. A case study was conducted on two NSTEMI patients with comorbidities from January to October 2023.

Results: The two case study patients exhibited differences in the following areas: 1) Personal risk factors for disease, including age, gender, pre-existing conditions, dietary habits, and smoking; 2) Symptoms and clinical manifestations. However, similarities were noted in: 1) Diagnosis; 2) Interventional procedures; 3) Medication administered during treatment; and 4) Major nursing diagnostic issues during the critical phase, continuity of care, and discharge planning. NSTEMI patients with other comorbid conditions often present with more severe and acute symptoms. Comprehensive problem identification and nursing care planning contribute to ensuring patient safety from complications.

Keywords: Nursing Care, Acute Non-ST-Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI)

บทนำ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก (Non ST Segment Elevation Myocardial Infarction : NSTEMI) หรือโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก (Non-ST elevation acute coronary syndrome (NSTEMI-ACS)) เป็นหนึ่งในโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome: ACS) เป็น

ปัญหาสำคัญของประเทศไทย และทั่วโลก เป็นภาวะวิกฤติที่เป็นอันตรายต่อชีวิต และเป็นสาเหตุการตายในประเทศที่มีการพัฒนาแล้ว อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลอยู่ระหว่างร้อยละ 4 – 12 และอุบัติการณ์การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เป็นผลมาจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ อันเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบ ต้น สำหรับประเทศไทยเป็น

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

สาเหตุการตายห้าอันดับแรกของคนไทย พบว่า แนวโน้มการเสียชีวิตจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปี พ.ศ. 2560 มีอัตราการเสียชีวิต ด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 21,870 ราย ในปีพ.ศ.2564 เพิ่มขึ้นเป็น 21,870 ราย คิดเป็นอัตราเพิ่มขึ้นร้อยละ 5.4 ในระยะเวลา 4 ปี โดยแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี⁶และมีอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทียก (ST-Elevation Myocardial Infarction: STEMI) ในปี พ.ศ.2561 ร้อยละ 10 ส่วนผู้ป่วยชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก (Non ST Segment Elevation Myocardial Infarction: NSTEMI)⁴ ยังมีอัตราการเสียชีวิตที่ 1 ปี สูงถึงร้อยละ 25 (The Heart Association of Thailand, 2020) ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จึงยังเป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขไทย การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างถูกต้อง รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ สามารถช่วยลดอัตราการตาย ป้องกัน การเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายถาวร ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจวาย ภาวะช็อคจากหัวใจหัวใจหยุดเต้น เป็นต้น³ จากข้อมูลความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาข้างต้น ผู้ศึกษาซึ่งเป็นหนึ่งในทีมการพยาบาลมีความตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก (NSTEMI) จึงได้จัดทำกรณีศึกษา เพื่อนำความรู้ ประสบการณ์ที่ได้รับจากการศึกษาในครั้งนี้ไปใช้ในการวางแผนการพยาบาล และพัฒนางานด้านคุณภาพการพยาบาลภายในองค์กร เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ผู้ป่วยปลอดภัยและมีความพึงพอใจในบริการ รวมถึงเป็นข้อมูลสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องที่จะศึกษาค้นคว้าหรือผู้ที่เกี่ยวข้องในลำดับถัดไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการดำเนินโรค การรักษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก (NSTEMI) ที่มีโรคร่วมจำนวน 2 ราย

วิธีดำเนินการ

ศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก (NSTEMI) ที่มีโรคร่วม จำนวน 2 ราย ดำเนินการศึกษา เดือน มกราคม - ตุลาคม พ.ศ. 2566

จริยธรรมงานวิจัย

ในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ รายละเอียดและขั้นตอน โดยเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมด้วยวาจา โดยไม่มีการบังคับ ผู้วิจัยจะขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลก่อนทุกครั้งและในกรณีที่มีการบันทึกเสียงโดยที่ผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา หากรู้สึกไม่สบายใจ ผู้วิจัยจะไม่มีการเปิดเผยข้อมูล ชื่อ สกุล หรือที่อยู่ของผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้มั่นใจถึงการมีส่วนร่วมโดยสมัครใจและการรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาเสนอโดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและ 3) ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

1. การประเมินภาวะสุขภาพ

1.1. ข้อมูลทั่วไป รวบรวมข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษา 2 ราย รายละเอียด ดังแสดงในตารางที่ 1

ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วย รวบรวมข้อมูลประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน การเจ็บป่วยในอดีต การแพ้ยา/สารเคมี การใช้ยา/สารเสพติด อาการและการรักษาแรกเริ่ม การวินิจฉัยโรค การผ่าตัด การรักษา จำนวนวันนอนโรงพยาบาล สถานะจำหน่ายและการวินิจฉัยครั้งสุดท้ายดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ดังนี้

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
เพศ	ชาย	หญิง
อายุ	59 ปี	74 ปี
สถานภาพสมรส	คู่	คู่
เชื้อชาติ	ไทย	ไทย
สัญชาติ	ไทย	ไทย
การศึกษา	มัธยมศึกษาปีที่ 6	มัธยมศึกษาปีที่ 6
อาชีพ	รับจ้างทั่วไป	ผู้สูงอายุ
ศาสนา	พุทธ	พุทธ
ที่อยู่ปัจจุบัน	อ.เมือง จ.ขอนแก่น	อ.ห้วยผึ้ง จ.กาฬสินธุ์
สิทธิการรักษา	ประกันสังคม รพ ขอนแก่น	บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง)
วันที่เข้ารับรักษา	9 กุมภาพันธ์ 2566	16 มีนาคม 2566
วันที่จำหน่าย	22 กรกฎาคม 2566	21 มีนาคม 2566
รวมวันนอนรักษา	13 วัน	5 วัน

จากตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ผลการเปรียบเทียบผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่า ส่วนที่เหมือนกัน คือ สถานภาพ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา การศึกษา ที่อยู่ปัจจุบัน ส่วนที่ต่างกันคือ ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 รับจ้างทั่วไป วันนอนรวมรักษา 13 วัน ผู้ป่วย

กรณีศึกษารายที่ 2 อาชีพผู้สูงอายุ วันนอนรวมรักษา 29 วัน

1.2. ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของกรณีศึกษา 2 ราย รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลการเจ็บป่วย ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ดังนี้

ข้อมูลการเจ็บป่วย	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
1. อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ร้าวมากลางอก เหงื่อแตก ใจสั่น 4 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล	หอบเหนื่อย 4 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล
2. ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	4 ชั่วโมง PTA จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ร้าวมากลางอก เหงื่อแตก ใจสั่น จึงมาโรงพยาบาล EKG : Normal sinus, Trop T 26 129 Echo bedside ICM EF 30% ,Global Hypokinesia ใต้ ASA + Plavix + Enoxaparin Dx.NSTEMI with Old CVA Admit อายุรกรรมชาย 3 Consult Cardio Set CAG ไม่ได้ ทำ ต่อมาขณะ Admit หายใจหอบเหนื่อย On ETT with Ventilator full support O ₂ Sat 96 -98% Monitoe Show sinus tachycardia rat 110-120 bpm BP 105/89 mmhg EKG: Wide QRS Complex, STE at II III AVF CAG : TVD Failed PCI to LAD Plan CABG consult CVT	4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลหอบเหนื่อยมากขึ้น ไอ มีเสมหะ ไม่มีไข้ นอนราบได้ ไม่เจ็บหน้าอก BT 36.0 °C, BP 127/75 mmHg, Pulse 136 BPM, RR 40 BPM,SpO ₂ 81 % On ETT no.7.5 ขณะใส่ ETT มี Secretion ขาวขุ่นจำนวนมาก หลังใส่ ETT SpO ₂ 97 %,GCS E4VTM6 Tx. Lasix 40 mg. IV Stat, ทำ EKG : STD V2 – V4, AF with RVR ได้ Cordarone 150 mg. IV drip in 30 min then Cordarone 600 mg. IV drip in 24 hr. R/O Pneumonia TX.Fortum 2 gm iv. Stat refer โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ Admit Dx. NSTEMI with CHF Serial Trop T 1160-1672 Tx. ASA(81) 1 tab , Ticagrelor(90) 2 tab oral ,Enoxaparin 0.6 sc.OD
3. ประวัติเจ็บป่วยในอดีต	Old CVA loos F/U,Heavy Smoking	T2 DM, HT, CKD3, Posterior wall STEMI
4. ประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว	ปฏิเสธการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว	ปฏิเสธการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลการเจ็บป่วย ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ดังนี้

ข้อมูลการเจ็บป่วย	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
5. ประวัติการแพ้	ไม่เคยมีประวัติแพ้ยา อาหาร หรือสารใดๆ	ไม่เคยมีประวัติแพ้ยา อาหาร หรือสารใดๆ
6. สิ่งเสพติดและสารที่ทำให้ร่างกายเสพติด	สูบบุหรี่จัด ดื่มแอลกอฮอล์ เบียร์ 1-2 กระป๋อง/วัน	ปฏิเสธการใช้สิ่งเสพติดและสารที่ทำให้ร่างกายเสพติด
8. ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม	อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน ไม่มีแหล่งโรงงานก่อโรค	บ้านชั้นเดียวอาศัยอยู่ในหมู่บ้าน ไม่มีแหล่งโรงงานก่อโรค
9. การวินิจฉัยครั้งแรก	ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก (NSTEMI)	ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก (NSTEMI)
10. การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย	NSTEMI with CHF with Old CVA	NSTEMI with T2DM, HT, CKD3, Posterior wall STEMI
11. การผ่าตัดและหัตถการอื่นๆ	Coronary Artery Angiography TVD 16 กุมภาพันธ์ 2467	STEMI (S/P PCI to LCX (DES x II)วันที่ 1 มีนาคม 2567
12.แผนการรักษา	On ETT with Ventilator full support O ₂ Sat 96 -98% Monitoe Show sinus tachycardia rat 110-120 bpm BP 105/89 mmHg EKG: Wide QRS Complex, STE at II III AVF CAG : TVD Failed PCI to LAD Plan CABG consult CVT แพทย์รักษาด้วย ยาละลายลิ่มเลือด ยาต้านเกล็ดเลือด และยาขับปัสสาวะ	On ETT no.7.5 ขณะใส่ ETT มี Secretion ขาวขุ่นจำนวนมาก SpO ₂ 97 %,GCS E4VTM6 การรักษา Lasix 40 mg. IV Stat, ทำ EKG : STD V2 – V4 , AF with RVR ได้ Cordarone 150 mg. IV drip in 30 min then Cordarone 600 mg. IV drip in 24 hr. ยาละลายลิ่มเลือด ยาต้านเกล็ดเลือด และยาขับปัสสาวะ R/O Pneumonia ให้ยาปฏิชีวนะFortum 2 gm
Risk factor	U/D Old CVA ขาดการติดตามอาการตามนัด	T2 DM, HT, CKD3, Posterior wall STEMI

จากตารางที่ 2 ข้อมูล กรณีศึกษา รายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 59 ปี U/D Old CVA loos F/U Heavy Smoking : 4 ชั่วโมง PTA จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ราวกลางอก เหงื่อแตก ใจสั่น จึงมาโรงพยาบาล EKG : Normal sinus, Trop T 26 129 Echo bedside ICM EF 30% ,Global Hypokinesia ได้ ASA + Plavix + Enoxaparin Dx.NSTEMI with Old CVA Admit อายุรกรรมชาย 3 Consult Cardio Set CAG ไม่ได้ทำ ต่อมาขณะ Admit หายใจหอบเหนื่อย On ETT with Ventilator full support O₂ Sat 96 -98% Monitoe Show sinus tachycardia rat 110-120 bpm BP 105/89 mmHg EKG: Wide QRS Complex, STE at II III AVF CAG : TVD Failed PCI to LAD Plan CABG consult CVT แพทย์รักษาด้วย ยาละลายลิ่มเลือด ยาต้านเกล็ดเลือด และยาขับปัสสาวะกรณีศึกษา รายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 74 ปี U/D T2DM, HT, CKD3, Posterior wall STEMI (S/P PCI to LCX (DES x II) ผู้ป่วยมาด้วยอาการ หอบเหนื่อย 4 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล, 4 ชั่วโมง

ก่อนมาโรงพยาบาลหอบเหนื่อยมากขึ้น ไอมีเสมหะ ไม่มีไข้ นอนราบได้ ไม่เจ็บหน้าอก BT 36.0 °C, BP 1 27/75 mmHg, Pulse 136 BPM, RR 40 BPM,SpO₂ 81 % On ETT no.7.5 ขณะใส่ ETT มี Secretion ขาวขุ่นจำนวนมาก หลังใส่ ETT SpO₂ 97 %,GCS E4VTM6 Tx. Lasix 40 mg. IV Stat, ทำ EKG : STD V2 – V4 , AF with RVR ได้ Cordarone 150 mg. IV drip in 30 min then Cordarone 600 mg. IV drip in 24 hr.ยาละลายลิ่มเลือด ยาต้านเกล็ดเลือด และยาขับปัสสาวะ R/O Pneumonia TX.Fortum 2 gm

การวินิจฉัยการพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก ผู้ศึกษาได้วางแผนการให้การพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม และให้การดูแลตามแผนการรักษาของทีมสหวิชาชีพ ที่ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับ มีความคล้ายกัน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ระยะการพยาบาล	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
ระยะแรก	1) เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเนื่องจากการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง 2) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากได้รับยาละลายลิ่มเลือด 3) เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดไม่มีประสิทธิภาพ 4) มีภาวะปอดติดเชื้อ 5) มีภาวะน้ำเกิน/ และของเสียคั่งเนื่องจากไตทำหน้าที่ได้ลดลง 6) วิตกกังวลและกลัวเนื่องจากอยู่ในภาวะรุนแรงของโรค ความไม่แน่นอนในการดำเนินของโรค ผลการรักษาและหัตถการการรักษา	1) เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเนื่องจากการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง 2) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากได้รับยาละลายลิ่มเลือด 3) เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดไม่มีประสิทธิภาพ 4) มีภาวะปอดติดเชื้อ 5) มีภาวะน้ำเกิน/ และของเสียคั่งเนื่องจากไตทำหน้าที่ได้ลดลง 6) วิตกกังวลและกลัวเนื่องจากอยู่ในภาวะรุนแรงของโรค ความไม่แน่นอนในการดำเนินของโรค ผลการรักษาและหัตถการการรักษา
หลังระยะแรก	7) มีโอกาสเกิดภาวะไม่สมดุลสารน้ำสารอาหารและภาวะแทรกซ้อนจาก Electrolyte Imbalance 8) ผู้ป่วยมีโอกาสพลัดตกหกล้มเนื่องจากช่วยเหลือตัวเองได้น้อย 9) ไม่สามารถสื่อสารทางวาจาเนื่องจากข้อจำกัดในการใส่ท่อช่วยหายใจ 10) แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงเนื่องจากกลัว ไม่คุ้นเคยกับสถานที่และสิ่งแวดล้อมไม่เอื้ออำนวยต่างจากบ้าน 11) วิตกกังวลและกลัวเนื่องจากอยู่ในภาวะรุนแรงของโรค ความไม่แน่นอนในการดำเนินของโรค ผลการรักษาและหัตถการการรักษา	1) มีโอกาสเกิดภาวะไม่สมดุลสารน้ำสารอาหารและภาวะแทรกซ้อนจาก Electrolyte Imbalance 2) ผู้ป่วยมีโอกาสพลัดตกหกล้มเนื่องจากช่วยเหลือตัวเองได้น้อย 3) ไม่สามารถสื่อสารทางวาจาเนื่องจากข้อจำกัดในการใส่ท่อช่วยหายใจ 4) แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงเนื่องจากกลัว ไม่คุ้นเคยกับสถานที่และสิ่งแวดล้อมไม่เอื้ออำนวยต่างจากบ้าน 5) วิตกกังวลและกลัวเนื่องจากอยู่ในภาวะรุนแรงของโรค ความไม่แน่นอนในการดำเนินของโรค ผลการรักษาและหัตถการการรักษา
ระยะจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง	12) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันซ้ำเนื่องจากพร่องความรู้ในการดูแลตนเองและพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้การปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่องเนื่องจากมีความรู้จำกัดเกี่ยวกับเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวและควบคุมการเจ็บป่วยไม่เหมาะสม	12) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันซ้ำเนื่องจากพร่องความรู้ในการดูแลตนเองและพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้การปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่องเนื่องจากมีความรู้จำกัดเกี่ยวกับเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวและควบคุมการเจ็บป่วยไม่เหมาะสม

จากตารางที่ 3 พบว่าข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จำนวน 12 เรื่องที่คล้ายคลึงกัน แบ่งระยะการดูแลเป็น 3 ระยะคือ ระยะแรก หลังระยะแรก ระยะจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

สรุปผลการศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก ผู้ศึกษาได้วางแผนการให้การพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม และให้การดูแลตามแผนการรักษาของทีมสหวิชาชีพ กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 59 ปี U/D Old CVA loos F/U, Heavy Smoking : 4 ชั่วโมง PTA จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ร้าวมากกลางอก เหงื่อแตก ใจสั่น จึงมาโรงพยาบาล EKG : Normal sinus, Trop T 26 129

Echo bedside ICM EF 30% ,Global Hypokinesia ได้ ASA + Plavix + Enoxaparin Dx.NSTEMI with Old CVA Admit อายุรกรรมชาย 3 Consult Cardio Set CAG ไม่ได้ทำ ต่อมาขณะ Admit หายใจหอบเหนื่อย On ETT with Ventilator full support O₂ Sat 96 -98% Monitoe Show sinus tachycardia rat 110-120 bpm BP 105/89 mmhg EKG: Wide QRS Complex, STE at II III AVF CAG : TVD Failed PCI to LAD Plan CABG consult CVT แพทย์รักษาด้วย ยาละลายลิ่มเลือด ยาต้านเกล็ดเลือด และยาขับปัสสาวะ Try off ETT ได้ ย้ายหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคหัวใจ ให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย หลังได้รับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ไม่มีอาการหอบเหนื่อย ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมระยะเวลาอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล 13 วัน โดยได้รับยากลับบ้านเป็นยารับประทาน นัตพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบหัวใจและหลอดเลือดที่โรงพยาบาลศูนย์ พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 12 ข้อดังนี้ 1) เชลล์กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเนื่องจากการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลงเฉียบพลันจากการมีลิ่มเลือดอุดตันภายในหลอดเลือดแดงโคโรนารีมี 2) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากได้รับยาละลายลิ่มเลือด 3) เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดไม่มีประสิทธิภาพ 4) มีภาวะปอดติดเชื้อ 5) มีภาวะน้ำเกิน/ และของเสียคั่งเนื่องจากไตทำหน้าที่ได้ลดลง 6) วิตกกังวลและกลัวเนื่องจากอยู่ในภาวะรุนแรงของโรค ความไม่แน่นอนในการดำเนินของโรค ผลการรักษาและหัตถการการรักษา7) มีโอกาสเกิดภาวะไม่สมดุลสารน้ำสารอาหารและภาวะแทรกซ้อนจาก Electrolyte Imbalance 8) ผู้ป่วยมีโอกาสดกหกกล้มเนื่องจากช่วยเหลือตัวเองได้น้อย 9) ไม่สามารถสื่อสารทางวาจาเนื่องจากข้อจำกัดในการใส่ท่อช่วยหายใจ 10) แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงเนื่องจากกลัว ไม่คุ้นเคยกับสถานที่และสิ่งแวดล้อมไม่เอื้ออำนวยต่างจากบ้าน 11) วิตกกังวลและกลัวเนื่องจากอยู่ในภาวะรุนแรงของโรค ความไม่

แน่นอนในการดำเนินของโรค ผลการรักษาและหัตถการการรักษา12) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันซ้ำเนื่องจากพร่องความรู้ในการดูแลตนเองและพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้การปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมีความรู้จำกัดเกี่ยวกับเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวและควบคุมการเจ็บป่วยไม่เหมาะสม

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 74 ปี U/D T2DM, HT, CKD3, Posterior wall STEMI (S/P PCI to LCX (DES x II) ผู้ป่วยมาด้วยอาการหอบเหนื่อย 4 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล, 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลหอบเหนื่อยมากขึ้น ไอมีเสมหะไม่มีไข้ นอนราบได้ ไม่เจ็บหน้าอก BT 36.0 °C, BP 1 27/75 mmHg, Pulse 136 BPM, RR 40 BPM,SpO₂81 % On ETT no.7.5 ขณะใส่ ETT มี Secretion ขาวขุ่นจำนวนมาก หลังใส่ ETT SpO₂ 97 %,GCS E4VTM6 Tx. Lasix 40 mg. IV Stat, ทำ EKG : STD V2 – V4, AF with RVR ได้ Cordarone 150 mg. IV drip in 30 min then Cordarone 600 mg. IV drip in 24 hr. R/O Pneumonia TX.Fortum 2 gm iv. Stat refer โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ Admit Dx. NSTEMI with CHF Serial Trop T 1160-1672 Tx. ASA(81) 1 tab , Ticagrelor(90) 2 tab oral ,Enoxaparin 0.6 sc.OD, Refer โรงพยาบาลขอนแก่น Admit CCU แกรับรู้ตัวรู้เรื่องดี On ETT with Ventilator full support, Monitor EKG แพทย์รักษาด้วย ยาละลายลิ่มเลือด ยาต้านเกล็ดเลือด และยาขับปัสสาวะ Try off ETT ได้ ย้ายหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคหัวใจ ให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย หลังได้รับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ไม่มีอาการหอบเหนื่อย ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมระยะเวลาอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล 5 วัน โดยได้รับยากลับบ้านเป็นยารับประทาน นัตพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบหัวใจและหลอดเลือดที่โรงพยาบาลศูนย์ พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 12 ข้อดังนี้ 1) เชลล์กล้ามเนื้อหัวใจขาด

เลือดเนื่องจากการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลงเฉียบพลันจากการมีลิ่มเลือดอุดตันภายในหลอดเลือดแดงโคโรนารีมี 2) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากได้รับยาละลายลิ่มเลือด 3) เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดไม่มีประสิทธิภาพ 4) มีภาวะปอดติดเชื้อ 5) มีภาวะน้ำเกิน/ และของเสียคั่งเนื่องจากไตทำหน้าที่ได้ลดลง 6) วิตกกังวลและกลัวเนื่องจากอยู่ในภาวะรุนแรงของโรค ความไม่แน่นอนในการดำเนินของโรค ผลการรักษาและหัตถการการรักษา 7) มีโอกาสเกิดภาวะไม่สมดุลสารน้ำสารอาหาร และภาวะแทรกซ้อนจาก Electrolyte Imbalance 8) ผู้ป่วยมีโอกาสพลัดตกหกล้มเนื่องจากช่วยเหลือตัวเองได้น้อย 9) ไม่สามารถสื่อสารทางวาจาเนื่องจากข้อจำกัดในการใส่ท่อช่วยหายใจ 10) แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงเนื่องจากกลัว ไม่คุ้นเคยกับสถานที่และสิ่งแวดล้อมไม่เอื้ออำนวยต่างจากบ้าน 11) วิตกกังวลและกลัวเนื่องจากอยู่ในภาวะรุนแรงของโรค ความไม่แน่นอนในการดำเนินของโรค ผลการรักษาและหัตถการการรักษา 12) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันซ้ำเนื่องจากพร่องความรู้ในการดูแลตนเองและพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้การปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมีความรู้จำกัดเกี่ยวกับเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวและควบคุมการเจ็บป่วยไม่เหมาะสม

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก NSTEMI จะมีอาการและอาการแสดงที่รุนแรงและเฉียบพลัน เป็นภาวะวิกฤตที่ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตอย่างกะทันหัน ปัจจัยของการเกิดโรคในผู้ป่วยอาจเกิดจาก อายุ โรคประจำตัว พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ความผิดปกติของหลอดเลือดหัวใจ จึงทำให้เกิดอาการที่รุนแรงขึ้น การตรวจวินิจฉัยทั้งทางห้องปฏิบัติการและการรักษาที่เร่งด่วน โดยการใช้ยาละลายลิ่มเลือด ยาต้านเกล็ดเลือด เพื่อให้มีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจและส่วนต่างๆ ใน

ร่างกายมากขึ้น ช่วยในการป้องกันและลดภาวะเสี่ยงของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และมีการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงจนอาการคงที่ การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ต้องให้ความสำคัญในเรื่องการวินิจฉัย ให้เร็วที่สุดและให้การรักษาด้วย reperfusion therapy ซึ่งอาจจะใช้บอลลูนขยายหลอดเลือด การใส่ขดลวด หรือการให้ยาละลายลิ่มเลือด แล้วแต่ความเหมาะสมของผู้ป่วย ความสามารถ และความพร้อมของบุคลากร ถ้าสามารถทำให้เลือดกลับไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้เร็วเท่าไรก็จะทำให้การทำงานของหัวใจดีขึ้นเท่านั้น ทำให้อัตราการตายลดลง^{4,5}

ดังนั้นพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก NSTEMI จึงต้องมีความรู้ทั้งด้านพยาธิสภาพของโรค การประเมินอาการและการเปลี่ยนแปลงที่ซับซ้อนจากโรค การใช้ยา ผลทางห้องปฏิบัติการ การติดตามคลื่นหัวใจ และวางแผนให้การพยาบาลครอบคลุมถึงปัญหาที่เกิดขึ้นทุกระยะของการดูแลที่รวดเร็ว ให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขทันที่ จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย นอกจากนี้ในการวางแผนจำหน่าย การเน้นย้ำให้ผู้ป่วยและญาติได้รับรู้ปัจจัยที่เป็นความเสี่ยงของการเกิดโรค และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อช่วยในการป้องกันและลดภาวะเสี่ยงของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันซ้ำ^{6,7}

ข้อเสนอแนะ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดคลื่นเอสทีไม่ยกในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมอื่นๆ มักมีอาการและอาการแสดงที่รุนแรงและเฉียบพลัน การวินิจฉัยปัญหาและการวางแผนการพยาบาลที่ครอบคลุม จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนควรนำผลการศึกษาไปใช้เป็น แนวทางการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ และการนิเทศทางคลินิก รวมทั้งนำไปพัฒนาเป็นมาตรฐานและแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก NSTEMI ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. จอม สุวรรณโณ, เบญจมาศ ช่วยชู และ เจนเนตร พลเพชร. (2561). ความสัมพันธ์ของระดับความเสี่ยงกับการ เกิดอุบัติการณ์ชนิดที่รุนแรงของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่น ST ไม่ยกสูง: การประเมิน ทางคลินิกโดยใช้คะแนน GRACE. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 29(1), 16-28.
2. ฉัตรพร หัตถกรรม วนิดา เคนทองดี และพรวิณัส โสภณทัต. (2564). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่น เอส ที ไม่ยกสูง โรงพยาบาลเลย.วารสารการพยาบาล และการดูแลสุขภาพ, 39(2), 87-96.
3. นพดล ชำนาญผล. (2563). ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI Acute ST-segment elevation myocardial infarction. กรุงเทพฯ: บริษัท สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ (1992) จำกัด.
4. ผ่องศรี ศรีมรกต. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. ขอนแก่น: คลังนาวิทยา. พลกฤษ สุขคง และคณะ. (2563). ปัจจัยทำนายต่อการเสียชีวิต ณ ช่วง 1 ปี ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing, 32(1), 44-58.
- 5.สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. (2565). แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย ภาวะหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง พ.ศ.2564 Thai Acute Coronary Syndrome Guideline 2021. สมุทรปราการ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เนคสเทป ดีไซน์
- 6.American Heart Association. (2015). Heart attack or sudden cardiac arrest: How are they different. Retrieved from <http://www.heart.org/>
7. Granger, C. B., et al. (2003). Predictors of hospital mortality in the Global Registry of Acute Coronary Events. Archives of Internal Medicine, 63(19), 2345-2353.